

**Министерство здравоохранения Республики Башкортостан**  
**ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет**  
**Министерства здравоохранения Российской Федерации**  
**ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр**  
**Министерства здравоохранения Республики Башкортостан**

**Республиканская научно-практическая конференция**  
**«Актуальные проблемы психотерапии и пути их решения на**  
**современном этапе»**

**Материалы конференции**

**Уфа-2018**

**УДК 615.851(06)**

**ББК 53.57**

**А 43**

**Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы психотерапии и пути их решения на современном этапе». (Материалы конференции). - Уфа: с. 122**

**Главный редактор:**

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

**Редакционный совет:**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИДПО БГМУ **В.Л. Юлдашев**; к.м.н., доцент **О.А. Пермякова**; заместитель главного врача по ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, ассистент кафедры психотерапии с курсом ИДПО БГМУ **Е.М. Евтушенко**.

© ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018

© ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, 2018

## **О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Человек живет в огромном обществе, в системе множества людей, многогранных связей и отношений, ежедневно сталкиваясь с различными событиями и жизненными ситуациями. Неготовность личности к неожиданным событиям, нежелательным фактам, неуклонному ускорению темпа жизни, повышающейся интенсификации труда, информационным перегрузкам меняет отношение человека к жизни, самому себе и обществу, что, в конечном счете, может привести к развитию различных форм психических и психосоматических расстройств.

Сегодня в мире депрессией страдают около 350 млн людей, а к 2030 г. это заболевание должно занять первое место по показателю DALYs – числу лет жизни, «утраченных» по причине недомогания или преждевременной смерти. По данным Московского НИИ психиатрии в России число лиц, страдающих депрессией, приближается к 60 миллионам. Из-за присутствия в клинической картине депрессии суицидальной готовности эта болезнь представляет реальную угрозу для жизни больного.

Оказание психотерапевтической помощи в России имеет феномен «айсберга», т.к., только 2% пациентов доходят до психиатра, 98% составляют теневой рынок услуг «традиционной медицины» с годовым оборотом от 20 до 60 млрд. рублей

Современный этап реформы системы здравоохранения требует фундаментальных изменений в системе охраны психического здоровья нации и со всей очевидностью ставит проблему двух ключевых вопросов: качества и доступности специализированной помощи населению.

Необходимость комплексного подхода к решению проблемы снижения смертности от суицидов послужила основой для организации в

2011 году Республиканского клинического психотерапевтического центра Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ).

Основными задачами Центра является оказание консультативной, консультативно-диагностической и лечебной специализированной помощи взрослым и детям с кризисными состояниями вследствие семейных, внутри- и межличностных конфликтов, пограничных нервно – психических расстройств, а также организационно-методическое руководство суицидологической службы республики.

На основе интеграции смежных дисциплин в ГАУЗ РКПЦ созданы отделения и структурные подразделения, обеспечивающие полноценную специализированную психотерапевтическую помощь. Основой взаимодействия специалистов является комплексная диагностика, согласование лечебных и восстановительно-коррекционных программ, основанных на общей методологии оказания больному помощи в рамках каждого из направлений лечения, коррекции и реабилитации.

Центр является единственным специализированным учреждением, где применяется весь спектр разрешенных в России психотерапевтических методов лечения. Проводятся доказательные исследования психотерапии на основе достижений отечественной школы (Центр Сербского, Московский НИИ психического здоровья). В многоцентровом исследовании последнего уже задействованы наши сотрудники. Внедрен стандарт персонализированной помощи при кризисных состояниях с включением результативной психотерапии (методика универсальной гипнотерапии Р. Тукаева, когнитивно-поведенческая терапия и т.д).

Трудности с обеспечением специализированной помощи лицам в кризисном состоянии потребовали проведения организационных мер по формированию трехуровневой системы оказания психотерапевтической помощи.

В период с 2014 по 2016 год в республике планомерно велась работа по открытию психотерапевтических подразделений. В результате сформировано восемь межмуниципальных центров с прикрепленной зоной обслуживания. В настоящее время в республике развернуто 405 круглосуточных психотерапевтических коек, 282 койки дневного пребывания, 21 амбулаторный психотерапевтический кабинет.

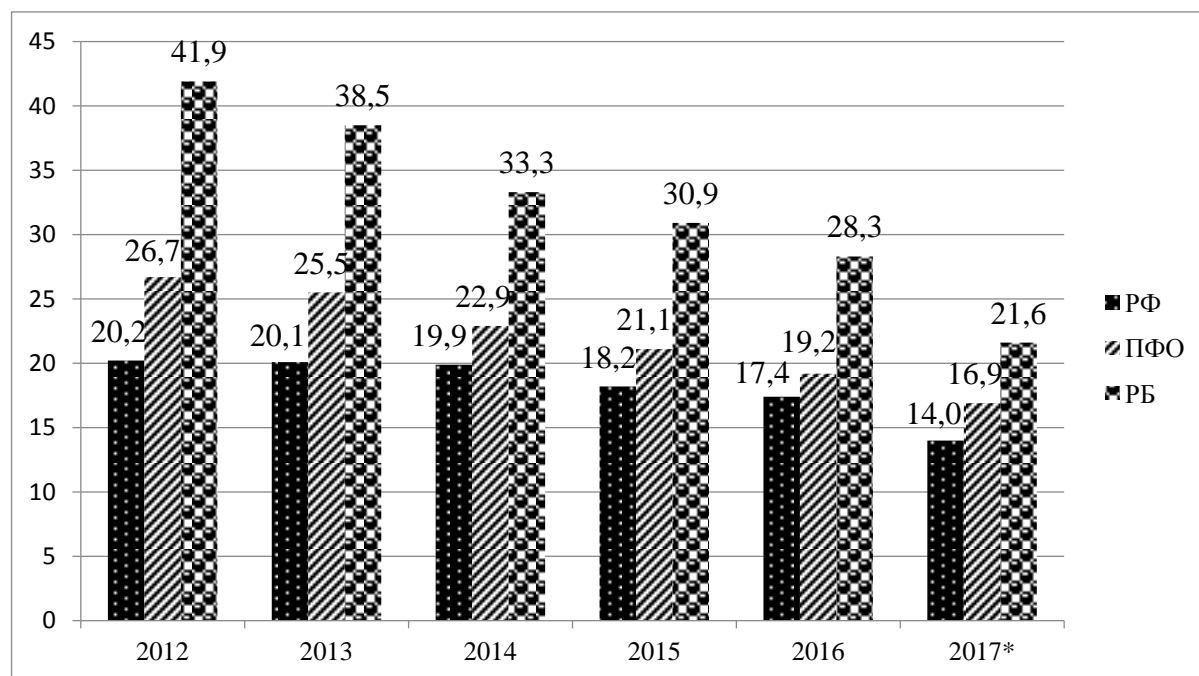


**Рис.1 Психотерапевтическая службы республики Башкортостан.**

Выделение психотерапевтической службы вне структуры «большой психиатрии» способствовало росту обращаемости лиц с пограничными психическими расстройствами за медицинской помощью, а это, в свою очередь, способствовало стабилизации, а в дальнейшем и снижению показателей смертности от суицидов (рис.2).

Несмотря на то, что показатели смертности от суицидов по РБ на протяжении исследуемого периода выше, чем в целом по РФ, темп снижения смертности по РБ более выражен, чем по РФ и ПФО.

За пять лет смертность от самоубийств по РФ снизилась в 1,4 раза (с 20,2 до 14,0 на 100 тыс. населения), по ПФО 1,6 раза (с 26,7 до 16,9 на 100 тыс. населения), в РБ в 1,9 раз (с 41,9 до 21,6 на 100 тыс. населения).



**Рис.2** Динамика показателей смертности от самоубийств по Республике Башкортостан в сравнении с показателем по Российской Федерации и Приволжского федерального округа (на 100 тыс. населения).

*\*-предварительные данные*

Разработанная система оказания специализированной помощи лицам в кризисном состоянии позволила реализовать План мероприятий по снижению смертности от самоубийств в Республике Башкортостан. План включает в себя проведение комплекса профилактических и организационных мер конкретно для каждого муниципального образования с наибольшими показателями смертности от суицидов.

Во-первых, была утверждена новая организационная технология - маршрутизация пациентов с суицидальными тенденциями по уровням получения специализированной помощи психотерапевтического профиля. Каждый из восьми межмуниципальных психотерапевтических центров

получил зону ответственности оказания помощи лицам с пограничными нервно-психическими расстройствами.

Во-вторых, каждое обращение пациента с суицидальными тенденциями сопровождалось решением вопроса о виде и объеме необходимой помощи.

В каждой медицинской организации был разработан план мероприятий по профилактике суицидального поведения населения, включающий конкретную работу специалистов разного уровня. Отработан алгоритм взаимодействия со специалистами первичной сети при выявлении ранних признаков депрессии.

В систему мероприятий по повышению уровня социально-психологической грамотности медицинских работников в вопросах выявления и профилактики суицидального поведения включены все поликлиники.

Каждый случай суицидальной попытки ребенка, госпитализированного в соматический стационар, сопровождался консультацией его психотерапевтом. При необходимости, дальнейшее лечение проводилось уже на базе психотерапевтического Центра.

Ведется постоянная работа с Родительскими комитетами и представителями служб системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, председателей родительских комитетов и директоров общеобразовательных школ по вопросу «Профилактика суицидального и асоциального поведения несовершеннолетних».

Внедрение указанного Плана позволило зафиксировать на указанных территориях наибольший темп снижения смертности от суицидов (рис.3,4).

Вместе с тем проведенные обследования выборочных групп населения показали, что значительная часть больных, даже с выраженными психическими расстройствами, остаются вне поля зрения врачей-психиатров и психотерапевтов.

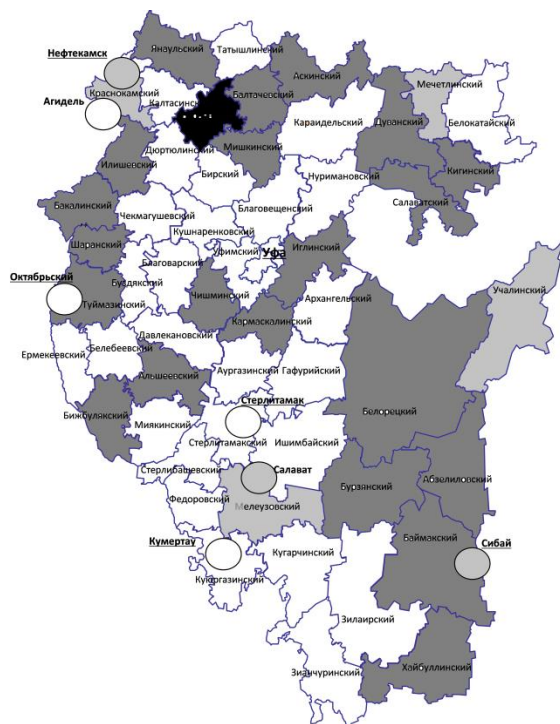


Рис. 3 Распределение районов Республики Башкортостан с наибольшими показателями смертности от суицидов в 2013 году.

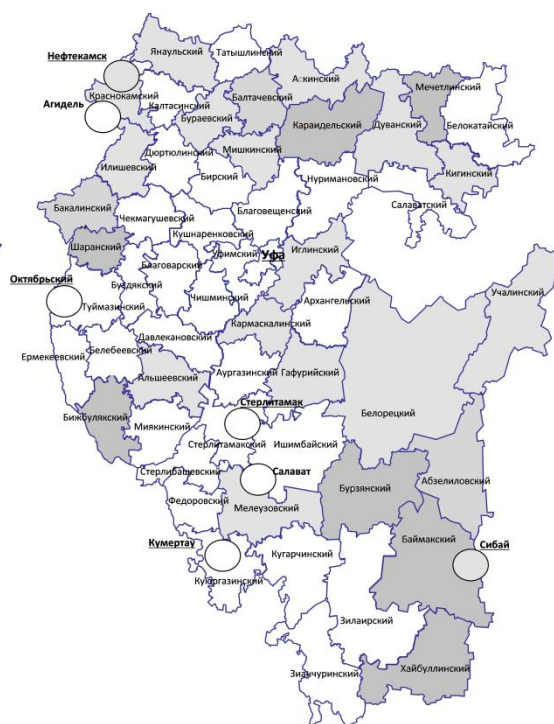
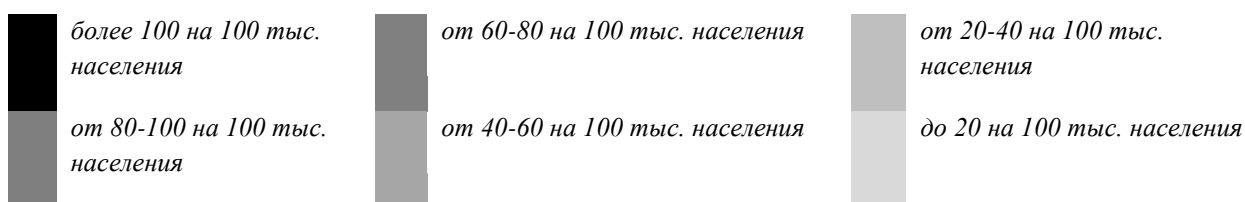


Рис. 4 Показатели смертности от суицидов по районам Республики Башкортостан после исполнения Плана профилактических мероприятий.



Амбулаторный учет психических заболеваний не отражает, в достаточной степени, психическую болезненность, а фиксирует в основном активную обращаемость населения и зависит от ряда социокультуральных факторов и от возможностей психотерапевтической службы в данном регионе. В популяции существует постоянный резерв неучтенных больных, в частности, более 70% всей психической болезненности в детском возрасте составляют больные с пограничными психическими расстройствами, значительная часть которых не выявляется.



В этой связи, в рамках проведения мероприятий по профилактике суицидального поведения и стрессовых состояний у детей с октября по декабрь 2015 года было проведено масштабное психологическое обследование детей и подростков в школах города Уфы.

Для раннего выявления признаков суицидальных намерений среди школьников 6-11 класса проводилось психодиагностическое обследование по методикам: Выявление суицидального риска у детей (А.А. Кучер, В.П. Костюкевич, В.Ф. Войцех), Тест школьной тревожности Филлипса (School Anxiety Questionnaire), психодиагностики суицидальных намерений (ПСН – «В»).

Общее количество обучающихся указанного возраста составило 46344 человека, приняло участие в обследовании 34001 (73,4%).

По Методике выявления суицидального риска у детей (А.А. Кучер, В.П. Костюкевич, В.Ф. Войцех) добровольный уход из жизни выявлен у 1074 человек (3,2%), у 1327 (3,9%) выявлена потеря смысла жизни. Тест общей тревожности Филлипса выявил общую тревожность у 3650 (11%) детей. Норма у старшеклассников (8-11 класс) по методике ПСН выявлена у 97%, у 530 человек (2,4%) выявлена позиция «Требуется особое внимание», суицидальный риск выявлен у 33 детей (0,1%).

Определение суицидального потенциала позволило начать психолого-психотерапевтическую работу с детьми, педагогами и родителями. За 2016 год амбулаторную психотерапевтическую помощь получило более тысячи пациентов, направленных психологами после проведенного обследования.

Полученный опыт диагностики суицидального риска у детей и подростков путем психологического скрининга позволил провести крупномасштабное исследование школьников в четырех сельских районах и двух городах республики. В 2017 году в тестировании приняли участие более семи тысяч школьников и учащихся первых курсов техникумов. Выявленное психологическое нездоровье послужило поводом направления детей в ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ для консультации и лечения.

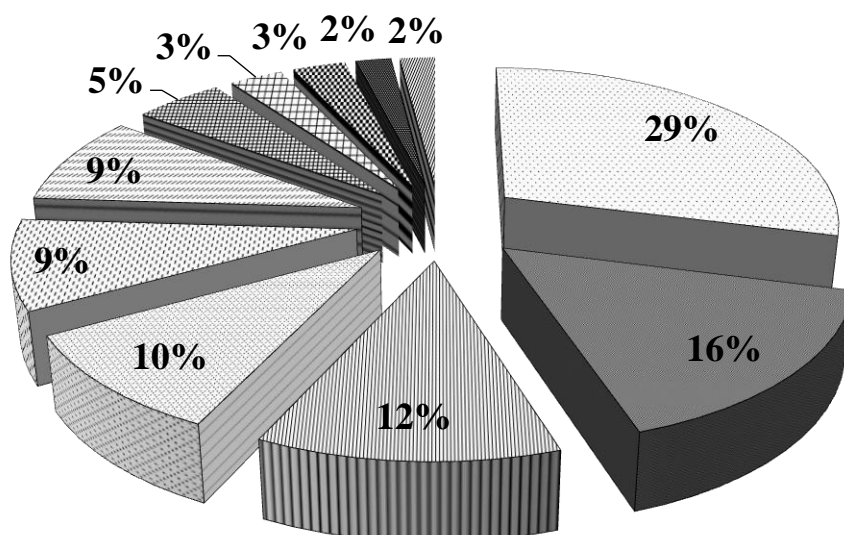
Важный элемент работы кризисной службы в республике – Республиканский телефон доверия с единым номером 8-800-7000-183.

Целью работы отделения является оказание профилактической консультативной психотерапевтической и экстренной медико-психологической помощи пациентам, в том числе пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий.

Несмотря на то, что «Телефоны доверия» как в России, так и в Республике Башкортостан имеют многолетний опыт, с введением единого, республиканского номера телефона открылась новая страница в истории оказания экстренной психологической помощи. Ключевым отличием в новом проекте явилась система круглосуточной многоканальной «горячей линии», с пятью операторами, одновременно принимающими звонки, бесплатно для любого абонента. Для эффективного его применения, в перечень операторов были включены ведущие учреждения республики, оказывающие психологическую, психотерапевтическую и психиатрическую помощь.

На основе многолетней работы был разработан классификатор обращений и форма статистического учета обращений на Республиканский телефон доверия с единым номером. В основу кодирования был положен принцип фиксации значимых проблем (рис.5).

Учитывая, что доступ к услугам телефонов доверия во многом зависит от качества информации о его работе, немаловажную роль в популяризации экстренной психологической помощи сыграла социальная реклама. Баннеры с информацией были размещены на центральных улицах, по пути крупных магистралей, в автобусах, лифтах, на фасадах домов. Активно использовалось Интернет-пространство.



- Личностные проблемы
- Семейные проблемы
- ▣ Проблемы взаимоотношения полов
- Помощь в профессиональной деятельности
- ▣ Медико-психологические проблемы
- ▣ Социально-правозащитные проблемы
- ± Асоциальное поведение
- ⊥ Суицидальное поведение
- ▣ Проблемы трудовой деятельности
- ▣ Проблемы обучения
- ▣ Стрессовые расстройства

**Рис.5 Структура проблем абонентов Республиканского «Телефона доверия» с единым номером в 2017 году.**

Для обеспечения кадрового потенциала в 2016 году организована кафедра психотерапии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета. Календарно-учебный план предусматривает профессиональную переподготовку (ПП) врачей по специальности «Психотерапия», повышение квалификации (ПК) для врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, обучение в системе НМО врачей-интернистов по вопросам основ суицидологии, ранней диагностики депрессии, этики и деонтологии.

Учитывая социальную природу суицидального поведения населения, коэффициент корреляции между уровнем безработицы и числом суицидов, факторами материального порядка, которые, в свою очередь, тесно связаны с социально-статусными и профессиональными признаками человека, особенности детско-подросткового суицидального поведения в настоящее время, во исполнение поручений Президента Республики Башкортостан разработан План мероприятий («дорожная карта») по профилактике суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения.

План включает в себя межведомственное взаимодействие специалистов, заинтересованных министерств и ведомств, алгоритм маршрутизации лиц с суицидальными тенденциями и иные мероприятия.

Исходя из анализа экономической ситуации в республике «дорожная карта» устанавливает стратегические и тактические задачи, которые подразумевают развитие и совершенствование системы оказания специализированной (медико-психологической, психотерапевтической, психиатрической) помощи лицам в кризисном состоянии и с суицидальными тенденциями в городах и районах Республики Башкортостан включающее:

- организация первичной психологической помощи лицам в кризисном состоянии;
- организация системы межведомственного взаимодействия при оказании специализированной медико-психологической, психотерапевтической, психиатрической помощи населению;
- совершенствование стационарной и внебольничной психотерапевтической службы, обеспечивающее ее доступность населению;
- совершенствование методов профилактики суицидального поведения;
- укрепление материально-технической базы учреждений, оказывающих специализированную медико-психологическую, психотерапевтическую, психиатрическую помощь населению;

- обучение специалистов;
- организация кризисного стационара в структуре ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ;
- организация взаимодействия со средствами массовой информации по профилактике суицидов, проведение регулярных встреч по вопросам взаимного сотрудничества;
- внедрение в школы республики службы примирения;
- расширение сети «Телефон доверия».

Модель оказания психотерапевтической помощи в республике была высоко оценена Главным психиатром Минздрава России, директором Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России З.И. Кекелидзе, а также руководителем программы по охране психического здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ г-ном М.Мьюджином.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

Валинуров Р.Г., Тулбаева Н.Р., Ахмерова И.Ю.

ГБУЗ РБ Республиканская клиническая психиатрическая больница

В Республике Башкортостан на 01.01.2018 года под наблюдением врачей-психиатров находится 137864 пациента (2016 г.- 136463, 2015г. – 133963), за последние 3 года рост на 3901 человека или на 2,9%, из них 47220 пациентов (34,2%) состоит на диспансерном учете (2016 г. – 47073 или 34,4%, 2015г. – 47067 или 35,1%), 90644 пациентов (65,8%) получают амбулаторную психиатрическую помощь (2016 г. – 89390 или 65,5%, 2015г. – 86896 или 64,9%).

В 2017 году первичная заболеваемость психическими расстройствами составила 201,9 на 100 тыс. человек, за последние 3 года снижение на 13,8%, что соответствует общероссийским тенденциям снижения

первичной заболеваемости.

Наибольшее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение и получающих амбулаторную психиатрическую помощь зарегистрировано: в г.Уфа (300,2 на 100 тыс. человек), Стерлитамак (282,9), Октябрьский (271,1), муниципальных районах – Туймазинском (254,2), Бурзянском (248,1), Балтачевском (234,7), Белорецком (230,9), Салаватском (209,4), Нуримановском (208,5) и Бураевском (205,2). За последние 3 года число психических больных, взятых на диспансерное наблюдение, осталось на уровне 2015 года.

В республике за последние 3 года число психических больных, взятых на диспансерное наблюдение осталось на прежнем уровне, с диагнозом психозы и состояния слабоумия уменьшилось на 3,4%, с диагнозом шизофрения показатель стабильный - 5,7 на 100 тыс. человек без динамики. Одновременно число психически больных с диагнозом психические расстройства непсихотического характера возросло на 12,8%, с диагнозом умственная отсталость снизилось на 13,3%.

В 2017 году структура показателя общей заболеваемости психическими расстройствами представлена следующим образом: так, доля психических расстройств непсихотического характера составила 71,3% (2016 г. – 61,9%, 2015г. – 73,9%), психозов – 21,8% (2016 г. – 21,9%, 2015г. – 18,9%), в том числе шизофрении – 3,0% (2016г.- 7,9%, 2015г. – 2,7%), умственной отсталости – 6,9% (2016г. – 16,2%, 2015г. – 7,2%).

