

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7
имени академика И.П. Павлова»
Санкт-Петербургский Городской психотерапевтический центр
Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга
Российская психотерапевтическая ассоциация
Российское психологическое общество
Ассоциация Когнитивно-поведенческой психотерапии

XX Клинические Павловские чтения

**Кризисные состояния: современные подходы
к оказанию специализированной
медицинской помощи**

21 апреля 2016 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Санкт-Петербург
СИНЭЛ
2016

УДК 616.89-085.851(082)
ББК 56.14я43
К82

Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи : сборник научных статей / XX Клинические Павловские чтения, 21 апр. 2016 г. ; [сост.: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак]. – Санкт-Петербург : СИНЭЛ, 2016. – 118 с.

В надзаг.: Ком. по здравоохранению Правительства С.-Петербурга, СПб. ГБУЗ «Гор. психиатр. больница N 7 им. акад. И.П. Павлова», С.-Петерб. гор. психотерапевт. центр, Бехтерев. психиатр. о-во С.-Петербурга [и др.] .

ISBN 978-5-9908187-0-5

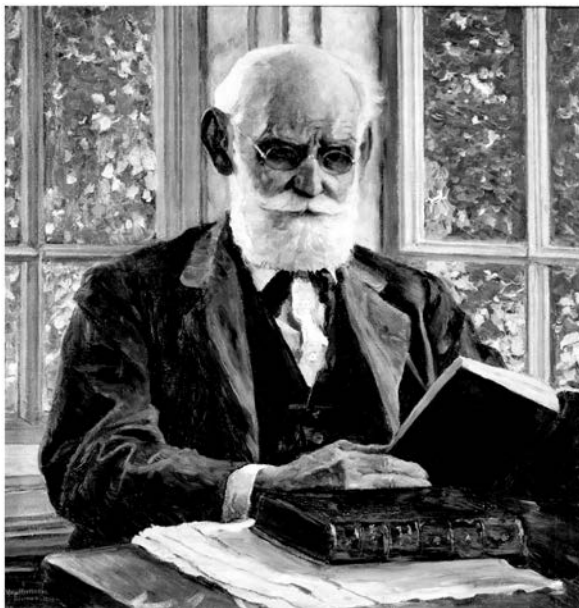
Сборник посвящен многоаспектной проблеме кризисов и кризисных состояний, их истоков и методов терапии. Исследования феномена кризиса способствуют прояснению не только понимания генеза этой насущной проблемы, они также стимулируют формирование более качественных стратегий терапии, воздействующей на разные мишени механизмов формирования и поддержания кризисных состояний.

Сборник подготовлен Санкт-Петербургским
Городским психотерапевтическим центром

Составители: Ю.Р. Палкин, Д.В. Ковпак

© ГПБН^{№7}, 2016
© СПб ГПТЦ, 2016

ISBN 978-5-9908187-0-5



«Я убежден, что приближается новый этап человеческой мысли, когда физиологическое и психологическое, объективное и субъективное действительно сольются, когда фактически разрешится или отпадет естественным путем мучительное противоречие или противопоставление моего сознания моему телу».

И.П. Павлов

**Консультативный совет
«Клинических Павловских чтений»**

Алексеев Борис Егорович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Бреслав Григорий Эммануилович — кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психологии менеджмента Санкт-Петербургского института гостеприимства.

Крылов Владимир Иванович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом психосоматической медицины ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Петрова Наталия Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ, председатель правления Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга.

Ташлыков Виктор Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии СПб СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Федоров Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии и сексологии СПб СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Шуваев Вячеслав Тимофеевич — доктор биологических наук, заведующий лабораторией физиологии ВНД СПб ИФ им. акад. И.П. Павлова РАН, вице-президент Общества физиологов Санкт-Петербурга и Фонда им. И.П.Павлова.

Организационный комитет «Клинических Павловских чтений»

Палкин Юрий Рудиевич — председатель организационного комитета, главный врач ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова.

Калягин Виктор Александрович — ученый секретарь организационного комитета, доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи.

Демьяненко Алексей Михайлович — заведующий городским психотерапевтическим центром, зам. председателя организационного комитета.

Ковпак Дмитрий Викторович — председатель редакционной коллегии, доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Члены организационного комитета

Фаддеев Дмитрий Валерьевич

Бесаев Эдуард Казбекович

Воробьева Тамара Александровна

Говорушкин Игорь Валентинович

Дудова Надежда Витальевна

Ивонин Александр Алексеевич

Куценко Диана Олеговна

Соколова Татьяна Борисовна

Шандрик Ольга Леонидовна

Дневник «Клинических Павловских чтений»

1. Клинические Павловские чтения, 2000 год
2. II Клинические Павловские чтения «Психосоматика», 2001 год
3. III Клинические Павловские чтения «Депрессия», 2001 год
4. IV Клинические Павловские чтения «Тревога», 2002 год
5. V Клинические Павловские чтения «Кризисные состояния. Суицидальное поведение», 2002 год
6. VI Клинические Павловские чтения «Психотерапия», 2003 год
7. VII Клинические Павловские чтения «Сексология», 2004 год
8. VIII Клинические Павловские чтения «Шизотипические расстройства. Проблемы их фармакологического и психотерапевтического сопровождения», 2004 год
9. IX Клинические Павловские чтения «Органические (аффективные) расстройства настроения», 2005 год
10. X Клинические Павловские чтения «Истерические расстройства: патоморфоз, дифференциальная диагностика, психотерапия», 2006 год
11. XI Клинические павловские чтения «Основы психофармакоэкономики. Бренды и дженерики», 2007 год
12. XII Клинические Павловские чтения «Малая психиатрия: проблемы диагностики и патоморфоза», 2008 год
13. XIII Клинические Павловские чтения «Сексуальность, личность, качество жизни», 2009 год
14. XIV Клинические Павловские чтения «Психотерапия тревожно-депрессивного расстройства», 2010 год
15. XV Клинические Павловские чтения «Психиатрия и наркология в XXI веке. Пограничные психические расстройства и аддикции», 2011 год
16. XVI Клинические Павловские чтения «Кризисный пациент. Клиника. Диагностика. Лечение», 2012 год
17. XVII Клинические Павловские чтения «Генерализированное тревожное расстройство. Особенности клиники и терапии», 2013 год
18. XVIII Клинические Павловские чтения «Боль душевная и Боль физическая. Псюхе & Сома», 2014 год
19. XIX Клинические Павловские чтения «Доказательная фармакотерапия аддитивных расстройств», 2015 год
20. XX Клинические Павловские чтения «Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи», 2016 год

Дорогие друзья и уважаемые коллеги, с особой радостью приветствуем вас на юбилейных, уже двадцатых Клинических Павловских чтениях!

Ежегодные и уже ставшие доброй традицией для многих из нас весенние встречи на Клинических Павловских Чтениях подошли к фундаментальной цифре, волнующей и даже немного пугающей скоростью течения времени. Подобные переживания и другие, более кризисные явления легли в основу темы очередной нашей встречи. С гордостью представляем вам «XX Клинические Павловские чтения. Кризисные состояния: современные подходы к оказанию специализированной медицинской помощи».

Традиционно каждые Чтения становились важным событием в сфере психиатрии и деятельности коллектива Городской психиатрической больницы №7 («Клиники неврозов») им. акад. И. П. Павлова. И в этот раз конференция будет посвящена очень актуальной и для нашей страны и для современной мировой обстановки многоаспектной проблеме кризисов и кризисных состояний, их истоков и методов терапии. Высокая планка исследования заявленной темы, всестороннее и глубокое обсуждение большим количеством профессионалов разных специальностей были фирменным знаком наших встреч с самых первых Клинических Павловских Чтений. Исследования феномена кризиса будут способствовать прояснению не только понимания генеза этой насущной проблемы, они могут также стимулировать формирование более качественных стратегий терапии, воздействующей на разные мишени механизмов формирования и поддержания кризисных состояний.

«Клинические Павловские чтения» были возрождены инициативной группой молодых ученых и практиков на рубеже XX и XXI века и призваны продолжить традицию всемирно известных «Павловских сред». На них в 30-х годах прошлого века И. П. Павлов в стенах нашей больницы собирал специалистов различных областей с целью обмена опытом и мнениями. Он проводил, можно сказать, «мозговые штурмы» основанные на анализе и интерпретациях экспериментальных и клинических данных. В этом году мы продолжаем традицию объединения мнений профессионалов разных специальностей, связанных между собой в клинической практике и научных теориях. Особым и значимым элементом новых возрожденных чтений стало использование в структуре конференции клинического

разбора в традициях павловского мозгового штурма! Мы надеемся и юбилейные двадцатые чтения станут очередным полезным и ценным научным форумом профессионалов нашего города и коллег из разных регионов нашей страны.

Палкин Ю.Р.
председатель организационного
комитета главный врач ГПБ№7 им. акад. И.П. Павлова.

Ковпак Д. В.
председатель редакционной
коллегии, к.м.н., доцент кафедры
психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Письмо И.П.Павлова к молодежи

Что бы я хотел пожелать молодежи моей родины, посвятившей себя науке?

Прежде всего - последовательности. Об этом важнейшем условии плодотворной научной работы я никогда не смогу говорить без волнения. Последовательность, последовательность и последовательность. С самого начала своей работы приучить себя к строгой последовательности в накоплении знаний.

Изучите азы науки прежде, чем пытаться взойти на ее вершины. Никогда не беритесь за последующее, не усвоив предыдущего. Никогда не пытайтесь прикрыть недостаток своих знаний хотя бы и самыми смелыми догадками и гипотезами. Как бы ни тешил ваш взор своими переливами мыльный пузырь, - он неизбежно лопнет, и ничего, кроме конфуза, у вас не останется.

Приучите себя к сдержанности и терпению. Научитесь делать черную работу в науке. Изучайте, сопоставляйте, накапливайте факты. Как ни совершенно крыло птицы, оно никогда не смогло бы поднять ее в высь, не опираясь на воздух. Факты - это воздух ученого. Без них вы никогда не сможете взлететь. Без них ваши «теории» - пустые потуги.

Но изучая, экспериментируя, наблюдая, старайтесь не оставаться у поверхности фактов. Пытайтесь проникнуть в тайну их возникновения. Настойчиво ищите законы, ими управляющие.

Второе - это скромность. Никогда не думайте, что вы уже все знаете. И как бы высоко ни оценивали вас, всегда имейте мужество сказать себе: я невежда.

Не давайте гордыне овладеть вами. Из-за нее вы будете упорствовать там, где нужно согласиться, из-за нее вы откажетесь от полезного совета и дружеской помощи, из-за нее утратите меру объективности.

В том коллективе, которым мне приходится руководить, все делает атмосфера. Мы все впряжены в одно общее дело, и каждый двигает его по мере своих сил и возможностей. У нас зачастую и не разберешь - что «мое», а что «твое», но от этого наше общее дело только выигрывает.

Третье - это страсть. Помните, что наука требует от человека всей его жизни. И если у вас было бы две жизни, то и их бы не хватило вам. Большого напряжения и великой страсти требует наука от человека. Будьте страстны в вашей работе и в ваших исканиях!

Наша родина открывает большие просторы перед учеными, и нужно отдать должное - науку щедро вводят в жизнь в нашей стране.

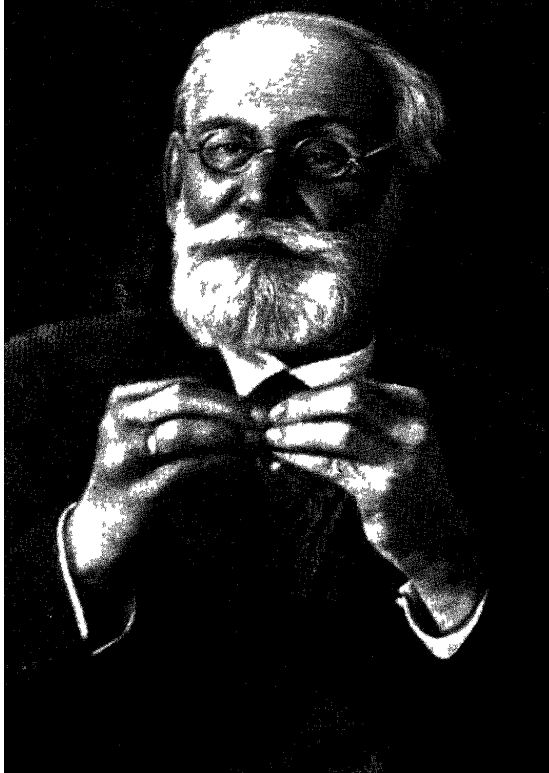
До последней степени щедро.

Что же говорить о положении молодого ученого у нас? Здесь ведь все ясно и так. Ему многое дается, но с него много и спросится. И для молодежи, как и для нас, вопрос чести - оправдать те упования, которые возлагает на науку наша родина.

Письмо к молодежи было написано И.П.Павловым в связи с обращенной к нему просьбой ЦК ВЛКСМ высказаться о задачах молодых ученых. Письмо было опубликовано в журнале «Техника молодежи» (1935г.) и в сборнике «Поколение победителей» (1935 г.), посвященном X съезду ВЛКСМ.

И. П. Павлов – 87 лет служения правде

Калягин В. А.,
доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи



Юбилейные XX-е «Павловские чтения» приходятся на 80-летие ухода из жизни великого ученого. Из старинных хроник мы знаем, что часто из двух важнейших дат жизни история сохранила для нас только одну – дату смерти, но, как ни странно, такой факт придает этой дате особый смысл, приобщение героя биографии к вечности. Именно в этот момент подводятся итоги, определяется величие или ничтожество человека. Существует придание, согласно которому умирающий И.П.Павлов просил передать очередному посетителю: «Павлов занят,

Павлов умирает». Также известно, что до последней минуты, пока его не покинуло сознание, он действительно был занят привычным для себя делом – наблюдением, но в этот раз за своим уходом и комментариями о процессах, которые происходят в его мозгу.

В этот юбилей необходимо сказать горькие слова об Иванах, не помнящих родства, чтобы не оказаться в их числе. Конечно сами «Чтения» являются выражением нашей памяти, но чрезвычайно важно не превратить имя великого нашего предшественника всего лишь в бренд.

Стоит помнить, что ширина горизонта наших знаний и их глубина определяются по образному выражению Исаака Ньютона «Я видел дальше других только потому, что стоял на плечах гигантов», тем, что мы стоим на плечах этого гения, этого гиганта. Мы живем в век информационных войн, но они ведутся не только с противником, но и за союзников. Это борьба за души людей, за сплочение на основе добра и справедливости. Перед Россией в очередной раз стоит задача сделать рывок и она не раз его совершала. Для его осуществления нужно сильное желание, вера в себя, в Родину и ясный ум. И.П.Павлов завещал это нам, своим потомкам, словами письма к молодежи - быть страстными в искании истины, опираться на верный метод, не останавливаться, когда надо признать и исправить ошибку. И здесь будут уместны слова А.С.Пушкина: «Гордиться славою своих предков не только можно, но и должно; не уважать оной есть постыдное малодушие».

Удивительным образом устроена человеческая культура. Русская традиция требует называть уважаемого человека по имени и отчеству, но при высшей мере признания мы называем одну его фамилию - Пушкин, Гагарин, Павлов. Мы признаем его единственность. Имя И.П.Павлова или фамилия, ставшая именем, известно миллионам людей во всем мире и связано с главным делом его жизни - физиологией высшей нервной деятельности, как с именем Сократа мы связываем философию, именем Ньютона физику, именем Дарвина биологию. К сожалению многолетний, уже несколько десятков лет, опыт чтения лекций в самых разных аудиториях от школьников до профессиональных педагогов и врачей показывает, что большинство наших граждан не знает, за какие исследования И.П.Павлов получил нобелевскую премию. Правда, знают, что он открыл условный рефлекс, но на этом их знания заканчиваются. Вина ли их в этом? Скорее беда. Войдите в любой самый большой книжный магазин попробуйте найти в нем хотя бы какую-нибудь брошюру о

нашем великом соотечественнике. Не найдете. В картотеке одной из крупных городских библиотек я нашел работу И.П.Павлова, но в фондах ее уже не оказалось. Когда-то в середине прошлого века Г. Уэллс написал обстоятельную книгу «Павлов и Фрейд», о людях, имена которых равно известны жителям многих стран цивилизованного мира, и если первого с открытием условного рефлекса, то второго – понятием «оговорки по Фрейду». И вот сегодня вы с легкостью найдете тексты З.Фрейда на полках магазинов и библиотек, чтобы узнать, о чем же, по его мнению, говорят оговорки. А информации о И.П.Павлове днем с огнем не найдете. Радует, впрочем, что в интернете можно найти курсовые работы студентов колледжей об И.П.Павлове.

Сегодня нам интересен И.П.Павлов не только как основатель целых направлений в науке, но, прежде всего, как замечательный человек и блестящий методолог. На самом деле то и другое были в нем нераздельно. Горячая любовь к своей избраннице Серафиме Васильевне не помешала ему заключить с ней перед свадьбой договор о том, что она будет верно служить дому, в он - науке. Оба честно выполнили свои обещания. И.П.Павлов является редким исключением из общего российского правила, оставившего нам о множестве наших, в том числе выдающихся, предков весьма скудные сведения, по сути, краткие жития, которые выхватывают из мрака времени лишь отдельные эпизоды, оставляющие широкий простор для воображения. Остались его труды, конспекты Сред, пусть и цензурированные, но во многом передающие атмосферу, царившую в лаборатории ученого, остались многочисленные воспоминания его современников, фотографии и портреты, созданные другим гением – художником М.В. Нестеровым. Они позволяют в какой-то мере воссоздать его психологический портрет, его живой образ. Иван Петрович Павлов служил Правде в обеих её ипостасях - Справедливости и Истины, завещал нам продолжать это служение.