Впервые в жизни взято под наблюдение врача-психиатра в диспансерную группу 2407 человек или 29,3% (2016г. – 2359, 2015г. – 2411), в группу, получающих амбулаторную психиатрическую помощь – 5796 человек или 70,7% соответственно (2016г. – 6203, 2015г. – 7121), за последние 3 года наблюдается рост доли диспансерной группы на 0,2% на фоне снижения доли группы, получающих амбулаторную психиатрическую помощь на 18,6%.

В 2017 году зарегистрировано 2865 человек трудоспособного возраста с

впервые в жизни установленным психическим расстройством, за последние 3 года снижение на 16,4%, из них по полу большинство составляют женщины – 1875 человек или 65,4%, соответственно мужчины – 990 человек или 34,6%, за последние 3 года снижение количества женщин на 4,3% на фоне снижения количества мужчин в 1,5 раза.

По статистическим данным 2017 года зарегистрировано 87540 психических больных лиц трудоспособного возраста, за последние 3 года рост на 2,1%, из них по полу большинство мужчин – 55967 человек или 64,0%, соответственно женщин – 31573 человека или 36,0%, за последние 3 года рост количества женщин на 3,1% и числа мужчин на 1,5%.

Заболеваемость психическими расстройствами среди лиц трудоспособного возраста составила 125,0 на 100 тыс. человек соответствующего возраста, за последние 3 года снижение на 13,4%, за счет снижения заболеваемости мужчин – в 0,3 раза и на 30,6% у женщин.

Структура контингентов лиц с психическими расстройствами остается стабильной, большую долю составляют больные психическими расстройствами непсихотического характера (63,0%) (2016г.-62,3%, 2015г. – 61,3%), на 2 месте – больные с психозами (21,0%) (2016г. – 21,4%, 2015г. – 21,9%), в том числе больные с шизофренией – 8,4% (2016г. – 8,5%, 2015г. – 8,9%) и на 3 месте – больные с умственной отсталостью (16,0%) (2016г. – 16,3%, 2015г. – 16,8%). Накопление больных отмечается как среди городского населения, так и среди сельского.

В РБ в 2017 году зарегистрировано 10074 женщин фертильного возраста, находящихся под диспансерным наблюдением психиатра (2016г. – 19591, 2015г. – 9909), за последние 3 года рост на 1,6%. В 2017г. из 87 беременностей женщин, наблюдаемых психиатром, 50 закончились родами (2016г. – 217 и 75, 2015г. – 106 и 46), за последние 3 года рост количества родов на 8,7%.

Число инвалидов с психическими расстройствами составило 32705 человек (2016г. – 32843, 2015г. – 32382), за последние 3 года рост на 579

человек или на 1,0%. Инвалиды 1 группы составили 11,8% от общего числа инвалидов (2016г. – 11,4%, 2015г. – 11,0%), 2 группы – большинство или 64,4% (2016г. – 65,1%, 2015г. – 65,9%), 3 группы – 8,5% (2016г. – 8,3%, 2015г. – 8,2%) и дети-инвалиды (0-17 лет) – 15,3% (2016г. – 15,2%, 2015г. – 14,9%). Первичный выход на инвалидность составил 2,5 на 10 тыс. человек (2016г.- 2,3, 2015г. – 2,8), за последние 3 года снижение на 10,7%.

В РБ по состоянию на 01.01.2018 года детское население составило 904344 человек, из них дети (0-14 лет) – 780900, подростки (15-17 лет) – 123444. В 2017 году врачами-психиатрами наблюдалось 20387 детей (0-18 лет) или 2,2%, страдающих психическими расстройствами (2016г. – 20867 или 2,3%, 2015г. – 20235 или 2,3%), за последние 3 года увеличение на 0,7%, из них в диспансерной группе – 6761 или 33,2% (2016г. – 6625 или 31,7%, 2015г. – 6275 или 31,0%), в группе амбулаторной психиатрической помощи – 13626 или 66,8% соответственно (2016г. – 14242 или 68,2%, 2015г. – 13960 или 69,0%).

Впервые под наблюдение врача-психиатра взято 2562 ребенка (2016г. – 2767, 2015г. – 2690), за последние 3 года снижение на 4,7%, первичная заболеваемость детей психическими расстройствами составила 283,3 на 100 тыс. человек детского возраста, за последние 3 года снижение на 7,3%.

В 2017 году всего детей-инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения 5002 человека, что составило 15,3% от числа всех инвалидов с психическими расстройствами (2016г. – 4954 или 15,2%, 2015г. – 4730 или 14,9%), за последние 3 года рост на 5,7%. Впервые признаны инвалидами 465 детей (0-18 лет) (2016г. – 402, 2015г. – 527), за последние 3 года снижение на 11,8%, из них с шизофренией – 1 (0,2%), с неорганическими психозами – 53 (11,4%), с психическими расстройствами вследствие эпилепсии – 10 (2,1%), с детским аутизмом – 46 (9,9%), с умственной отсталостью – 226 (48,6%) и с другими психическими расстройствами – 129 (27,8%).

Психиатрическая служба РБ на 01.01.2018 года представлена:



- ГБУЗ РБ Республиканская клиническая психиатрическая больница (г.Уфа) (ГБУЗ РБ РКПБ) на 1280 коек;
- ГБУЗ РБ Стерлимакская психиатрическая больница (г.Стерлитамак) (ГБУЗ РБ СПБ) на 445 коек;
- 21 психиатрическими отделениями при ЦРБ и городских больницах;
- 156 психиатрическими кабинетами в 63 учреждениях здравоохранения в муниципальных районах и городских округах РБ;
- 21 психотерапевтическими кабинетами в 16 учреждениях здравоохранения в муниципальных районах и городских округах РБ;
- ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ (ГАУЗ РКПЦ) на 150 коек.

В РБ в 2017 году было развернуто 3725 коек (2016г. – 3725, 2015г. – 3530), за последние 3 года рост на 5,5%, из них по профилю «психиатрия» – 3320, по профилю «психотерапия» – 405, а также 95 – детских коек (2016г. – 95, 2015г. – 95), из них по профилю «психиатрия» – 65, по профилю «психотерапия» – 30. Обеспеченность койками психиатрического профиля составила 8,2 на 10 тыс. человек (2016г. – 8,2, 2015г. – 8,1), за последние 3 года рост на 1,2%.

За последние 3 года оборот койки психиатрического профиля вырос на 12,5% (2017 г. – 5,4, 2016г. – 4,9, 2015г. – 4,8), число дней работы койки в году – на 1,4% (2017г. – 338,5, 2016г. – 341,6, 2015г. – 333,8), летальность снизилась на 13,0% (2017г. – 0,20% или 38 случаев, 2016г. – 0,30% или 49 случаев, 2015г. – 0,23% или 39 случаев).

Средняя длительность пребывания больного на койке сократилась на 9,9% (2017г. – 62,4, 2016г. – 70,6 дней, 2015г. – 69,3).

План государственного задания по профилю «психиатрия» в 2017 году выполнен на 100,0%:

- специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях – посещения с профилактической целью – 449 369, обращения в связи с заболеванием – 177268;

- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях – 16157 случаев госпитализации;

- специализированная медицинская помощь в условиях дневных стационаров – 7377 случаев.

Одним из главных направлений реформирования здравоохранения, экономии бюджетных средств, повышения эффективности работы при дефиците психиатрических коек является развитие стационарозамещающих технологий. На сегодняшний день данный вид оказываемой помощи в РБ представлен в полном объеме, согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РБ на 2017г.

В РБ в 2017 году было развернуто 500 пациенто-мест в дневных стационарах психиатрического профиля. Стационарозамещающую помощь психическим больным оказывали дневные стационары по профилю «психиатрия» ГБУЗ РБ РКПБ (г.Уфа) (130 коек), ГБУЗ РБ СПБ (г.Стерлитамак) (130 коек), ГБУЗ РБ Центральная городская больница (ЦГБ) г.Нефтекамск (25 коек), ГБУЗ РБ Городская больница г.Салават (20 коек), ГБУЗ РБ ЦГБ г.Сибай (15 коек), ГБУЗ РБ Ишимбайская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ (15 коек), ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Кигинская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Мелеузовская ЦРБ (15 коек), психоневрологическое отделение ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ ЦГБ г.Кумертау (15 коек), ГАУЗ РБ Учалинская ЦГБ (15 коек), ГБУЗ РБ Городская больница №1 г.Октябрьский (15 коек).

В 2017 году по профилю «психотерапия» специализированная помощь оказывалась дневными стационарами ГАУЗ РКПЦ (162 коек), ГБУЗ РБ Архангельская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Бакалинская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ (15 коек), Мраковская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ

Чекмагушевская ЦРБ (15 коек), ГБУЗ РБ Городская больница №2 г.Стерлитамак (30 коек), ГБУЗ РБ ЦГБ г.Кумертау (15 коек).

Число пациенто-мест составило 782 (2016г. – 782, 2015г. – 670), за последние 3 года рост в 1,2 раза.

Круглосуточная стационарная психиатрическая помощь детям и подросткам оказывается на 65 койках, в том числе на 10 койках совместного пребывания ГБУЗ РБ РКПБ, в 2017г. в детском отделении пролечено 563 ребенка (2016г. – 577, 2015г. – 552), за последние 3 года рост на 2,0%. Разработана программа «Развитие лечебно-реабилитационной помощи детям с расстройствами аутистического спектра в РБ» на 2016-2018гг.

В 2017 году общее количество проведенных судебно-психиатрических экспертиз составило 6791 (2016г. – 6574, 2015г. – 5637), за последние 3 года рост в 1,2 раза.

В РБ в 2017 году обеспеченность врачами-психиатрами составила 0,6 на 10 тыс. человек (2016г. – 0,8, 2015г. – 1,1), за последние 3 года снижение на 45,4%. Все врачи-психиатры имеют сертификат специалиста.

По состоянию на 01.01.2018 года укомплектованность врачами-психиатрами составила в стационарах 50,0% (2016г. – 61,2%, 2015г. – 51,4%), за последние 3 года снижение на 2,7%, в амбулаторной сети – 69,2% от всех штатных единиц (2016г. – 65,6%, 2015г. – 62,5%), за последние 3 года рост на 10,7%.

Обзор состояния психиатрической службы РБ за последние годы отражает значительные позитивные изменения:

- Число пациенто-мест в дневных стационарах психиатрического профиля (500) стабильное на протяжении 3 лет и соответствует потребности по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РБ;

- Повышается качество оказываемой специализированной психиатрической помощи детям с аутистическими расстройствами;

- Снижается средний койко-день пролеченного пациента;
- Отмечается снижение удельного веса наркологических больных, что свидетельствует о качественной работе психиатрической койки по профилю;
- Соотношение показателей заболеваемости и контингента больных диспансерного наблюдения и получающих амбулаторную психиатрическую помощь свидетельствует о позитивных сдвигах в работе внебольничной службы;
- Увеличилось число судебно-психиатрических экспертиз;
- Отмечается рост амбулаторного принудительного наблюдения и лечения и пациентов группы с активным диспансерным наблюдением;
- Снижается число повторных госпитализаций и регоспитализаций;
- Увеличивается показатель числа пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи;
- В 2016 году психиатрическая служба Башкирии признана лучшим регионом Российской Федерации по оказанию психиатрической помощи и награждена большой «Золотой бабочкой» за комплексное внедрение передовых технологий в оказание психиатрической помощи

В 2017 году судебно-психиатрическая служба Республики Башкортостан признана одной из лучших в Российской Федерации.

В декабре 2017 года пациента дневного стационара больницы победили в отборочном туре вокального Фестиваля «Мы вместе» в Москве, проводимого в рамках подготовки к V Международному фестивалю людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» и Вторых Парадельфийских игр 2018 года.

За истекший год больница награждена 30 дипломами, грамотами и благодарностями различных ведомств.

#### **Задачи психиатрической службы РБ на 2018г.:**

1. Открытие 15 мест дневного стационара для детей.

2. Открытие 12 мест стационара на дому для лиц с психическими расстройствами.
3. Дальнейшее увеличение объемов бригадных форм оказания психиатрической помощи населению.
4. Снижение средней продолжительности лечения в круглосуточном стационаре с 70,0 дней до 67,0.
5. Усиление работы по профилактике общественно-опасных деяний среди психически больных, увеличению численности «группы риска» больных с активным диспансерным наблюдением.
6. Снижение показателей летальности в психиатрических стационарах и смертности от психических расстройств.

## **ФОРМИРОВАНИЕ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ.**

Алянгина С.У.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Невроз — обратимое расстройство психической деятельности, обусловленное воздействием психотравмирующих факторов. При заболевании неврозом, нервные клетки головного мозга не разрушаются, нарушается только их функция. Поэтому невроз, называют функциональным расстройством, и оно обратимо.

У детей неврозы встречаются у 15-25%. Чаще всего, они появляются в школьном возрасте. Возникают неврозы, в результате взаимодействия ряда причин, которые в отдельности могут и не вызывать нарушений. Большое значение, так же имеют и особенности самого ребенка. Одни и те же психотравмирующие факторы у одних детей могут вызвать нарушения адаптации, а у других-нет.

Развитие детского невроза связано с болезнями, травмами (психическими и физическими) или неправильным воспитанием. Многие

проявления остаются на всю жизнь. Предупреждение патологических симптомов в раннем детстве и своевременная коррекция отклонений в поведении ребенка, могут в значительной степени устранить развитие неврозов и у взрослого.

Деятельность головного мозга проявляется в двух основных процессах — возбуждении и торможении. Для нормальной деятельности головного мозга характерно равновесие этих процессов. Для нервной системы детей характерно преобладание процессов возбуждения над торможением. В первый период развития с 1,5 до 5 месяцев жизни у ребенка возникает «реакция оживления» на общение с взрослыми. Улыбка, глубокие вздохи, вскидывание рук и энергичные движения ногами — все это психомоторные проявления положительных эмоций, первые попытки общения.

На четвертом месяце жизни наступает «предречевой период», когда общение приобретает характер «переклички» между взрослым и ребенком (на ласковые слова матери ребенок отвечает радостным гулянием и лепетом). Возникает реакция удивления. Окружающая ребенка среда полна звуков, приятных, успокаивающих и раздражающих; он удовлетворен или недоволен, радуется или пугается, прислушивается, поворачивает голову на звук.

В возрасте от 3 до 6 месяцев у ребенка уже можно отметить психомоторные проявления, соответствующие страху и гневу. С этого времени уже может наблюдаться реакция невротического типа на испуг. К 5 месяцам ребенок узнает близких ему людей, реагирует на чужих. Также малыш различает тон, с которым к нему обращаются (улыбается ласковому голосу). В этом периоде развития закладываются важные по своим последствиям основы взаимоотношений в системе «мать — дитя».

Во втором периоде (6—12 месяцев) бурно развивается моторика ребенка. Вначале он ползает, затем встает и, наконец, ходит. В движениях ребенка, энергичных или осторожных (прием пищи, манипуляции с

игрушкой, реагирование), отчетливо прослеживаются особенности темперамента, сохраняющиеся в последующие периоды жизни. Ребенок настойчиво изучает взрослого человека - его лицо, речь, жесты, поведение, настроение. Он требует к себе внимания. Его потребность в общении со взрослыми и неудовлетворенность лежат в основе различных нарушений настроения этого периода.

В 7 месяцев ребенок лепечет, ползает, садится, встает, держась за пальцы взрослого, старается не потерять ни минуты бодрствования без общения. Он ищет радость в этом общении. И если его насильно кормят или моют, он отстраняет руку с ложкой или мылом, отворачивает лицо, кричит, протестует. В этом «не хочу» — начало формирования «Я». В этом возрасте ребенок адекватно реагирует на настроение матери. Если раньше он испытывал при необычном ее поведении только страх, то теперь он улавливает множество более сложных и тонких оттенков ее переживаний.

Испытывающая страх, смятение, горе, нестабильная, неуверенная в себе, а тем более невротичная мать может способствовать формированию чувства тревоги и неуверенности в характере ребенка. Игнорирование желаний ребенка, нетерпеливая властность авторитетных, сверх решительных и энергичных взрослых, насилие, грубость уже в этом возрасте подготавливают возникновение нарушений взаимоотношений в системе мать — дитя, взрослые — ребенок. Здесь начало формирования преневротического характера поведения.

В период от 8 до 12 месяцев ребенок совершенствует речь, используя к году жизни необходимые для общения слова — обращения, обозначения, требования. Неотрывно наблюдает он за действиями взрослых и охотно следит за поведением сверстников. Он знает имена нескольких близких родственников. Начинается период игр-общений («ку-ку» и т. п.); по просьбе взрослого ребенок находит игрушку; выполняет поручения («покажи, где глазки»). Также в это время ребенок усваивает смысл

важнейших понятий, формирующих поведение и волю («можно» и «нельзя»), радуется похвале и огорчается порицанию.

К году жизни ребенок все больше стремится к общению со сверстниками. При отсутствии должного контроля взрослых общение с ними уже на этом этапе может принести невосполнимый ущерб, формирующейся системе отношений: дети конфликтуют, отнимают друг у друга игрушки, возникает взаимная боязнь, неприязнь к другим детям, ощущение неуверенности и страха.

Таким образом, можно проследить определенную закономерность в развитии неврозов. С самого своего рождения развитие ребенка должно быть гармоничным: комфортная окружающая среда, взаимосвязь с родителями, полноценные взаимоотношения со сверстниками. Когда нарушается эта гармония в развитии ребенка по тем или иным факторам повышается риск развития невроза.

## **ВЫБОР КРАТКОСРОЧНОЙ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

Ахметзянов Т.У.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Психотерапия на практике это помощь профессионально подготовленного специалиста пациенту в изменении неэффективных или патологических способах мышления, поведения, эмоционального реагирования. Практика психотерапии опирается на научные достижения. На настоящий момент в психотерапевтической науке нет единой теоретической основы, теории личности и психопатологии. Потому психотерапевт для большей своей эффективности должен владеть целым набором методов и инструментов различных теоретических ориентаций. Интеграцию различных направлений диктует клиническая ситуация.



Пациенты чаще всего нуждаются в целом комплексе терапевтического воздействия.

Интеграция фокусируется на методах лечебного воздействия и терапевтических взаимоотношениях. Психотерапевт принимает во внимание индивидуальность пациента и его уникальные психологические характеристики, систему убеждений, ценностей, верований. Терапия в рамках современной интегративной био-психо-социо-духовной модели.

Ориентиром в выборе вмешательства служит мультимодальная схема описания психических расстройств в разных телесно-психологических сферах: поведение, эмоции, ощущения, образное и рациональное мышление, взаимоотношения с окружением, соматическое состояние.

Общепсихологическим основанием для любых психотерапевтических вмешательств, является разделение всего процесса терапии на стадии:

1. Вступительная
2. Первичное вскрытие
3. Прояснение
4. Интеграция
5. Планирование
6. Программы действий
7. Итоговая
8. Завершение.

На вступительной стадии идентифицируется проблемная ситуация. На этой стадии обратившийся за помощью пациент, как правило, не имеет, или искажает представление о своей проблеме, придерживается иррациональных убеждений, не готов к изменениям своего дисфункционального поведения. Здесь многое зависит от коммуникативных способностей психотерапевта: умение слушать, эмоционально сопровождать переживания пациента, создавать доверительную атмосферу консультации, поощрять самораскрытие. Основными условиями являются эмпатия, безусловное позитивное отношение, искренность и привлекательность психотерапевта для пациента.

С момента знакомства и установления первичных взаимоотношений происходит формирование *межличностного взаимодействия*, которое и послужит основой для всего лечебного процесса.

Лечение определяется установленным диагнозом. В случаях эндогенной природы выявленных симптомов требуется либо чисто

психофармакологическое лечение, либо его комбинация с рациональной психотерапией. При пограничной невротической симптоматике выбор терапии во многом определяется предпочтениями пациента.

Терапевтически полезной является интеграция вскрывающих и поддерживающих техник психотерапии. *Вскрывающая терапия* представляет болезненный процесс самопознания, самораскрытия и вскрытия слабых, неадаптивных сторон пациента. Поэтому необходима своего рода анестезия – *поддерживающая терапия*, подтверждение ресурсов личности в форме рациональных поддерживающих бесед и с помощью техник релаксации и изменённых состояний сознания. В зависимости от актуального состояния пациента используются как директивные методы контроля поведения через управление, так и приёмы с опорой на активную роль и исследование собственных возможностей пациента.

Узких рамок краткосрочной психотерапии явно недостаточно, потому на практике происходит пролонгированный циклический психотерапевтический процесс, состоящий из нескольких кратковременных курсов с разными временными интервалами. Это даёт время пациенту на самостоятельную работу, - увеличение осознания и реальные изменения.

## **СОЦИАЛЬНЫЕ МЕДИА И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Байков И.Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Суицид на сегодняшний день стал острой и социально значимой проблемой человечества. Согласно данным Росстата с января по октябрь 2015 г. число самоубийств составило 21,3 тыс. человек. И хотя, на первый взгляд, отношение общества к суицидам резко негативное, но в социальных

медиа можно найти вполне неоднозначное преподнесение самоубийства с элементами его пропаганды, а иногда и подробных инструкций для его совершения. Суицидальное поведение включает себя очень специфическое мышление, когда личность может «вынашивать» и формировать в себе суицидальные тенденции делаясь либо черпая информацию в социальных сетях, форумах, блогах и поисковых запросах. Примечательно, что даже в таких вопросах личность пытается найти «себе подобных» и оправдать либо опровергнуть свои мотивы.

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

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

системах «Майл» «Рамблер» происходила с выдачей тех же сайтов и практически одинакова.

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

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

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ**

Николаева И.Е., Ермолаев Е.Н., Бикмухаметова Г.М.  
ГБУЗ Республиканский кардиоцентр г. Уфа

Проблема психосоматических соотношений – одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря. По данным

Всемирной организации здравоохранения, до 42% пациентов, обращающихся к соматическим врачам, относятся к группе психосоматических больных. К заболеваниям, сопровождающимся психосоматическими расстройствами относятся: ишемическая болезнь сердца, нарушение сердечного ритма, функциональные заболевания сердца, эссенциальная артериальная гипертензия, кардиофобический невроз.

Развитие ИБС характеризуется с психосоматических позиций как последовательное чередование определенных стадий – синдромов гиперактивности, сверхкомпенсации и крушения. Больные склонны к отрицанию своих конфликтов, что затрудняет формирование внутренней мотивации к лечению. Больные ИБС придают мало значения предвестникам инфаркта миокарда. К психотерапевту эта категория больных направляется для снятия страха – 25%; напряжения – 50%; агрессивности – 10%.

Нарушение сердечного ритма нередко являются причиной направления больного к психотерапевту. Чаще всего приступы бывают спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами. Обладатели водителей ритма склонны скрывать свой страх перед собой и окружающими, отрицать или преуменьшать его.

Почти у 90% пациентов с артериальной гипертензией к преходящему, а у ряда людей к длительному повышению артериального давления приводят психофизиологические нагрузки, стрессы любого вида. В качестве причинных ситуаций часто называют пребывание в хроническом напряженном ожидании.

При кардиофобическом неврозе наблюдается конфликт разрыва у высокоамбивалентной личности, которая обнаруживает, с одной стороны, способность к самозащите, а с другой – ограниченность своих возможностей и угнетающую зависимость. Среди больных с кардиофобией в 80% случаев отмечается депрессивная невротическая структура.

У 25% пациентов со здоровым сердцем отмечается тесная связь между появлением приступа и жизненными коллизиями. Приступы часто

возникают в периоды внутреннего напряжения и при кумуляции аффекта. Пациенты склонны упорно защищать свой эмоциональный мир. Одновременно они избегают противостояния и склонны к рационализации.

Развитие послеоперационных эмоциональных нарушений и особенно потенцирование страха часто связаны с уже имевшимся до операции повышенным уровнем страха. Этот страх необходимо своевременно смягчить, акцентируя внимание больного на постоянно снижающемся риске оперативного вмешательства.

Таким образом, у больных с сердечно-сосудистой патологией в подавляющем большинстве случаев имеются психосоматические проблемы, о чем необходимо помнить врачам-кардиологам. Направление кардиологических больных психотерапевту способствует скорейшему выздоровлению, улучшению качества жизни, повышению работоспособности и, тем самым, снижению временной и стойкой нетрудоспособности.

### **УРГЕНТНАЯ АДДИКЦИЯ: БЕГ ПО ЖИЗНИ ИЛИ ОТ ЖИЗНИ?**

Габдрахманова Г.Г. Мингафарова З.Х.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

В современной культуре, при всём разнообразии форм, красной нитью проходит идея достижения и обладания, сопровождающаяся постоянным ускорением темпа жизни. Это порождает новые формы зависимости. Одна из них – ургентная аддикция, которая определяется как зависимость от переживания состояния постоянной нехватки времени (Короленко, 2013). Нередко эта форма зависимости сочетается с официально не признанной аддикцией к работе – т.н. «трудоголизмом».

Ургентная аддикция связана с поклонением скорости и акселерации. Общество руководствуется формулой: «Чем скорее, тем лучше». Людям навязывается модель успеха, основанного на выполнении все большего количества задач во все более короткие временные интервалы. Поэтому ургентный аддикт мечтает, «чтобы в сутках было больше, чем 24 часа».

В социологии и психологии принято связывать возникновение ургентной зависимости с развитием высоких технологий, что обуславливает рост объема воспринимаемой информации и расширение возможности выбора. В таких условиях становится сложно отделить главное от второстепенного, и поэтому человек хватается за все сразу. Человек не знает, «что можно предпринять, чтобы рационально использовать время» (Р. Меррил).

«Зависимости от темпа» подвержены представители разнообразных профессий и социальных групп: бизнесмены, офис-менеджеры, преподаватели, студенты, врачи, ученые и др. Все они испытывают давление времени, оказываются во временной ловушке, не осознавая полностью серьезности ситуаций и ее неизбежных последствий. Начинает казаться, что, «если снизить темп, то конкуренты обгонят», возникает страх выглядеть несостоятельным, страх увольнения и множество иррациональных убеждений, связанных с перфекционистскими установками.

В итоге человек соглашается выполнять любую работу даже в выходные дни, отказывается от личного времени и времени для семьи и близких. Детей воспитывают бабушки, с супругом или супругой некогда поговорить, встречи с друзьями становятся непозволительной роскошью или вовсе перестают быть интересными. В прошлом – череда неудач и непрочувствованных переживаний, которые мозг пытается глубоко спрятать в область неосознанного. В будущем – постоянный страх не успеть сделать всё то, что человек вынужден был каждый день откладывать на завтра. Настоящее для него – это тот короткий миг, который уходит, не

успев родиться среди гонки за сотнями дел. Так выглядит время в глазах ургентного аддикта.

Так время становится внутренним тираном. Не только аддикты, но и большинство здоровых людей сегодня в какой-то мере боятся чего-то не успеть, не сделать «вовремя», вопреки здравому смыслу, выраженному в одной старой ирландской пословице: «Когда бог создавал время, он создал его достаточно».

За что же зависимый платит столь высокую цену? Может показаться странным, но именно за то, чтобы убежать, спрятаться от жизни со всеми её проблемами: сложностями в межличностных отношениях, отсутствием видимого смысла, одиночеством, внутренними противоречиями, тревогами и обреченностью однажды перестать существовать. А ещё – уйти от выбора, который человек, будучи свободным, вынужден делать постоянно, не имея при этом возможности рассчитать все ходы наперёд. Проще не быть свободным, точнее, делать вид, что ты не свободен. Но тогда такое «спасение» иллюзорно и в нём столько же смысла, как в беге от собственной тени.

## **К ВОПРОСУ О РОЛИ ХАРАКТЕРА В ФОРМИРОВАНИИ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

Габдуллина Г.Н.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Данные эпидемиологических исследований последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных расстройств в разных возрастных группах, в том числе, среди молодежи, что делает актуальной задачу исследования факторов, влияющих на их возникновение и течение.



Вопрос о характере, предрасполагающем к тоске и унынию, стал фундаментальной проблемой психиатрии и психоанализа со времен Э.Крепелина и З.Фрейда.

В настоящее время, проблема взаимосвязи личностных дисфункций и депрессии стала предметом активных исследований ученых. Это обусловлено данными о негативных эффектах, вызываемых сочетанием аффективных расстройств с личностными дисфункциями. Если личность имеет какие – либо дисфункциональные изменения, то депрессивные расстройства имеют более раннюю манифестацию, отличаются более тяжелой симптоматикой, сопряжены с большим числом суицидальных попыток, имеют худший прогноз. Сопутствующие личностные расстройства и отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность лечения депрессий (медикаментозного и психотерапевтического), создают трудности рабочего альянса с пациентом и повышают риск преждевременного прерывания терапии.

В настоящее время проблема личностных факторов депрессии перестает быть предметом исключительно академической науки и становится популярной темой прикладных исследований, содействующих более точному прогнозу эффективности терапии, выбору оптимальной стратегии лечения и преодолению резистентности.

В качестве глубинной причины депрессии чаще всего рассматриваются биологические процессы (например, норадренергическая дисрегуляция); реже в этом качестве фигурируют психологические механизмы или средовые условия (например, плохая родительская забота), а также понятия-гибриды (темперамент).

Одно из направлений исследований на эмпирическом уровне, предполагает изучение коморбидности депрессивных и личностных расстройств. Длительное время его реализация затруднялась отсутствием четких диагностических критериев личностных расстройств и инструментов для их измерения. В конце 80-х – начале 90-х годов

появление современных диагностических классификаций, структурированных интервью и многомерных личностных шкал сделало их возможными.

Анализ фундаментальных обзоров свидетельствует о высокой коморбидности депрессивных расстройств и личностной патологии. Отмечается гетерогенность личностных стилей, связанных с большим депрессивным расстройством. По данным, частота коморбидности с личностным диагнозом в стационарной выборке больных с текущим эпизодом этого расстройства варьирует от 20% до 50%.

Пограничное личностное расстройство встречается у 10–30% больных этой формой депрессии, гистрионное – у 2–20%, антисоциальное – 0–10%, нарциссическое – у менее 5%. Коморбидность шизотипического расстройства с большим депрессивным варьирует, по разным данным, от 0 до 20%, аналогичные показатели для параноидного расстройства – ниже 5%. Данные о распространенности шизоидного расстройства и личностных тревожных расстройств в коморбидности с большой депрессией варьируют от исследования к исследованию.

Например, встречаемость обсессивно-компульсивного расстройства в сочетании с большим депрессивным расстройством оценивается стабильно высоко (до 20%). Личностные расстройства чаще встречаются у больных, прибегавших к стационарному лечению и имевших большее число эпизодов большой депрессии в жизненной истории.

Среди пациентов дневного стационара ПТОН №4 ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ, проходивших лечение за период январь-декабрь 2017 у более 50% пациентов с депрессивным расстройством и дистимией имели, по меньшей мере, одно личностное расстройство. Большинство личностных расстройств относились к тревожному, частыми были избегающее, зависимое, обсессивно –компульсивное расстройство. Данные о личностном профиле больных, страдающих дистимией, носят противоречивый характер.

Для больных монополярной депрессией наиболее частыми личностными диагнозами были: пограничное расстройство (31,6%), зависимое (25,2%) и обсессивно-компульсивное (14,2%). В группе больных биполярным аффективным расстройством преобладали пограничное (41%), зависимое (12,8%) расстройства.

Наличие двух психологических факторов – беспомощности и самокритицизма (или сочетание обоих факторов) являются достаточными условиями для возникновения депрессии и одновременного развития ряда личностных расстройств.

Понятие «беспомощность» можно трактовать как уступчивость и зависимость. Социальное отчуждение или разобщенность также могут быть связанными с депрессией, однако, они скорее как вторичные реакции или психологические защиты против фундаментальной тенденции уступчивости. Беспомощность/уступчивость и самокритицизм, в свою очередь, формируются под влиянием ранних взаимодействий с родителями и значимыми другими: заброшенности или пренебрежения со стороны родителей; чрезмерная родительская доминантность и контроль также могут содействовать этому. Самокритицизм развивается в условиях ожесточенной критики и нападков со стороны родителей и значимых других. Другие личностные черты могут определять момент возникновения депрессии. Например, нарциссическая личность становится депрессивной, когда утрачивается восхищение со стороны других людей; истерическая – когда усилия, направленные на получение желаемой реакции со стороны других людей, терпят неудачу в развитии.

Тип личности, которому присущи любовь к порядку, скрупулезность, зависимость от работы (невозможность отдыхать в выходные дни), добросовестность, повышенная ответственность, стремление к достижениям, преданность делу и совесть. В интерперсональных контактах этот тип людей склонен к тесным симбиотическим отношениям, зависимости, страху остаться одному. Деадаптивные формы их поведения

(бурные межличностные взаимоотношения, проблемы в сфере учебы и профессиональной занятости с частой сменой интересов и целей, эмоциональная нестабильность, периоды раздражительности, импульсивное присоединение к культовым практикам) могли быть объяснены как личностной патологией, так и циклотимией.

Маршрут от факторов риска к клинической экспрессии расстройства может быть опосредован целой цепочкой функциональных связей (например, интровертированная личность не получает позитивного социального подкрепления, испытывает дефицит социальной поддержки и в стрессогенных обстоятельствах становится депрессивной).

О. Фенихел полагал, что депрессивная личность в детстве перенесла нарциссическую травму (испытала разочарование в родительской любви), в результате чего самооценка и любовь других людей вошли в единое уравнение самооценности.

Возникновение депрессии связано с проблемами в сфере привязанностей; ее манифестации часто предшествуют стрессогенные межличностные события – конфликты, разрывы, утраты и партнерские измены, вызывающие у зависимой личности переживания брошенности, страх и отчаяние. Ей соответствуют такие клинические проявления как беспомощность, слезливость, неустойчивость настроения и злоупотребление психоактивными веществами. Индивид испытывает хронический страх быть покинутым, отчаянно желая быть любимым, ощущать заботу, опеку и защиту. Другие люди ценятся преимущественно за проявления заботы, комфорта и удовлетворения, которые они могут дать. Сепарация от других или утрата служат источником мрачных предчувствий, которые обычно перерабатываются с помощью примитивных средств в форме отрицания или отчаянного поиска замены. Ей соответствуют ангедония, социальная отгороженность, интенсивные самообвинения, чувство вины, перманентное недовольство собой, переживания никчемности и неудачливости. Эти индивиды живут в

постоянном цензурировании собственных проявлений и суровом самооценивании, испытывая хронический страх неодобрения, критики и отвержения. Они стремятся к высоким достижениям, конкурируя с другими. Для личностей этого типа характерен интенсивный перфекционизм, заставляющий их тяжело и много работать. С помощью такой сверхкомпенсации они надеются обрести одобрение и принятие со стороны других людей. Способные добиваться многого, эти личности испытывают очень мало удовлетворения. В силу присущей им конкурентности, могут быть очень критичны к другим людям и злобно нападать на них –точно так же, как и на самих себя.

Для верификации типологии депрессий S.Blatt, был разработан Опросник депрессивных переживаний (Depressive Experience Questionnaire –DEQ). Результаты эмпирических исследований можно обобщить следующим образом:

- 1) показатели зависимости и самокритицизма (аналог перфекционизма) у больных значительно выше, чем у здоровых;
- 2) зависимость и, в меньшей степени самокритицизм подвержены влиянию состояния; обе черты более отчетливо выражены во время депрессивного эпизода;
- 3) показатели по обеим подшкалам у больных депрессией вскоре после выздоровления остаются более высокими, чем у здоровых лиц; однако спустя еще 6 месяцев они приближаются к нормативным;
- 4) исходно высокие показатели зависимости и самокритицизма служат предиктором терапевтической резистентности;
- 5) эмпирически подтвердить различия между анаклитической и интроективной формами депрессий оказалось очень трудно, т.к. многие пациенты имели проблемы одновременно и в сфере привязанностей, и в области достижений.

Онтогенетическими предшественниками депрессии служит, по мысли S.Blatt, дефицит заботы в детско-родительских отношениях. Родители этих

пациентов не смогли обеспечить постоянную заботу, уход или поддержку ребенку в том возрасте, когда она жизненно необходима.

В отношениях родитель-дитя, чаще всего были проблемы силовой борьбы, контроля и автономности. Родительская практика чрезмерной властности, контроля, критики и неодобрения служит фактором риска для развития патологического перфекционизма и склонности к суровой самокритике.

Таким образом, существует взаимосвязь депрессии и личностных расстройств.

## **АНАЛИЗ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОШЕДШИМ ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХОТЕРАПИИ**

Гаврюшин К.А.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

На сегодняшний день один из самых актуальных вопросов в лечении психотерапевтической патологии заключается в выборе метода психотерапевтического воздействия. Какой из методов считать наиболее эффективным и не противоречащим канонам доказательной медицины. Научное подтверждение эффективности психотерапии всегда было предметом дискуссий, которые нередко заканчивались либо «выдавливанием» психотерапии из сферы науки и медицины в область «искусства», либо объявлением её разновидностью едва ли не шарлатанства, где её действенность приравнивалась к плацебо-эффекту.

**Целью** нашего исследования является анализ актуальной научной литературы в области доказательной медицины связанных с психотерапевтическими методами лечения.

**Объект исследования:** актуальная научная медицинская литература в области психотерапии.

**Предмет исследования:** психотерапевтические методики прошедшие доказательные исследования.

В ходе исследования был произведен сбор и анализ актуальной научной литературы в области психотерапевтических методик прошедших доказательные исследования, материалы брались из: eLIBRARY, системе Web of Science, системе Scopus, PubMed, научно- практический журнал «Психиатрия», научная библиотека.

Анализируя полученные результаты, можно с уверенностью говорить о том, что тема доказательных исследований в психотерапии остается малоизученной и требующей тщательного подхода и внимания. Актуальность бедующих исследований в данной области, обуславливается современными требованиями к научной обоснованности применяемых методов лечения. После завершения данной работы заведующим кафедрой психотерапии с курсом ИДПО профессором Тимербулатовым И.Ф. была поставлена задача проведения работы по доказательным исследованиям методов психотерапевтического лечения на нашей кафедре.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОЗОВ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В РКПЦ**

Галиуллина Н.В.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Интерес к психологическому исследованию больных, обратившихся за помощью в Республиканский психотерапевтический центр, обусловлен рядом причин: во-первых, оно позволяет преодолеть описательный характер традиционной диагностики, более полно и объективно выяснить

неврозогенную ситуацию, во-вторых, с жалобами невротического характера обращаются и больные с другими психическими расстройствами, где преобладают смешанные, комбинированные и «стертые», маловыраженные, неразвитые формы психических расстройств, что представляет определенные диагностические проблемы. Диагностика неврозов всегда идет путем дифференцирования с неврозоподобными состояниями, возникающими в связи с процессуальными, органическими или соматическими заболеваниями.

Использование патопсихологических синдромов имеет важное значение при анализе смешанных форм психической патологии, а также при оценке степени выраженности той или иной патологии, критерием чего может быть степень развернутости и полноты того или иного патопсихологического синдрома.

Для шизофренического патопсихологического симптомокомплекса наиболее характерны: симптомы распада мыслительных процессов, признаки диссоциации личностно-мотивационной и операциональной сфер мышления, специфические нарушения динамики мыслительной деятельности.

Чаще всего при психологическом обследовании пациентов обратившихся за помощью в психотерапевтический центр выявляется «пограничный», вариант шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, который встречается при вялом непрерывном или благоприятном приступообразном течении шизофрении в период ремиссии.

Патопсихологическая диагностика при пограничных расстройствах - это в первую очередь диагностика личности больного. Обследования индивидуально-психологических особенностей личности больного, особенностей его эмоционального состояния, в республиканском клиническом психотерапевтическом центре проводятся с помощью компьютерных программ. Как известно, применение одного



экспериментального метода оказывается недостаточно для полного исследования личности больного.

В настоящее время, мы не располагаем совершенно точными и безупречными методами. Поэтому для исследования личности при неврозах и неврозоподобных состояний могут быть использованы методы и методики, относящиеся к разным группам, т.е. основанные на наблюдении, на анализе биографического материала, изучающие личность в деятельности, основанные на оценке и самооценке, проективные. Все они при необходимости дополняют друг друга. Как правило, большинство опросников позволяет исследующему определить уровень нейротизма и высказать синдромологические предположения. Это в равной степени относится как к простым опросникам (Айзенка), так и к наиболее сложным (ММР1).

Применение личностного опросника позволяет определить тип невротического или неврозоподобного синдрома и в известной мере выраженность патологии.

Достаточно интересные данные можно получить с помощью методики «незаконченные предложения». Как правило, это система отношений, которые отличаются наибольшей степенью нарушений (самооценка, жизненные цели, отношение к родным, личная жизнь). Это позволяет уточнить и целенаправленность психотерапевтической работы.

Особое значение имеют тесты для выявления депрессивности и тревожности (шкала тревожности Спилбергера и Ханина, шкала депрессии Зунга).

В задачи исследования с помощью тестов не входит нозологическое разграничение депрессивных состояний. Это является объектом деятельности врача. Данные психологического исследования помогают оценить степень выраженности депрессивного состояния и его симптоматическую характеристику. Психологическое исследование можно использовать также для контроля эффективности проводимого лечения.

Психологическое исследование может помочь синдромальному уточнению невроза, а значит, и более адекватному подбору индивидуализированных терапевтических, в частности психофармакологических, комплексов. В случае дифференциальной диагностики психологическое обследование особенностей познавательной деятельности позволяет более точно поставить диагноз больному.

## **К ВОПРОСУ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Гильманов А.Х.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ является флагманом в борьбе с суицидами в республике Башкортостан. Отделение патологии речи и психотерапевтической реабилитации у детей и подростков, является структурным подразделением данного Центра. В отделении ведётся диагностическая, профилактическая и лечебная работа по выявлению, лечению детей и подростков с суицидальным поведением и расстройством адаптации.

Проанализировав истории болезни пациентов с “S” риском, можно сделать следующие выводы:

- 1) в 90% случаев нет взаимопонимания в семье, отсутствует эмоциональные привязанности в семье, неприятие и постоянное осуждение подростка в семье, насилие в семье (в основном физическое, чаще со стороны матери, редко отчим). Слишком авторитарные или всё позволяющие родители;
- 2) в 60% случаев проблемы в школе (травля со стороны одноклассников, тяжёлые и затяжные конфликты с учителем/учителями), социальная изоляция, отчуждение, неприятие в группе сверстников;

- 3) попытка манипулировать другими (13-летняя девочка из Караидельского района приняла большую дозу таблеток «Аспирина», «Мукалтина», чтобы заставить родителей отпустить гулять);
- 4) попытка наказывать других;
- 5) в 90% случаев недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий, подростки наносят себе самопорезы, них нет барьера между рискованным и нерискованным повелением. Подростки очень легко манипулируют как своим здоровьем, так и своей жизнью;
- 6) в 80% случаев подростки явно недовольны своей внешностью;
- 7) в 70% пессимистичный взгляд на жизнь в целом и на собственное будущее в частности;
- 8) в 3х случаях расстройства пищевого поведения (булимия, анорексия);
- 9) в 20% случаев чрезмерное увлечение идеями смерти (прослушивание мрачных песен, в которых говорится о смерти, чтение литературы на эту тему);
- 10) в 95% случаев у подростков выявлялись признаки депрессии в виде печального настроения, чувства скуки, чувства усталости, нарушения сна, соматических жалоб, фиксации внимания на мелочах, неусидчивости, беспокойства, чрезвычайной эмоциональности, замкнутости, рассеянности внимания, агрессивного поведения, демонстративного непослушания, склонности к бунту, плохой успеваемости, злоупотреблении алкоголем, прогулов в школе.

После проведённого лечения в нашем отделении большинство детей признаётся: что самое страшное было в их состоянии -«когда тебе плохо, а на тебя родители орут», «ни чего бы не случилось, если бы меня мама слышала». В то же время родители в основном говорят, что они много работают, «сильно устают», «гробят здоровье, что бы у детей всё было, так как у остальных».

Следует помнить, что в семье главное взаимопонимание, любовь, взаимоуважение, сочувствие. От отчаянного шага молодых людей может

удержать возможность поговорить по душам с человеком, который выслушает, посочувствует и поймет.

Родители должны быть в курсе, чем занимается их ребёнок в их отсутствии с кем дружит, какие сайты его интересуют, есть ли у него друзья, какие у них отношения. Следует помнить, что иногда «лишняя» минута уделённого времени ребёнку может спасти ему жизнь.

## **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Гилязов Т. Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

**Суицид** (самоубийство) - осознанное, намеренное лишение себя жизни (Ю.А. Клейберг).

У всех суицидентов, независимо от диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности.

И.В. Конанчук и В.К. Мягер выделили такие свойства суицидента:

- 1) повышенная напряженность потребностей;
- 2) повышенная потребность в эмоциональной близости при сверхзначимости отношений;
- 3) низкая фрустрационная толерантность и слабая способность к компенсациям.

Коррекция суицидального поведения - сложная и многогранная работа, требующая от специалиста получения терапевтического эффекта не только «здесь и сейчас», но и создания условий для предупреждения аутоагрессивных тенденций в будущем, повторных покушений на самоубийство.

Суицидальный кризис определяется в когнитивной психотерапии как совершение попытки суицида или острые наплывы суицидальных мыслей и

желаний. Именно для пациентов, переживших или переживающих такой кризис, был создан протокол, сфокусированный на мыслях и поведении, вызывающих суицидальный кризис. Предлагаемая в протоколе схема не зависит от диагноза и рассчитана примерно на 10 сеансов. Важно отметить, что другие методы (психофармакотерапия, наркологические интервенции) могут и, как правило, должны идти параллельно. Кризисная фаза, в свою очередь, включает определенные стадии или этапы: начальный (1–3 сессии); средний (4–7 сессии) и завершающий (8–10 сессии). К задачам начального этапа относятся информирование; мотивирование к лечению; разработка «плана безопасности»; сбор информации для когнитивной концептуализации; формулировка целей лечения. Помимо плана безопасности на начальной фазе лечения составляется список целей работы, среди которых главная, как уж говорилось выше, предотвращение нового суицидального кризиса.

За начальной фазой антисуицидального протокола следует средняя, направленная на развитие навыков совладания с суицидальным поведением. На этой фазе эффективно применение бихевиоральных техник, таких как поведенческая активация, терапия мастерством и удовольствием.

Важной задачей средней фазы является когнитивное реструктурирование. задачи поздней, завершающей фазы лечения следующие: 1) закрепление навыков, которые тренировались в средней фазе; 2) составление плана предотвращения кризиса; 3) фиксация всех положительных сдвигов; 4) подготовка к продолжению лечения, направленного на основное психическое расстройство, на фоне которого возник суицидальный кризис.