Он обладал очень живым темпераментом, что бы ни делал, делал со страстью, отдавался делу с азартом, полностью, целиком, вникал во все мелочи. Умел отдыхать и полностью переключаться на новое занятие, стремясь сделать его наилучшим образом. Так он любил играть в городки и весьма успешно обыгрывал своих товарищей по работе. Однажды летом на даче они с коллегой собирали грибы и И.П.Павлов собрал меньше. По дороге на вокзал он вдруг повернул назад, вернулся в лес и все-таки превзошел того в сборе грибов. И.П.Павлов был коллекционером живописи и бабочек. В

его коллекция всегда был идеальный порядок. Но вот молодежи он советовал остерегаться быть архивариусами фактов. Эти примеры показывают еще, что он был упорным человеком. То есть и тут он советовал молодежи то, что и сам делал – неотступно думать о своем деле. О его упорстве говорит, например, то, что только прооперировав 30 собак, он смог создать изолированный желудочек, позволявший получать чистый пищеварительный сок. Но это говорит и о том, что у И.П.Павлова были очень талантливыми не только голоса, но и руки. Не зря художник запечатлел их так выразительно на своем полотне. И этот портрет не льстил И.П.Павлову. Сам же он в письме донецким шахтерам писал о том, что нет ничего приятнее, чем соединять голову с руками.

Удивительно как Павлов сочетал бурный темперамент с редкостной выдержкой. Уже то, что он имел дело с хрупкими бабочками, говорит об этой выдержке и способности к самым деликатным движениям. Но вот другой пример, говорящий о том, что он никогда не был начетчиком, формалистом. Чтобы отучить сотрудников пользоваться психологическими терминами для объяснений поведения подопытных животных он ввел за это штрафы и добился своего. Это упорство, настойчивость и требовательность. Также он требовал строгого соблюдения методологии, например, изоляции исследователя от животного, для чего была построена знаменитая башня молчания на средства фонда русского мецената Х.С.Леденцова, кстати, превышавшего фонд А.Нобеля, но реквизированного советской властью. Так вот сам И.П.Павлов мог нарушать это правило и сидеть во время эксперимента рядом с животным, чтобы лучше его наблюдать.

Будучи уже известным ученым, он оставался скромным человеком, то есть и в этом соответствовал тому, что советовал молодежи. Проявилось это, например, в таком эпизоде его жизни. Когда он прибыл в Америку на конгресс физиологов, у него украли чемодан, по поводу чего он сказал, что сам и виноват, соблазнив своим чемоданом какого-то бедняка. Поэтому и сегодня мы можем видеть И.П.Павлова, выступающего на конгрессе не в строгом черном костюме, а в светлом дорожном пиджаке.

Также он неустанно повторял «я и мои дорогие сотрудники» и добавлял, «у нас все общее, так что и не всегда разберешь, кто высказал ту или иную ценную мысль». Особенно внимателен был к младшему персоналу. Мог признать свои ошибки, а любая работа и тем более по-



иск нового не может обойтись без ошибок. Причем, это касалось не только науки, но и обычной жизни. Например, он сожалел, что отказал родственникам человека, юбилей которого отмечался, в панихиде. В другой раз с горечью говорил о том, что много лет обманывал студентов, неверно интерпретируя показываемый им эксперимент, так как новые исследования позволили дать другое его объяснение.

Мог быть довольно резким, например, во время операции, когда ассистенты не успевали убрать кровь из раны, или при оценке неприемлемых с его точки зрения взглядов коллег ученых.

Будучи неверующим человеком, уважительно относился к чувствам верующих людей и особо отмечал полезность веры при переживании трудной жизненной ситуации.

Всегда подчеркивал преемственность поколений ученых, особо отмечая тех, кого считал своими предшественниками, внесшими вклад в физиологию. Он был последовательным картезианцем, то есть придерживался методологии Рене Декарта и даже инициировал установку тому бюстов сперва на территории Института экспериментальной медицины, а затем и в первом в России научном городке – Колтушах.

Выступая перед больными после проведенной ему тяжелой по-

лостной операции, подчеркивал. Что ее успех как и успех их лечения есть результат тысячелетних трудом множества врачей, начиная по крайней мере с Гиппократата.

Умел быстро проникать в суть решаемого вопроса, понять собеседника, в том числе прочитанную, обычно дважды книгу. Мог ясно изложить позицию оппонента, не отказываясь от своей точки зрения. Научные среды могли протекать очень бурно. Всякому сотруднику позволялось на них высказать свое мнение и отстаивать его, но в споре с И.П.Павловым победить было трудно.

Отстаивая справедливость, критиковал и царское и советское правительство, обращался к власти в защиту самых разных людей. Называл революцию экспериментом и резко отрицательно относился к методам большевиков, но признавал успехи советской власти, например, в просвещении. Его критика России была вызвана глубокой болью за ее судьбу и желанием её процветания. Он не представлял свою судьбу без своей Родины.

И.П.Павлов удостоился чести называться старейшиной физиологов мира. Он прожил долгую и счастливую жизнь, служа науке, служа людям, служа нашей Родине. Он так и не написал ни подробной биографии (всего несколько страниц по настойчивой просьбе друзей), ни итоговой монографии, потому что не мог оторваться от интересного, увлекательного дела, потрясающего путешествия в мир Истины. На требования прислать подробный план будущих исследований он отвечал – буду продолжать исследования высшей нервной деятельности, и был очень огорчен рано пришедшей смертью, так как собирался прожить до 100 лет.

Ах, как много он мог бы сделать еще за эти запланированные 13 лет. Не успел, чего-то не завершил, что-то не открыл Иван Петрович Павлов.

Мы помним Вас.

Дезинтеграционно-кризисные особенности идентичности личности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

Абрамов Вл. Ан.,

доктор медицинских наук, профессор, Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра психиатрии, наркологии и мед.психологии, заведующий кафедрой.

Абрамов Вл. Ал.,

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра психиатрии, наркологии и мед.психологии, ассистент.

Неотъемлемым компонентом расстройств психического круга является искаженное, дефицитарное, дезинтегративное переживание себя или нарушение идентичности личности. Различными авторами отмечается качественное своеобразие, Я-концепции больных шизофренией, в частности, заниженная и неадекватная самооценка, слабая структурированность образа Я, искаженное отраженное Я, нарушение границы собственного Я, низкий уровень активности, слабая мотивация к социальным контактам (Г.В. Бурковский, М.М. Кабанов, 1995; В.Д. Вид, 2001).

Принято считать, что дезинтеграция сложившейся до болезни идентичности личности, на основе которой формируется активное, действующее экзистенциальное Я, в частности, процессы самореализации, самоэффективности и самоконтроля, является основным механизмом самостигматизации больных шизофренией.

Эти изменения Я-концепции или идентичности личности являются универсальным признаком, лежащим в основе разнообразных нарушений психосоциальной адаптации больных, их способности к адекватному функционированию, снижения качества жизни (И.И. Кадыров, 2008; И.А. Толпина, 2009; Б.Е. Микиртумов и др). Эти авторы показали, что при кризисе идентичности разрушается способность к самореализации, как необходимого условия активного, участия пациента в реабилитационном процессе.

Цель исследования: изучить особенности интеграции идентичности личности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Материал и методы исследования: обследованы 80 больных параноидной шизофренией с различной давностью заболевания: 1-я

группа (25 человек) - перенесли первый эпизода психоза, 2-я группа (20 человек) - с длительностью заболевания до 2-х лет, 3-я группа (35 человек).. - с длительностью заболевания от 3-х до 10 лет. Исследование проводилось с помощью оригинального опросника для определения уровня интеграции и профиля идентичности (В.А. Абрамов, 2011), входящего в методический комплекс для оценки стигматизационных эффектов психиатрической помощи. Опросник состоит из 46 утверждений. На основе анализа ответов испытуемых было выделено три уровня интеграции идентичности: 1) целостно-дифференцированный уровень; 2) диссоциированный (диффузно-фрагментарный) уровень; 3) спутанный или кризис идентичности.

При анализе эмпирических данных мы учитывали, что структура идентичности включает в себя когнитивный компонент (осознанная самоидентификация); аффективный компонент отношение к себе и своему групповому членству и смысловой компонент - ценности и установки. Качественные характеристики этих компонентов оценивались полярными признаками: дифференцированность - диффузность; целостность - фрагментарность (расщепление); стабильность - ситуативность; объективное восприятие Я - восприятие Я не основанное на реальности; высоко развитые навыки саморегуляции - слабо развитые навыки саморегуляции. Динамика идентичности изучалась в контексте оценки уровня, интеграции идентичности, который представляет собой совокупность идентификационных процессов, определяющих тип интеграции системы Я - репрезентаций больных шизофренией.

Результаты и их обсуждение. Целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности предполагает наличие баланса динамичности-статичности, а также высокий уровень дифференцированности и целостности. Высокая степень дифференцированности предполагает осознание и выделение многих сторон и качеств своего Я. Целостность означает переживание внутреннего единства, несмотря на кажущуюся разнородность качеств Я. Целостность образа Я зависит от особенностей сознания рефлексии себя: чем выше уровень рефлексии себя, чем шире и богаче то содержание, с позиций которого человек осуществляет рефлекссию себя, тем устойчивее его Я, тем сохраннее целостность личности. Таким образом, «целостно-рефлексивное Я», как переживание человеком своей универсальности и бесконечности, своего тождества с миром представляют собой стержень целостности личности. Такой тип идентичности личности наблюдался

у 28 больных, в том числе у 20 (71,4%) - с первым эпизодом психоза и у 8 человек (28,6%) - с длительностью заболевания до 3-х лет. При большей длительности заболевания у всех больных наблюдались различные формы дезинтеграции идентичности личности.

Диффузно-фрагментарная идентичность. Диагностика дезинтегративных статусов идентичности личности осуществлялась в случае нарушения баланса модальностей динамичности-статичности, либо низкой степени дифференцированности т.е. диффузности и низкой степени целостности (фрагментарности). Образ Я при этом становится либо чрезмерно изменчивым, либо статичным, диффузным, либо фрагментарным. Образ Я и образ Другого при таком варианте нарушения идентичности неструктурированный, размытый. Человек плохо представляет и осознает кто он такой, какой он. Пациенты с диффузной идентичностью затрудняются говорить о качествах своего Я и других людей, дают им очень нечеткие и неконкретные характеристики. И в реальных отношениях границы между Я и Другим размыты.

К основным критериям диффузно-фрагментарной идентичности относятся: закрытость, неспособность или нежелание выдавать значимую информацию о себе; неудовлетворенность собой и своими возможностями, сомнение в способности вызывать уважение; ожидание субъектами того, что личность, характер и деятельность не способны вызывать в других уважение, симпатию, одобрение и понимание; переоценка своего духовного Я, сомнения в ценности собственной личности, отстраненность, граничащая с безразличием к своему Я, потеря интереса к своему внутреннему миру; отсутствие дружеского отношения к себе, согласия с самим собой, одобрения своих планов и желаний; наличие внутренних конфликтов, сомнений, несогласий с собой, тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины; самообвинение, готовность поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки. Дезинтегративный статус идентичности такого типа встречался у 32 больных, в том числе у 5 (15,6%) - с первым эпизодом психоза, у 8 (25,0%) - с длительностью заболевания до 3-х лет и у 20 человек (62,4%) - с более длительными сроками болезни.

Изучение трансформированной болезнью идентичности личности как интегрального критерия психического здоровья является важным аспектом поиска новых социально-психологических и психотерапевтических подходов и реабилитационных стратегий

при заболеваниях психотического регистра. Особую актуальность приобретает оценка структурных особенностей, психодинамических характеристик и уровней дезинтеграции идентичности.

Согласно полученным нами данным, кризис идентичности, как наиболее выраженный уровень ее дезинтеграции, наблюдался только у больных с рецидивирующей динамикой болезни: у 4-х больных (21,1%) с длительностью заболевания до 3-х лет и у 15 больных (78,9%) с большей длительностью заболевания.

Таким образом, уровень дезинтеграции идентичности личности у больных с различной длительностью заболевания существенно отличался. У 80,0% больных шизофренией после первого психотического эпизода сохраняется целостно-дифференцированный уровень — интеграции идентичности и только у 20,0% он снизился до уровня диссоциированного или диффузно-фрагментарного. Кризиса идентичности мы не наблюдали ни у одного из больных этой группы.

При рецидивной динамике болезни с относительно непродолжительной ее длительностью, но с достаточно интенсивными формами традиционного психиатрического вмешательства значительно сокращается число больных с целостно-дифференцированным уровнем интеграции идентичности и значительно нарастает количество пациентов с дезинтегрированными формами идентичности. У больных с более длительной продолжительностью болезни (до 10 лет) и выраженной зависимостью от психиатрических служб в 100% случаев наблюдался распад Я - концепции с утратой ценностно-дифференцированных свойств идентичности. В этой группе у 57,1% больных установлен диффузно-фрагментарный (диссоциированный) уровень интеграции идентичности, а у 42,9% - спутанный уровень или кризис идентичности.

Приведенные в настоящей работе данные об уровнях интеграции идентичности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания имеют корреляционную зависимость с уровнем выраженности показателя самостигматизации у обследованных больных, что свидетельствует о патогенетической сопряженности стигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности.

Возможность преодоления деструктивной трансформации идентичности, а, следовательно, «смягчения» стигмы, на наш взгляд, непосредственно связана с особенностями личностных ре-

сурсов (личностного потенциала). Оценка различных его составляющих в контексте преодоления дезинтеграции идентичности является необходимым элементом функционального диагноза больных с различными психическими расстройствами, важным аспектом поиска новых социально-психологических и психотерапевтических подходов и реабилитационных стратегий при заболеваниях психотического регистра, а также служит основой личностно-ориентированных подходов к оказанию психиатрической помощи.

Суицидальные тенденции у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии

Актуальность: подростковый возраст является одним из возрастных периодов повышенного суицидального риска. По данным ВОЗ (2014г.) самоубийство является ведущей причиной смерти среди подростков. Пубертатный период характеризуется возникновением разнообразных патопсихологических состояний и поведенческих нарушений, свойственных именно подростковому возрасту в связи с недостаточной зрелостью в личностном плане[1,4]. Проблема поведенческих расстройств, сопровождающихся нарушением социального функционирования, является одной из самых актуальных в подростковом возрасте. Особое значение среди всей поведенческой патологии уделяется уходам и бродяжничеству, сочетающегося появлением суицидальных тенденций на фоне измененного эмоционального аффекта. Синдром уходов и бродяжничества, весьма разнородный по генезу, но довольно однообразный по внешним проявлениям, выражается в повторяющихся уходах из дома или школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным. Синдром встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но наиболее часто в препубертатном возрасте преимущественно у мальчиков [2]. На возникновение синдрома бродяжничества влияют социально-психологические и индивидуально-психологические дезадаптирующие факторы. Данный синдром может быть единственным проявлением личностных особенностей подростка, факультативным синдромом при акцентуациях и личностных расстройствах, а также отражать расстройства или извращение влечений при психических заболеваниях[1]. У девушек данный синдром формируется в более позднем возрасте, сопровождается выраженными аффективными колебаниями и может сочетаться с суицидальным поведением [3].

Цель исследования: изучить типологические особенности суицидальных тенденций при синдроме уходов и бродяжничества у девочек-подростков, возникающих на фоне эмоциональных расстройств.

Материал и методы: было отобрано 30 девочек-подростков в возрасте 15–17 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине синдрома уходов и бродяжничества, сочетающегося с суицидальными тенденциями. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10 – F 91.2. Ведущим методом исследования был клиничко-психопатологический и катamnестический. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использовался опросник Шмишека Леонгарда и тест Люшера.

Результаты исследования и обсуждения: показали, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными (31%) чертами – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 7 пациенток (23%), в 61% случаев депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. На фоне пониженного настроения отмечались раздражительность – в 33% случаев, нарушение отношений с близкими в виде конфликтности, отрицательного отношения к близким у 67% больных, немотивированная агрессия в 33% случаев. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивиро-

ванной вины и нестойкими расстройствами влечений(23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. На фоне резидуально-органических расстройств депрессивные расстройства характеризовались снижением успеваемости, непосещением школьных занятий, конфликтностью с учителями. Основными факторами, способствовавшими возникновению суицидальных мыслей и тенденций у девочек-подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (67%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (1пациентка). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и не жестоким способам – отравление таблетками и самопорезы. Эти действия возникали под действием следующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50 % случаев), конфликты в семье (25 %), конфликты со сверстницами(15%). Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суицидальная попытка, констатируемая как аутоагрессия психотического уровня депрессивного генеза. У 46% пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, 67% обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 33% случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациентов домой.

В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациенток депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появ-

ления чувства вины у 66% больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33% обследованных. Пациентки из этой группы отмечали появление суицидальных мыслей на фоне пониженного настроения, усугубления конфликтов с родителями и сверстниками, при появлении трудностей взаимоотношений и обучения в школе.