Эффективность когнитивной психотерапии суицидального поведения доказана в целом ряде контролируемых исследований.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛА ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА В СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ**

Иванов С.М.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Сегодня социальный прогресс и демократизация отношений полов, стирание границ между «мужскими» и «женскими» профессиями, совместное обучение и работа изменяют и нормативные представления о мужских и женских половых ролях. Изменения эти происходят довольно быстро и вызывают у многих людей адаптивное напряжение, сопровождающееся психологическим дискомфортом. У подростков непосредственный жизненный опыт связан только лишь с позицией ребенка, и поэтому их представления о мужественности и женственности – это, по-видимому, просто соответствующие взгляды взрослых. Между тем известно, что в этом возрасте интенсивно формируется система межполовых взаимоотношений. У старших школьников основа формирования идеальных представлений о мужественности и женственности – значимая для них сфера взаимоотношений с ровесниками противоположного пола. Она включает актуальные потребности, связанные с сексуальным развитием, осознание себя как человека определенного пола (в сфере межполовых взаимоотношений) идеальные образы мужчин и женщин как субъектов и объектов общения, представления о себе и других сверяются на практике. Происходящая в обществе ломка традиционной системы половых ролей и стереотипов, серьезно влияет на психику и поведение подростков. Жесткая нормативность и поляризация деятельности и установок постепенно уступает место принципу индивидуальной вариабельности, которая зависит от половой принадлежности индивида, но отнюдь не сводится к ней. Исследование межличностных отношений ребенка в социальной психологии детства, с помощью анализа полоролевого поведения, а

также психологических особенностей взаимоотношений современных мальчиков и девочек в группах своего пола, приводит к разработке проблемы половой дифференциации в детской группе. Формирование психологического пола личности ребенка в социальных группах может быть понято лишь в контексте их развития в прошлом, настоящем и будущем.

### **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА**

Калугина Н.Е., Цыганов М.И., Авдеева Е.Л.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

В современном мире идет стремительное развитие цивилизации. Человек ежедневно испытывает глобальный информационный, психологический и другие виды стресса. Это ведет к увеличению нагрузки на организм, и как следствие происходит срыв его адаптационных механизмов. Это срыв проявляется заболеваниями, масштаб и число которых с каждым годом увеличивается в геометрической прогрессии. Борьбу клинического проявления срыва адаптации ведет врач. Ни для кого не секрет, что эффективность лечения зависит не только от степени корректности назначенного комплекса лечения, но и от степени приверженности (комплаентности) пациента к предлагаемой терапии. Самовольное отхождение от схемы лечения, то есть низкая комплаентность, может привести не только к снижению эффективности лечения, но и усугубить протекание болезни. В данной статье мы отразили факторы которые повышают, а какие понижают комплаентность.

Было проведено анкетирование среди пациентов РКПЦ МЗ РБ.

Собранные данные показали, что на уровень комплаентности влияет целый ряд факторов, первым из которых является осознание и признание

пациентом наличие и серьезности болезни и необходимости ее лечения. Также оказывает влияние и уровень образованности образования, выяснилось что части пациентов истоками низкой приверженности к лечению являются не знание особенностей приема тех или иных лекарственных препаратов. В этом прослеживается ошибка медицинского персонала, который возможно рекомендации не были адаптированными к интеллектуальному уровню пациента. Значительное влияние на комплаентность оказывают и психологические особенности респондентов. Отмечено снижение ее уровня у людей с плохой памятью, «нетерпеливых», с невысокими волевыми качествами. Кроме того, как показали исследования уровня комплаентности, часто самостоятельный отказ от предложенной схемы лечения наблюдается при появлении побочных эффектов от применяемых лекарственных препаратов. Большую роль также играет отношение к лечению родственников.

Не последнее место занимает и социально-экономическое положение пациентов. При низком социальном статусе, а также затруднительном финансовом положении идет снижение уровня комплаентности.

Одна из самых главных причин влияющих на уровень приверженности к лечению является профессионализм врача. В ход формирования комплаентного поведения пациента существенную роль играют не только профессиональные качества врача, отвечающие высоким требованиям, но и его личностные характеристики: дипломатичность(98%), доброжелательность (100%), общительность(82%), организованность (76%), прямолинейность (68%). Резкий отрицательный отклик нашли такие качества, как эгоцентризм, меркантильность, деспотичность. Не стоит забывать, что не последнюю роль в повышении приверженности к лечению играет и авторитет врача.



## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОНИМАНИЯ МОДЕЛИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Клих Т.Ю.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Проблемы суицидов среди детей и подростков наиболее актуально в настоящее время. Уровень самоубийств-это один из значимых показателей социальной и экономической обстановки в регионе и в государстве в целом. Профилактика суицидального поведения является приоритетным направлением в Республике Башкортостан. Республиканский Клинический Психотерапевтический Центр осуществляет работу в этом направлении. Профилактическая деятельность достигается путем активного приема детей и подростков, участия специалистов центра в школьных родительских собраниях (Уфа и районы Республики), выездами бригад для профилактики эффекта Вертера. Так же врачи и психологи центра выступают на конференциях, семинарах, круглых столах, СМИ. Также ведутся исследования современных направлений в подростковой среде. В ходе такой работы сотрудниками РКПЦ за 2017 год амбулаторно было консультировано 150 детей в возрасте от 9 до 17 лет. Выездных мероприятий было проведено 27, а в стационаре пролечено 36 пациентов. В 65% случаев имели место расстройства приспособительных реакций (F 43.2 по МКБ10). Расстройства поведения и эмоций детского возраста выявлены у 22% обследуемых. Около 3% пациентов обнаруживали признаки шизофрении. Тесный контакт с подростками и родителями позволяет детально изучить особенности суицидального поведения в молодежной среде. В значительной части консультируемых пациентов отмечаются наследственные компоненты, в виде повышенной тревожности у родителей (по госпитально шкале тревоги и депрессии- 60%). Порядка 20% детей в социальных сетях «В контакте» состоят в группах суицидального характера, и зачастую добавляют к себе «на стену» записи суицидально-

депрессивного содержания. Не редко именно это служит поводом для обращения за помощью в РКПЦ. Если влияние интернета имеет свою роль в суицидальных тенденциях у современных детей, то этот аспект не остался без внимания. Было проведено исследование социальных сетей на предмет влияния на агрессивное и суицидальное поведение в подростковой среде. В результате было обнаружено, что сеть интернет заполнена «кумирами молодежи», которые пропагандируют агрессивное поведение, депрессивное настроение с суицидальными элементами. Например, среди подростков 2018 год объявлен годом «Колумбайна» (в честь школы Колумбайн, в которой в апреле 1999 года произошло массовое убийство, совершенное Диланом Клиболдом и Эриком Харрисом). Поклонники Эрика и Дилана считают их мучениками и некоторые уже последовали их примеру (не менее 10 известных случаев по всему миру). Так же на смену «синим китам» пришли «красные совы», и переместились из «ВК» в Instagram. Стали появляться новые хэштеги (#краснаясова, #сованикогданеспит, #зеленыйкот и многие другие). При беседе с родителями часто выясняется низкая осведомленность о интересах своих детей или даже игнорирование их эмоционального состояния, а также разногласия в семье. Были отмечены конфликты с учителями и среди сверстников. Следом за этим отмечалось снижение успеваемости у детей. Нельзя не отметить, что большинство подростков ждет помощи и готово ее принять. В связи с этим была организована амбулаторная и стационарная помощь для них. В ходе терапии было проведено медикаментозное назначение, физиотерапия, психокоррекционная работа и психотерапия. В 130 случаях из 150 было рекомендовано лечение в отделениях РКПЦ и динамическое наблюдение. Все пациенты и их родители были информированы о службе «Телефона доверия». Такая работа приносит свои результаты – снижение уровня тревожности у детей, стабилизация настроения, формирование правильной оценки действительности, положительная работа над уверенностью в себе. улучшение внутрисемейных отношений.

## **ДИНАМИКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОВД**

Колтыпина О.М., Асфаган Н.Ш., Кунафина Е.Р.

МСЧ МВД по Республике Башкортостан

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Эмоциональный и физический стресс при выполнении служебных обязанностей в условиях обострения криминальной обстановки и межнациональных конфликтов, пресс негативного отношения части общества к работе правоохранительных органов, социально—экономические проблемы, характерные для большинства населения, постепенно приводят к истощению у сотрудников психофизических ресурсов, наступлению профессиональной деформации, формированию психосоматических заболеваний и нервно-психических расстройств. Ведущей характеристикой фактора трудовой деятельности в правоохранительных органах является напряженность труда. Это характеристика трудового процесса, отражающая нагрузку преимущественно на ЦНС, органы чувств и эмоциональную сферу сотрудника. При чрезмерном или длительном психоэмоциональном напряжении, превышающим барьер психической устойчивости адаптивная стресс-реакция переходит в патологическую. Как отмечает Е.В.Василенко (2008), «сотрудники ОВД испытывают воздействие стрессогенных факторов двойного порядка: стрессоры повседневной напряженной профессиональной деятельности и стрессоры экстремальных ситуаций, которые создают значительные трудности в решении профессиональных задач, сказываются на успешности действий и требуют от сотрудников высокой профессиональной устойчивости, особой психологической подготовленности, умению конструктивно действовать в сложных условиях». Сотрудники ОВД подвержены воздействию тех же социально-стрессовых факторов, что и основная часть населения. Особо следует выделить сотрудников, принимающих участие в выполнении оперативно-

боевых и иных задач, сопряженных с опасностью для жизни (ОМОН, СОБР). Поэтому они могут быть отнесены к группе риска в плане возникновения у них стрессовых состояний и как следствие - психической дезадаптации. Несвоевременность выявления постстрессовых нарушений и проведения комплексных медико-психологических мероприятий комбатантам приводит к хронизации психических расстройств, росту числа психосоматических заболеваний, алкоголизации личного состава, прерыванию дальнейшей службы, проблемам в семье.

Центром психодиагностики МСЧ МВД России по РБ на профосмотрах за 2016г. освидетельствовано 3580 сотрудников, из них 336 человек после выполнения задач в особых условиях (полнота охвата составляет 100%). В проведении медицинской реабилитации нуждались 151 сотрудник (45% обследованных). По данным осмотров 22 чел. имели впервые выявленные заболевания, 51 чел. - обострения ранее выявленных хронических заболеваний, 9 чел. - хронические заболевания вне обострения, 69 чел. - с предболезненными изменениями по данным психодиагностического обследования. Выявленные невротические расстройства характеризовались наличием комплекса аффективных (депрессивные, тревожные, дисфорические), поведенческих и соматоформных (вегетативных) нарушений. Пограничные психические расстройства, связанные с последствиями боевой психической травматизации были нестабильны, фрагментарны, малодифференцированы и, в большинстве случаев, носили кратковременный характер, имели свою динамику и формировались в тесной связи с личностными особенностями

Динамика формирования невротической картины была представлена: адаптационными реакциями, невротическими реакциями, невротическим состоянием и невротическим развитием. *Адаптационные реакции* это нормальные реакции, присущие здоровому человеку, которые возникали в ответ на какую-либо задачу, имеющую значимый характер. Происходило напряжение нервно-психических ресурсов, но личность сохраняла над

собой полный психический контроль, поведение в целом не страдало, сомато-вегетативные проявления отсутствовали. В дальнейшем, по мере накопления стрессовой ситуации, адаптационные механизмы не справлялись с возникшим психоэмоциональным напряжением, формировалась **невротическая реакция**, когда на фоне срыва адаптационных механизмов возникали поведенческие нарушения, проявляющиеся индивидуально, в зависимости от личностных особенностей (агрессия, раздражительность, плаксивость и т.д.). После того как невротиическая реакция угасала возникали вегетативные проявления (слабость, потливость, сердцебиение, головокружения). Невротические реакции являлись кратковременным состоянием и прекращались при завершении психотравмирующей ситуации. При пролонгировании ситуации, формировании **невротического состояния**, наблюдался срыв адаптационных механизмов более глубокого, уже витального уровня. Возникал так называемый феномен «концепции болезни», когда человек начинает ходить по врачам, жаловаться на плохое самочувствие, искать у себя признаки актуального соматического заболевания. В дальнейшем наблюдалась хронизация процесса. При утяжелении психотравмирующей ситуации и не оказании своевременной помощи происходило приспособление человека к хроническому психическому процессу, формирование **невротического развития**. Пациенты были фиксированы не только на состоянии своего здоровья, но и на смысле и значимости своей жизни, появлялась раздражительность, ворчливость, недовольство, с постоянным депрессивным настроением, массой жалоб на неудавшуюся жизнь и плохое здоровье и т.д. Следует отметить, что на любом этапе невротиического процесса была возможна психосоматическая декомпенсация - развитие уже не функционального, а настоящего соматического заболевания.

Таким образом, специфика работы правоохранительных органов требует выполнения служебных обязанностей в условиях воздействия

стрессовых факторов, обусловленных локальными боевыми столкновениями, обострением криминальной обстановки. При этом высокие требования предъявляются к личностным качествам сотрудников органов внутренних дел, психологической устойчивости, особенностям реагирования в экстремальной ситуации, к их физическому и психическому здоровью. Повышение эффективности работы органов внутренних дел (ОВД) возможно, прежде всего, при наличии точных и обоснованных знаний об особенностях личности людей, исполняющих свой профессиональный долг в экстремальных условиях повышенного риска

## **ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОВД**

Колтыпина О.М., Асфаган Н.Ш., Кунафина Е.Р.

МСЧ МВД по Республике Башкортостан

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Под особыми условиями профессиональной деятельности понимаются средовые факторы, воздействующие на выполнение оперативно-служебных и служебно-боевых задач, неблагоприятно отражающихся на здоровье, а также осуществление служебной; деятельности в условиях чрезвычайного положения, в миротворческих миссиях, при ликвидации последствий<sup>^</sup> террористических актов, стихийных бедствий; техногенных, катастроф<sup>?</sup> и других особых ситуациях, включая применение огнестрельного; оружия и сопровождающихся повышенной психофизической нагрузкой- а также сопряженных с причинением вреда здоровью и риском для жизни.

К этому определению следует добавить и такую характеристику деятельности, как решение служебных задач вне мест постоянной; дислокации, охрана общественного порядка в период проведения массовых

общественно-политических (саммит), крупномасштабных культурных или спортивных мероприятий.

Указанные особенности профессиональной» (служебной) деятельности приносят экстремальный характер при обязательном наличии таких условий, как чрезмерность (сверхнормативность, сверхнеобычность) и протяженность внешних средовых воздействий. К ним также относится кратность или частота участия сотрудников ОВД, например, командировки в Северо-Кавказский регион для выполнения служебно-боевых задач.

Ведущей характеристикой фактора трудовой деятельности в правоохранительных органах является напряженность труда. Это характеристика трудового процесса, отражающего нагрузку преимущественно на центральную нервную систему, органы чувств и эмоциональную-сферу сотрудника.

К факторам, характеризующим напряженность труда, относятся: интеллектуальные, сенсорные и эмоциональные нагрузки, режим работы.

При чрезмерном или протяженном психоэмоциональном напряжении, превышающем барьер психической устойчивости, адаптивная, стресс-реакция переходит в патогенную (болезненную); проявляющуюся в дезорганизации психосоциальных и психобиологических функций индивидуума.

Возникающие при этом состояния психической дезадаптации проявляются в снижении работоспособности, повышенной утомляемости, аномальных личностных реакциях, девиантных (отклоняющихся от нормы) формах поведения (злоупотребление алкоголем, суицидальные тенденции, агрессивность, импульсивность поступков и др.), нервно-психических и психосоматических нарушениях (расстройства адаптации, посттравматические стрессовые расстройства - ПТСР, гипертония, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма, кожные заболевания и др.). Труд сотрудников ОВД в соответствии с Р2.2.755-99 «Гигиенические критерии

оценки и классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряжённости трудового процесса» относится к 3-4 классу 3-й степени по нервно-эмоциональной напряжённости.

Таким образом, мониторинг состояния психосоматического здоровья сотрудников ОВД - важная задача ведомственной медицинской службы. неблагоприятные производственные факторы могут приводить не только к развитию стресс индуцированных расстройств (расстройства адаптации, ПТСР, АГ и другие сердечно-сосудистые заболевания - ССЗ), но и к прогрессированию широко распространённых психосоматических заболеваний. В этих случаях следует говорить о (Покровский В.И., 2003) профессионально обусловленных заболеваниях (ПОЗ). Установлены также закономерности роста риска развития невротических расстройств от степени напряженности труда от 30 до 70%. Все это свидетельствует о том, что на первый план в наступившем веке выступают болезни, вызванные нервно-эмоциональным и физическим напряжением.

Организация профилактических осмотров сотрудников ОВД, принимающих участие в выполнении оперативно-боевых и иных задач, сопряженных с опасностью для жизни и причинением вреда здоровью проводится в соответствии с приказом МВД РБ №412 от 24 марта 2012 и приказа ФКУЗ МСЧ МВД по Республике Башкортостан № 119 от 5 марта 2012 года. Так, за 2016 год, Центром психодиагностики МСЧ МВД России по РБ на профосмотрах освидетельствовано 3580 сотрудников, из них 336 человек после выполнения задач в особых условиях (полнота охвата составляет 100%). В проведении медицинской реабилитации нуждались 151 сотрудник (45% обследованных). По данным осмотров 22 чел. имели впервые выявленные заболевания, 51 чел.- обострения ранее выявленных хронических заболеваний, 9 чел. - хронические заболевания вне обострения, 69 чел. - с предболезненными изменениями по данным психодиагностического обследования.



Для проведения комплексной реабилитации сотрудникам ОВД используется лечебная база госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по РБ: поликлинические отделения, терапевтические, неврологические отделения, с 2015 года функционирует реабилитационное отделение госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД России по РБ. В 2016 году в отношении 151 сотрудника, вернувшихся из зоны «ЧС» было проведено 495 реабилитационных мероприятия (соотношение 1:3).

На амбулаторном уровне также созданы все необходимые условия для проведения реабилитационных мероприятий: проводится медикаментозное лечение, массаж, физиотерапия, функционирует кабинет ЛФК, консультации врача-психотерапевта, галокамера, бальнеотерапия, гидромассажные процедуры.

После комплексного обследования, при наличии медицинских показаний, сотрудники направляются для прохождения второго этапа медико-психологической реабилитации в санаторно-курортные организации МВД России. После восстановительного лечения отмечается положительная динамика.

Таким образом, психическое состояние практически здорового человека во многом зависит от способности организма адаптироваться в окружающей среде, от функциональных резервов основных жизненно важных органов и систем. Исполнение служебных обязанностей у сотрудников ОВД должно быть эффективным и не приносить ущерб здоровью.

## **ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Крылосова Е.Н.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Увеличение числа лиц с невротическими и психосоматическими нарушениями, наблюдающееся, прежде всего, в развитых странах,

возможно, объясняется не только улучшением выявляемости нарушений психической деятельности, но и комплексом факторов, способствующих их истинному росту. Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни больных, а также длительной и рецидивирующей нетрудоспособности. Получить подобный диагноз на сегодняшний день очень легко – стрессы на работе, сумасшедший ритм жизни пагубно сказываются на психическом здоровье современного человека. Развитие фармакотерапии помогает специалистам добиваться успеха в лечении таких больных. Казалось бы, проблема решена. Тем не менее, больных с такими расстройствами не становится меньше. Возникает закономерный вопрос: что может усилить воздействие медикаментозного лечения, помочь пациентам, возможно, несколько ускорить улучшение своего состояния и продлить срок ремиссии? На данный момент наиболее эффективным методом немедикаментозного лечения данной группы заболеваний является применение разнообразных видов психотерапии. Следует рассмотреть некоторые из них несколько подробнее.

**Индивидуальная психотерапия** Основа психотерапевтического процесса — взаимодействие врача и больного. Основные задачи: 1) глубокое изучение личности больного; 2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению болезненного состояния; 3) достижение осознания больным причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и заболеванием; 4) помощь в разумном разрешении психотравмирующей ситуации; 5) изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что ведет к улучшению субъективного самочувствия социального функционирования, применяется при всех видах невротических расстройств.

**Групповая психотерапия** Основное средство взаимодействия — интеракции между участниками группы (включая психотерапевта). Общий принцип — сознательное и целенаправленное использование всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих внутри группы между ее участниками, т.е. групповой динамики, в лечебных целях. Факторы групповой динамики являются осью групповой психотерапии, применяется при всех видах невротических расстройств.

**Внушение в состоянии гипнотического сна или гипносуггестивная психотерапия.** Может проводиться в форме индивидуального или коллективного гипноза. Применяется при всех видах неврозов, ряде соматических заболеваний (бронхиальная астма, сахарный диабет), энурез, логоневроз, табакокурение.

**Самовнушение по Куэ.** Методика основана на активном внушении. Самовнушение проводится перед засыпанием или при пробуждении (т.е. при наличии переходных состояний) путем многократного (до 30 раз) автоматического повторения одной и той же формулы, отражающей содержание болезненных переживаний. Применяется при всех видах невротических и неврозоподобных нарушений, соматических заболеваний (гипертоническая болезнь и др.)

**Аутогенная тренировка.** Лечебный эффект основан на действии релаксации и целенаправленных самовнушений. Проводятся индивидуальные и коллективные занятия; продолжительность занятия от 20 мин до 1,5 ч (в зависимости от методики). Применяется при всех видах невротических и неврозоподобных нарушений, явлениях вегетативного дисбаланса, ряде некоторых соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.).

**Рациональная психотерапия.** Основа методики — логическое переубеждение больного, обучение его правильному мышлению, исходя из того, что психогения является следствием ошибочных суждений, заблуждений больного, обычно связанных с недостатком правильной

информации. Техника проведения характеризуется относительно директивным подходом с привлечением авторитета, престижа и знаний специалиста, а также методик убеждения, переубеждения, разъяснения, ободрения, отвлечения. Возможны групповые и индивидуальные психотерапевтические занятия. Применяется при невротических реакциях, всех видах невротических и невротоподобных состояний.

**Поведенческая (бихевиоральная) психотерапия.** В основу положен принцип реципрокного (сочетанного) торможения. Поведенческая терапия основана на теории о том, что текущее поведение – это ответ на прошлый опыт, и оно может быть разучено или переформулировано. Методика лечения включает два элемента: формирование новой реакции, не имеющей ничего общего со страхом, и одновременно-условное торможение страха. Практический прием заключается в постепенном демонстрировании больному, находящемуся в состоянии релаксации, иерархии обстоятельств, вызывающих страх (систематическая десенсибилизация). Рекомендована к применению людям с компульсивным и обсессивным расстройством, страхами, фобиями и зависимостями. Акцент делается на оказании помощи клиенту в достижении целей и изменении поведенческих реакций на проблемы, такие как стресс или беспокойство.

**Когнитивная психотерапия.** Представители этого направления полагают, что нереалистические, ошибочные представления о жизненных реалиях являются причиной развития аффективных расстройств.

Когнитивно-аналитическая терапия сочетает в себе теории по изучению связи между лингвистикой и мышлением, а также исторические, культурные и социальные факторы, влияющие на то, как мы функционируем. Когнитивно-аналитическая терапия рекомендует клиентам использовать свои собственные ресурсы и развивать навыки, чтобы изменить деструктивные паттерны поведения и негативные способы мышления и действия. Методики лечения включают в себя обучение

больного более оптимистическому восприятию себя и окружающего, изменение негативного аффекта на позитивный. Практически это реализуется в расширении активности пациентов, постановке реалистических задач с терапией «малыми успехами», мыслительной переоценке ложных умозаключений, обучении приемам противостояния аффективным нарушениям. Применяется при депрессии средней и легкой степени тяжести, реакции утраты, тревожно-депрессивных расстройствах, различных видах страхов, панических атаках. Терапия краткосрочная, структурированная и директивная, например, клиента могут попросить вести дневник или использовать диаграммы прогресса. Терапевт работает в сотрудничестве с клиентом, изменения модели поведения и обучаясь альтернативным стратегиям совладения. Внимание уделяется пониманию связи между моделями поведения, закладывающимися в детстве, социальным вкладом и их влиянием на клиента, во взрослом возрасте.