Выводы: Суицидальные тенденции у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формируются на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имеют демонстративно-шантажный характер. У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекает изолированно, а имел сложную связь с аффективными расстройствами, появление суицидального поведения усложняло клиническую картину синдрома. В ряде случаев скрытая депрессия может проявляться нарушением поведения, когда возможны побег из дома и формирование патохарактерологических реакций протеста в виде суицидальных попыток и тенденций.

Библиографический список

1. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.
2. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения. – Тверь, 1998.
3. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. *BMJ*, 349: g5954
4. Skegg K. (2005) Self-harm. *The Lancet*, 366(9495): 1471–1483.

Профилактика синдрома эмоционального выгорания у лиц, оказывающих помощь в кризисных ситуациях

Васильева Н.Г.,
СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург

Участие в оказании кризисной помощи предъявляет высокие требования к эмоциональной компетенции врача. Эмоциональный интеллект, включающий в себя способности понимать и управлять эмоциями на внутриличностном и межличностном уровне, проявляет обратные связи с синдромом эмоционального выгорания. Отдельные составляющие эмоционального интеллекта могут быть рассмотрены в качестве протекторов развития синдрома выгорания у специалистов. С целью выявления мишеней для проведения профилактики синдрома эмоционального выгорания были исследованы врачи психиатры (N=75). У них определялись параметры выгорания (методики «Профессиональное выгорание» в адаптации Н.Е. Водопьяновой, «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко) и особенности эмоционального интеллекта (методики М.М. Манойловой и Н.Холла). Синдром выгорания высокого и очень высокого уровня выявлен у 37% психиатров, в структуре выгорания преобладает «деперсонализация», ведущей фазой является «Резистенция». В результате изучения эмоционального интеллекта психиатров установлено, что врачи характеризуются высоким уровнем «управления своими эмоциями» в сочетании с низким уровнем «понимания» своих и чужих эмоций, т.е. у психиатров наиболее часто встречается управляющий тип эмоционального интеллекта. При этом низкий уровень синдрома выгорания встречается у врачей с гармоничным типом эмоционального интеллекта, представители которого одинаково хорошо осознают свои эмоции и управляют ими. Фактор эмоционального интеллекта «эмоциональная гибкость» отрицательно коррелирует с компонентом синдрома выгорания «эмоциональное истощение», а высокий уровень «осознания своих эмоций» соответствует низким показателям «деперсонализации». Полученные данные об особенностях эмоционального интеллекта психиатров позволяют выделить отдельные компоненты эмоциональной компетентности врача, на развитие которых необходимо обратить внимание в рамках программ профилактики синдрома выгорания, а именно – осознание своих эмоций и способность переключаться на положительные эмоции (эмоциональная гибкость).

Теоретические основы и методические подходы для оценки риска общественной опасности психически больных.

Голоденко О.Н., Ряполова Т.Л., Соловьева М.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра психиатрии, наркологии и мед.психологии, г. Донецк, ДНР

Цель. Защита прав психически больных является актуальной в любом обществе. Это лица, с одной стороны, уязвимы в плане их возможной стигматизации и дискриминации, с другой – при несвоевременном оказании им психиатрической помощи возможно ухудшение их психического состояния, что может наносить существенный вред их здоровью, обуславливать их социальную дезадаптацию и возникновение у них общественно опасных форм поведения.

Важнейшим принципом оказания психиатрической помощи является ее добровольный характер. Однако в ряде случаев законодательством предусматривается использование недобровольных форм психиатрического вмешательства.

Необходимо определить, что же вкладывается в понятие опасности лица с психическим расстройством для себя или для других лиц, что является причиной возникновения побуждения к совершению общественно опасных деяний или опасных действий направленных на самого себя, какой вред является настолько серьезным для общества и с какой вероятностью он может реализоваться, чтобы сделать обоснованными или оправдать применение недобровольных медицинских мер.

Результаты исследования. Риск совершения общественно опасных действий (ООД) отражает различные степени причинения возможного ущерба: вызов, опасность и угроза. Следовательно, совокупность факторов, представляющих вызов, опасность и угрозу безопасности окружающим, можно рассматривать в качестве факторов и стадий (фаз) риска.

Вызов – трудная для пациента проблемная ситуация, чаще всего фрустрирующего характера, порождающая напряжение, ощущение дискомфорта и желание противодействовать или поиск выхода, в рамках, апробированных прошлым опытом. Под общественной опасностью больного, страдающего психическим расстройством, следует понимать значительный риск (высокую степень вероятно-

сти) совершения общественно опасных действий и причинения вреда окружающим. Прогнозирование общественной опасности больного предполагает изучение ряда факторов: характера действий, которые может совершить данное лицо; возможности или вероятности того, что эти действия действительно будут совершены; влияние этих действий, если они будут иметь место, на окружающих.

Опасность – это то, что существует в объективном мире и несет угрозу окружающим. Риск опасности – субъективная оценка вероятности того, что то или иное опасное событие произойдет. Четкой и исчерпывающей квалификации понятия «опасности для себя или других лиц» - не существует ни в одном законодательном акте, по-видимому, из-за принципиальной невозможность дать единое толкование опасности, абстрагируясь от конкретных ее механизмов и проявлений. Опасность еще не содержит в себе необходимых компонентов для нанесения ущерба окружающим, поэтому риск насилия носит гипотетический, безадресный характер.

Угроза – непосредственная опасность, крайняя степень опасности, готовность совершить ООД и причинить ущерб окружающим. Угроза представляет собой совокупность двух компонент: субъективных намерений и объективных возможностей причинить тот или иной ущерб. При этом в качестве намерений выступают замыслы (желания) больного, а в качестве возможности – низкий порог стрессоустойчивости и наличие достаточных ресурсов для совершения агрессивных действий.

Таким образом, наименьший риск совершения ООД заключают в себе состояния вызова, умеренный тип (гипотетическая вероятность) – состояния опасности. Эти состояния содержат только потенциальные риски ООД, что не является основанием для неотложной (недобровольной) госпитализации в психиатрический стационар. Достаточным основанием для этого служит наличие угрозы совершения ООД – непосредственная опасность агрессии и насилия.

Стадия, на которой осуществляется реализация «реальных намерений совершить действия, которые представляют собой непосредственную опасность для окружающих», определяется как стадия насилия или агрессивного поведения.

Агрессия (от. лат. – *aggredi* – нападать) – это любая форма поведения, которая причиняет вред другим или имеет целью достижение подобных негативных последствий. Агрессию следует рассматривать не как эмоцию, мотив или установку, а как действия, посред-

ством которых пациент намеренно причиняет ущерб кому-либо из окружающих, которые, в свою очередь, стремятся избежать подобного опыта.

Обсуждение. Прогнозирование и измерение риска агрессивного поведения психически больных на различных этапах психиатрической помощи обеспечивает решение нескольких важных задач: а) объективизация (доказательность) принимаемых решений о порядке госпитализации больного и длительности его изоляции; б) защита прав пациента от незаконного использования недобровольных мер психиатрического вмешательства; в) профилактика стигматизации больных; г) защита жизненных интересов и здоровья лиц в микросоциуме. Конечная цель такого рода оценки - не только принятие решения о порядке госпитализации больного в психиатрическую больницу, но и в разработке мер, направленных на управление рисками насилия и их редуцирование. Однако до настоящего времени не разработана ни теоретическая основа, ни надежные методические подходы, позволяющие объективно и доказательно оценить степень риска совершения больными общественно опасных действий, агрессивного поведения, насилия. Считается, что даже наиболее сложные статистические методы прогнозирования дают как минимум от 60 до 70% ложных положительных заключений (признаются «опасными» люди, которые впоследствии не совершали опасных действий).

При разработке инструментов оценки риска насилия необходимо учитывать определенные требования:

- а. процедура измерения рисков агрессии (насилия) должна основываться на сильных сторонах дискреционного (интуитивного) и актуарного (вероятностно статистического) подходов, учитывать профессиональную и юридическую точки зрения, быть структурированной и достаточно гибкой в отношении уникальности каждого случая;
- б. измерение риска всегда контекстуально, невозможно точно определить степень риска совершения насилия для конкретного человека; с большей вероятностью этот риск можно оценить по отношению к конкретной ситуации (например, отказ от госпитализации) и конкретным обстоятельствам;
- с. не существует прямых или кратчайших путей для измерения риска насилия; оценка риска должна быть многомерной, структурированной и относительно надежной; необходимо

использовать различные источники информации и инструментальные средства; сложность феноменологии риска насилия предполагает многопрофильность его оценки, включая социально-демографические, индивидуально-психологические, клинико-психопатологические и социально-психологические характеристики; опора на какой-либо один метод делает надежность прогноза сомнительной;

- d. вероятностный характер оценки риска предполагает определение его содержания, стадии формирования (вызов, потенциальная опасность, непосредственная угроза), адресность насилия, а также предположительное время реализации общественно опасного деяния;
- e. научная точность определения риска делает необходимым доступ к информации хорошего качества из широкого диапазона источников; предикторы насилия должны подтверждаться тщательным изучением биографии пациента, данными об основных стратегиях преодоления проблем, уровне переносимости фрустрации, количестве и качестве личностных психотравмирующих факторов, прошлых эпизодов насилия.

Мы представляем разработанный на основе этих требований методический комплекс для оценки риска общественной опасности больных, включающий систематизированный протокол оценки риска, клинические шкалы, личностные опросники и шкалы, проективные методы и оценку копинг-стратегий преодоления фрустрационно-агрессивных реакций на авersive стимулы.

Систематизированный протокол оценки потенциального риска совершения психически больными общественно опасных действий рекомендован в использовании при определении показаний для недобровольной госпитализации больных и состоит из 6 разделов: стабильные статистические переменные; анамнестические факторы; клинические факторы; личностно-психологические факторы; контекстуальные факторы; конкретно-ситуационные факторы и стратегии преодоления. В протокол включены 48 наиболее известных и наиболее надежных коррелятов агрессивно-насильственного поведения, соответствующие, насколько это возможно, стандартам наилучшей практики («best practice»).

Стандартизированный клинико-психопатологический комплекс ввиду его многомерности и трудоемкости удобно использовать для оценки риска общественной опасности больных (уровень враждеб-

ности, напряжения; риск насилия; агрессивность; фрустрационно-агрессивные реакции и т.д.) на фоне проводимого лечения и определения необходимости продления недобровольной госпитализации.

Выводы. Предложенная модель оценки риска общественной опасности больных при недобровольных формах психиатрического вмешательства способствует:

- a. большей объективизации (доказательности) принимаемых решений о порядке госпитализации больного и длительности его изоляции; защите прав пациента от незаконного использования недобровольных мер психиатрического вмешательства; профилактике стигматизации больных; защите жизненных интересов и здоровья лиц в микросоциуме.
- b. более обоснованному применению недобровольных психиатрических мер и защите граждан от незаконного ограничения их прав этими действиями.
- c. расширению методического инструментария для оценки риска общественной опасности больных, включающего систематизированный протокол оценки риска, клинические шкалы, личностные опросники и шкалы, проективные методы и оценку копинг-стратегий преодоления фрустрационно-агрессивных реакций на аверсивные стимулы.

Диссоциальное расстройство личности и возрастные аспекты его формирования.

Гречаный С. В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Диссоциальное расстройство личности (ДРЛ), согласно МКБ-10 (шифр F 60.2), характеризуется игнорированием социальных норм, импульсивностью, агрессивностью и крайне ограниченной способностью формировать привязанности [8]. Его можно определить как «сформированная в ходе индивидуального развития неспособность придерживаться социальных нор» [6].

Синонимами ДРЛ являются антисоциальное расстройство личности, социопатия, расстройства личности эмоционально малоспособных, антисоциальная психопатия, анэтическая психопатия, социопатия и др. Однако, между указанными понятиями есть отличия. Так, известный исследователь в области криминальной психологии и психопатологии Роберт Хаэр подчеркивал, что в случае антисоциальной психопатии речь больше идет о «ядерном» расстройстве, включающем явную характерологическую стигму, в то время как АРЛ основано на внешне-описательных поведенческих критериях. Понятие же «социопатия» больше основано на социологических, чем на психопатологических критериях [13].

История описания. Первое упоминание данного типа личностного расстройства можно найти в «Трактате о помешательстве и других расстройствах психики» (1835) Дж. Причарда. Под термином «moral insanity» автор понимал более или менее изолированное поражение эмоциональной сферы, в противоположность случаям, где на первый план выступает поражение интеллекта (intellectual insanity). По мнению Ю. Каннабиха [3], термин «moral» в данном случае использовался скорее как синоним «аффективного», и описанное расстройство следует включать в более широкую группу.

Э. Крепелин для описания ДРС использовал термин «враги общества», К. Бирнбаум употреблял понятие «криминально-дегенеративная конституция» [1]. А. Е. Личко описывал это расстройство под названием «эпилептоидно-неустойчивый тип» [4].

Основываясь на склонности анэтических психопатов к антисоциальному поведению, Ч. Ломброзо писал, что «преступление – это

как раз тот вид деятельности, который больше всего соответствует их наклонности; ... характерна полная их неисправимость и склонность к рецидивам», характерна «... настоящая страсть к борьбе с законом, опасность которой только разжигает их, преступление начинает привлекать их, как любимое дело, развиваются специальные навыки, ... обладание своеобразным талантом, известная профессиональная гордость...» [цит. по 1].

Подробное описание т. н. «группы антисоциальных психопатов» приводятся в известной работе П. Б. Ганнушкина [1]. Отмечается, что патохарактерологически они относятся к лицам различного склада. При этом основной тип близок к эпилептоидам (грубые, жестокие, злобные). Встречаются также «холодные», бездушные резонеры, родственные шизоидам (по терминологии французских психиатров «folie morale»).

По мнению В. А. Гиляровского, вклад антисоциальных психопатов в отрицательные стороны окружающей жизни гораздо большее, чем душевнобольных и невротиков. Главным в преступной наклонности этих личностей он считал патологическую мотивацию поведения в противоположность патологическому процессу при заболеваниях. При этом мотивы поступков психопатов отличаются от т. н. «исключительных состояний» эпилептиков и органиков, при которых выявляются признаки психической невменяемости.

Для решения вопроса, какая именно мера воздействия больше подходит для антисоциального психопата (психиатрическая больница или тюрьма?) Э. Крепелин опирался на принцип практической целесообразности, согласно которому, такие пациенты, не получая медицинской пользы от стационара, вносят дезорганизацию в его работу, в то время как в местах лишения свободы иногда уживаются, частично приспособившись к трудовому режиму. Вероятно, в связи с этим антисоциальное расстройство личности в настоящее время является больше предметом изучения криминальных психологов, чем психиатров.

Эпидемиология. ДРЛ встречается в среднем у 3% мужчин и 1% женщин. Оно чаще выявляется среди городского населения, в малообеспеченных слоях населения, многодетных семьях. Пациенты с ДРЛ составляет 3-30% всех психиатрических амбулаторных больных [9]. В условиях тюремного заключения ДРЛ выявляется у 47% мужчин и у 21% женщин [11].

Распространенность ДРЛ достоверно выше среди пациентов, проходящих программы лечения от алкогольной и наркотической зависимости были достоверно выше пациентов с АРЛ, по сравнению

с населением в целом [15].

Этиология. В развитие ДРЛ вносят несомненный вклад генетические факторы, что доказано в исследованиях на приемных детях. Отягощенная наследственность по поведенческим аномалиям у пациентов с ДРЛ выше в 5 раз по сравнению с общей популяцией. Но они всегда реализуются при наличии других предрасполагающих факторов. Чаще выявляется наследственная отягощенность по истерическому типу личности, что указывает на определенную генетическую связь этих типов [6].

Нейрохимические и гормональные факторы. Показано, что уровень метаболита серотонина (5-Н1АА) у пациентов с ДРЛ ниже на 0,45 стандартного отклонения по сравнению с другими группами пациентов. Однако доказанная связь с нарушениями регуляции функции серотонинергической системы не может быть единственным фактором, приводящим к ДРЛ, а является одним из аспектов многогранной взаимосвязи между биологическими и психосоциальными факторами. Выявлена корреляция агрессии с высоким уровнем тестостерона и кортизола, что на клиническом уровне проявляется такими симптомами, как импульсивность, неспособность планировать поведение, раздражительность и агрессивность [14]. У пациентов с ДРЛ было найдено недоразвитие нейронных связей лимбической системы (прозрачная перегородка) [17].

Многочисленными исследованиями были показаны такие психофизиологические особенности пациентов с ДРЛ, как низкий порог фрустрационной толерантности, высокий порог импульсивности (агрессивность, насильственное поведение), более низкая ЧСС в покое и снижение электрической проводимости кожи [12].

Влияние социо-культурных факторов на распространенность антисоциальной психопатии обсуждалось в работах Э. Берна. Согласно его теории, ДРС существует в активной и латентной форме. Ослабление «внешних источников контроля» (закон, традиции, религия) может вызвать «высвобождение» индивидов со скрытой формой ДРС, которые ранее демонстрировавших просоциальные поведенческие стандарты [10].

Клинические проявления. Наиболее важным проявлением ДРС, отмечающимся уже в раннем детстве, следует считать манипулятивное поведение, которое в зависимости от возраста может выступать в виде демонстративных оппозиционно-протестных реакций, суицидного шантажа, соматических жалоб, антисоциальных и прокриминальных установок. В анамнезе пациентов начиная с

раннего детства, как правило, можно проследить длинную линию дисциплинарных нарушений.