**Гештальт-терапия.** «Гештальт» означает целое и совокупность всех частей, и символическую конфигурацию или форму элементов, которая составляет целое. Это психотерапевтический подход, который основывается на убеждении, что люди имеют естественное стремление в отношении здоровья, но старые модели поведения и фиксированные идеи могут создавать блоки. Является недирективным методом психотерапии, позволяющим рассмотреть и реконструировать свою жизненную ситуацию, пережить и интегрировать проблемы в завершенном гештальте. Гештальт-терапия исходит из того, что происходит в данный момент, привнося осведомленность в представление индивида о себе, его реакции и взаимодействие с другими людьми. Присутствие в «здесь и сейчас» создает в клиенте потенциал для большего восхищения, энергии и смелости, чтобы немедленно жить. Гештальт-терапевт смотрит на то, как индивид сопротивляется контакту «здесь и сейчас», как человек сопротивляется переменам, и на виды поведения или симптомы, которые клиент рассматривает как неподходящие или неудовлетворительные и помогает

клиенту прийти к осознанию не только того, что происходит и что говорится, но и языка тела и подавленных чувств. Последовательная система упражнений и группового взаимодействия включает в себя «чувствование актуального», базовое переживание ощущения «здесь и теперь», техники «внимания и сосредоточения» и др. Метод является типичным выражением психологической (неклинической) модели психотерапии. Применяется для решения проблемных ситуаций, купирования острых переживаний, поведенческих аномалий и др.

**Арт-терапия** сочетает в себе терапию и творческий поиск через краски, мелки, карандаши, а иногда и лепку. Методы могут также включать в себя театральную постановку, кукольный театр. Работа с песком, например, клиенты выбирают игрушки изображающие людей, животных и здания и располагают их в контролируемое пространство театра «песочницы». Арт-терапевт обучен на психологическое понимание творческого процесса и эмоциональных атрибутов различных художественных материалов. В этом случае искусство рассматривается как внешнее выражение наших внутренних эмоций. Например, в живописи размер, форма, линии, пространство, текстура, оттенок, тон, цвет и расстояние все эти элементы выявляют воспринимаемую реальность клиента. Арт-терапия может быть особенно эффективной для клиентов, испытывающих трудности вербальной формы самовыражения. В таких учреждениях как художественные студии и мастерские, акцент на творческое развитие может быть полезен, особенно при работе с детьми и подростками, а также взрослыми, парами, семьями, группами. Применяется при работе как с людьми, испытавшими травму, так и с людьми с трудностями в обучении.

**Библиотерапия.** Вид эстетотерапии, лечебное воздействие которого осуществляется при помощи чтения книг. В ходе библиотерапии больной ведет читательский дневник, анализ которого играет роль объективного критерия оценки его состояния в процессе терапии и при подведении ее

итогов. Может применяться в индивидуальной и групповой форме. Применяется при невротических реакциях, всех формах неврозов

**Кинотерапия** — современное направление психологического консультирования и психотерапии. Она является тонким и мощным инструментом для самодиагностики и коррекции бессознательной сферы психики. Фильм отображает нашу жизнь, и очень часто в героях, событиях и ситуациях фильмов мы узнаем себя и своих близких и является метафорой, в которой можно увидеть отражение определенной жизненной ситуации. Люди по-разному воспринимают происходящее на экране и, в процессе работы в группе, дают друг другу дополнительную информацию, открывая новые грани увиденного. Кинотерапия реализует такие цели, как:

- •Эмоциональное переживание и проживание участниками актуальных на данный момент жизни ситуаций и проблем.
- •Осознание и переосмысление себя и своих целей, потребностей, психологических проблем.
- •Развитие способности самонаблюдений и умения быть в позиции объективного наблюдения ситуации.
- •Развитие способности к самораскрытию, искренности в выражении чувств и нахождению в контакте с чувствами и смыслами других людей, способности к сопереживанию. Духовный рост.
- •Формирование позитивного мышления и способности видеть многомерность и многозначность своих мотивов и мотивов значимых для них людей.

Просмотр кинофильма менее утомителен и более приемлем для человека, не любящего читать. Кинотерапия требует гораздо меньших затрат по сравнению с библиотерапией: можно выбрать фильм, идущий по телевидению, а можно взять кассету напрокат.

Таким образом, в арсенале специалистов помимо лекарственных средств присутствует достаточное количество различных психотерапевтических техник, способных помочь пациентам возможно

несколько ускорить улучшение своего состояния и продлить срок ремиссии.

## **ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В РАМКАХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

Куликова Н.В.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава Республики Башкортостан

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

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

За период работы дневного стационара было пролечено 1087 человек (2013г.-372, 2014г.-382, 2015г.-333), из них мужчин 256 человек, женщин 831 человек. По возрастному составу наибольшее количество пациентов приходится на возрастную группу 41-50лет (21,3%) по сравнению с 2014годом, где ведущей возрастной категорией была группа 51-60лет (25%). Прослеживается рост пациентов возрастных групп 21-30лет (16.2% по сравнению с 10% в 2014году) и 18-20 лет (3,9% по сравнению с 1% в 2014 году) и снижение количества поступивших пациентов в возрасте старше 60 лет (16,8% по сравнению с 30% в 2014году). Это свидетельствует о своевременности развития и расширения сети психотерапевтической помощи в республике в рамках отделения ее от психиатрической службы,



когда молодой. работающий состав населения может обратиться к психотерапевту без боязни быть поставленным на учет, что повышает доверительное отношение к психотерапевтической службе. В структуре заболевания лидируют пациенты с невротическими расстройствами ( F40-F49)-54,6% по сравнению с 44,5 % в 2014 году, наблюдается уменьшение пациентов с органической патологией (F00-F09)-36% по сравнению с 50% в 2014 году.

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

### **РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В АСПЕКТЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ**

Кунафина Е.Р., Марфина Н.А., Гильмиярова М.Н.  
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России,  
Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции  
«Саторис», Уфа

По данным ВОЗ, каждый год в нашей стране завершают жизнь самоубийством 200 детей и 1500 подростков. По числу суицидов среди несовершеннолетних наша страна занимает первое место в Европе. Более 90% случаев связаны с неблагополучием в семье, пьянством, финансовыми трудностями, жестокостью родителей. В общей сложности 45% девушек и 27% юношей в России задумывались о самоубийстве. Самоубийство является третьей основной причиной подростковой и юношеской смертности после несчастных случаев и убийств. В медицине есть даже специальный термин «пубертатный суицид». Более того, суицид рассматривают как один из вариантов проживания данного возрастного

кризиса. Для подростков самоубийство – типичная реакция на стрессовые ситуации и кризисы. А это значит, что в любой момент подросток может почувствовать себя совершенно лишним в этом мире. К «группе риска» по суициду относятся подростки: с нарушением межличностных отношений, “одиночки”; злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие; с затяжным депрессивным состоянием; с различными психическими аномалиями (с расстройствами личности, умственной отсталостью, органическими заболеваниями ЦНС); сверхкритичные к себе подростки; страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат, от хронических или смертельных болезней; фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями; страдающие от болезней или покинутые окружением подростки; из социально-неблагополучных семей - уход из семьи или развод родителей; из семей, в которых были случаи суицидов.

Сотрудниками Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ РБ и кафедры психиатрии и наркологии БГМУ, совместно с Центром психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Саторис», проводятся комплексные программы реабилитации подростков с расстройствами личности, умственной отсталостью, органическими заболеваниями ЦНС, разработанные в отделении детской и подростковой психиатрии НИИ психического здоровья СО РАМН. Для подростков с формирующимися расстройствами личности применяется программа реабилитации, целью которой являются коррекция симптомов нарушенного поведения и патологических защитных механизмов, купирование основных проявлений дезадаптации, решение семейных проблем системного характера, связанных с эмоциональными и поведенческими нарушениями, совершенствование копинг-стратегий. Фармакотерапия для данного контингента подростков назначается непродолжительными курсами при купировании симптомов тревоги, дисфории, гипомании и депрессии.

Достаточно часто используются нейролептики (тиоридазин, неуплептил), антидепрессанты преимущественно с седативным действием (амитриптилин, феварин), транквилизаторы (диазепам, атаракс и др.), нормотимики (карбамазепин) в возрастных дозировках.

Наиболее важными формами психотерапевтической работы с подростками, у которых выявлены личностные расстройства, являются: индивидуальная психотерапия; групповая психотерапия; консультирование и психотерапия родителей; семейная психотерапия. Одним из основных направлений индивидуальной психотерапии, помогающей подросткам приобрести навыки поведения в проблемных ситуациях, является когнитивно-поведенческая психотерапия. С целью воздействия на состояние психоэмоционального и мышечного напряжения используются техники релаксации и визуализации. Групповая психотерапия подростков с расстройствами личности интегрирует приемы гештальттерапии, клинических ролевых игр, когнитивно-поведенческой психотерапии. Обязателен поиск ресурсов и позитивных сторон личности подростков, расширение временной перспективы. Родительское консультирование при работе с семьей подростка решает следующие задачи: коррекция позиции родителя по отношению к подростку, психологическая поддержка родителей при выражении их собственных чувств, формирование мотивации к личной и семейной психотерапии. Основные цели семейной психотерапии при личностных расстройствах у подростков заключаются в терапевтической коррекции семьи как этиопатогенетического фактора возникновения поведенческих нарушений, а также в разрешении семейных конфликтов и травм, связанных с проблемным состоянием подростка.

*Цель программы* оказания медицинской и психолого-социальной помощи подросткам, страдающим умственной отсталостью, – улучшение социализации (личная адаптация и интеграция в общество), развитие самооценки и самопонимания, умения независимого функционирования, редукция осложняющей психопатологической симптоматики. Психолого-

психотерапевтическая помощь сочетается с лечебно-педагогическими приемами и осуществляется в комплексе мероприятий, направленных на реабилитацию подростков с умственной отсталостью. Основная роль в коррекции умственной отсталости принадлежит психолого-педагогическому процессу. Подросток своевременно должен получать образование по программе, доступной уровню его интеллекта. Большое значение имеют выявление и развитие у подростков с умственной отсталостью сохранных способностей. Медикаментозное лечение во всех случаях направлено в первую очередь на повышение предпосылок интеллекта и на осложняющую симптоматику, а также должно быть связано с характером и патогенезом нарушений. Выбор терапии (препарат, дозировка, длительность лечения) производится в соответствии со структурой психопатологического синдрома, возрастом, соматическим состоянием, индивидуальной переносимостью препаратов. Медикаментозная терапия включает препараты нейрометаболического, дегидратирующего, цереброваскулярного действия, транквилизаторы, «малые» нейролептики, противосудорожные, антидепрессивные, общеукрепляющие средства.

Психолого-психотерапевтическая работа с данным контингентом подростков включает индивидуальные и групповые психолого-психотерапевтические мероприятия для подростков с легкой формой умственной отсталости. Подросткам с умственной отсталостью предлагается индивидуальная рациональная и групповая когнитивно-бихевиоральная психотерапия в виде тренингов, направленных на коррекцию поведения, формирование адекватной самооценки, развитие речи, тренировку резервных возможностей организма, установку новых устойчивых социальных контактов. Семейное консультирование направлено на повышение родительской медико-психологической грамотности с целью «принятия» и адекватной оценки особенностей больного ребенка. При необходимости проводится психотерапевтическая коррекция дисгармоничных семейных отношений.

Цель программы для подростков с экзогенно-органическими поражениями ЦНС: коррекция аффективных и поведенческих расстройств, развитие когнитивных функций, улучшение адаптации. Комплексная медикаментозная терапия экзогенно-органических нарушений ЦНС включает антидепрессанты седативного, сбалансированного или активирующего действия в зависимости от структуры аффективных расстройств, транквилизаторы, нейролептики (целесообразно избегать высоких доз или применять средства без выраженных экстрапирамидных и иных побочных эффектов), ноотропы. При необходимости назначаются ангиопротекторы, вазоактивные средства, витамины, метаболические препараты, гипотензивные препараты, противосудорожные средства, диуретики, антигипоксанты. Для данного контингента подростков основными формами психолого-психотерапевтической работы являются индивидуальные и групповые мероприятия в форме релаксационных и арттерапевтических занятий, семейное консультирование.

Применение дифференцированных реабилитационных программ способствует укреплению психического здоровья подростков, улучшению социальной адаптации и профилактике суицидов.

## **ИНСОМНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА**

Кунафина Е.Р.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Сон является чрезвычайно важным фактором психической активности, так как его депривация приводит к раздражительности, сонливости, трудностям в решении интерперсональных и профессиональных проблем. Психическое истощение гораздо чаще требует сна, чем физическая усталость, при которой адекватным "ответом" является

отдых. Вместе с тем хорошо известно, что усталость значительно усиливается после целого дня фрустрации, нежели после целого дня активной и успешной работы. Недостаток сна сам по себе неприятен, и не менее 1/3 взрослого населения ежегодно испытывают те или иные нарушения сна. Из тех, у кого выявляются нарушения сна, около 60% жалуются на трудности засыпания, примерно 20% – трудности пробуждения, остальные – на те и другие расстройства.

В классификации DSM-IV инсомния определяется как дефицит качества и количества сна, необходимого для нормальной дневной деятельности, а в МКБ-10 под инсомнией, гиперсомнией и нарушениями ритма сна совокупно подразумеваются «первично психогенные состояния с эмоционально обусловленным нарушением качества, длительности или ритма сна». Инсомния представляет собой нозологически неоднородный, синдромальный диагноз. Причины, вызывающие инсомнии, многообразны: 1) психофизиологические (реакция на стрессорные воздействия); 2) неврозы; 3) эндогенные психические заболевания; 4) соматические заболевания; 5) злоупотребление психотропными препаратами и алкоголем; 6) эндокринно-обменные заболевания; 7) органические заболевания мозга; 8) синдромы, возникающие во сне (синдром апноэ во сне, двигательные нарушения во сне); 9) болевые феномены; 10) перемена часовых поясов; 11) конституционально-обусловленное укорочение ночного сна.

Лечение инсомний проводится лекарственными и нелекарственными методами. Часто основным лечением является изолированная терапия инсомнии, а не коррекция основного заболевания. Однако в части случаев выявление этиологического фактора затруднительно, так как причины инсомнии у конкретного пациента многочисленны. Показаниями к фармакотерапии нарушений сна являются стойкость и длительность этих расстройств, существенно ухудшающих качество жизни, даже если расстройства сна являются симптомом соматических и психических

заболеваний. Лекарственная терапия проводится при неэффективности рекомендаций по соблюдению режима, общегигиенических мероприятий.

При выборе препарата мы учитываем основные требования, предъявляемые к так называемому идеальному гипнотику. Это такие свойства препарата, как способность вызывать быстрое засыпание в минимальной дозе, снижать число ночных пробуждений, оставаться эффективным в определенной дозировке. Кроме того, гипнотик не должен отражаться негативно на социальной и физической активности пациента – не влиять на его самочувствие, работоспособность и другие виды повседневной обыденной деятельности. Гипнотики первого поколения (барбитураты) для лечения нарушений сна практически не используются в связи с наличием побочных эффектов и осложнений при длительном приеме. Препараты второго поколения (дибензодиазепины) имеют несомненные преимущества перед первым по степени клинического эффекта. Однако перед нами также стоит вопрос переносимости, зависимости, развития нежелательных побочных эффектов (мышечная расслабленность, утренняя сонливость, вялость, нарушение когнитивных функций). Все это привело к некоторому сокращению избыточного назначения транквилизаторов-гипнотиков и ограничению сроков их применения. На наш взгляд, оптимальным является применение гипнотиков третьего поколения (циклопирролоны), что сводит к минимуму развитие нежелательных эффектов, поскольку они обладают селективностью действия на основной субстрат-мишень. Биологическим субстратом данных препаратов являются подтипы бензодиазепинового рецептора, которые по современным представлениям обуславливают наступление гипнотического эффекта.

Решение о продолжительности применения гипнотиков определяется различными факторами, в том числе клинической ситуацией, сроком наступления эффекта, переносимостью. Врачебные рекомендации обычно сводятся к 2—3-недельному приему препарата в виде курсового лечения с

повседневным назначением. При наличии положительного эффекта целесообразно продолжать терапию с уменьшением дозы наполовину. В случае сохраняющегося снотворного действия препарата рекомендуется переход на эпизодический прием препарата в отдельные дни. При отсутствии эффекта от курса терапии возможна смена препарата на другой из той же группы или назначение препаратов другого поколения. Отмену препарата следует производить постепенно в течение 1—2 месяцев путем снижения дозы. При снижении дозы препарата необходимо уделять внимание немедикаментозным гигиеническим, психотерапевтическим и другим методам. Нередко препарат может назначаться на протяжении длительного времени (более 1 месяца) в минимальной терапевтической дозе, что, как показывает опыт, не приводит к формированию зависимости.

Гигиена сна является важным и неотъемлемым компонентом лечения любых форм инсомний и состоит из следующих рекомендаций: ложиться спать и вставать в одно и то же время; исключить дневной сон, особенно во второй половине дня; не употреблять на ночь чай или кофе; уменьшить стрессовые ситуации, умственную нагрузку, особенно в вечернее время; организовать физическую нагрузку в вечернее время, но не позднее чем за 2 часа до сна; регулярно использовать водные процедуры перед сном. Может приниматься прохладный душ (небольшое охлаждение тела является одним из элементов физиологии засыпания). В некоторых случаях можно применять теплый душ (комфортной температуры) до ощущения легкого мышечного расслабления. Использование контрастных водных процедур, излишне горячих или холодных ванн не рекомендуется. Данные рекомендации необходимо индивидуально обсуждать с каждым пациентом и объяснять важность данного подхода.

В случае, если выбором метода лечения стала психотерапия, наиболее эффективной себя показала когнитивная поведенческая терапия. Данная терапия включает в себя группу методик, направленных на коррекцию факторов, обуславливающих хроническую инсомнию (длительность



нарушений сна составляет более 3 месяцев), независимо от причин ее возникновения. Терапия «стимул-контроль» предполагает, что инсомния – это плохо адаптируемая ответная реакция на такие факторы, как время сна и общая атмосфера спальни (например, чтение или просмотр телевизора в постели вместо сна), которая требует переоценки взаимосвязи понятий кровати и сна как таковых. Сонно-рестриктивная терапия основывается на предположении, что люди, страдающие бессонницей, могут увеличить продолжительность сна, вызывая временный дефицит сна путем сознательного сокращения времени нахождения в кровати. Релаксирующая терапия основывается на гипотезе, что бессонница взаимосвязана с повышенной возбудимостью. Когнитивный компонент этих форм терапии заключается в объяснении пациенту проблемы необходимости сна, коррекции нереальных ожиданий и обсуждении чувства повышенной тревоги и панических мыслей, например, преувеличения последствий недосыпания. Терапия, заключающаяся в обучении гигиене сна, обращает внимание на внешние факторы, которые могут спровоцировать бессонницу, такие как шум в спальне или употребление кофеина.

## **ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРИЯ**

Макарова А.А.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Термин «гендерная дисфория» описывает гетерогенную группу лиц, которые выражают недовольство различной степени интенсивности по поводу своего анатомического пола и желают обладать половыми признаками противоположного пола. Гендерная дисфория может наблюдаться при следующих заболеваниях и девиациях: первичный и вторичный транссексуализм, трансвестизм в сочетании с депрессией, шизофрения с нарушением гендерной идентичности, пассивный

гомосексуализм с расстройством адаптации, пограничное расстройство личности в сочетании с грубым расстройством гендерной идентичности, дисморфофобия, расстройство гендерной идентичности нетранссексуального типа, атипичное расстройство гендерной идентичности. Одними из основных проблем транссексуализма и гендерной дисфории являются депрессия, снижение психологического благополучия и суицидальное поведение пациентов, что в полной мере отражает неразрешимый характер противоречий, возникших у дисгармоничной личности. Фактором развития депрессии у пациентов с гендерной дисфорией является сексуальное и физическое насилие, особенно в детстве и подростковом возрасте

Гендерная дисфория проявляется по-разному в разных возрастных группах. Однако, для всех возрастных групп, критерии DSM-5 требуют наличия двух следующих факторов:

- Заметное несоответствие между полом при рождении и чувством гендерной идентичности (кроссгендерная идентификация), которое присутствует на протяжении  $\geq 6$  месяцев;
- Клинически существенный дискомфорт или функциональные нарушения в результате этого несоответствия;
- Лечение;
- Психотерапия;
- Для некоторых мотивированных пациентов: терапия гормонами противоположного пола, иногда операция по смене пола.

Гендерно неконформное поведение, такое как ношение одежды противоположного пола, может не требовать лечения, если оно не сопровождается психологическим дискомфортом или функциональными нарушениями.

## **К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ОТЦОВ**

Марфина Н.А., Кунафина Е.Р., Тазетдинова Т.Н.

ГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

ГБУЗ РБ Республиканская клиническая психиатрическая больница  
Минздрава РБ

На протяжении последних десятилетий остаются актуальными систематические исследования социально-психологических аспектов семейной жизни больных шизофренией в связи с задачами реадaptации и реабилитации (Кабанов М. М., 1971; Фуллер Т.Э., 2007 и др.). В работах М. М. Кабанова (1995) и С. С. Либиха (1971) подчеркивается мысль, что подлинная реадaptация невозможна без попыток изменить патологические взаимоотношения в семье, устранить ирреальные оценки больного и непосильные для него требования. Не до конца изученными остаются вопросы родительства и семейного воспитания детей больными шизофренией (Вид В.Д., 1993; Голимбет В. Е. 2004).

С целью изучения и психотерапевтической коррекции нарушений семейного воспитания в семьях больных шизофренией отцов применялась методика АСВ (авторы Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий, 1987). Обследовано 20 отцов с диагнозом шизофрения, находящихся в состоянии терапевтической ремиссии, и 30 психически здоровых отцов. Задачами исследования было оценить типы и особенности стилей воспитания, частоту встречаемости нарушений родительского отношения у больных шизофренией отцов, изучить связи отклоняющегося воспитания с некоторыми анамнестическими и личностными характеристиками с целью коррекции. Для решения поставленных задач использовались: дескриптивный анализ, t-тест для независимых выборок (тест Стьюдента), коэффициент корреляции Пирсона пакета статистических программ SPSS 10.0.

Результаты. Нарушения семейного воспитания обнаружены у 18 обследованных больных шизофренией отцов (90%) и у 17 отцов контрольной группы (56,6%). Наиболее распространенными нарушениями воспитания у больных шизофренией были *чрезмерность наказаний*, *чрезмерность требований-запретов* (воспитание по типу «все нельзя») и *игнорирование потребностей ребенка*. Указанные нарушения воспитания обнаружены в разных сочетаниях у 65% больных шизофренией отцов (Рис. 1).