Подробное клиническое описание антисоциальных психопатов дано П. Б. Ганнушкиным [1]. Согласно ему, это – «...люди, страдающие частичной эмоциональной тупостью, именно, отсутствием социальных эмоций: чувство симпатии и сознание долга у них полностью отсутствует, нет чести, стыда, не могут приспособиться к правилам общежития...». В качестве отличительных черт этого типа Ганнушкин описывал также лживость, леность, жестокость, непереносимость моральных ограничений, преступные наклонности, большую любовь к чувственным наслаждениям и др. Характерной особенностью является появление указанных черт еще в детстве.

Возрастная модель развития ДРЛ включает проследовательную смену таких проявлений, как неэффективные методы воспитания в детстве, академическая неуспеваемость и неприятие со стороны успешных сверстников в средней школе и группирование в девиантными сверстниками в пубертате [16].

Согласно Р. Хаэру [7] основными аффективными проявлениями расстройства являются: поверхностность чувств, эгоцентричность и претенциозность, отсутствие чувства вины и сожаления, отсутствие эмпатии, коварство и склонность к манипулированию. На поведенческом уровне характерны: импульсивность, слабый поведенческий контроль, постоянная потребность в стимуляции, безответственность за свои поступки. Автором разработан известный тест – «Опросник для определения степени психопатологии личности и прогнозирования агрессивного поведения» (PCL-R), который был назван «золотым стандартом» для скрининговой диагностики ДРЛ.

Н. Мак-Вильямс [5] подчеркивает, что пациенты с ДРЛ, будучи лишены чувства привязанности к людям, интерпретирует характер взаимоотношения между ними исключительно как взаимную манипуляцию, в соответствии с чем он строит и свои отношения с окружающими людьми (принцип «сделать» всех, «заставить всех себя слушаться»). Нормы морали воспринимаются им как средства принуждения, отказ от силовых методов (моральных и физических) воспринимается как слабость.

Вышеотмеченные симптомы нашли отражение в диагностических критериях диссоциального расстройства личности по DSM-IV и МКБ-10 [8, 9]. В DSM-IV постановка диагноза должна проводиться с учетом соотношения культурных норм и региональных социальных условий, правил

и обязанностей, которые игнорируются пациентом. МКБ-10 учитывает также возрастной аспект. Несмотря на то, что диагноз ДРЛ устанавливается с 18 лет, отдельные его проявления могут наблюдаться раньше, дополнительным критерием является диагноз «расстройство поведения» в возрасте до 15 лет. В DSM 5 диагноз «Антисоциальное расстройство личности» входит в раздел «Расстройства поведения и импульсного контроля» («Disruptive, impulse control, and conduct disorders») – новая глава, в которую в том числе вошла исчезнувшая глава «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в детском и подростковом возрасте». Таким образом, в DSM 5 еще больше подчеркивается связь ДРЛ с возрастными поведенческими девиациями.

Результаты клинико-динамического изучения подростков с РП и употреблением ПАВ свидетельствует, что трансформация в ДРЛ является закономерным последствием подростковых поведенческих девиаций. Было исследовано 2 типа расстройств поведения у подростков – с ранним (до 10 лет) и поздним началом (10 лет и старше), что соответствует современной классификации кондуктивных расстройств. Выявлено, что для раннего начала характерно преобладание гиперкинетических поведенческих нарушений, а для позднего – преобладание симптомов диссоциально-личностных поведенческих расстройств. Показано, что в возрасте до 10 лет начинается гиперкинетическое расстройство поведения (89,3%), несоциализированное расстройство поведения (60,0%) и социализированное расстройство поведения (34,5%). Их ранние проявления нозологически мало специфичны, но для каждой из форм РП существует определенный набор преобладающих симптомов. Возрастная динамика РП в старшем пубертатном возрасте связана с трансформацией гиперкинетического расстройства поведения в органические (68,9%) и другие поведенческие расстройства (31,1%). А в диссоциальное расстройство личности чаще трансформируется несоциализированное расстройство поведения (20,8%) и социализированное расстройство поведения (7,1%) [2].

В заключение необходимо отметить, что в настоящее время расстройства поведения у детей и подростков рассматриваются как непрерывный процесс, начинающийся в раннем возрасте и продолжающийся в подростковом, юношеском и даже зрелом возрасте. Значимость изучения ранних проявлений поведенческих девиаций все больше возрастает, так как перспективы эффективного лечения и профилактики расстройств поведения видятся в ранней интервенции кондуктивных отклонений.

Список литературы:

1. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. – М.: изд-во НГМА, 1998. – 128 с.
2. Гречаный С.В. Динамика инициального периода расстройств поведения у подростков и их связь с употреблением психоактивных веществ / Гречаный С. В., Егоров А. Ю., Крупицкий Е. М. // Неврологический вестник. – 2014. – Т. XLVI, вып. 4. – С. 5–10.
3. Каннабих, Ю. История психиатрии / Ю. Каннабих. – Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. – 560 с.
4. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей / А. Е. Личко. – 2-изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
5. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс // Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 480 с.
6. Попов, Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – М.: «Экспертное бюро-М», 1997. – 496 с.
7. Хаэр Р. Лишенные совести: Пугающий мир психопатов. – М.: Изд-во «Вильямс», 2007. – 288 с.
8. Чуркин А. А. Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – М.: Мега-Про, 2010. – 132 с.
9. Antisocial personality disorder / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition Text Revision (DSM-IV-TR). – American Psychiatric Association, 2000. – P. 645–650.
10. Berne, E. A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis (Paperback) / E. Berne. – Grove Press, 1975. – P. 241-242
11. Fazel, S. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys / S. Fazel, J. Danesh // The Lancet. – 2002. – Vol. 359, № 9306. – P. 545-550
12. Hare, R. D. Psychopathy: Theory and Research / R. Hare. – New York: Wiley, 1970.
13. Hare, R. D. Without Conscience: The Disturbing World of Psychopaths Among Us / R. D. Hare. – New York: Pocket Books, 1993. – 236 p.
14. Kuepper, Y. Aggression--Interactions of serotonin and testosterone in healthy men and women / Y. Kuepper, N. Alexander, R. Osinsky [et al.] // Behavioural Brain Research. – 2010. – Vol. 206 (1). – P. 93–100.
15. Moeller, F. G. Antisocial Personality Disorder, Alcohol, and Aggression / F. G. Moeller, D. M. Dougherty // Alcohol Research and Health. – 2001. – Vol. 25(1). – P. 5-11.

16. Patterson, G. R. A developmental perspective on antisocial behavior / G. R. Patterson, B. DeBaryshe, E. Ramsey. // *American Psychologist*. – 1990. – Vol. 44. – P. 329-335.
17. Raine, A. Neurodevelopmental marker for limbic maldevelopment in antisocial personality disorder and psychopathy / A. Raine, L. Lee, Y. Yang, P. Colletti // *The British Journal of Psychiatry*. -2010. – Vol. 197 (3). – P. 186-192.

Психологические детерминанты комплексного сопровождения личности в ситуации переживания кризиса

Каяшева О. И.

доцент факультета психологии ГОУ ВО МО МГОУ, г. Москва

Николаева Н. В.

заведующий кафедрой клинической и консультативной психологии НОУ ВПО АССО, г. Москва

При упоминании о кризисе имеется в виду острое эмоциональное состояние, возникающее в острой, рискованной ситуации — в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, препятствием, которое не может быть устранено способами решения проблемы, известными личности из ее прошлого жизненного опыта [1]. Понятие кризиса связано с представлением о высоком психическом напряжении, переживаемом субъектом в момент кризиса. Оно также связано с информационной неопределенностью, сопровождающей кризис, и в этом смысле можно рассматривать кризис как явление, содержащее в себе характеристики психической травмы. Однако кризис не сводится к психической травме, так же как он не сводится к состоянию психической напряженности [1].

Кризисные ситуации — особые жизненные ситуации, которые неразрешимы процессами предметно-практической и познавательной деятельности. Их решают процессы переживания [1]. Кризисы различаются по длительности и интенсивности. По содержанию различают три основных вида кризисов: кризисы невротические, кризисы развития и травматические кризисы. К критическим ситуациям, вызывающим кризис, традиционно относят такие ситуации, как смерть близкого человека, тяжелое заболевание, отделение от семьи, от родителей, от друзей, а также изменение внешности, смену социальной обстановки, ломку жизненного стереотипа. Теоретически все подобные жизненные события квалифицируются как ведущие к кризису, если они «создают потенциальную или актуальную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей и при этом ставят перед индивидом проблему, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом.

Проведенное на базе научно-информационного центра А,Р,Т, (г. Санкт-Петербург) экспериментальное исследование психологических особенностей переживания кризисной ситуации женщин с хрониче-

ским заболеванием, позволило экспериментально подтвердить, что женщины, остро переживающие кризисную ситуацию связанную с наличием тяжелой болезни в большей степени, чем практически здоровые женщины, обладают низким уровнем самоконтроля, зачастую чувствуют себя одинокими и отмечают напряжение на психоэмоциональном уровне.

Выборку составили 60 человек. Контрольная группа – практически здоровые женщины; экспериментальная группа – женщины, находящиеся в кризисной ситуации связанной с наличием тяжелого хронического заболевания. Средний возраст испытуемых 35 лет; образование высшее; семейное положение – замужем. Исследовательский блок включал в себя следующие методики: Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников - опросник Ваше самочувствие (О.С. Копина, Е.А. Сулова, Е.В. Заикин); Методика Г.С. Никифорова, В.К. Васильева, С.В. Фирсовой (изучение произвольного самоконтроля); Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества (Д. Рассел, М. Фергюсон)

Анализируя уровень одиночества испытуемых, по методике Д. Рассела и М. Фергюсона было показано, что среди женщин контрольной группы большинство имеет низкий уровень одиночества (93%), остальные женщины контрольной группы отмечают средний уровень своего одиночества (7%). В то время, как 89% женщины переживающие критическую ситуацию (экспериментальная группа) отмечают высокую степень одиночества (до 60 баллов), 11% из них отмечают средний уровень одиночества (до 40баллов).

Таблица 1. Сравнение средних значений по шкалам в экспериментальной и контрольной группе по методике Д.Рассела и М.Фергюсона ($\bar{x} \pm m$)

| | Экспериментальная гр n = 30 чел. | Контрольная гр n = 30 чел. | ур-нь значимости (p) |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| | $\bar{x} \pm m$ | $\bar{x} \pm m$ | |
| Уровень субъективного ощущения одиночества | 58±3,04 | 18±1,47 | p<0,01 |

Примечание: значения в таблице представлены в виде $\bar{x} \pm m$, где \bar{x} – среднее значение по выборке; m – средняя ошибка.

Условные обозначения уровней достоверности: **-p<0.01.

Низкий уровень одиночества (до 20 баллов) не отмечен ни у од-

ной женщины экспериментальной группы. Проверка на значимость различий по t-критерию Стьюдента показала нам достоверность полученных различий по уровню ощущения одиночества между контрольной и экспериментальной группой на уровне значимости $p < 0.01^{**}$ (таблица 1).

Таким образом, мы констатируем тот факт, что женщинам, остро переживающим критическую жизненную ситуацию на значимом уровне свойственно субъективное ощущение одиночества, покинутости, непонимания.

Анализ степени выраженности самоконтроля женщин обеих подгрупп как на общем уровне, так и конкретно в эмоциональной сфере, деятельности и поведении (методика Г.С. Никифорова и соавт.), показал нам следующие тенденции. В контрольной группе преобладающим является склонность к самоконтролю в поведении, то есть высок социальный самоконтроль (22 балла с средним по группе). Однако не низким является выраженность и самоконтроля в эмоциональной сфере (18 баллов) и в деятельности (16 баллов). В экспериментальной же группе мы видим, что доминирующей является выраженность к самоконтролю в деятельности (18 баллов) в остальных же сферах – эмоциональной и поведенческой, уровень самоконтроля очень низок (6 и 10 баллов соответственно).

Таблица 2. Сравнение средних значений по уровню самоконтроля ($\bar{x} \pm m$)

| | Экспериментальная n = 30 чел. | Контрольная n = 30 чел. | ур-нь значимости (p) |
|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | $\bar{x} \pm m$ | $\bar{x} \pm m$ | |
| Общий ур-нь самоконтроля | $34 \pm 2,15^*$ | $56 \pm 3,847^*$ | $p < 0,05$ |
| Самоконтроль в эмоц.сфере | $6 \pm 1,15^{**}$ | $18 \pm 2,01^{**}$ | $p < 0,01$ |
| Самоконтроль в деятельности | $18 \pm 2,15^{**}$ | $16 \pm 1,95^{**}$ | - |
| Самоконтроль в поведении | $10 \pm 1,03^{**}$ | $22 \pm 2,21^{**}$ | $p < 0,01$ |

Примечание: значения в таблице представлены в виде $\bar{x} \pm m$, где \bar{x} – среднее значение по выборке; m – средняя ошибка.

Условные обозначения уровней достоверности: *- $p < 0.05$

**- $p < 0.01$.

Рассматривая общий уровень выраженности самоконтроля, мы видим, что женщины контрольной группы более склонны к самоконтролю, чем женщины экспериментальной группы на значимом уровне $p < 0,05^*$ (при проверке на значимость различий по t критерию Стьюдента) (таблица 2).

Так же на значимом уровне женщины экспериментальной группы имеют низкий уровень самоконтроля в эмоциональной и поведенческой сферах ($p < 0,01^{**}$).

Таким образом, констатируем тот факт, что женщинам остро переживающим кризисную жизненную ситуацию свойственен высокий самоконтроль в деятельности, низкий уровень социального самоконтроля и очень низкий уровень самоконтроля в эмоциональной сфере.

Особенности выраженности психоэмоционального напряжения так же имеют место среди женщин находящихся в ситуации переживания кризиса. Так, анализируя опросник «Ваше самочувствие», из первого блока мы видим, что уровень удовлетворенности жизнью у женщин контрольной группы выше, нежели среди женщин экспериментальной группы. То есть, женщины остро переживающие критическую жизненную ситуацию отмечают низкий уровень своего здоровья, что по мнению автора методики неразрывно связано с повышением уровня стресса и влечет за собой неудовлетворенность жизнью в целом (различия являются значимыми на уровне $p < 0,05^*$) (таблица 3).

Таблица 3. Сравнение средних значений по уровню удовлетворенности жизнью (опросник Ваше самочувствие) ($X \pm m$)

| | Экспериментальная гр n = 30 чел. | Контрольная гр n = 30 чел. | ур-нь значимости (p) |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| | $\bar{x} \pm m$ | $\bar{x} \pm m$ | |
| Удовлетворенность жизнью | 2,7 \pm 0,75* | 4,3 \pm 1,02* | p < 0,05 |

Примечание: значения в таблице представлены в виде $x \pm m$, где x – среднее значение по выборке; m – средняя ошибка.

Условные обозначения уровней достоверности: * - $p < 0.05$.

По шкале 2 – удовлетворенность условиями жизни не наблюдается значимых различий между изучаемыми подгруппами. Женщины

независимо от наличия или отсутствия переживания кризиса оценивают свои условия жизни как удовлетворительные.

Большинство женщин экспериментальной группы (76%) имеют низкий уровень удовлетворенности основными жизненными потребностями (25,4 балла в среднем). 24% женщин экспериментальной группы отметили средний уровень удовлетворенности основными жизненными потребностями. В то время, как 89% женщин контрольной группы отмечают средний уровень удовлетворенности основными жизненными потребностями и 11% женщин контрольной группы имеют высокий уровень удовлетворенности основными жизненными потребностями.

Таблица 4. Средние показатели удовлетворенности основных жизнен-

| Условия жизни | Экспериментальная группа | | Контрольная группа | |
|---|--------------------------|------|--------------------|------|
| | Ср.знач. по группе | Ранг | Ср.знач. по группе | Ранг |
| 1. Работа | 2,2 | 7 | 2,2 | 6 |
| 2. Отношения в семье | 1,9 | 9 | 2,1 | 7 |
| 3. Дети | 3,7 | 3 | 2,1 | 8 |
| 4. Питание | 4,7 | 1 | 2,3 | 5 |
| 5. Отдых | 4,7 | 2 | 1,8 | 9 |
| 6. Доход | 3,1 | 4 | 2,5 | 4 |
| 7. Общение | 1,9 | 10 | 4,3 | 1 |
| 8. Положение в обществе | 1,3 | 11 | 3,1 | 2 |
| 9. Жизненные перспективы | 2,9 | 5 | 2,6 | 3 |
| 10. Любовь, сексуальные чувства | 2,1 | 8 | 0,9 | 11 |
| 11. Любимое занятие, возможность самовыражения. | 2,6 | 6 | 1,1 | 10 |

ных потребностей женщин (балл).

Анализируя более детально ответы на данную шкалу опросника, можно выявить конкретную сторону жизни (потребность) которая может рассматриваться как источник неудовлетворенности, стресса переживаемого испытуемым. Так, из таблицы 4 мы видим, что в группе женщин переживающих кризисную ситуацию на первом месте по степени неудовлетворенности находится такая потребность, как положение в обществе (1,3 балла), общение с друзьями, с людьми близкими по интересам (1,9 балла), отношения в семье (1,9 бал-

ла). Менее всего их заботит питание и отдых (данные потребности занимают лидирующие позиции по уровню удовлетворенности – 4,7 балла). В то время, как женщины контрольной группы отмечают неудовлетворенность в сфере любви и секса (0,9 балла), потребность в любимом занятии и возможности самовыражения (1,1 балл) и неудовлетворенность потребности в отдыхе (1,8 баллов). Удовлетворенной среди женщин контрольной группы является потребность общения с друзьями и людьми близкими по интересам (4,3 балла).

Таким образом, подведя итог вышесказанному, можно заключить, что женщины, остро переживающие кризисную жизненную ситуацию, в большей степени, чем женщины контрольной группы, обладают низким уровнем самоконтроля, зачастую чувствуют себя одинокими и отмечают низкий уровень удовлетворенности здоровьем, уровнем жизни и основными жизненными потребностями, что свидетельствует об их высоком напряжении на психоэмоциональном уровне.

Литература:

1. Ефремова Д.Н., Каяшева О.И., Ханова З.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях/ Под ред. О.И. Каяшевой.- СПб.: НИЦ АРТ, 2015.- 108 с.
2. Каяшева О.И., Николаева Н.В. Психологическое сопровождение личности в ситуации переживания кризиса // Человек как предмет междисциплинарного гуманитарного познания. Сборник научных статей Международной конференции / Отв. ред. Е.В. Федосенко, Л.Ф. Уварова. – СПб., 2015. – с. 315 - 321 (Материалы конференции).
3. Психология личности: изучение, развитие, самопознание. Сборник научных материалов. Вып. 3 / Под общ. ред. О.И. Каяшевой, Н.В. Николаевой. – М., СПб. : УРАО, НИЦ АРТ, 2015. – 300 с. : ил.
4. Психология субъектности: основные проблемы и пути решения: коллективная монография. Том 3 / Под ред. Каяшевой О.И., Николаевой Н.В. - СПб. : НИЦ АРТ, 2016.- 312 с.

Суицидальное поведение и «третья» волна когнитивно-поведенческой терапии

Ковпак Д. В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Российская Психотерапевтическая Ассоциация Санкт-Петербург

На протяжении последних двух десятилетий ряд исследователей и методологов психотерапии стали выделять среди вновь возникших за последнее время видов когнитивно-поведенческой терапии тенденцию к выделению так называемой «третьей волны». К первой волне они относят поведенческую терапию, ко второй когнитивную, раскрывшую «черный ящик» промежуточной переменной, а третью волну характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека.

Компилируя данные методологов можно выделить в ряду основных видов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны следующие варианты:

1. Основанная на осознанности редукция стресса — MindfulnessBased Stress Reduction (KabatZinn, 1990).
2. Когнитивная терапия основанная на осознанности — MindfulnessBased Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
3. Терапия принятия и ответственности — Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).
4. Диалектико-поведенческая терапия — Dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996).
5. Функционально-аналитическая терапия — Functional analytic psychotherapy (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991).
6. Схемотерапия — Schema Therapy (Young, 1990).
7. Десенсибилизация и переработка движениями глаз — Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989)
8. Метакогнитивная терапия — Metacognitive Therapy (Clark, Wells, 1994).
9. Терапия ориентированная на участие (сострадание) — Compassion focused therapy (CFT) (Gilbert, 2005)
10. Когнитивная аналитическая терапия — Cognitive analytic therapy (CAT) (A. Ryle, 1990)

В первых трех направлениях концепт Mindfulness является центральным компонентом, в 4м, 5м и 8м — дополнительным.

Mindfulness, обычно передается термином «безоценочное осознание». Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к безоценочности и принятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить.

Соответственно, и негативные мысли и чувства он наблюдает с приятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Внимание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и преходящее. В практике безоценочного осознания не преследуется никакая цель, а воспринимается процесс.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению концепции осознанности как психологического конструкта и как формы психотерапевтического вмешательства для профилактики и лечения разных форм психоэмоциональных расстройств и психической патологии. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах и на сегодняшний день оформилось в самостоятельное направление. В современной психологии принято разделять два термина: осознанность (англ. awareness) и внимательность (англ. mindfulness). Осознанность обычно трактуется как способность произвольно сосредоточивать внимание на текущих событиях и ощущениях, произвольно переключать внимание с одних предметов на другие, управляя за счет этой произвольности процессом фокусировки.

В переводе с английского «mindfulness» означает «внимательность, памятьливость». Изначально это слово использовалось (а некоторые авторы утверждают, что было специально «изобретено») для перевода с пали буддийского термина «сати» (санскр. «смрити», тиб. Drenpa). В палийских текстах слово «сати» на русский язык обычно переводят как «внимательность», но в действительности это понятие имеет более широкий смысл. Майндфулнесс — это осоз-

нанность или более функционально — направление внимания на текущий момент и бесстрастная, нереагирующая, принимающая все таким как есть осведомленность о нем.

Буддийские приемы культивирования «сати» (осознанности) были адаптированы западной психологией в 80-х гг. XX века. К настоящему времени концептуально mindfulness достаточно далеко ушел от своих восточных корней, вписался в контекст западной психотерапии, практической психологии и даже нейронауки. Сегодня говорят о существовании самостоятельного mindfulness approach (майндфулнесс-подхода) в психотерапии.

Джон Кабат-Зинн (одним из первых ввел этот термин в научный и практический оборот) — определяет mindfulness как «безоценочную осведомленность, возникающую в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта». В своей работе «Coming to our senses» он утверждает: «Mindfulness может рассматриваться как делящаяся от одного момента к другому, не основанная на рассуждениях осведомленность, вырабатываемая благодаря направлению внимания особым образом: то есть на текущий момент, максимально нереагирующим образом и с открытостью сердца».

Другой авторитет, Бишоп дает следующее определение: «Mindfulness — это саморегулирование внимания с тем чтобы оно направлялось на текущий опыт таким образом, чтобы усилить распознавание психических событий имеющих место в данный момент... ему присущи такие качества как «любопытство, открытость, принятие».

В Institute for Meditation and Psychotherapy используется самое краткое определение «Mindfulness — осведомленность о настоящем моменте с его принятием».

В работе «The Mindful Waythrough Depression» под mindfulness понимают «внимание, которое мы направляем намеренно, на настоящий момент, безоценочно к существующему положению вещей».

В конце 90-х годов двадцатого века и начале 2000-х на Западе на стыке психологии, нейронаук, философии и религиоведения складывается новая междисциплинарная область, которая приобретает условное название «contemplative science» — «созерцательная наука». Основным предметом исследования в данной области становятся техники созерцания и эффекты от практики таких техник. Уровень осознанности некоторые исследователи связывают с различиями в ряде параметров мозговой активности. Так, напри-

мер, J. D. Creswell [13] с использованием функциональных методов нейровизуализации обнаружил, что высокий уровень осознанности был связан с уменьшением активации в области миндалины и более широким полем активации префронтальной коры головного мозга. Была зафиксирована выраженная обратная связь между активацией префронтальной коры и миндалины среди испытуемых с высоким уровнем осознанности, в отличие от испытуемых, с низким уровнем, у которых такой связи не обнаруживалось.

Это позволяет предполагать, что более «осознающие» испытуемые лучше способны регулировать эмоциональные реакции за счет активности префронтальной коры и ингибирования активности в области миндалины. Осознанность также отрицательно коррелирует с активностью в миндалине, медиальной префронтальной и теменной областях мозга во время сосредоточения испытуемого на своих ощущениях, в то время как высокий уровень выраженности симптомов депрессии положительно коррелирует с активностью в этих областях [40].

Эти техники не новость и открытие для человеческой цивилизации. Многие из даже являются прямыми заимствованиями из условно обозначаемыми как «восточные практики» техническими приемами например буддизма. В южной ветви буддизма — школе Тхеравады — уже не первое тысячелетие большое внимание уделяется осознанию различных психических процессов и бесстрастному наблюдению за ними. Школа Дзен строится на осознании происходящего в данный момент в повседневной жизни. Под влиянием буддийских школ в статьях различных западных исследователей появляются такие термины как «принятие своего опыта («acceptance of experience» (Hahn, 1998; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), «сострадательное отношение к себе и страданиям других» (Gilbert, 2005), «способность к безоценочному самонаблюдению» (Kabat-Zinn, 1990)). Безусловно, психология со времени своего появления старалась проникнуть в суть подобных явлений и феноменов, практик и традиций, стараясь описать их феноменологически и каузально посредством научного языка. В свое время такие формы терапии как, например, гештальт давал свой контекст и язык описания данных процессов и феноменов. Видимо, пришло время когнитивно-поведенческому направлению психотерапии, вслед за экзистенциально-гуманистическим, приступить к переработке и описанию на своем терминологическом языке богатого наследия так называемых духовных практик и традиций.

Снижение стресса с помощью осознанности (Mindfulness-based

stress reduction, MBSR), это программа созданная Джоном Кабат-Зинном в медицинском центре университета Массачусетса. Программа была разработана для помощи людям с хроническим дистрессом, хронической болью и другими дисфункциями. Рандомизированные контролируемые клинические исследования продемонстрировали значительную положительную динамику пациентов с хроническим болевым синдромом, прошедших программу MBSR.

Когнитивная терапия основанная на осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) это вид терапии «третьей волны» основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии. MBCT разрабатывалась как подход к предотвращению рецидивов, использующийся во время ремиссии. Зиндел Сигал, Джей Марк Уильямс и Джон Тисдейл создали основанную на осознанности когнитивную терапию в значительной степени приспособившая MBSR, с целью предотвращения рецидивов депрессии. Авторы подхода высказывали опасения, что интенсивность негативного мышления и трудности концентрации в активной фазе депрессивного расстройства помешают получить необходимый эффект от терапии. Однако результаты сравнения эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии второй волны и MBCT для лечения пациентов в период активного депрессивного эпизода показали схожую эффективность обоих методов [27]. У значительного числа пациентов наблюдалась существенная редукция симптомов депрессии. В исследованиях отмечается факт, что многие пациенты продолжают использовать техники осознанности после прохождения курса MBCT убеждаясь в их полезности [16].

MBCT противопоставляет дисфункциональным мыслям ряд метакогнитивных навыков:

- способность занимать метапозицию по отношению к потоку своего мышления;
- способность осознавать текущий поток внутренних и внешних раздражителей;
- принятие определенной ориентации к опыту своих переживаний как к относительному и проходящему, включая отношение любопытства, открытость и принятие;
- способность произвольно переключать свое внимание с одного аспекта опыта на другой.

Принятие — один из ведущих принципов и приемов практики

майндфулнесс. Принятие – это настолько могущественный фактор трансформации, что он лег в основу самостоятельного вида психотерапии – АСТ – Acceptance and Commitment Therapy – Терапии Принятия и Ответственности. Основная идея этого подхода состоит в том, что с какими бы переживаниями не столкнулся человек он способен принять их и действовать, невзирая на них, в соответствии со своими внутренними ценностями.

Следует отметить, что «принятие» в контексте осознанности не следует отождествлять с пассивностью или отстраненностью. В большей степени, принятие в данном контексте относится к способности испытывать события во всей их полноте, не прибегая к одной из крайностей, как например, чрезмерной озабоченности, избеганию или подавлению опыта. Как отмечал Д. Кабат-Зинн: «Принятие — это не пассивное подчинение, а акт распознавания того, что вещи таковы, какими они являются. Иногда они не такие, какими мы бы хотели их видеть. Принятие не означает, что мы не можем работать над тем, чтобы поменять мир или изменить те или иные обстоятельства. Но это означает, что пока мы не примем вещи такими, какие они есть, мы будем пытаться заставить вещи быть тем, чем они не являются, и это может породить многочисленные трудности. Некоторые вещи тяжело принять. Например, иногда вы испытываете боль в теле и не знаете, отчего это происходит. Это очень и очень тяжело принять, потому что в первую очередь вы хотите знать, в чем причина происходящего и устранить ее. И если у вас нет ответа на вопрос о причине боли, может быть очень и очень трудно принять это. Но что мы обнаружили при работе с пациентами с хроническими болями, так это то, что прежде чем по-настоящему работать с болью и страданием, нужно развернуть для боли и страдания ковровую дорожку с надписью «Добро пожаловать» и принять их такими, какие они есть».

Задача терапии, основанной на осознанности, «вернуть человека в настоящее», этот метод фокусирует внимание человека на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от избыточной стереотипичности и автоматизированности мышления, содержащего дисфункциональные паттерны.

В отличие от традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии, условно выделяемой «второй волны», терапия, основанная на осознанности, ставит перед собой задачи не изменить содержание мыслей, а лишь сосредоточиться на отношении человека к этому потоку и его содержанию. Задача этой терапии - научить человека вос-

принимать собственные состояния без веры в то, что они объективны и отражают реальность. В данном подходе тренируется неосуждающее и безоценочное восприятие, в том числе негативных эмоциональных переживаний, физиологических дисфункций как проходящих и небесконечных [35]. Технически это предполагает развитие у пациентов/ клиентов навыка безоценочного содержания негативных мыслей в качестве ментальных событий, элементов собственного внутреннего поведения, а не как фактов и элементов реальности.

Полученный результаты J. Teasdale [38] связывает с возрастанием автоматизации запуска и поддержания механизмов формирования депрессии. С каждым последующим эпизодом ассоциативная связь между плохим настроением и паттернами негативного мышления натренировывается и становится крепче. Это способствует все большей чувствительности и уязвимости, в результате которой для рецидива достаточно все меньше стрессогенных факторов. У пациентов с тремя и более эпизодами в анамнезе приемы МВСТ, позволяющие снизить использование дисфункциональных автоматических мыслей и повысить осознанность каждого проживаемого момента и совершаемого выбора, закономерно оказываются эффективными. В пользу этого предположения свидетельствует факт соотношения эффективности профилактики рецидива у пациентов с четырьмя и более эпизодами: рецидив имел место в 38% случаев после МВСТ и в 100% случаев после традиционного лечения [26, 38].

Одним из ведущих факторов суицидального поведения считается непреодолимая психологическая боль, связанная с потерей и ее неприятием. При активном и длительном подобном переживании пациент теряет веру в позитивное будущее. Его экспектации носят негативистичный, а порой и катастрофический характер. Внимание такого человека становится предельно избирательным к негативным событиям прошлого, настоящего и моделируемого будущего и сосредотачивается в большей степени на тех, что подтверждают безысходность положения. Чувства безнадежности и беспомощности, как ключевые элементы одного из центральных глубинных убеждений в когнитивной терапии поддерживаются особым вниманием к любым негативным сигналам. Эта тенденция замыкает круг автоматических мыслей, типичных для депрессии и суицидального поведения.

Механизм повторяющихся суицидальных попыток похож на механизм возникновения рецидива при депрессии: с каждой новой попыткой все меньше стрессовых воздействий необходимо для воз-

обновления суицидального поведения [18].

Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) - это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональных ценностей (жизненных смыслов). Целью АСТ является увеличение психологической гибкости, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии с выбранными ценностями. С точки зрения подхода АСТ, избегание опыта происходит в связи с нашей способностью оценивать, предсказывать и избегать события. Созданный в начале 1980-х годов американским психологом Стивеном Хайесом, АСТ использует метафоры, парадоксы и практики осознанности, а также широкий спектр упражнений и ценностных интервенций. По своей сути, АСТ – это поведенческая терапия, поскольку речь идет о совершении конкретных действий. В АСТ есть и существенная экзистенциальная составляющая, поскольку важно быть в контакте с тем, что действительно представляет ценность. Мы можем использовать эти ценности, чтобы двигаться вперед и быть вдохновленными и мотивированными. Кроме того, действия направляются ценностями, этот подход внимательных и осознанных действий – когда мы полностью открываемся и полностью включаемся во все, что мы делаем. АСТ получила свое название от одного из своих основных смыслов: принятие того, что находится за пределами личного контроля, и ответственность за свою жизнь, выборы делать то, что ее развивает и обогащает. Цель АСТ в том, чтобы помочь нам создать насыщенную, полную и осмысленную жизнь, одновременно принимая все трудности и даже боль, которую жизнь неизбежно приносит. Но, на пути реализации человеком своих ценностей лежит целый ряд преград и препятствий.

Когнитивное спутывание означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что они думают. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «думанием» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы. Мы используем наш ум для того чтобы судить, оценивать, сортировать, маркировать и группировать информацию. Но эти полезные свой-

ства ума могут стать ловушкой, если мы начинаем воспринимать его содержание буквально, думать, что мы только такие и есть как представляем себе. Человеческая способность занимать метапозицию по отношению к своему потоку сознания и осознавать субъективность внутриспсихической картины реальности рассматривается как потенциально эффективный антидот против распространенных форм психоэмоционального стресса - тревоги, страха, раздражения, гнева, обиды, руминаций и других форм стресса, дисфункциональный характер которых определяется во многом крайне деструктивными стратегиями избегания, подавления или избыточной озабоченности негативными переживаниями и мыслями.

В состоянии когнитивного спутывания и слияния мы становимся «пойманными» нашими мыслями и попадаем ловушку их содержания. Наши мысли воспринимаются нами как «правда» буквально. Они легко принимаются на веру в качестве: правил, которые должны соблюдаться; важных событий, которые требуют нашего полного внимания; угрожающих событий, которые мы должны устранить и тому подобное. Когда мы сливаемся с нашими мыслями, они имеют сильное влияние на нас и наше поведение.