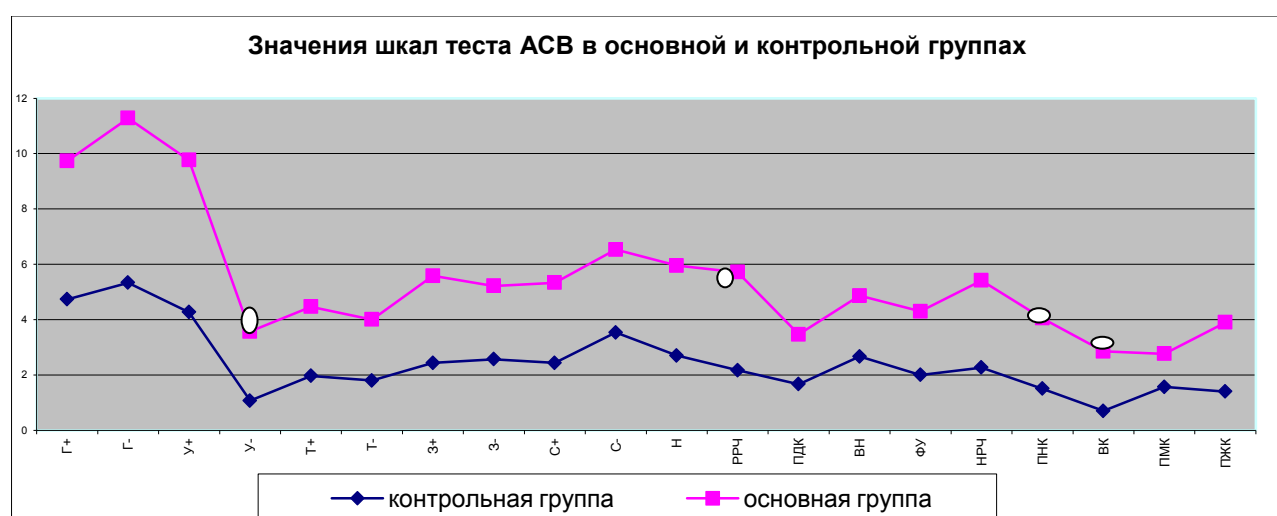


**Рис 1. Распределение стилей семейного воспитания больных шизофренией отцов.**

У 5 больных (25%) был смешанный (амбивалентный) тип нарушения семейного воспитания. У 2 больных (10%) профиль семейного воспитания не выходил за рамки нормативного разброса. Повышение по шкале «наказания-санкции» в основной группе коррелировало с повышением по шкале «перенос собственных нежелательных качеств» ( $r=0,63$ ). Возраст отца и длительность болезни в группе больных шизофренией положительно коррелировали со шкалами «игнорирование потребностей ребенка» ( $r=0,59$ ), «запреты» ( $r =0,59$ ), «вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания» ( $r=0,68$ ) и отрицательно коррелировал со шкалой «воспитательная неуверенность» ( $r=-0,52$ ), что отражало неблагоприятное влияние психического заболевания на родительскую сферу.

При сравнении усредненных значений шкал теста АСВ основной и контрольной групп (Рис. 2) были выявлены повышения по шкалам

«игнорирование потребностей ребенка» ( $p < 0,05$ ), «расширение родительских чувств» ( $p < 0,05$ ), «проекция на ребенка собственных нежелательных качеств» ( $p < 0,01$ ), «вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания» ( $p < 0,01$ ) в группе больных шизофренией отцов, что отражало дефицит стремления больных шизофренией отцов к удовлетворению потребностей ребенка в эмоциональном контакте и общении, игнорировании его духовных потребностей, а так же подтверждает наличие личностных проблем, решаемых за счет ребенка.



**Рис.2. Показатели теста АСВ в основной и контрольной группах.**

Результаты тестирования, верифицированные клинической беседой, показали, что у обследованных больных отношение к воспитанию было подобно «полю битвы» конфликтующих родителей. Чрезмерные наказания, требования и запреты у больных шизофренией отцов были обусловлены склонностью видеть в ребенке те черты характера, которые отец хотел бы преодолеть в самом себе, что, как следствие, приводит к неправильному воспитанию типа эмоциональное отвержение и жестокое обращение.

На основе изучения стиля семейного воспитания больным проводилась психотерапевтическая коррекция нарушений родительского отношения. Совместно с больным анализировались семейная ситуация и конфликтные отношения с ребенком, намечались реалистичные меры, направленные на смягчение и преодоление конфликта. Хотя сам больной в

большой или меньшей степени был причиной конфликта с ребенком, однако эта возможность, по крайней мере, открыто, не рассматривалась, а в выработке коррекционных мер мы ориентировались не столько на индивидуальные особенности ребенка и родителя, сколько на универсальные, оптимальные с точки зрения педагогики и психологии способы воспитания. В доступной для больного форме и объеме обсуждалось, какой тип родительского отношения способствует возникновению той или иной аномалии развития характера ребенка, а какой тип родительского отношения благодетелен для ребенка. Коррекция стиля семейного воспитания включала преимущественно психообразовательный подход, а врач-психиатр (на основе консенсуса с пациентом) выступал в роли специалиста, которому лучше известны проблемы, приемы и способы воспитания, он может давать советы, рекомендовать методы воспитания, обучения и т.д. Все пациенты проявляли интерес к обсуждению результатов тестирования, большинство положительно и заинтересованно реагировали на обсуждение темы семейного воспитания, что улучшало комплаентность и так же активность участия в других реабилитационных программах отделения.

Таким образом, получены данные о большой распространенности нарушений семейного воспитания среди обследованных больных. Выявлены преобладающие черты неправильного семейного воспитания и наиболее частые психологические причины отклонений в семейном воспитании. Обозначена проблема необходимости дальнейшей разработки и совершенствования психокоррекции, семейной психотерапии и социальной реабилитации больных шизофренией отцов.

## **ЛИЧНОСТНЫЕ СВОЙСТВА СУПРУГОВ И ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ**

Мусина Г.Х.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Социальная стабильность семьи обусловлена конструктивными межличностными отношениями ее членов. Нами было проведено изучение взаимосвязи между ситуативной созависимостью, личностных свойств супругов, установками в семейной паре и реакцией супругов на конфликт. Для реализации сформулированной цели была выдвинута гипотеза о наличии достоверных взаимосвязей между личностными свойствами супругов, особенностями семейных взаимоотношений и реакциями супругов на конфликт. Методы исследования, которые применялись для решения поставленных задач и проверки исходных положений гипотезы, включили в себя комплекс методов: теоретический анализ научной литературы, сопоставление и обобщение научно-исследовательских работ по проблеме, анкетирование, методы математической статистики - первичная обработка данных и корреляционный анализ. Обработка данных осуществлялась с использованием программы Statistica 10.0 для операционной системы Windows. В исследованиях принимали участие 62 человека в возрасте 22 – 57 лет, семейные пары городов Уфы и Казани.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ**

Николаев Ю.М., Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М., Пермякова О.В.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Современные подходы к решению проблем в области психотерапии значительно отличаются от привычных традиционных, при этом

современные методы психотерапии опираются на твердое научное обоснование – теорию И.П.Павлова в области поведения и обучения, теорию логических типов Б.Рассела, теории научения Н.Хомского, а также использования технологий нейролингвистического программирования (НЛП) и коммуникации как словесной, так и не словесной М.Эриксона. Психотерапия стоит на стыке многих наук, таких как психология, медицина, социология и др. отдельные методы применяются для реадaptции в кабинетах социально-психологической помощи, в кабинетах семейных отношений. Широко используются такие методы как эмоционально-психологическая разгрузка, аутогенная тренировка.

Данные мировой практики показывают что использование методов психотерапии при конфликтности в структуре межличностных отношений способствует бесконфликтному разрешению некоторых ситуаций и позволяет достигнуть положительных и устойчивых результатов.

Существенное значение психотерапии приобретают этические проблемы, поэтому к психотерапевту предъявляются определенные требования, такие как быть экспертом в области коммуникации, знать современные форматы решения психологических проблем, понимать, как устроена система и как изменить ее устройство для решения конкретной проблемы и достижения желаемого результата.

Известно, как минимум, около 450 видов психотерапии, больше половины из которых используется в работе с детьми и подростками. Единая систематизация столь широкого и продолжающего расширяться списка практически нереальна, и классификация видов психотерапии значительно варьирует от автора к автору. Но так или иначе большинство видов психотерапии соотносимо с основными подходами.

В детской практике психотерапия - неотъемлемая часть работы с семьей. Как правило, семья слишком вовлечена в происходящее с ребенком и пристрастна, чтобы увидеть происходящее с терапевтической дистанции. Современная психотерапия помогает снять многие неясности, построить



когнитивные карты происходящего с ребенком, которые помогают родителям найти свое место в терапевтическом процессе и системе помощи ребенку.

## **ВОСПИТАНИЯ САМООЦЕНКИ У РЕБЕНКА**

Нурлыгаянова Л.Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Порядка 97% детей на приеме страдают от нарушения самооценки. От отношения к себе, к собственной личности зависит, насколько эффективно будет взаимодействовать в мире ребенок. Насколько комфортно будет ему. Очень многое в жизни ребенка зависит от его родителей. Ребенок копирует построение контактов и отношения к жизни с родителей. Мы знаем, что основы характера формируется до 5 лет. Дети копируют с нас отношение к миру, позитивно оно или нет.

Именно родители создают основную программу отношения с миром ребенка, от них зависит, как он будет это делать. Простые похвалы в самых маленьких победах создают уверенную личность. Простой вопрос «А как думаешь, ты сам?» укрепляет личностную самооценку на всю жизнь.

Слова, произнесенные в эмоциональном порыве самим родителем про себя самого, «А что скажут люди?», убивают возможность высокой самооценки ребенка, делая его рабом постороннего мнения.

Важно давать возможность ребенку самому принимать решения, опираться на свой жизненный опыт, свои победы, уроки, умения.

Важно для малышей использовать лечебное внушения перед сном, читая сказки или просто разговаривая «Сегодня ты стал лучше, чем вчера».

Разбирать сюжеты сказок, про сказочных героев, и выяснять, как герой добился побед. На утро, можно проигрывать сюжет их с ребенком.

Для подростков это беседы-обсуждения фильмов, книг, ситуаций возникших в течении дня, обсуждение своего жизненного опыта.

Возможно самовнушение перед сном» Сегодня я лучше, чем вчера! Завтра буду лучше, чем сегодня!»

## **ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ**

Пермякова О.А., Тимербулатов И.Ф., Николаев Ю.М.  
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Курение табака остается до настоящего времени широко распространенным явлением в России. Несмотря на запретительные меры, положенные в основу борьбы с курением, в России курят 60% мужчин и 25% женщин (Павлов, Головаха, 1995; Prokhorov, 1997). Отмечается неуклонный рост систематического курения среди детей, подростков в возрасте 9-12 лет (Луйга, Тур и др., 1995; Скворцова, Кутина и др., 1995). Основная работа по профилактике и направлению на лечение возложена на врача общей практики.

Прежде всего, при обследовании необходимо определить: 1) желание и готовность больного бросить курить; 2) степень никотиновой зависимости; 3) привычки, связанные с курением; 4) наличие психических расстройств, способных помешать отказу от курения. Суждения, убеждения человека определяют его поведение. Теория стадийного изменения образа жизни утверждает, что степень готовности человека к переменам позволяет прогнозировать успех воздействия на образ жизни. На пути к новому образу жизни человек проходит несколько стадий: неведения (меняться не собирается), размышлений (колеблется, хотя понимает необходимость перемен), подготовки (настроен измениться), действия (пытается измениться) и стойкого изменения (придерживается нового поведения).

Понимание стадии, на которой находится пациент определяет выбор методов воздействия. Отсутствие у пациента желания бросить курить не повод отступить, а руководство к действию. Уместно перевести его на стадию размышления. До 80% курильщиков, с которыми встречается врач общей практики, находятся в стадии неведения или размышлений. Уговаривать их бросить курить или стараться помочь им воздержаться от курения (к примеру, назначать препараты никотина) бесполезно. В них необходимо пробудить или укрепить желание бросить курить. Им важно рассказать о вреде курения. Лишь около 20% курильщиков, обращающихся к врачу, находятся на стадии размышлений – они уже так или иначе пытались отказаться от курения. Им важно помочь воздерживаться от курения при следующей попытке бросить курить – назначить препарат никотина, вручить руководство по самостоятельному отказу от курения, провести поведенческую психотерапию и т. д. При обследовании бывшего курильщика необходим единственный вопрос: «Как давно вы бросили курить?» Ответ определит стадию, на которой находится больной. Если больной не курит менее полугода, он находится на стадии действия, если более полугода – на стадии стойкого изменения. Чаще всего попытка бросить курить срывается на стадии действия, особенно в первые дни и недели после отказа от курения. Такие больные нуждаются в профилактике рецидивов курения.

Для определения тяжести никотиновой зависимости существуют различные критерии. Чаще всего используют анкету Фагерстрема на определение тяжести никотиновой зависимости. Ее больной заполняет самостоятельно. Выраженный в баллах результат позволяет определить не только тяжесть никотиновой зависимости, но и прогноз отвыкания от курения. Особой прогностической ценностью является вопрос о времени выкуривания первой утренней сигареты - ответ «спустя полчаса после пробуждения или ранее» указывает на выраженную никотиновую

зависимость. Важно узнать, наблюдались ли признаки абстинентного синдрома во время прежних попыток бросить курить.

При обследовании крайне важно подробно выяснить, в каких ситуациях, в какой обстановке человек тянется за сигаретой. Для этого достаточно попросить больного несколько дней следить за собой и записывать, когда, в какой ситуации, в каком настроении, с какими мыслями он выкуривал каждую сигарету. Изучив эти записи, врач и больной установят самые частые и могущественные факторы, провоцирующие курение.

Непременный этап обследования - выявление психических расстройств. Распространенность курения табака среди психически больных составляет 80%, в то время как в общей популяции — 28% (Polgar et al., 1996). По данным А. М. Рапопорта, Д. М. Лахмана (1983), прекращение курения табака у психически больных протекает наиболее тяжело по сравнению с лицами без психических расстройств.

При первой встрече и собеседовании с пациентом устанавливается "рабочий" комплексный диагноз:

наркологический (степень табачной зависимости);

психологический, личностный;

мировоззренческий, философский (иерархия жизненных ценностей);

соматический (определяются все расстройства, связанные с курением).

Для выяснения готовности пациента к обрыву курения, выяснения силы антикурительной мотивации, а также возможностей и ресурсов – психических и физиологических – его организма, необходимых при отказе от курения, пациенту в течение 7-10 дней можно дать ряд специальных заданий. Это прежде всего касается диеты, увеличения физической активности, гидротерапии. Отметим в заключение, что терапия табачной зависимости всегда должна быть комплексной, сочетающей в себе психотерапию, медикаментозное лечение, физиотерапию.

Выводы данного исследования:

– открытость опыту (O) отрицательно коррелирует с уровнем субъективного контроля (АСб) у мужчин. Мужчина считает, что женщина думает, что чем более открытый мужчина, тем ниже у него уровень субъективного контроля;

– нейротизм (N) отрицательно коррелирует с уровнем совместного контроля (JCa) у женщин. Женщина считает, что мужчина думает, что чем выше нейротизм у женщины тем ниже уровень совместного контроля.

– у женщин отношение к детям (шкала З) положительно коррелирует с добросовестностью (С). Чем более значимой представляется женщине роль детей в жизни человека, тем она более добросовестней;

– уровень нейротизма (N) у мужчин отрицательно коррелирует с уровнем дефензивных механизмов. Это значит, что чем выше уровень нейротизма у мужчины, тем ниже у него уровень дефензивных механизмов (рационализация, изоляция, интеллектуализация и т.п.);

## **КОРРЕКЦИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Пермякова О.А., Лактионова Е.А.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

ГАУ ДПО РБ «Центр повышения квалификации»

В связи с возрастающей компьютеризацией и «интернетизацией» общества актуальна проблема патологического использования компьютера и Интернета. Согласно большинству авторов, распространенность компьютерной зависимости (КЗ) и Интернет-зависимости (ИЗ) находится в диапазоне 3,47-3,8%. КЗ формируется намного быстрее других видов зависимости: у 25% зависимость развилась в течение полугодия после начала работы в Интернете, 58% — в течение второго полугодия, а 17% — через

год (Young, 2000). I. Goldberg характеризует КЗ как «оказывающую пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную, рабочую, семейную, финансовую или психологическую сферы деятельности». Наиболее склонны к аддиктивным формам поведения лица, имеющие следующие особенности личности:

- сниженная переносимость трудностей повседневной жизни;
- скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
- внешняя социабельность и страх перед стойкими эмоциональными контактами;
- стремление говорить неправду, обвинять других, уходить от ответственности в принятии решений;
- стереотипность, повторяемость поведения;
- зависимость;
- тревожность.

Индивидуально-психологические свойства подростков с ИЗ отличаются снижением регуляторно-волевой сферы, в частности, повышенной импульсивностью, сверх-активностью на слабые провоцирующие стимулы. Для них свойственно беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, трудность самоконтроля как над своим поведением, так и над своими эмоциями, склонность к аффективному реагированию и повышенной личностной фрустрированности (Малыгиным с соавт., 2015).

Интернет-аддикты имеют сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела); замкнутость и проблемы в непосредственном общении; склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостаток взаимопонимания; проблемы в общении с противоположным полом; слабую агрессивность; эмоциональную напряженность; склонность к

негативизму; наличие фрустрированной потребности; заниженную самооценку; избегание проблем и ответственности (Чудова, 2002)

А.Ю. Егоров и соавторы выявили среди подростков с ИЗ преобладание шизоидных (29,8%), истероидных (19,3%), лабильных и эпилептоидных (по 12,3%) типов акцентуации. Реже определялись неустойчивые и психастенические акцентуанты (по 7%), астено-невротические (5,3%) и гипертимные (3,5%).

Исходя из изложенного, психотерапия и психокоррекция является действенным инструментом первичной профилактики КЗ. Она направлена на коррекцию личностных особенностей детей и подростков, улучшение межличностных отношений, усиление психической адаптации.

Первоначально необходима коррекция семьи, формирование гармоничных доверительных отношений с детьми, избегая аддиктивных стереотипов, с акцентом на эмоциональной поддержке, с учетом общих интересов всех членов семьи. В отношении подростков следует сочетать умеренный контроль над его действиями и умеренную опеку с тенденцией к развитию самостоятельности, ответственности за свою личную жизнь, здоровых интересов и занятий. Необходимо раннее выявление тревожных, депрессивных и других невротических расстройств.

Важным является повышение компетенции подростков в таких сферах, как культура межличностных отношений, технология общения, способы преодоления стрессовых ситуаций, конфликтология и проблемы аддиктивного поведения. Рекомендованы тренинги личностного роста с элементами коррекции отдельных личностных особенностей и форм поведения, которые включают формирование и развитие навыков работы над собой.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Пермякова Н.В.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Среди всех психических заболеваний у детей и подростков психогенные расстройства встречаются в 27-32% случаев (Колегова В.А., 1969). По более поздним данным ВОЗ этот показатель составляет 45%. Истинную распространенность определить сложно, поскольку приводимые статистические данные охватывают только учтенные, зарегистрированные случаи, которые составляют не более 1/5 от общего числа случаев. Чаще такие пациенты попадают к педиатрам и врачам общей практики в связи с преобладанием не психотических, а соматических жалоб.

Термин «психогении» (синоним «психогенное расстройство», «психогенные реакции») принят в отечественной психиатрии как обобщающее понятие, отражающее связь заболевания с психогенной травмой. Психогенная травма действует не в пустоте, не изолированно, а на определенном фоне, в определенном возрасте, отягощенном или неотягощенном каким – либо заболеванием или нарушением развития. Периоды возрастных кризов отличаются повышенной хрупкостью психической организации, чрезмерной реактивностью, готовностью к возникновению нервно-психических расстройств.

Основными клиническими формами психогений у детей и подростков являются психореактивные состояния (психогенные реакции, реактивные состояния, психогенное развития личности) и неврозы (невротические реакции, собственно неврозы, невротики развития личности). Именно в периоды возрастных кризов чаще всего возникают психические расстройства. Сложность изучения психореактивных состояний и неврозов у детей и подростков связана с тем, что они могут проявляться как самостоятельное заболевание, и как начальная стадия других психически



расстройств. Психогенные реакции могут проявляться как острые кратковременные психозы («острые аффективно-шоковые реакции»), протекающие с неясным сознанием или как кратковременные расстройства непсихотического уровня. Невротические реакции проявляются чаще всего преходящими аффективными нарушениями специфического характера (так называемые «фобии»- навязчивая боязнь чего либо) или отдельными невротическими, вегетативными, соматическими симптомами.

Реактивное состояние обычно развивается в ответ на непосредственный эмоциональный стресс, возникший в связи с действием сверхсильной травмы. Начальная фаза характеризуется остротой, внезапностью, непонятностью для ребенка. Внутренняя психологическая переработка травмирующей ситуации может быть выражена незначительно, соответственно психогенный «удар» чаще сопровождается эмоциональными, аффективными расстройствами (страх, панические реакции, депрессия). Непсихотический уровень этих расстройств абсолютно преобладает в детстве. По сравнению с неврозами, реактивные состояния чаще возникают у примитивных, органически стигматизированных личностей и потому нередко развиваются по древним механизмам «двигательной бури» или «мнимой смерти» (Кречмер Э., 1924) и сопровождается в этих случаях временным регрессом психики в целом или отдельных психических функций.

Неврозы отличаются значительной связью с определенным типом личности, чаще развиваются под влиянием действующего исподволь длительного психогенного травматизирования. В детском и подростковом возрасте, как правило еще до начала невроза, личность психогенно сенсебилизирована (Э.Кремер), уязвима вследствие своих внутренних психологических конфликтов и комплексов. Основные формы неврозов чаще всего возникают у соответствующих аномальных личностей (например, истерический невроз- у истерических личностей и пр.).

Психогенные расстройства могут долго оставаться скрытыми или появляться симптоматикой соматических заболеваний: головными болями, энурезом, нарушениями сна, экземой, эритемой, спастическим колитом, ювенильной (юношеской) гипертонией, приступами по типу бронхиальной астмы, что характерно для детского возраста; или поведенческими (психопато-подобными) девиациями (так называемые «маскированные формы»), что характерно для подростков.

Психогенная симптоматика у детей и подростков часто как бы вырастает из нормальных психологических особенностей: например нормальное фантазирование, присущее возрасту - и психогенные бредоподобные фантазии; неудовлетворенность своей внешностью, типичная для подростков - и навязчивая боязнь (фобия) конкретного физического уродства (дисморфофобия); склонность к отвлеченным рассуждениям, характерная для периода пубертата - и философическая интоксикация.

Обращает на себя внимание то, что разные по качественной характеристике психогенные травмы могут вызывать сходные клинические проявления у детей одного возраста. Чем младше ребенок, чем внезапнее психическая травма, тем меньшую роль играют личностные особенности. Так, от 1 года до 9 лет острые психогенные воздействия чаще всего вызывают реакции, основным содержанием которых является страх. Для ребенка 10-12 лет психогенные переживания чаще сопровождаются депрессивными расстройствами (подавленное настроение, тоска, ощущение, что ребенок никому не нужен, бессонница, отказ от контактов). В период пубертатного криза депрессивные переживания также имеют место, но чаще они носят скрытый характер; на передний план выступают озлобленность, агрессивность, протестное поведение. Чем больше выражены личностные отклонения, тем больше значения имеют так называемые «уязвимые точки» Так у подростков с патологическим стремлением к самоутверждению грубая заниженная оценка их

возможностей, унижение могут вызвать появление чувства ненависти, злобы и выраженной протестной реакции, вплоть до тяжелой агрессии или какого либо другого антисоциального действия «назло» обидчику (например повторные кражи вещей у ненавистной мачехи и уничтожение их).

Большинство авторов приходят к той точке зрения, что психогенные расстройства у детей не проходят бесследно, они меняют их личность и могут отражаться на последующей жизни. Важность изучения этих состояний обусловлена не только их большой распространенностью, но главным образом тем, что без знания причин, механизмов возникновения, клиники невозможно не выявить, ни предупредить, ни преодолеть их.

## **ТРУДОГОЛИЗМ: КОГДА РАБОТА СТАНОВИТСЯ АДДИКЦИЕЙ**

Пронина М.Ю., Шадрин О.В.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр

Минздрава РБ

Аддикция к работе, чаще называемая «трудоголизмом» – очень распространенная проблема в современном обществе. Также как и другие аддикции, она проявляется компульсивным влечением, в данном случае – к достижению статуса, успеха, идеальному выполнению своих обязанностей. В основе же чаще всего лежит избегание эмоционального стресса. Пусковым фактором к развитию этой аддикции часто служит успех в работе, особенно у предрасположенной к её развитию личности с перфекционистскими установками.

Многие люди с аддикцией к работе испытывают эмоциональный «подъём», связанный со стимуляцией дофаминовых рецепторов, что ведёт к повторению подобного поведения для достижения этого «подъёма».

Трудоголик часто не может прекратить перерабатывать несмотря на негативные последствия, что может привести не только к проблемам в личной жизни, но и к нарушению психического и физического здоровья.

В современной культуре, где усердный самоотверженный труд высоко ценится, и работа во внеурочное время часто ожидается от сотрудников, распознать аддикцию к работе достаточно сложно. Люди с трудоголизмом часто оправдывают своё поведение, уверяют, что это действительно правильно и необходимо и в конечном счёте приведёт их к успеху. Часто они кажутся просто приверженцами своей профессии или проекта, тем не менее, амбиции и аддикция – достаточно разные вещи.

Человек с аддикцией к работе может быть вовлеченным в компульсивную деятельность, чтобы избежать участия в других аспектах жизни, таких как эмоциональные проблемы, межличностные взаимоотношения, кризисные ситуации или любые сильные переживания.

Симптомы аддикции к работе включают пребывание в офисе во внеурочное время, работу по ночам с сокращением времени ночного сна, одержимость профессиональными достижениями, выраженный страх потерять работу, чрезмерную озабоченность рабочей производительностью, разрушение лично значимых связей из-за работы, «оборонительную позицию» в отношении своей работы, использование работы для избегания общения, работу с целью справиться с чувством вины или депрессией, или с целью избегания в кризисных ситуациях (смерть, развод, финансовые проблемы и др.).

Для оценки аддикции к работе за рубежом используется соответствующая шкала, разработанная в Бергенском университете (Bergen Work Addiction Scale). Она позволяет вычислить в баллах (от 1 до 5), как часто 7 приведенных в анкете аспектов трудоголизма проявляются в жизни респондента: «Вы думаете о том, как бы освободить для работы побольше времени», «Вы работаете, чтобы не испытывать вины, депрессии или тревоги», «Вы говорите, что будете работать меньше, но затем игнорируете

это обещание», «Вы проводите за работой намного больше времени, чем раньше», «Вы испытываете стресс, когда не можете работать», «Вы пренебрегаете хобби, развлечениями, спортом в пользу работы», «Вы работаете так много, что это негативно сказывается на Вашем здоровье». Ответивший «часто» или «всегда» как минимум на 4 из пунктов, может иметь аддикцию к работе.

Необходимо помнить, что аддикция к работе может быть следствием или коморбидом психических расстройств, таких как обсессивно-компульсивное расстройство или биполярное аффективное расстройство, а также сама может вызывать нарушения психического здоровья, чаще тревожно-депрессивного спектра. В таких случаях может потребоваться медикаментозная терапия. В дальнейшем трудовоголизм может привести к состоянию эмоционального выгорания, что в свою очередь усугубляет дистресс и иногда провоцирует развитие химической зависимости. Другим распространенным последствием зависимости от работы является разрушение значимых межличностных связей.

Опыт зарубежных коллег в помощи пациентам с аддикцией к работе показывает эффективность программ коррекции с применением когнитивно-поведенческой терапии. При тяжелых формах данной аддикции применяются программы реабилитации, аналогичные таковым при химических аддикциях (группы «12 шагов» и другие), в т. ч. в стационарных условиях. Существуют даже сообщества «Анонимных Трудоголиков». Иногда оказывается полезным временный перерыв в работе, необходимый, чтобы осознать, что жизнь продолжается и без постоянной работы. Обычно рекомендуется вносить в свою жизнь больше нового, чередовать умственную активность с физической, научиться справляться с неизбежными стрессами и тревогой. В некоторых случаях помогает смена работы. Результатом коррекции должно стать восстановление здорового баланса труда и отдыха в жизни пациента.

## **О РАБОТЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА КДО № 1**

Пурик В.В.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Консультативно-диагностическое отделение № 1 Республиканского клинического психотерапевтического центра оказывает специализированную консультативную, диагностическую, психологическую и психотерапевтическую помощь взрослым жителям республики, страдающим пограничными нервно-психическими расстройствами, психическими заболеваниями в стадии ремиссии.

Лечебная помощь оказывается, в зависимости от показаний, в виде психотерапии симптомо-, личностно- и социо-центрированной направленности в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой формах.

Положительной особенностью работы врача-психотерапевта амбулаторно-консультативного приема является возможность оперативного медико-психологического обследования больного с привлечением медицинского психолога, психиатра, узких специалистов (невролога, терапевта, физиотерапевта). Врач КДО проводит также отбор больных, нуждающихся в психотерапевтическом лечении в условиях дневного или круглосуточного стационара РКПЦ.

Работа психотерапевтического кабинета в структуре клинического психотерапевтического центра имеет ряд преимуществ:

1. Обследование и лечение пациентов проводится без отрыва от привычных условий жизни.

2. Имеется возможность длительного наблюдения и поддерживающей терапии.

3. Профилактическая направленность.

4. Меньшие государственные финансовые затраты в сравнении со стационарным лечением.

Все консультативно-диагностические и лечебные процедуры проводятся в строгом соответствии с Законодательством. Главным правовым документом является Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

По данным анкетирования, из впервые обратившихся пациентов в 2017 году, 48% больных узнали о Центре от родных, друзей, знакомых, коллег по работе (часть из них сами раньше обращались за психотерапевтической помощью в РКПЦ), 23% были направлены на консультацию врачами поликлиник и стационаров, 17% узнали информацию из интернета; 12% из других источников (средств массовой информации, рекламы и др.).

Так называемый, принцип «сарафанного радио», до настоящего времени, все еще остаётся на первом месте в рекламе деятельности врача психотерапевта. В связи с этим профессионализм врача, его опыт и качество оказываемой им помощи оказывает влияние на показатели обращаемости в РКПЦ.

В 2017 году процент пациентов, впервые в жизни обратившихся в психотерапевтический центр, составил 17,4% (в 2016 г. -14,5%). Из них пожелали оформиться анонимно - 11,4% (в 2016 г. – 12,1%).

В 2017 году из первично принятых в психотерапевтическом кабинете больных 66,2% составляли женщины, мужчин было 33,8%. Люди молодого возраста (до 25 лет) составили 19,1%. (в 2016г.- 12,1%). Лиц старше 60 было 12,8% (в 2016г. – 13,4%).

Из всех обратившихся за психотерапевтической помощью в 2017 году 69,3% были жителями города Уфы (в 2016г. - 66,9%), 15,0% приехали из других городов республики (13,8%), из сельских районов – 13,5% (17,4%), из других областей РФ – 2,2% (1,9%).

Работающие в 2017 году составили 51,6% (в 2016 г. – 49,0%), не имеющие работы 24,0% (27,1%), пенсионеры 14,2% (17,3%), студенты, учащиеся 10,2% (6,6%).

Из всех первичных больных в 2017 году 69,6% страдали невротическими расстройствами (в 2016г.- 67,0%), 11,7% органическими психическими расстройствами не психотического уровня (16,3%), 8,0% аффективными расстройствами (4,8%), 1,1% шизофренией (1,3%), 3,8% другими расстройствами (1,5%). Обратились за консультативной помощью по поводу психологических проблем, проблем с близкими людьми, семейных отношений – 5,8% (в 2016г.-9,1%).

Из невротических расстройств 58,7% обращений составили тревожные расстройства (F40, F41), из них чуть меньше половины (43,8%) смешанные тревожные и депрессивные расстройства (F41.2); 20,1% реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации (F43); 9,8% соматоформные расстройства (F45); 7,7% неврастения и другие невротические расстройства (F48); 1,7% обсессивно-компульсивные расстройства (F42); 2,0% поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями (F50, F51).

В среднем затраты на одного первичного пациента по времени составили от 1 до 1,5 часов, на повторного больного от 30 минут до 1 часа. Пациенты, нуждающиеся в уточнении диагноза, для психологического обследования и коррекции, направлялись в кабинеты медицинских психологов. При обследовании использовался аппарат «Мультитсихометр», программное обеспечение которого содержит несколько сотен тестов, сгруппированных по блокам: «Память», «Внимание», «Психическое здоровье», «Состояние», «Личность», и др.

После сбора анамнеза, постановки диагноза, оформления медицинской документации проводилась психотерапия когнитивно-поведенческой направленности, при необходимости назначалось медикаментозное лечение, консультации узких специалистов РКПЦ.

Применялись другие методы психотерапии – позитивная, личностно-ориентированная, трансактный анализ, семейная психотерапия. Некоторое число пациентов были настроены на лечение гипнозом. Для повторных



больных широко применялись групповые сеансы релаксации, гипносуггестии.

Больные, нуждающиеся в стационарном лечении, получали направление на лечение в дневной стационар РКПЦ или в круглосуточный стационар в поселке Нурлино.

Опыт амбулаторной работы в психотерапевтическом кабинете Республиканского клинического психотерапевтического центра показывает, что основная часть пациентов настроена (помимо чисто консультативной и медикаментозной помощи) на краткосрочные (3-5-10 сеансов) психотерапевтические методики, помогающие за относительно короткий срок получить положительную динамику в их психическом состоянии.

Создание РКПЦ повысило доступность квалифицированной психотерапевтической помощи населению республики, улучшило качество предлагаемых услуг, обеспечило преемственность в ведении больных с пограничными психическими расстройствами.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

Фиолина А.А.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

### **Актуальность**

Распространенность хронической боли в обществе составляет, по оценкам разных авторов, от 15 до 70 % [3]. Хроническая боль в последние годы стала приобретать статус не только синдрома, но и нозологии [1]. Хронический болевой синдром рассматривается как психосоматическое расстройство в рамках биопсихосоциальной модели заболеваний [2]. Танцетерапия представляет собой одну из форм психосоматического

лечения, основным методом которого является психотерапия, - ориентированная главным образом на выявление скрытых связей между психическими конфликтами и соматическими симптомами. [4]

### **Цель работы**

Оценка эффективности применения танцевально-двигательной терапии в комплексном лечении пациентов с психосоматическим болевым синдромом в условиях круглосуточного психотерапевтического стационара.

### **Материалы и методы**

Исследование эффективности применения танцевально-двигательной терапии (ТДТ) проводилось в условиях круглосуточного психотерапевтического стационара у пациентов с психосоматическим болевым синдромом, коморбидным с тревожными и депрессивными расстройствами. Всего было проанализировано 165 пациентов с жалобами на болевой синдром. Оценка интенсивности боли проводилась по шкале ВАШ.

### **Результаты и обсуждение**

Основными жалобами пациентов, поступивших на стационарное лечение, были боли различной локализации, сниженное настроение, тревога, астенические проявления, нарушения сна. Следует отметить, что у пациентов с болевым синдромом в результате проведенных лабораторно-инструментальных исследований грубой соматической патологии не было выявлено. Пациенты были условно разделены на две группы: опытная группа (102 человека) получала наряду с медикаментозным лечением занятия ТДТ, тогда как контрольная группа (63 человека) занятия ТДТ не посещала в силу собственных убеждений. Каждый участник ТДТ посетил не менее 3 занятий в группе открытого типа. Упражнения были подобраны с учетом особенностей группы. Участники могли задавать вопросы как на протяжении занятия, так и после его окончания.

Оценка интенсивности боли по ВАШ проводилась в начале и в конце лечения.

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

### **Заключение**

Таким образом, исследование показало, что применение танцевально-двигательной терапии в комплексном лечении пациентов с психосоматическими болевыми синдромами обладает выраженной эффективностью в снижении интенсивности боли по сравнению с контрольной группой.

## **СПОСОБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ НА ДЕТСКОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ**

Хайдарова Н.Т., Хайдаров М.М.

ГБУЗ РБ Детская поликлиника №6 г. Уфа  
ГАУЗ Республиканский кожно-венерологический диспансер №1

На детском неврологическом приёме в условиях ограниченного времени высока потребность в методах установления и поддержания доверительного контакта с ребёнком и его родителем.

В структуре неврологического приёма детей первое место занимают расстройства вегетативной нервной системы, они чаще сопряжены с диссонансом в функционировании мозга на уровне лимбической системы, который в свою очередь отрицательно влияет на развитие памяти, внимания, на состояние эмоционально-волевой сферы. При органической патологии нервной системы важным условием выработки установки на длительную реабилитацию является душевное состояние родителей.

Для установления доверительности лучше сразу обращаться к ребёнку по имени. Произнесённое с доброй улыбкой имя вызывает у пациента положительные эмоции.

В ослаблении напряжённости родителя помогает выявление достоинств ребёнка. Выяснение интересов ребёнка помогает увидеть индивидуальные психофизиологические особенности, помогает раскрыть его как личность. Подчеркивание положительных черт воодушевляет родителя и ребёнка.

Уважительное отношение к пониманию ребёнком представления о жизни позволяет исправлять вредные для здоровья установки личности. Иногда положительное влияние достигается уместно подобранной короткой фразой. Помогают комплименты – слова, содержащие небольшое преувеличение достоинств. Эффектом такого внушения является удовлетворение мечты, потребности человека в совершенствовании какой-то своей черты. Ощущение их удовлетворения вызывает положительные эмоции.

Дети очень хорошо воспринимают информацию, когда советы врача даются в художественной или даже в сказочной форме.

Естественное состояние мозжечка у детей не позволяет говорить быстро. Сказанное слово в темпе речи ребёнка усваивается лучше, и он охотно вступает в беседу.

Используются приёмы нейролингвистического программирования. Такое программирование позволяет сохранять полноценный контакт с ребёнком и родителем. Например, при спорном мнении, которое необходимо исправить, хорошо принимается предложение на фоне утверждений, требующих ответ «да».

Частица "но" также помогает воздействовать на подсознательном уровне. Например, сказанное: «Ты умный, воспитанный мальчик, но мама ведь также права» воспринимается ребёнком легче. Лучше давать советы родителям и детям без частицы «не» и без слова «должен», т.к. эти речевые обороты предрасполагают к их невыполнению. Диалог нужно строить так, чтобы пациент лучший подход к лечению или оптимальный образ жизни выбрал сам.

В тяжёлых случаях болезни лучше сочувствовать, чем нагружать обязанностями, на фоне сочувствия медицинская помощь оказывается эффективней.

Таким образом, имеется потребность обучения врачей детского приёма методам положительного психологического влияния на детей и их родителей в интересах сохранения здоровья и эффективного лечения.

## **СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ СУИЦИДЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

Хох И.Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

В настоящее время решение проблемы суицидального поведения подростков и молодежи в целом является наиболее актуальной среди других проблем современного общества. Мир высоких технологий, порождающий большое количество неудовлетворенных потребностей, а также ряд неустойчивых психических состояний, вносит деструктивное начало в жизнь индивида.

За последние годы по количеству покончивших с собой Башкортостан удерживается среди «лидеров» в антирейтинге по регионам Приволжского федерального округа, так в 2016 году на сто тысяч населения в регионе приходилось 37,5 завершённых случая самоубийства (5 место). Более 70% суицидентов - подростки в возрасте от 14 до 17 лет.

Снижению смертности от самоубийств способствовали внедрение трехуровневой системы оказания медицинской помощи, соблюдение маршрутизации и создание психотерапевтических центров в муниципальных районах с высоким уровнем суицидов на базе ГАУЗ Республиканский психотерапевтический центр (далее – ГАУЗ РКПЦ), который был создан распоряжением Правительства РБ в связи с необходимостью совершенствования консультативной, консультативно-

диагностической и лечебной специализированной помощи взрослым и детям с кризисными состояниями вследствие семейных, внутри- и межличностных конфликтов, пограничных нервно-психических расстройств.

Организовано и проведено психологическое тестирование организованных групп детей 7-11 классов и первых курсов средне-специальных учебных заведений на предмет выявления риска совершения суицида, всего тестированием были охвачены более 7 тыс. детей и подростков.

Во всех медицинских и образовательных организациях районов и городов РБ подготовлен и утвержден план работы по профилактике суицидального поведения граждан, в том числе и несовершеннолетних.

Отработан алгоритм маршрутизации по факту выявления несовершеннолетнего, имеющего риск аутоагрессивного поведения. При каждом обращении в учреждения системы здравоохранения несовершеннолетнего с суицидальными тенденциями в районную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав направляется Сигнальная карта и данная структура привлекает специалистов по сопровождению суицидента.

Ведется работа по согласованию подпрограммы «Профилактика суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения» согласована Министерством экономического развития РБ и направлена на экспертизу в Министерство финансов РБ.

Ведется работа в плане межведомственного взаимодействия с Министерством образования РБ, Министерством молодежной политики и спорта РБ, Министерством труда и социальной защиты населения РБ в отношении утверждения алгоритма взаимодействия по факту выявления несовершеннолетнего, имеющего риск аутоагрессивного поведения.

Суицидальное поведение является результатом сложного взаимодействия социальных, психологических и социокультурных факторов в экстремальных для личности ситуациях.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЗОВ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Чевпцова Н.Л.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Парадоксы времени, мы живем в мире высоких технологий и материального изобилия, а проблем связанных со здоровьем физическим и психическим становится все больше. Взрослые и дети страдают от одиночества, тревоги, депрессии, низкой самооценки и плохого самочувствия. Давно подмечено и об этом писал З.Фрейд, что, если человек страдает от физической боли, притупляется боль душевная.

Термин «психосоматическое расстройство» означает соматическое заболевание, которое вызвано психологическими факторами или проявления которого обострились в результате их воздействия. Напряженные ситуации, вредные привычки, переутомление, ссоры, стрессы, конфликты в равной степени, как пусковые механизмы, влияют на большинство соматических расстройств, но в ряде случаев они имеют первостепенное значение.

Рост, как у взрослых, так и у детей неврозов, соматоформных и психосоматических расстройств, к которым относятся: бронхиальная астма, ожирение, эпизодически повторяющиеся болевые синдромы, артериальная гипертензия, язвенная болезнь, нарушения сердечного ритма и другие расстройства, настораживает. Многие из этих расстройств с трудом поддаются лечению, приводят к социальной дезадаптации и

поэтому требуют поиска эффективных методов их предупреждения и лечения.

В чём же причина этих заболеваний? Плохая экология, сидячий образ жизни, нехватка подвижных игр? А может быть отсутствие любви, тепла, поддержки, признания со стороны сверстников, значимых взрослых и родителей? Из практики могу сказать, что многие дети, обратившиеся с невротическими и психосоматическими жалобами, действительно страдают от длительной и изматывающей неудовлетворённости, болезненно ущемлённого чувства достоинства, их мысли фиксированы на отрицательных переживаниях, они не видят выхода из сложившихся обстоятельств и вынуждены прибегнуть к соматической дисфункции, как способу снятия психического напряжения.

Хочется подчеркнуть, что в лечении детских неврозов и психосоматических расстройств важен 1. **комбинированный подход**, т.е. сотрудничество врача терапевта, лечащего соматическое расстройство с психотерапевтом или психологом, обеспечивающим психологическую помощь.

2. Помимо фармакотерапии основного заболевания ребёнку также необходимо оказывать **поддерживающую психотерапию** и предоставлять возможность обсудить тревоги и страхи, которые он испытывает не только в связи со своей жизнью, но и теперь со своим заболеванием и предстоящими обследованиями. Таким образом, удовлетворяется потребность ребёнка в том, чтобы кто-то его поддерживал и направлял его действия, научил снимать тревогу и напряжение.

3. **Динамическая психотерапия**, ориентирована на формирование адекватной самооценки и актуальные времени и возрасту психологические защиты.

4. **Релаксация и аутотренинг** - этот вид психотерапии оказывает успокаивающее действие на эмоциональную сферу. Тренировочная психотерапия требует от больного более активного отношения к своему



лечению, поэтому и результаты от её применения лучше, чем от одного внушения.

**5. Групповая терапия** совершенствует навыки межличностного общения.

**6. Семейная терапия** помогает обсудить имеющиеся проблемы с членами семьи, т.к. в детском возрасте 87-90% психотравмирующих ситуаций связаны с семейными конфликтами. Работа с родителями помогает им осознать важность родительской компетенции, гармонизирует супружеские отношения, помогает осознать важность семейных правил и границ для профилактики невротических расстройств.

Мы призываем родителей к осознанию, что наполнять свою жизнь и жизнь детей теплом и радостью каждый день, путь к здоровью и исцелению. А если у ребенка появились признаки невроза или психосоматической дисфункции обращаться в первую очередь к врачу психотерапевту, так как душевный конфликт не под силу решить ни одной таблетке.

## **КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗАИКАНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА**

Чезганова М.Х. , Зарудий А.Ф.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

**Заикание** - это нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, вызванное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Как правило, детское заикание начинается в период интенсивного формирования речи.

К предрасполагающим факторам относят:

- наследственность (нервно-психические и другие заболевания родителей);
- переживания, травмы, неблагоприятные условия жизни мамы в период беременности;
- родовые травмы;

- специфические особенности развития нервной системы ребенка;
- леворукость (леворукие дети чаще заикаются по сравнению с праворукими сверстниками, поэтому относятся к «группе риска» возникновения заикания; особенно опасно в этом отношении переучивание леворукого ребенка на праворукость);
- нарушения режима сна и питания, болезни;
- острые и хронические психические травмы (сильный испуг, конфликты в семье, физические травмы и др.);
- наличие в ближайшем окружении заикающегося взрослого или сверстника (дети склонны к подражанию).

Заикание может иметь как острое, так и постепенное начало. Внешние симптомы заикания: тонические или клонические судороги, возникающие в органах речи больного.

По локализации судорог выделяют: артикуляторную, голосовую и дыхательную формы заикания.

По степени тяжести: легкую, среднюю и высокую.

При заикании могут иметь место насильственные движения, чаще в области мышц лица. Отмечается общее напряжение, скованность движений, двигательное беспокойство. В дальнейшем у заикающихся формируются психические особенности, проявляющиеся в страхе речи, сложностях общения, логофобии.

Логофобия, как правило, не зависит от тяжести заикания, а является индивидуальной патологической эмоциональной реакцией пациента на дефект речи. Фиксированность на дефекте является одним из основных факторов, усиливающим его.

По статистике среди детей, страдающих заиканием, соотношение девочек и мальчиков составляет примерно 1 к 3-4.

В 2017 году в отделении патологии речи (дневной и круглосуточный стационар) был пролечен 39 пациент с заиканием (из них девочек-8,

мальчиков-31). В 2018 году на сегодняшний день пролечено 21 детей (5 девочек, 16 мальчиков).