Когнитивное расцепление позволяет отступить, метафорически сделать шаг назад, позволяет занять позицию наблюдателя (метапозицию) и осознавать мысли, не будучи ими пойманными. Так мы получаем практическую возможность распознавать, что наши мысли – не более и не менее, чем постоянно меняющийся поток второй сигнальной системы, различных слов, звуков и картинок, даже запахов и телесных ощущений не связанных с текущим перцепторным опытом. Когда мы расцепляемся, дистанцируемся от мыслей, они значительно снижают влияние на нас и перестают жестко детерминировать наше поведение.

Большое количество книг по АСТ описывают свыше сотни различных техник расцепления. Например, чтобы справиться с провоцирующими мыслями мы можем просто отстраненно наблюдать их; громко повторять их снова и снова, пока это не станет просто бессмысленным набором звуков; представить их звучащими голосом персонажа из мультфильма; спеть их на легкомысленный мотив или про себя сказать «Спасибо, ум, благодарю тебя за такие необычные / регулярные / интересные мысли». Существуют неисчерпаемые возможности для творчества.

В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, ни один из этих методов расцепления не включает оценивание, обсуждение

нежелательных мыслей. Не принципиально, иррациональные это мысли или нет. Более функционально с позиции АСТ действие - остановить эту мысль или быть ею пойманным.

Ведущая идея АСТ – это функциональность, «применимость», полезность. В ответ на вопрос: «То, что ты делаешь сейчас, – сделает ли это твою жизнь более наполненной, насыщенной и значимой?». Вопрос «Что ты делаешь?» и осознаешь ли ты это, один из ключевых и в терапии реальности У. Глассера. И Уильям Глассер, так же обращал внимание своих пациентов, на деятельность. И даже предлагал сместить внимание с существительных на глаголы, отражающие текущее функционирование, посредством акцента на настоящее. «Ты не пациент с депрессией/ тревожным расстройством, ты делаешь себя депрессивным / тревожным». «И что ты теперь планируешь делать, чтобы получить желаемое?»

Мы можем использовать осознанность, чтобы «проснуться», соединиться с самими собой и ценить полноту каждого момента жизни. Мы можем использовать осознанность, чтобы лучше узнать себя – узнать больше о том, как мы чувствуем, думаем и реагируем. Мы можем использовать осознанность для более глубокой и тесной связи с людьми, о которых мы заботимся – и, в том числе, о себе. И мы можем использовать ее, чтобы сознательно влиять на наше собственное поведение, расширить свой поведенческий репертуар в мире, в котором мы живем. Это действие, сознательная жизнь, – мудрый способ повышения психологической устойчивости и удовлетворенности жизнью. Это объясняет, в частности, почему АСТ широко применяется для усиления эффективности терапии и уменьшения профессионального выгорания самих терапевтов.

АСТ выделяет четыре психологических навыка осознанности:

1. Расцепление / не-слияние: дистанцирование от бесполезных мыслей, убеждений и воспоминаний, и последующее их отпускание.
2. Принятие: предоставление пространства для болезненных чувств, желаний и ощущений, позволение им приходиться и уходить без усилий.
3. Связь с настоящим моментом: полное взаимодействие с опытом здесь и сейчас, с отношением открытости и заинтересованности.
4. Всеобъемлющее осознание: доступ к всеобъемлющему переживанию себя, к трансцендентному аспекту Я, осознающему мысли и чувства как текущий опыт, но не отождествляющемуся с ними.

Навык расцепления позволяет просто наблюдать угнетающие или тревожные мысли также, как мы наблюдаем проезжающие мимо

машины, капли дождя или волны моря. Таким подходом мы можем формировать позицию и поведение, которое в восточных практиках обычно именуют «недеятелем». Созерцательные практики позволяют разделить себя и того, что ранее было раздражителем, когда мы были с ним сцеплены. Так же и навык принятия позволяет людям оставить бессмысленную и беспощадную борьбу с чувствами и ощущениями тревоги, позволяет просто быть, несмотря на дискомфорт и не требуя немедленного комфорта.

В подходе АСТ для наполненной и значимой жизни одной осознанности недостаточно. АСТ учит навыкам осознанности в контексте жизненных ценностей и ответственных действий. Другими словами, клиенты учатся идентифицировать, прояснять для себя и воссоединяться с ключевыми ценностями, чтобы четче устанавливать цели, ориентиры, формировать необходимые для их реализации процессы и осуществлять изменения в жизни. Осознанность не только помогает людям преодолеть психологические барьеры к изменениям, но также способствует наполненному вовлечению в путешествие жизни, ориентированному на осознание себя и своих ценностей.

Диалектическая поведенческая терапия, или ДПТ — в основном представляет собой адаптацию широкого спектра методов когнитивной и поведенческой терапии специально для проблемы ПРЛ, включая различные виды суицидального поведения. М. Linehan разработала диалектическую поведенческую терапию в связи с недостаточной эффективностью стандартных протоколов для терапии суицидальных пациентов (Linehan & Dimeff, 2001).

Основополагающий аспект этой диалектики — необходимость принимать пациентов такими, какие они есть, и, в то же время, пытаться научить их меняться.

Акцент на принятии как противовесе изменениям вытекает непосредственно из интеграции психологической практики Запада и восточной философии (дзэн). Термин “диалектика”, кроме того, подразумевает необходимость диалектического мышления со стороны терапевта, а также работу над изменениями собственного недиалектического, дихотомического, негибкого мышления со стороны пациента. Стиль ДПТ представляет собой сочетание основанного на фактах, несколько негативного, порой даже жестокого отношения к парасуицидальному поведению и другим дисфункциональным типам поведения в настоящем и прошлом, с одной стороны, и теплоты, гибкости, чуткости и стратегического самораскрытия терапевта — с

другой. Постоянные попытки в рамках ДПТ произвести “рефрейминг” суицидального и других дисфункциональных поведенческих паттернов и представить их в качестве одного из множества средств решения проблем, приобретенных пациентами, уравниваются акцентом на валидации текущих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций в том виде, в котором они проявляются. Сосредоточение на решении проблем требует от терапевта систематической работы над всеми дисфункциональными поведенческими паттернами пациента (как во время психотерапевтических сеансов, так и вне их) и терапевтическими ситуациями, включая проведение совместного поведенческого анализа, формулирование гипотез относительно возможных факторов влияния на данную проблему, генерирование возможных изменений (поведенческих решений), а также испытание и оценку этих решений. Пациентов активно обучают эмоциональной регуляции, межличностной эффективности, навыкам перенесения дистресса, общей психической вовлеченности и самоконтролю. Все терапевтические модели приветствуют и разъясняют применение упомянутых навыков. Использование стрессовых ситуаций в терапевтическом контексте требует, чтобы терапевт внимательно отслеживал влияние обоих участников — себя и пациента — друг на друга. Хотя основной упор делается на естественно возникающих стрессовых обстоятельствах как средстве воздействия на поведение пациента, терапевту позволено использовать как произвольное подкрепление, так и ситуации дистресса, если данное поведение может иметь летальный исход или если в обычных терапевтических условиях трудно добиться от пациента необходимого поведения. В ДПТ постоянно подчеркивается тенденция пациентов с пограничным расстройством личности активно избегать угрожающих ситуаций. Поэтому в рамках ДПТ одобряется экспозиция угрожающих раздражителей как в терапевтическом контексте, так и *in vivo* (в условиях реальной жизни, лат.).

Валидация (от англ. *valid* — действительный, веский) — распознавание и признание окружением эмоциональных реакций индивида. Валидация чувств поощряет “Я” индивида — он чувствует поддержку, одобрительные комментарии окружения вселяют в него чувство полноценности. В какой бы форме ни осуществлялась валидация чувств, индивид всегда понимает ее содержание одинаково: “Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право”.

Акцент ДПТ на валидации требует, чтобы терапевт искал частицу

смысла или истины, которая заключена в каждой реакции пациента, и доносил этот смысл или истину до своего подопечного. Вера в то, что пациент желает добиться терапевтического прогресса и личностного роста, а также вера в присущую ему способность к изменениям является основой данной терапевтической системы. Валидация включает также частое, благожелательное признание терапевтом того эмоционального отчаяния, которое испытывает пациент. На протяжении всего терапевтического процесса сохраняется ориентация на построение и поддержание позитивных межличностных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом.

Акцент на диалектических принципах в ДПТ больше всего похож на терапевтическую направленность в гештальт-терапии, которая также берет начало в холистической теории систем и ориентируется на такие идеи, как синтез. Интересно, что новейшие подходы когнитивной терапии к ПРЛ, разработанные А. Беком и его коллегами (Beck, Freeman, & Associates, 1990; Young, 1988), открыто заимствуют методики гештальт-терапии.

Таким образом, мы можем наблюдать значимую динамику и эволюцию когнитивно-поведенческого похода и направления психотерапии, которая позволяет помочь справиться с проблемами суицидального поведения гораздо более широкому контингенту пациентов за счет привлечения нового психологического инструментария и «переоткрываемых» КПТ с переводом на научный язык описания методов восточных практик, таких как осознанность (майндфулнесс) и принятие.

Список литературы:

1. Кабат-Зинн Дж., Куда бы ты ни шел — ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни/Пер. с англ. М. Белобородовой. — М.: Независимая фирма "Класс", Издательство Трансперсонального института, 2001. — 208 с.
2. Ковпак Д. В. Олимпийское спокойствие. Как его достичь? — СПб.: Питер, 2014 — 208 с.
3. З.Ковпак Д. В. «Тетья волна» когнитивно-поведенческой терапии. Майндфулнес в терапии хронической боли // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией акад. РАН Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.
4. Лайнен, Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. - М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. - 592 с.
5. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. et al. Mindfulness: A proposed operational definition // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2004. – Vol. 11. – P. 230–241.
6. Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2003. – Vol. 84. – P. 822–848.
7. Brown K.W., Ryan R.M., Creswell J.D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // *Psychological Inquiry*. 2009. Vol. 18. P. 211—237.
8. Cardaciotto L., Herbert J.D., Forman E.M., Moitra E., Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale // *Assessment*. – 2008. – Vol. 15. – P. 204–223.
9. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and metaanalysis // *Psychiatry Research*. 2001. Vol. 187. P. 441—453.
10. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. // *J Altern Complement Med*. 2009. 15(5): 593 — 600.
11. *Clinical handbook of mindfulness* / Didonna F. (Ed.). New York: Springer, 2009.
12. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction

- of depressive relapse / Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. // *Archives of General Psychiatry*. 2006. Vol. 63. P. 749—755.
13. Creswell J.D., Way B.M., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling // *Psychosomatic Medicine*. – 2007. – Vol. 69. – P. 560–565.
 14. Dekeyser M., Raes F., Leijssen M., Leysen S., Dewulf D. Mindfulness skills and interpersonal behavior // *Personality and Individual Differences*. – 2008. – Vol. 44. – P. 1235–1245.
 15. Evans S., Ferrando S., Findler M., Stowell C., Smart C., Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2008. – Vol. 22. – P. 716–721.
 16. Finucane A, Mercer S.W. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care // *BMC Psychiatry*. – 2006. – Vol. 6. – P. 14–24.
 17. How does mindfulness-based cognitive therapy work? / Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. // *Behaviour Research and Therapy*. 2010. Vol. 48. P. 1105—1112.
 18. Joiner T.E., Rudd M.D. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous attempts and negative life events // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68. – P. 909–916.
 19. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990.
 20. Kaplan K.H., Goldenberg D.L., Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. // *General Hospital Psychiatry* 1993. 15(5): 284—9.
 21. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31. P. 1041—1056.
 22. Kim B., Lee S.H., Kim Y.W., Choi T.K. et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2010. – Vol. 24. – P. 590–595.
 23. Kuyken W., Byford S., Taylor R.S., Watkins E. et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2008. – Vol. 76.

- P. 966–978.
24. Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? // *Behaviour Research and Therapy*. – 2010.
 25. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2009 Jun; 16 (2): 200–7.
 26. Ma S.H., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention Effects // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2004. – Vol. 72. – P. 31–40.
 27. Manicavasgar V., Parker G., Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for nonmelancholic depression // *Journal of Affective Disorders*. – 2011. – Vol. 130. – P. 138–144.
 28. Miklowitz D., Alatiq Y., Goodwin G.M., Geddes J.R. et al. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder // *International Journal of Cognitive Therapy*. – 2009. – Vol. 2. – P. 373–382.
 29. Powell J., Geddes J., Deeks J., Goldacre M., Hawton K. Suicide in psychiatric patients: Risk factors and their predictive power // *British Journal of Psy-chiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 266–272.
 30. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K., Green J.S., Jasser S.A., Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. // *J Psychosom Res*. 2010. 68(1): 29–36.
 31. Segal Z.V., Gemar M., Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1999. – Vol. 108. – P. 3–10.
 32. Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse // *Archives of General Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 749–755.
 33. Segal Z.V., Williams J., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. – New York: Guilford Press, 2002.
 34. Shapiro, S., et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. // *International*

- Journal of Stress Management. 2005. Vol. 12(2), P. 164 — 176.
35. Sipe W, Eisendrath S. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice // *Can J Psychiatry*. – 2012. – Vol. 57. – P. 63–69.
 36. Teasdale J.D. Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression // *Behaviour Research and Therapy*. – 1999. – Vol. 37. – P. 53–78.
 37. Teasdale J.D., Segal Z., Williams J. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help // *Behaviour Research and Therapy*. – 1995. – Vol. 33. – P. 25–39.
 38. Teasdale J.D, Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of re-lapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.
 39. Treadway M.T., Lazar S.W. The neurobiology of mindfulness // Didonna F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. – New York: Springer, 2009. – P. 45–58.
 40. Way B.M., Creswell J.D., Eisenberger N.I., Lieberman M.D. Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest // *Emotion*. – 2010. – Vol. 10. – P. 12–24.

Опыт оказания кризисной помощи родственникам погибших в авиакатастрофе в Санкт-Петербурге в 2015 году

Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Семенова Н.В.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Качественная кризисная помощь в чрезвычайных ситуациях (ЧС), в которых жертвами оказалось значительное количество людей, имеет большое значение для профилактики психогенных нарушений. В ноябре-декабре 2015 года психологи и психотерапевты научно-организационного отделения с клиникой внебольничной психотерапии Института им. В.М. Бехтерева принимали участие в психологической помощи родственникам и близким погибших в авиакатастрофе, на этапе опознания тел погибших и участия в следственном процессе.

В условиях психологической помощи при погружении в ситуацию массового переживания социальной трагедии, в отличие от обыденной клинической практики, специалист неизбежно оказывается в условиях, характеризующихся следующими особенностями:

- столкновение специалиста с сильными негативными чувствами и переживаниями, аффектами горя, с факторами, обладающими психотравмирующим потенциалом в отношении самого специалиста;
- высокая вероятность появления сильных личных переживаний у специалиста при контакте с чужим горем, особенно если оно резонирует с его личными обстоятельствами и особенностями личности.
- частое отсутствие личных запросов на психологическую помощь со стороны пострадавших, непонимание, чем может быть полезен специалист;
- высокая степень включенности в течение длительного времени;
- недостаток временных и содержательных рамок психологической помощи.

Эти факторы могут провоцировать существенный уровень тревоги у специалиста, и при недостатке личных и профессиональных ресурсов способны приводить к развитию процессов эмоционального выгорания.

Опыт работы в условиях оказания помощи пострадавшим актуализировал потребность профессиональной рефлексии в отношении описанных выше проблемных аспектов.

Для обсуждения полученного профессионального опыта, эмоциональных затруднений, анализа профессиональных и личных трудностей, проявляющихся в работе с пострадавшими, а также для выработки стратегии профессиональных действий в условиях оказания экстренной психологической помощи нами было организовано несколько встреч с опытными специалистами в этой области в групповом формате.

Эта работа позволила сфокусировать внимание на следующих аспектах.

Человек, пострадавший в ЧС, оказывается перед лицом внезапных негативных изменений жизни (утрата близких, здоровья, жилья, привычных условий жизни) и находится в состоянии сильного эмоционального переживания. Это состояние может снижать его способность к необходимой саморегуляции, даже к выполнению действий, связанных с текущими событиями, заботой о себе и своем благополучии.

Основная цель психологической помощи пострадавшим связана с возможностью создать социальный контекст и человеческое присутствие, способствовать ситуативной адаптации пострадавшего человека, восполнения его временного дефицита саморегуляции и социальной адаптации. Особенно это важно в остром периоде переживания чрезвычайной ситуации, когда люди стоят перед необходимостью участвовать в различных необходимых мероприятиях, связанных с разрешением ситуации. В нашем случае это была необходимость опознания тел погибших родственников и участие в следственных процедурах.

Для реализации поставленных задач, в первую очередь, специалисту следует хорошо понимать границы своей профессиональной компетенции при оказании такого вида помощи, и особенно своих ограничений. Одним из ограничений являются личные переживания собственных травмирующих событий, особенно если они актуализируются в условиях оказания кризисной помощи. У специалистов, имеющих детей, усиливалась тревога за них, за их безопасность. Молодые специалисты, не имеющие опыта переживания потери близкого, также испытывали сложности, были более поверхностны в контакте с пострадавшими, и испытываемые чувства были в большей степени неосознанными.

Психологическое вмешательство в остром периоде после ЧС, а также при сопровождении различных организационных, юридических, процедурных процессов, в которых оказываются пострадавшие (например, необходимость опознания погибших родственни-

ков, участие в следственных процедурах) ограничено, как правило, работой исключительно с актуальным психологическим состоянием. Важным фактором является само присутствие рядом с пострадавшим и само обеспечение возможности для пострадавшего обратиться к специалисту. Психологу, психотерапевту важно помнить о том, что состояние и эмоциональные реакции пострадавшего являются неизбежными и необходимыми. Бессилие окружающих в отношении переживаний пострадавшего тоже является неизбежным.

Конкретными профессиональными действиями, направленными на ситуативное снижение нервно-психического напряжения у пострадавших, являются: активное поддержание контакта с пострадавшим, предоставление ему максимально возможной информации о ситуации, сообщение ему о возможности обратиться за помощью к специалисту, а также описание рамок взаимодействия (например «я сейчас и до конца сегодняшних следственных процедур буду находиться в этом помещении и вы в любой момент можете подойти ко мне с любым вопросом»), описание и объяснение своих собственных действий. Важной задачей является установление контакта с максимальным проявлением теплых человеческих чувств, сочувствия и понимания, проявление искреннего интереса к личности, переживаемому опыту, чувствам и потребностям пострадавших. Находясь в контакте с пострадавшим, важно помогать ему удерживать связь с реальностью и продолжать действовать – этому способствует такое поведение специалиста, когда он описывает происходящее и фиксирует внимание пострадавшего на текущих событиях, даже кажущихся незначительными (например, специалист может спрашивать человека о том, что он сегодня делал, с кем он сейчас проводит время, какие люди его окружают, что он будет делать сегодня вечером, завтра утром, в ближайшие дни).

На последующих этапах задачи психологического вмешательства определяются наличием активного запроса со стороны пострадавших, направлены на психологическую реадaptацию, а содержание и процедуры и рамки такой помощи описаны в литературе по кризисной психотерапии.

Когнитивно адаптивная психотерапия кризисных состояний: методика рационализации состояний сознания.

Натаров (Александров) В. И.,
Доцент, кандидат психологических наук

В проблеме адаптации человека к кризисным условиям жизнедеятельности, как показано в исследованиях ряда исследователей (Б.Г.Ананьев, П.Я. Гальперин, В.Н. Мясищев, Л.Е. Пиаже) - уровень когнитивной организации и адаптации человека к сложным условиям жизнедеятельности – сознание и самосознание, - является высшим контуром регуляции поведения человека в меняющихся условиях внутренней и внешней среды, что характерно для современной жизни и наиболее ярко проявляется у топ менеджеров, которые были объектом проведенного исследования(1).

В основе предлагаемого метода диагностики состояния сознания (и самооценки, на которой базируется концепции самосознания) и методики модификации иррациональных установок сознания лежит рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А.Эллиса (1977), теория отношений личности В.Н.Мясищев и теория социально-психологической зрелости личности, основателем которой является Б.Г. Ананьев и его последователи.

Психологические закономерности, отмечает академик Б.Ф. Ломов, действуют при переходе от теоретических положений к реализации их на практике. Необходимость исследования психологических качеств, обеспечивающих оптимальность перехода от одних условий эффективной жизнедеятельности к новым или более сложным - адаптивность, - являлось предметом нашей кандидатской диссертации и ряда исследований, которые опубликованы и положены в основу предлагаемой методики (Психол. журнал 1987, т.8, №6, с.105-109; более 40 публикаций по теме методики с 1987 по 2016гг. Полный вариант методики опубликован: 1 - в научно-практическом журнале «Психотерапия»(главный, научный ред. Андрей Иришкин) № 3, 2015. с.40 - 47 и (5)).

Цель работы в теоретическом плане состоит в поиске закономерностей развития адаптивности человека к новым или в условиях сложной, экстремальной деятельности.

Практическая цель исследования состоит в разработке системы практических мероприятий по оптимизации развития адаптивности.

Гипотезы исследования:

21. На развитие адаптивности влияют интегративно когнитивные качества психики – самооценка «Я образа», интернальность, тревожность, уровень нервно-психического напряжения, мотивация деятельности, активность и саморегуляция личности;
22. В развитии адаптивности одна из основных ролей принадлежит рационализации «Я образу» личности;
23. Одной из основных характеристик адаптивности является способность человека изменять свой образ жизни в соответствии с новыми условиями деятельности и своими реальными и потенциальными возможностями.

Задачи исследования:

1. На основании выделенных эмпирических характеристик представить структурное описание адаптивности.
2. Разработать и внедрить в практику работы психологов и психотерапевтов конкретные мероприятия по развитию адаптивности с позиции укрепления профессионального здоровья и эффективной деятельности в сложных условиях жизнедеятельности (4).

В работе используется комплекс методов, адекватных объекту, предмету и задачам исследования: наблюдение, клинично-anamnestический, экспериментально-психологический и статистического анализа.

Научная новизна. В работе реализованы исследования психологических качеств, обеспечивающих адаптацию к новым или экстремальным условиям профессиональной деятельности. Показана ведущая роль когнитивных процессов самосознания в процессе развития адаптивности.

Выявлена связь между нервно-психическим напряжением (НПН) как одним из факторов, обуславливавших реализацию адаптивности как свойства, и адаптацию как процесса.

Практические результаты исследования создают научные предпосылки для организации психологической помощи человеку в сложных или экстремальных условиях его деятельности.

Разработанные методы диагностики и развития адаптивности используются на семинарах, тренингах и в санатории СПбГУ. Опубликовано в форме учебно-методических рекомендаций и активно используется «Когнитивно адаптивная психотерапия кризисных состояний топ-менеджеров» в формате «Когнитивно адаптивной методики рационализации состояния сознания» в процессе психологического или психотерапевтического консультирования (В.И.Натаров 1999 – 2015гг.)¹.

Собственно психотерапия, в контексте изложенного выше раз-

вития адаптивности, проявляется как процесс интегрирования основных сфер жизнедеятельности человека - здоровье, семья, профессия (работа) и творчество (смысл жизни, основные ценностные ориентации или установки, архетипы).

А социотерапия проявляется как процесс такой адаптации системы отношений человека к условиям социальной жизни и профессиональной деятельности, который обеспечит функционирование человека на основных уровнях его организации - биологическом, психологическом, социальном и духовном, - что собственно и является психотерапевтическим и социотерапевтическим результатом использования предлагаемой методики, которые опубликованы в печати, как и сама методика в полном варианте.

Теоретической основой методики являются когнитивные теории поведения, которые широко представлены как за рубежом, так и в отечественной социо психотерапевтической практике.

Социальная перцепция может быть определена как точность интерпретации одним человеком социального поведения других людей и является ведущей компетенцией профессиональных руководителей. Развитие навыков социальной перцепции позволяет человеку правильно понимать вербальные и невербальные сигналы исходящие от окружающих людей. Это позволяет человеку внести те адекватные поправки в свое поведение, которые позволяют ему достигнуть желаемой цели. Когда меняется социально-экономическая ситуация в обществе, тогда меняются и стереотипы поведения, социально значимые сигналы от окружающих людей. И человеку необходимо развивать навыки социальной перцепции, чтобы иметь возможность активно адаптироваться к новым условиям жизни в обществе, что актуально для взрослого населения нашей страны, которое живет в условиях постоянных перемен – необходимости развивать адаптивность на основе рационализации социальной перцепции.

Искаженная, иррациональная социальная перцепция ведет к дезадаптивному или крайне неэффективному социальному поведению и к неадекватной оценке собственного поведения личностью.

В предлагаемой методике измеряется искажение социальной перцепции – иррациональные установки сознания и адекватность-неадекватность самооценки, на которой базируется развитие самосознания. Поэтому уже первичные данные методики могут являться основанием для определенных видов бихевиоральной или когнитивной терапии, в которых нуждается клиент.

Самая простая форма такой терапии в условиях консультации – это совместное с клиентом выяснение причин того, почему и как, и на основании какого личного опыта клиент оценил то или иное утверждение. Такое обсуждение повышает адекватность самооценки клиента и снижает влияние иррациональных установок сознания на поведение клиента, что само по себе уже будет являться психотерапевтическим результатом консультации для клиента.

Здесь рекомендуются методы, которые показали свою эффективность в нашей психотерапевтической практике. Например, переосмысление прошлого «эмоционально значимого в настоящем» опыта. Или изменение отношения клиента к такому опыту в процессе совместного обсуждения какого-либо из 12-ти предложенных утверждений. Или «дефрагментация» такого опыта на положительный и отрицательный и т.п.

Основной постулат теории Эллиса гласит, что соотношения А и С нельзя предсказать, если не известно В и, что именно В определяет, позволяет предсказать стереотип поведения, как реакцию на А. И, второе следствие теории Эллиса – наиболее эффективная психотерапия адресуется именно к компоненту В. И это особенно важно учитывать в практике модификации или переориентации поведения людей зрелого и пожилого возраста, имеющих богатый жизненный и профессиональный опыт, который надо адаптировать к новым или изменившимся условиям окружающей социальной среды.

Поэтому именно относительно людей зрелого возраста предлагаемая методика наиболее эффективна. Она также эффективна при работе с переселенцами, мигрантами, людьми сменившими место жительства, профессию, социальный статус и имеющими внутри личностные или межличностные конфликты.

В рационально-эмотивной терапии выделяют четыре вида иррациональных суждений, которые лежат в основе дезадаптивности и отражают незрелость системы суждений человека. Эллис сформулировал двенадцать основных иррациональных идей, модифицированный вариант которых изложен в нашем вопроснике и которые лежат в основе большинства эмоциональных расстройств. В методике эти идеи модифицированы и, в силу ограничения объема тезисов, будут изложены в докладе, как и схема терапии, предлагаемую Эллисом и нами.

В заключение отметим, что данную методику можно рекомендовать для разрешения конфликтных ситуаций в семье, группе, так как она уменьшает эффект когнитивного диссонанса, который яв-

ляется основой большинства межличностных конфликтов (Э.Аронсона 2009). Кроме того, как показано в нашей работе, применение методики в групповом варианте позволяет исследовать групповую совместимость и иерархическую структуру команды менеджеров – системы внутригрупповых взаимоотношений, как межличностную адаптацию и совместимость (В.Натаров 2012).

Поэтому методику можно использовать в качестве диагностического инструмента для определения результативности групповых методов работы с клиентом или персоналом – различные виды групповой психотерапии, тренингов, - или оценки эффективности работы тренера, руководителя команды, что практиковалось автором на корпоративных тренингах(3).

И для наблюдения динамики развития группы, ее структуры. В этом случае методику проводят до курса тренинга (групповой психотерапии) и по завершению. Если возникает необходимость проследить динамику развития группы, то бланк методики заполняется на каждом из этапов формирования группы (исходя из поставленных целей диагностики).

В своей практике мы использовали данную методику для работы с руководителями высшего звена, с администрацией г.Санкт-Петербург, топ менеджерами, руководители крупных фирм и организаций. В целом, статистические данные по выборке более 700 человек на статистически значимом уровне подтверждают описанные выше тенденции – профессиональный профиль (и «феномен профессионального выгорания») и чем более успешным является руководитель, тем больше отмечаются тенденции изложенные в теоретической части, гипотезе данной работы - больше проявляется роль когнитивных способностей в развитии адаптивности и стремление функционировать руководителя на «про активном» уровне процесса социально-психологической перцепции и адаптации.

Эти результаты изложены в более 80 публикациях по теме статьи.

Литература

1. Александров (Натаров) В.И. Развитие профессиональной зрелости топ-менеджеров в тренинге : Психология кризисных и экстремальных ситуаций: междисциплинарный подход // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2008» / Под редакцией Л.А. Цветковой, – СПб.: Изд. СПбГУ, 2008. С.570
2. Александров (Натаров) В.И. Развитие индивидуальности топ-менеджеров как профессиональной зрелости и адаптивности на основе тренинговых форм обучения, Психология индивидуальности. Материалы II Всероссийской конференции, М.: ИД ГУ ВШЭ, 2008, с. 377-379.
3. Александров (Натаров) В.И. Семь уровней надежности кадров и концептуальные основы кадровой безопасности. В кн.: Современные прикладные направления и проблемы психологии: Материалы научной конференции «Ананьевские чтения», 19–21 октября 2010 г. Часть 1 / Отв. редакцией Л. А. Цветковой–СПб.: Изд. СПбГУ, 2010. – с. 4 – 8.
4. Александров (Натаров) В.И. НАЦИОНАЛЬНАЯ ИДЕЯ КАК ОСНОВА ПОЛИТИКИ СОТРУДНИЧЕСТВА ГОСУДАРСТВА И ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА: социальные и психологические основы лояльности и благонадежности. В кн. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА РОССИЙСКОЙ ПОЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. Изд-во СПбГУ. СПб, 2009 с. 138 – 163
5. Натаров В.И. Развитие акмеологической адаптивности в социально-коррекционной, психотерапевтической и консультативной работе. Журнал практического психолога №10-11, 2000 год. С 72 – 88

Сноски: 1. Опубликовано в научно-практическом журнале «Психотерапия» № 3, 2015. с.40 - 47. Учебно методическое пособие для профессиональных психологов, психотерапевтов и психиатров. Психологическая психотерапия - Пситерапия. Методика для «снятия границ измененных состояний», иррациональных установок сознания, которые блокируют способности развития человека на основных четырех уровнях его организации: 1 - Волевой (Духовно идейный уровень целеполагания); 2 -интеллектуальный (социально психологический); 3 эмоциональный (психо физиологический); 4 -биологический (психо соматический, иммуно генетический).

Работа психологической службы в рамках модели оказания экстренной психологической помощи

Николаева Н. В.

заведующий кафедрой клинической и консультативной психологии
НОУ ВПО АССО, г. Москва

На сегодняшний день под моделью экстренной психологической помощи понимается особая система и основа действий психолога, имеющая свои отличительные особенности. Основной целью разработки модели экстренной психологической помощи является описание ее специфики, которая становится очевидной, если описать критерии данного вида деятельности (кому оказывается помощь, где, в каком случае, когда, каким образом и др.) [4]

По определению Ю.С. Шойгу, экстренная психологическая помощь - это система краткосрочных мероприятий, направленная на оказание помощи одному человеку, группе людей или большому числу пострадавших после кризисного или чрезвычайного события в целях регуляции актуального психологического, психофизиологического состояния и негативных эмоциональных переживаний, связанных с кризисным или чрезвычайным событием, при помощи профессиональных методов, которые соответствуют требованиям ситуации [6].

Методы психологической помощи зависят от множества факторов как субъективного, так и объективного характера: индивидуально-психологических особенностей, жизненного опыта, состояния личности (или группы), принадлежности к той или иной социальной группе (возрастной, этнокультурной и др.), характера и тяжести события, времени, прошедшего с момента травматического события и многого другого. Это находит свое отражение в том, что раз и навсегда заданного пути организации экстренной психологической помощи нет. С другой стороны, как отмечает в своей статье Миллер Л.В. [4], в экстремальных ситуациях следует придерживаться четких алгоритмов работы. В качестве критериев разграничения модели экстренной психологической помощи от других видов психологической помощи используется: понимание, цели экстренной психологической помощи; межведомственное взаимодействие; функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы экстренной психологической помощи; контингент (лица, которым оказывается экстренная психологическая помощь); место деятельности специалистов, оказывающих

экстренную психологическую помощь; сферы воздействия, проблемы, с которыми работают психологи, оказывающие экстренную психологическую помощь; длительность и частота контакта психолога с клиентом; методы, используемые специалистом; этапы оказания экстренной психологической помощи [4].

Кризисное консультирование и психокоррекция в моделях экстренной психологической помощи направлены на оказание помощи клиентам в переживании кризисных ситуаций, которые могут быть связаны с внутренними и внешними событиями в их жизни (невосполнимая утрата - смерть близкого, утрата здоровья, трудоспособности и др., физическое или сексуальное насилие, объективные изменения социального статуса, материального положения, жизненных перспектив (увольнение, потеря сбережений, жилья и др.). Несмотря на различия данных ситуаций, у них есть общая характеристика – их нельзя «отменить», они становятся данностью существования человека, в результате он испытывает сложности, связанные адаптацией, могут развивать психосоматические, поведенческие нарушения и др.

В любой кризисной ситуации, как отмечает В.Ю.Меновщиков [1], есть сходные черты - стресс, растерянность, различные негативные чувства - страх, вина и др. Большинство кризисных ситуаций требуют, чтобы консультант добивался трех целей:

1. Установления отношений доверия.
2. Определение сути кризисной ситуации.
3. Обеспечение обратившемуся возможности действовать.

Третья цель предполагает, что консультант дает возможность клиенту действовать - помогает наметить план действий, принять клиенту ответственность за реализацию плана, т.е. специалист должен «породить надежду» и «призвать клиента к действию», как отмечает Хэмбли (1992).

К принципам кризисного консультирования относят: безотлагательную интервенцию, самоопределение (т.е. клиент способен самостоятельно выбрать свой жизненный путь), действие (активное участие специалиста во всем, что происходит с клиентом), ограничение целей (основная цель восстановить равновесие клиента), поддержку, фокусирование на решение основной проблемы кризиса, уверенность в себе и др.[6]

К необходимости привлечения психологов в кризисных ситуациях с целью оказания экстренной психологической помощи приходили постепенно.