Целью комплексного лечения заикания в условиях детского стационара является: устранение или ослабление речевых судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики и речи; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений, перевоспитание его личности и поведения и социальная адаптация заикающегося.

В комплексном лечении заикания психотерапия занимает одно из главных мест. В этом отношении большое значение имеет не только первая встреча со специалистом, когда пациенту нужно показать, что он сможет хорошо говорить, но и все последующие занятия, на которых следует добиваться, чтобы ребенок практически не заикался. Каждое занятие независимо от возраста заикающегося и методики работы максимально насыщено психотерапевтическим воздействием, дает заряд положительных эмоций, вселяет веру в свои силы и возможности.

Психотерапия — это не только лечебное воздействие словом (прямая психотерапия), но и лечебное воздействие через окружающие предметы, вторые лица (косвенная психотерапия). Все это имеет большое значение для заикающихся, так как дает хороший терапевтический эффект. С детьми проводится рациональная или разъяснительная психотерапия; суггестивная терапия, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка). Индивидуальные и групповые занятия проводятся в сенсорной комнате «Снузлин». Все виды психотерапии заикания в основном направлены, с одной стороны, на устранение психогенных нарушений у заикающихся (страх речи, чувство ущемленности и подавленности, навязчивая фиксация на своем речевом расстройстве, многообразные переживания в связи с этим и пр.), с другой — на перестройку у заикающегося ребенка измененного под влиянием

дефектной речи социального контакта с окружающими. Следует подчеркнуть, что для дошкольников рациональная психотерапия применяется в виде разнообразных игровых приемов с использованием игрушек, красочного и забавного дидактического материала, труда, музыки, ритмики и пр.

В ходе индивидуальных и групповых специальных бесед детям в доступной, образной и убедительной форме объясняют сущность заикания, его обратимость, роль самого ребенка в преодолении заикания, критически разбирают особенности его поведения. Психотерапевт внушает уверенность больному в свои силы, в возможность преодоления заикания.

На занятиях у заикающихся устраняют психологические отклонения в поведении, вырабатывают (у школьников, подростков) правильное отношение к дефекту, развивают интеллектуальные способности, этические и нравственные представления, формируют гармонично развитую личность.

Работа над дыханием занимает значительное место в большинстве психотерапевтических систем. Помимо логопедических приемов развития речевого дыхания, используется «парадоксальная» дыхательная гимнастика (автор А. Ф. Стрельникова), в процессе которой автоматизируется нижнедиафрагмальное дыхание, разрушаются стойкие патологические дыхательные речевые стереотипы. Кроме того, «парадоксальная» гимнастика оказывает мощное эмоционально-положительное влияние на заикающихся, а также общеукрепляющее и оздоровительное воздействие, способствует санации носоглотки. В процессе упражнений повышаются голосовые возможности и автоматизируется речь на задержанном дыхании (это естественно для здоровой речи, исключая речь на фиксированном, утрированном выдохе).

В последнее время в нашем отделении все чаще используется рефлексотерапия для лечения заикания. Воздействуя на определенные точки акупунктуры, удается снять повышенную возбудимость речевых центров, восстановить нарушенную нервную регуляцию речи.

Массаж улучшает функциональное состояние центральной нервной системы, активизирует работу мозга и его компенсаторные возможности. Массаж биологически активных точек проводится в период режима ограничения речи одновременно с обучением детей расслаблению, работой над голосом.

Задачи социальной адаптации (а в отношении подростков, возможно, и реабилитации) заикающихся осуществляются путем комплекса педагогических и психологических воздействий. Значительную и решающую роль в этом играет семья. Особая степень эмоциональной привязанности ребенка к семье и родителям является серьезным психологическим фактором, который учитывает психотерапевт, проводя консультативно-методическую работу с родителями. Семья является первичной и прочной основой перевоспитания личности заикающегося и закрепления его правильной речи.

Завершающий этап содержит предельно сложную речевую нагрузку — индивидуальные и коллективные речевые выступления перед аудиторией, а также функциональные речевые тренировки под руководством психотерапевтов и логопедов (разговор на улице, в магазине с продавцом, у кассы, по телефону и т. п.). Перед выпиской из стационара каждому даются рекомендации по дальнейшей самостоятельной работе в рамках поддерживающих логопедических занятий, аутогенной тренировки, повторения некоторых элементов логопедической ритмики, навыков локальной релаксации мышц, в которых возникает патологическое напряжение; овладение сокращенными формулами самовнушения, приемами активной регуляции мышечного тонуса и использование навыков локальной релаксации в процессе речевой деятельности.

Результатом комплексного лечения является улучшение речевого статуса, расширение коммуникативных возможностей, ликвидация признаков девиации личности, расширение адаптационных возможностей.

# ЮНГИАНСКИЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ДЕПРЕССИЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ

Чудинов Р.А.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Феномен «групп смерти» в социальных сетях снова обращает нас к теме детского суицида. В контексте появления интернета и социальных сетей как нового фактора тема приобретает дополнительные ракурсы рассмотрения. В докладе рассматривается юнгианский подход к данной проблеме и предлагаются возможные методы её решения.

Статья Галины Мурсалиевой «Группы смерти» в «Новой газете» вызвала значительный общественный резонанс. Такая сила реакции говорит о том, что статья затрагивает очень болезненные места в коллективном сознании, показывает уязвимость общественных устоев.

Дети – будущее любого человеческого сообщества. Архетип ребенка связан с обновлением, новыми начинаниями, а также может быть связан с архетипом Самости. Суицидальное поведение детей словно ставит под сомнение возможность развития общества в целом. Суицид традиционно связывается с депрессивными состояниями, которые становятся всё более распространенными в современном обществе.

Особую сложность данная тема приобретает в силу нового фактора, участвующего в данном феномене – социальных сетей. На данный момент социальная сеть «ВКонтакте» занимает по посещаемости первое место в русском сегменте интернета, обгоняя даже информационные и поисковые сайты. В чем причина такой популярности? Можно предположить, что Павлу Дурову, создателю этой социальной сети, удалось сформировать ей особую потребительскую ценность. Считается, что данная социальная сеть имеет наибольшую популярность среди детей и подростков, тогда как в

других сетях их значительно меньше. Феномен «групп смерти» в России в большей степени связан именно с социальной сетью «ВКонтакте».

Образ смерти занимает в психоанализе важное место. Стремление к смерти рассматривается как одно из двух важнейших влечений, вторым является стремление к жизни, любви. Эти два влечения связаны между собой. Смертные переживания, одним из проявлений которых является суицидальное поведение, связаны с контролем и властью, стремлению к фиксации того или иного состояния. Смертные переживания сопровождают жизненные изменения. В случае невозможности полноценного проявления архетипических процессов на уровне сознания, что и связано с трансформационными изменениями личности в процессе индивидуации, может иметь место отрицательная регрессия к уроборическому уровню в виде инцестуально-суицидального стремления в лоно Великой Матери, которая на клиническом уровне может рассматриваться как депрессия.

Разница в классическом и юнгианском подходах к депрессии в том, что если первый видит причину в том, что внешний объект любви, к которому испытываются амбивалентные эмоции, интроецировался, что создает внутренний конфликт, то последний считает данную динамику архетипически обусловленной. Депрессия же в патологической своей форме возникает в том случае если отсутствуют адекватные формы интеграции архетипических содержаний в сознание, что, конечно же, может быть связано с отсутствием адекватного объекта для проецирования Тени. Архетип изначально амбивалентен, что согласуется с тезисом относительно амбивалентности чувств к объекту при депрессии.

Подростковый период характеризуется активной перестройкой эго, что обуславливает особую чувствительность к внешним оценкам, а также склонностью к внешнему отреагированию внутренних кризисов. Это вход в первые внесемейные эротические отношения с противоположным полом. Период характеризуется снижением влияния семьи и увеличением влияния социальных условий.

Интернет является новым полем, в котором психическое может проявлять себя. Интернет упрощает общение между людьми, в то же время являясь своего рода воплощением идеи о слиянии людей в единое существо, что также несет за собой ряд сложностей. Социальные сети являются логическим продолжением интернета. В России их история связана с духом бунтарства и отказа от прошлых ценностей. Интернет является новой средой для проецирования и отреагирования бессознательных содержаний. Интернет – это также фактор в социализации подростков, влияние которого неоднозначно и малоизучено.

Проявления «групп смерти» могут быть связаны с негативным материнским комплексом, архетипом Пуэра, мотивом пожирания героя. Кураторы групп целенаправленно, посредством встраивания в нарциссическую травму, лишают детей конструктивных способов символизации бессознательного, провоцируя их на отреагирование. Они внедряют в сознание детей образы смертных переживаний, усиливая естественные тенденции. Таким образом создается крайне нестабильное состояние, что и приводит к плачевным последствиям.

Важно подчеркнуть необходимость обучения конструктивным способам выражения внутреннего мира детей и подростков, акцентировании их внимания на этом. Необходимо в большей степени обращать внимание на обучение родителей эмпатическим способам общения, а также на психологическую работу с детьми в школе. Отсутствие ритуалов перехода усугубляет прохождение кризиса взросления. Создание новых форм инициатических ритуалов в этой связи представляется актуальным.



## **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМ ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА**

Шарафутдинов А.Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

Среди широкого круга расстройств, проявляющихся хронической болью, синдром жжения полости рта без преувеличения можно назвать самым неоднозначным в понимании сути патологического процесса и наиболее сложным в терапии. Такая ситуация не в последнюю очередь связана с психическими нарушениями, являющимися неотъемлемой составляющей клинических проявлений данной патологии

В ходе психодиагностических исследований у 85,1 % пациентов с синдромом жжения полости рта выявлен высокий уровень личностной тревожности, у 36,2 % отмечено существенное повышение уровня нейротизма, а 12,7 % пациентов характеризовались наличием выраженной депрессии В ходе клинических исследований серьезные сдвиги в эмоциональной сфере отмечены у 95 % больных с синдромом жжения полости рта, преимущественно в виде тревожности и депрессии

Изучение личностных особенностей больных с синдромом жжения полости рта позволило выделить неврастенический, ипохондрический, паранойяльный, меланхолический, эйфорический, обсессивно-фобический, апатический, анозогностический и эргопатический типы отношения к своему страданию.

Практически у всех больных с синдромом жжения полости рта обнаруживаются астенические нарушения, проявляющиеся в слабости, повышенной утомляемости, ранимости, обидчивости, плохом сне, снижении внимания и памяти Астеническая симптоматика оказывается благоприятным фоном для всевозможных психопатологических построений, выраженность которых, прежде всего, определяется

личностными особенностями больных, возрастом, полом, характером дополнительных травмирующих факторов.

Rojo L. и соавт. (1994) провели психологическое обследование больных с синдромом жжения полости рта, позволившее обнаружить тревогу, депрессию, обсессивно-фобические переживания и враждебность. Установлено, что частота депрессивных, тревожных и ипохондрических переживаний у больных с синдромом жжения полости рта значительно выше, чем в общей популяции в ряде исследований показана связь между депрессивными переживаниями и клиническими симптомами жжения полости рта

При исследовании центральных механизмов синдрома жжения полости рта с использованием новых нейрофизиологических методик Н.В. Гришина (1999) установила корреляцию обнаруженных изменений с психологическими особенностями больных. Отмечается, что многие больные с синдромом жжения полости рта страдают психастенией, являются лицами агрессивными беспокойными, гиперактивными.

Исследованиями Rojo L. и соавт. (1993), Bergdahl и соавт. (1995) установлено, что пациенты со стомалгией имеют гораздо более низкие показатели по шкале социализации, более высокие - по шкале соматической тревоги и по психастеническим шкалам. По данным этих авторов, до 95% больных стомалгией жалуются на тревогу и испытывают депрессивные переживания. При этом выраженность депрессии (показатель тяжести симптомов) у них значительно выше, чем в выборке больных с соматической патологией, но ниже, чем у больных с психическими заболеваниями. Такая же корреляция прослеживается и по уровню тревоги

Выявлены определенные качества личности, свойственные больным с синдромом жжения полости рта Предполагается, что происхождение и течение синдрома жжения полости рта во многом зависит от личностной структуры больного человека, степени его активности, самооценки, уровня притязаний, особенностей эмоционального реагирования.

Из всех фобических переживаний чаще всего наблюдается канцерофобия. Она особенно выражена в тех случаях, когда у близких родственников или знакомых развивалась онкологическая патология.

У незначительной части больных с синдромом жжения полости рта зафиксирован психопатоподобный синдром с сутяжными тенденциями. Преморбидно, как правило, это были психопатические или акцентуированные личности.

Таким образом, клиническая картина синдрома жжения полости рта включает в себя большое количество психоэмоциональных нарушений разной степени выраженности, находящихся в различных взаимосвязях с другими симптомами жжения полости рта. Дальнейшее исследование психосоматических взаимовлияний при синдроме жжения полости рта поможет лучше понять суть данного страдания и эффективнее помочь больным.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОДАЛЬНОСТИ В ЭПОХУ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Юсупова Г.Р.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

За минувшие два века человечество совершило большое количество достижений, в том числе и те, которые позволили увеличить продолжительность жизни человека и улучшить качество жизни. Однако, несмотря на всю очевидность эволюции цивилизации, сохраняются сферы, где на фоне общего существенного прогресса сохраняются анахронические элементы, к ним относятся психотерапия и клиническая психология.

Очевидно, что никто из современных специалистов-медиков не станет применять для лечения ишемической болезни сердца кровопускание – прием, который был популярен в медицине на протяжении двух тысяч лет, вплоть до конца XIX века, и который в дальнейшем был заменен на более

эффективные и безопасные методы. Но в психотерапии и клинической психологии до сих пор применяются некоторые сомнительные практики, основанные на умозрительных идеях. Эти практики в эпоху доказательной медицины (Evidence-based medicine) являются пережитком прошлого, ставящим под угрозу состояние здоровья граждан Российской Федерации. В начале 90-х годов XX века сформировался подход к медицинской практике – доказательная медицина (Evidence-based medicine – медицина, основанная на доказательствах), при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности.

Признаки Доказательной медицины: демифологизация, построение лечебного процесса на основе научно-обоснованных фактов, «выключение» органов чувств (понимание того, что человеку свойственно видеть то, что он хочет, и не видеть того, чего он видеть не желает), оценка результатов по клиническим исходам, опора на фундаментальные науки и доказательства, на клинические исходы, статистика без систематических ошибок, эпидемиологический масштаб выборок, медицина научных доказательств, использование вероятностных категорий.

С момента опубликования Г.Ю. Айзенком статьи с критической оценкой эффективности психотерапии (Eysenck H.J., 1952) разработано и применяется множество протоколов, позволяющих оценить эффективность разных психотерапевтических методов. Результаты мета-анализов рандомизированных контролируемых исследований эффективности разных методов психотерапии публикуются на различных ресурсах, одним из наиболее авторитетных является Кокрановское сотрудничество (Cochrane Collaboration). Это международная организация, основанная в 1993 году и изучающая эффективность медицинских средств и методик. Результаты исследований в виде систематических обзоров, мета-аналитические материалы публикуются в базе данных Сотрудничества – The Cochrane

Library. Кроме того, организация занимается созданием клинических руководств на научно-обоснованной базе. На сегодняшний день, по данным Кокрановской библиотеки, наиболее эффективной является когнитивно-поведенческая психотерапия, которая многократно превосходит по своим терапевтическим возможностям другие подходы.

## **КАК ВОСПИТАТЬ У РЕБЕНКА ЧУВСТВО ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

Ягудина Т.И.

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр  
Минздрава РБ

У детей разных возрастов нужно формировать разные границы.

От рождения до года. Младенец очень крепко привязан к матери и отцу. В этом возрасте границы должны быть самыми минимальными.

От одного до трех лет. Дети уже способны научиться понимать слово «нет» и осознавать последствия своего непослушания. Для этого периода характерны неконтролируемое поведение, приступы раздражения, хулиганские выходки и т.д. Ребенок поначалу может не понять вашей логики, но он быстро усвоит: если он станет слушаться родителей, то ему будет хорошо, а не станет — плохо.

От трех до пяти лет. Теперь дети уже понимают, почему нужно быть ответственным и что такое последствия. С ними вполне можно об этом говорить. Они постигают, что по-доброму относиться к друзьям, уважать старших, не допускать неуважительного отношения к себе, выполнять необходимые домашние дела — это и есть соответствующие их возрасту границы, устанавливаются такие последствия неправильного поведения: запретить идти гулять или смотреть телевизор, не купить новую игрушку, лишить воскресного похода в парк аттракционов.

От пяти до одиннадцати лет. В понятие границ теперь входит рациональное использование свободного времени дома и в кругу друзей, выполнение домашней работы и школьных заданий, умение ставить перед собой конкретную цель, способность рассчитывать свое время и деньги.

Последствиями могут стать: запрет проводить время с друзьями, ограничение личной свободы и сокращение привилегий.

От одиннадцати до восемнадцати лет. В этот период также происходит изменение роли родителей — они больше не выполняют функции руководителей, а лишь оказывают на ребенка некоторое влияние.

Помогайте ему в таких вопросах, как строительство новых отношений, выработка ценностей, организация своего времени и определение жизненной цели.

Самым главным на данном этапе является то, что подросток, который ведет себя, как трехлетний ребенок, не должен пользоваться свободами, предоставляемыми зрелому молодому человеку. Свобода приходит только вместе с ответственностью; она — не подарок, который получает каждый при достижении определенного возраста.

Как правильно устанавливать границы:

1. Запреты всегда должны соответствовать возрасту ребенка
2. Ставя запреты, нужно обязательно объяснять свою мотивацию
3. Ставя запреты, всегда спрашивайте себя, достаточно ли они обоснованы
4. Наказание должно быть только за сознательное нарушение ребенком запрета, который он полностью понимает
5. Устанавливая запреты, обсуждайте их со всеми членами семьи
6. Будьте последовательны в том, что запрещаете
7. Корректируйте список ограничений
8. Обращайте внимание на хорошее поведение ребенка

Помните, что установление границ должно способствовать гармонии взаимоотношений между родителями и ребенком. Оно должно обеспечивать его безопасность, формировать принципы правильного

поведения и социальные навыки, а не превращать его жизнь в череду сплошных запретов и страха самостоятельности.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>О совершенствовании деятельности республиканской психотерапевтической службы.</b>	3
Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М.	
<b>Современные тенденции оказания психиатрической помощи в Республике Башкортостан.</b>	13
Валинуров Р.Г., Тулбаева Н.Р., Ахмерова И.Ю.	
<b>Формирование невротозов у детей.</b>	21
Алянгина С.У.	
<b>Выбор краткосрочной интегративной психотерапии в амбулаторной практике.</b>	24
Ахметзянов Т.У.	
<b>Социальные медиа и суицидальное поведение.</b>	26
Байков И.Р.	
<b>Психосоматические расстройства в структуре сердечно-сосудистой патологии.</b>	28
Николаева И.Е., Ермолаев Е.Н., Бикмухаметова Г.М.	
<b>Ургентная аддикция: бег по жизни или от жизни?</b>	30
Габдрахманова Г.Г. Мингафарова З.Х.	
<b>К вопросу о роли характера в формировании депрессивного расстройства.</b>	32
Габдуллина Г.Н.	
<b>Анализ научных работ по методам лечения, прошедшим доказательные исследования в области психотерапии.</b>	38
Гаврюшин К.А.	
<b>Ранняя диагностика невротозов и невротозоподобных состояний в практике психологического обследования больных в РКПЦ</b>	39
Галиуллина Н.В.	
<b>К вопросу суицидального поведения детей и подростков</b>	42
Гильманов А.Х.	
<b>Когнитивно-поведенческая терапия суицидального поведения.</b>	44
Гилязов Т. Р.	
<b>Формирование психологического пола личности ребенка в социальных группах.</b>	46
Иванов С.М.	
<b>Факторы, влияющие на формирование комплаентного поведения пациента.</b>	47
Калугина Н.Е., Цыганов М.И., Авдеева Е.Л.	
<b>Современные аспекты понимания модели суицидального поведения среди детей и подростков.</b>	49
Клих Т.Ю.	
<b>Динамика пограничных психических расстройств у</b>	51



<b>сотрудников ОВД</b>	
Колтыпина О.М., Асфаган Н.Ш., Кунафина Е.Р.	
<b>Профилактика психосоматических и пограничных психических расстройств у сотрудников ОВД.</b>	54
Колтыпина О.М., Асфаган Н.Ш., Кунафина Е.Р.	
<b>Основные методы психотерапии, применяемые для лечения больных с невротическими расстройствами.</b>	57
Крылосова Е.Н.	
<b>Опыт работы дневного стационара в рамках Республиканского психотерапевтического центра.</b>	64
Куликова Н.В.	
<b>Реабилитация подростков с нервно-психическими расстройствами в аспекте профилактики суицидов.</b>	65
Кунафина Е.Р., Марфина Н.А., Гильмиярова М.Н.	
<b>Инсомнические расстройства в практике врача-психиатра.</b>	69
Кунафина Е.Р.	
<b>Гендерная дисфория.</b>	73
Макарова А.А.	
<b>К вопросу диагностики и психотерапевтической коррекции нарушений семейного воспитания у больных шизофренией отцов.</b>	74
Марфина Н.А., Кунафина Е.Р., Тазетдинова Т.Н.	
<b>Личностные свойства супругов и особенности семейных взаимоотношений.</b>	78
Мусина Г.Х.	
<b>Современные подходы в психотерапии при лечении психогенных расстройств.</b>	79
Николаев Ю.М., Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М., Пермякова О.В.	
<b>Воспитания самооценки у ребенка</b>	80
Нурлыгаянова Л.Р.	
<b>Подходы к терапии табакокурения в общей практике</b>	81
Пермякова О.А., Тимербулатов И.Ф., Николаев Ю.М.	
<b>Коррекция личностных расстройств как фактор профилактики компьютерной зависимости</b>	85
Пермякова О.А., Лактионова Е.А.	
<b>Особенности психогенных расстройств у детей и подростков</b>	87
Пермякова Н.В.	
<b>Трудоголизм: когда работа становится аддикцией.</b>	90
Пронина М.Ю., Шадрина О.В.	
<b>О работе психотерапевтического кабинета КДО № 1</b>	93
Пурик В.В.	
<b>Эффективность применения танцевально-двигательной</b>	97

<b>терапии в лечении пациентов с психосоматическим болевым синдромом.</b>	
Фиолина А.А.	
<b>Способы психологического взаимодействия с пациентом на детском неврологическом приёме.</b>	99
Хайдарова Н.Т., Хайдаров М.М.	
<b>Система психологического сопровождения несовершеннолетних суицидентов в Республике Башкортостан</b>	101
Хох И.Р.	
<b>Современный психотерапевтический подход в лечении неврозов и психосоматических расстройств у детей и подростков.</b>	103
Чевпцова Н.Л.	
<b>Комплексная коррекция заикания в условиях детского стационара.</b>	105
Чезганова М.Х., Зарудий А.Ф.	
<b>Юнгианский подход в исследовании суицидального поведения и депрессий с суицидальным компонентом</b>	110
Чудинов Р.А.	
<b>Психоэмоциональные нарушения у больных с синдром жжения полости рта.</b>	113
Шарафутдинов А.Р.	
<b>Психотерапевтические модальности в эпоху доказательной медицины.</b>	115
Юсупова Г.Р.	
<b>Как воспитать у ребенка чувство ответственности.</b>	117
Ягудина Т.И.	