В Российской Федерации принципы оказания специализирован-

ной помощи при кризисных ситуациях отражены в документе, определяющем порядок межведомственного взаимодействия при оказании специализированной психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях. Это следующие принципы: 1) принцип неотложности; 2) принцип предвидения дальнейшего развития расстройств (патогенетический принцип); 3) принцип пролонгированности специализированной помощи; 4) принцип этапности и преемственности; 5) принцип ведомственной компетенции и межведомственной координации; 6) принцип целесообразности; 7) принцип территориальности; 8) принцип очередности оповещения; 9) принцип предупреждения негативных последствий для качества специализированной помощи из-за стрессовых расстройств и заболеваний среди специалистов, оказывающих помощь [3]. Следует учитывать, что в чрезвычайных и кризисных ситуациях пострадавшие и их близкие остро нуждаются в информационной, социальной, медицинской и других видах помощи.

Комплексный подход при оказании помощи обеспечивает восстановление докризисного уровня функционального состояния человека, способность к адекватному восприятию реальной действительности и поведению в данных условиях, предотвращение возникновения психосоматических заболеваний и психических расстройств [4].

Не менее распространенной моделью оказания экстренной психологической помощи на сегодняшний день является служба телефона доверия.

История становления телефонной службы психологической помощи населению ведется с начала 20-го века. В Европе этот процесс начался после второй мировой войны, когда в 1948 г. психиатры Х. Хофф и Е. Рингель организовали центр «Врачебная помощь людям, уставшим от жизни»; объединивший помощь по телефону и очный приём. Название «Телефон доверия» в Россию пришло из Польши и Чехословакии, где в 1967г. независимо друг от друга в Гданьске и Вроцлаве возникли «Телефоны Доверия» для предотвращения самоубийств, а на практике звонили люди с разнообразными проблемами. В нашей стране служба создана с целью снижения психологического дискомфорта, уровня агрессии людей, включая аутоагрессию и суицид, формирования психологической культуры и укрепление психического здоровья и атмосферы психологической защищенности населения [5].

В ходе своей профессиональной деятельности консультанты телефонной службы нацелены на решение следующих задач:

- обеспечение доступности и своевременности психологиче-

- ской помощи по телефону для граждан независимо от их социального статуса и места жительства;
- обеспечение каждому обратившемуся за советом и помощью возможности доверительного диалога;
 - психологическое консультирование по телефону;
 - помощь абонентам в мобилизации их творческих, интеллектуальных, личностных, духовных и физических ресурсов для выхода из кризисного состояния;
 - расширение у абонентов диапазона социально и личностно приемлемых средств для самостоятельного решения возникших проблем и преодоления имеющихся трудностей, укрепление уверенности в себе;
 - информирование абонентов о деятельности иных служб и организаций в рамках имеющихся сведений;
 - направление абонентов к иным службам, организациям, учреждениям, где их запросы могут быть удовлетворены более полно и квалифицированно, содействие обращениям населения за помощью к профессиональным психологам (на очное консультирование);
 - разработка и распространение рекламных материалов по информированию населения о деятельности, и предоставляемых услугах службы;
 - анализ причин и источников повышенного психического напряжения различных возрастных и социальных групп населения и доведение результатов до сведения органов и заинтересованных учреждений социальной защиты населения [2].

Подведя итог вышесказанному, можно заключить, что оказание экстренной психологической помощи имеет своей целью поддержание психического и психофизиологического самочувствия и работу с вновь возникшими (возникшими в результате кризисной ситуации) негативными эмоциональными переживаниями. Достижение этой цели определяет значительное снижение вероятности возникновения различных отсроченных последствий у пострадавших. Что касается методов, используемых при оказании экстренной психологической помощи, то они должны соответствовать требованиям сложившейся кризисной ситуации.

Литература:

1. Ефремова Д.Н., Каяшева О.И., Ханова З.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях/ Под ред. О.И. Каяшевой.- СПб.: НИЦ АРТ, 2015.- 108с.
2. Каяшева О.И., Николаева Н.В. Психологическое сопровождение личности в ситуации переживания кризиса // Человек как предмет междисциплинарного гуманитарного познания. Сборник научных статей Международной конференции / Отв. ред. Е.В. Федосенко, Л.Ф. Уварова. – СПб., 2015. – с. 315 - 321 (Материалы конференции).
3. Межведомственная инструкция «О Порядке оказания экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах чрезвычайных ситуаций и при пожарах» - М., МЧС России. 2015.
4. Миллер Л.В. Модель экстренной психологической помощи // Научно-практические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи ИЭП МГППУ: Сборник статей / Отв. ред. И.А. Баева. М.: Экон-информ, 2011. С. 21- 54
5. Николаева Н.В. Медико-психологические аспекты профилактики суицидального поведения больных // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, СПб, ноябрь, 2013 – Выпуск XIII./ Под общ.ред. В.И. Мазурова. – СПб, 2013 - с.166-171
6. Психология экстремальных ситуаций/под ред. Ю.С. Шойгу. – М., 2012.

АСТ в работе с психологической травмой и ПТСР

Павлов Н. А.,

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, г. Москва

Психологическая травма и ее последствия занимают значительное место в жизни большинства людей. Чтобы пережить травматический опыт, который может развиваться в пост-травматическое стрессовое расстройство, не нужно участвовать в боевых действиях или попадать в землетрясения. Достаточно оказаться не в том месте, чтобы быть ограбленным или пережить изнасилование, потерять бдительность за рулем и попасть в аварию, стать свидетелем акта насилия или пережить длящуюся во времени цепочку жестокого обращения.

Диагностический справочник DSM V предлагает 7 групп признаков Посттравматического стрессового расстройства (309.81, F43.10). Среди них значатся наличие травматического события, повторное проживание опыта, навязчивые негативные представления о себе, избегание стимулов, связанных с травмой (внешних и внутренних), симптомы гипервозбуждения.

Мне не удалось найти статистику ПТСР в России, поэтому я воспользовался данными по США, где 70% взрослого населения переживали травматическое событие хотя бы раз в жизни. А это приблизительно 233.4 миллиона человек. Из них более 20% получили развитие ПТСР. То есть около 44.7 миллионов человек. А в любую заданную единицу времени ПТСР страдают 8% популяции США, то есть около 24.4 миллиона человек, что эквивалентно населению самого крупного штата Техас. Каждая девятая женщина страдает ПТСР и этот показатель в два раза выше чем у мужчин. Почти 50% все амбулаторных пациентов, страдающих психическими расстройствами имеют ПТСР.

В группу повышенного риска развития ПТСР попадают:

- пережившие насилие в детстве,
- имеющие сопутствующие проблемы с психическим здоровьем,
- живущие в семье где кто-то страдает психическим расстройством,
- испытывающие дефицит поддержки со стороны друзей и родственников,
- неожиданно утратившие близкого человека,
- недавно пережившие стрессовые события,
- злоупотребляющие алкоголем,
- плохо образованные.

Как видно по статистике, вероятность встретить пациента, страдающего от последствий психической травмы, крайне высока у любого специалиста в области охраны психического здоровья, образования и социальной помощи. Поэтому крайне важно включать в подготовку специалистов этих отраслей получение базовых знания и отработку навыков обращения и помощи с такой категорией пациентов или клиентов.

В данной статье представлен обзор базовых принципов работы с психическое травмой и ПТСР с позиции модели поведенческой Терапии Принятия и Обязательств (Acceptance and commitment therapy, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Далее по тексту я буду использовать английскую аббревиатуру АСТ, которая произносится как «АКТ», что переводится как «действуй» и отражает принцип поведенческой терапии.

1. АСТ-модель психологических процессов при ПТСР.

Acceptance and Commitment Therapy (АСТ, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) - это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональный ценностей (жизненных смыслов). Целью АСТ является увеличение психологической гибкости, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии со wybranыми ценностями. АСТ применяется для широкого круга проблем и хорошо подходит для терапии последствий психической травмы.

Люди, страдающие от ПТСР часто переживают травматические переживания, ночные кошмары, неприятные мысли и болезненные чувства. Их стратегии совладания как правило связаны с избеганием этого опыта, ситуаций связанных с травмой или напоминающих о ней. В добавок к симптомам ПТСР, болезненный эмоциональный опыт и последствия травмы часто ведут к формированию себя как «раненого» или «сломанного». Все эти сложные чувства и мысли часто приводят к разного рода поведенческим проблемам от злоупотребления алкоголем до проблем в отношениях.

АСТ модель психопатологии может быть проиллюстрирована в виде шестиугольника (рис. 1), в котором каждый угол соотносится с одним из ключевых процессов, лежащих в основе допущений о природе человеческих страданий и развития психопатологий (Hayes et al., 2006).

В центре диаграммы располагается понятие психологической

ригидности, термин обозначающий результат взаимодействия всех процессов. И хотя модель АСТ признает что специфические патологические процессы связаны с конкретными расстройствами, но говорит о том, что эти процессы в основе своей лежат в том, что мы называем психопатологией, которая является следствием нарушения психологической гибкости. В работе с ПТСР основной фокус направлен на два процесса: избегание опыта и когнитивное спутывание.

Данная модель является основой составления и анализа клинического кейса в АСТ, а также формирования стратегий консультативной и психотерапевтической работы, а также при составлении протоколов лечения. Среднее количество сессий, упоминаемых в руководствах по применения АСТ примерно от 6 до 12 , по 1-2 сессии на каждый процесс. Модель не ограничивается краткосрочной формой и может применяться в долгосрочной терапии расстройств различной степени тяжести как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами.

Избегание опыта и когнитивное спутывание при ПТСР.

Избегание опыта или контроль опыта - это попытка контроля или изменения формы, частоты или чувствительности к внутреннему опыту (мыслей, чувств, ощущений или воспоминаний), даже когда они являются причиной поведенческого вреда (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). С точки зрения АСТ, избегание опыта происходит из нашей естественной способности оценивать, предсказывать и избегать событий.

Этот процесс напрямую относится к ПТСР. Во-первых, пациенты с ПТСР не готовы вступать в контакт с частным опытом в текущем моменте, так как этот опыт оценивается ими крайне негативно как тяжелое эмоциональное состояние, пугающе мысли и неприятные ощущения такие как сердцебиение, потливость и томительное возбуждение. А во-вторых, такие пациенты предпочитают избавиться от неприятных форм опыта любыми способами (например, злоупотреблением медицинскими препаратами, алкоголем и наркотиками), даже если они наносят им вред (Walser & Hayes, 2006). Таким образом, избегание опыта играет ключевую роль в механизме развития и поддержке ПТСР.

Например, клиент, переживший сексуальную травму, может избегать интимности и как следствие терять важные отношения. А переживший автокатастрофу может отказываться от транспортных средств, хотя ему надо ездить на работу. Среди военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов нередки случаи злоупотребления алкоголем для подавления воспоминаний о боевых дей-



ствиях, в которых они участвовали. Последний пример демонстрирует трудность, с которой приходится сталкиваться психотерапевтам - клиент фиксируется на том, что такие способы как алкоголь имеют краткосрочный эффект облегчения, что создает ложное впечатление о работоспособности подобной стратегии. Клиенты застревают в идее, что им просто нужен способ, который заставит их «чувствовать себя лучше» или «стать лучше» (восстановить то что «испортилось» от травмы). Вместо этого АСТ предлагает клиентам учиться «чувствовать себя лучше» и учиться жить осмысленной и наполненной ценностями жизнью с тем опытом и изменениями, которые уже произошли.

Когнитивное спутывание. Вербальная природа страдания.

Когнитивное спутывание означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что они думают. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «думанием» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы.

Образно говоря, при когнитивном спутывании происходит смешение реального мира и представлений о нем таким образом, что пропадает рефлексия по поводу восприятия мира. Но если мир и мышление/мысли о нем представляют единое целое, привычное мыслительное поведение может диктовать то, как мы реагируем на мир и мы начинаем думать, что мир такой и есть, вместо понимания того, что мир такой, каким мы привыкли его воспринимать. Воспри-

ятие - это то, что мы делаем.

Если мы проверяем влияние вербального поведения (говорения, мыслей использования нашего ума/внутренней речи), то увидим как оно может влиять на жизнь пережившего травму пациента в широком формате. Способность нашего вида к использованию речи может играть ключевую роль в совладании с повреждениями, наносимыми травматическим событием. Например, аверсивным стимулом может стать само описание и оценка травмы (Hayes et al., 1999; Walser & Hayes, 2006). Простой рассказ истории травмы может пробуждать негативные чувства и опыт, несмотря на то, что сама травма может быть не активна в данный момент, а травматическое событие осталось давно позади. Кроме того, вербальное поведение распространяется на разные контексты, таким образом привнося боль и проблемы в разные области жизни, иногда никак не связанные с изначальным контекстом травмы (Walser & Hayes, 2006). Мы используем наш ум для того чтобы судить, оценивать, сортировать, маркировать и группировать информацию. Но эти полезные свойства ума могут стать ловушкой, если мы начинаем воспринимать его содержание буквально, думать, что мы только такие и есть как представляемся себе.

Если женщина пережила сексуальную травму, она может воспринимать себя как «поврежденную», «опороченную», «никому ненужную» «жертву» (в англоязычной литературе реже применяется слово «жертва» и все чаще «пережившая/ший травму»). Принимая эти ярлыки за истину, она будет прикладывать много усилий, чтобы «избавиться от порушенной части себя, чувств и мыслей о своей ненужности, чтобы стать опять целостной (парадокс попытки избавиться от части себя чтобы стать целым) и полноценно взаимодействовать с миром (Walser & Hayes, 2006).

2. Стратегическая ориентация АСТ-терапевта.

Позиция АСТ терапевта отличается от ряда моделей когнитивной-поведенческой терапии допущением о том, что сложные и неприятные мысли, чувства, воспоминания и другой опыт клиента не является проблемой. Ее порождают способы справляться с ними. Желание выпить не является проблемой, но если человек пьет - это проблема. Мысль «со мной что-то не так» становится проблемой, если человек буквально верит в нее, позволяя ей выполнять функцию барьера на пути к наполненной жизни. Ключевой фокус АСТ в поддержке клиента быть с тем опытом, что уже есть (неприятные мысли, чувства, ощущения и т.д.) и создании границы между ним и способом его

выражения. Продолжая пример с пережившей сексуальную травму, это будет формирование мета-позиции к мысли «я никогда не смогу заниматься сексом», прояснение ценностей и смыслов жизни «я хочу быть желанной и получать удовольствие от секса», развитие навыков и поддержание поведения для реализации этих ценностей.

Говоря о ПТСР, терапевт АСТ-модели помнит, что главным желанием клиента будет «все исправить», но это не может быть целью терапии. Даже если клиент с ПТСР приходит в терапию с желанием «стать как прежде» или «двигаться дальше», при детальном расспросе можно часто обнаружить, что это значит желание стереть травму, избавиться от этого опыта. АСТ - активная форма терапии, но она направлена не на изменение опыта или избавление от него (снижение симптомов в том числе), а на изменение неработающих копинг-стратегий, снижающих психологическую гибкость и ухудшающих качество жизни.

Конечной целью в АСТ при ПТСР помочь клиентам научиться выносить свой травматический опыт, не перевозбуждаясь и так, чтобы он перестал управлять их жизнь, чтобы они научились жить с травматическим опытом наполненную и осмысленную жизнь.

АСТ терапевт активно использует техники осознанности (mindfulness), которым обучает клиентов для управления вниманием и развития способности оставаться в контакте с неприятным внутренним. Фундаментальной задачей в терапии травматического стресса является восстановление баланса между «рациональным» и «эмоциональным» мозгом так, чтобы клиент мог почувствовать как он откликается на стимулы и управляет своим поведением. Попадание в состояние гипер- или гиповозбуждения, человек выпадает из «окна толерантности» - пределов оптимального функционирования. Становится реактивным и дезорганизованным, внутренние события (мысли, чувства, ощущения и т.д.) полностью захватывают наше внимание, принося страдания. До тех пор пока человек перевозбужден или отключен, он не может учиться на основе опыта, оставаясь в рамках внутренних правил (ригидное представление о себе, травме, жизни). И даже если он может контролировать себя, его сопровождают подавленность и снижение психологической гибкости. Восстановление от травмы включает в себя восстановление контакта с ценностями, ощущением себя, способности к творчеству.

Заключение.

Модель АСТ предлагает в работе с ПТСР фокусировку на работу

с процессами избегания неприятного опыта и когнитивного застревания в негативных установках и самоидентификации с помощью принципов принятия текущего опыта и признания его важности без попыток поменять его содержание или интенсивность. Техники осознанности (mindfulness) применяются для развития мета-позиции и способности переключать внимание с негативных мыслей на выбор желаемых качеств своего поведения и реализации им жизненных смыслов. Целью терапии АСТ является увеличение психологической гибкости, которая проявляется в способности быть открытым любым проявлениям внутреннего опыта, навыках регистрировать его, замечать автоматические реакции на внутренние стимулы и выбирать способы поведения в ответ на них в соответствии с определенными ценностями.

Литература

1. US Department of Veterans Affairs <http://www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview/basics/how-common-is-ptsd.asp>
2. Robyn Walser. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Problems.
3. Learning ACT : an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists / Jason B. Luoma, Steven C. Hayes, and Robyn D. Walser.
4. Bessel van der Kolk MD. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma».
5. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association's (APA), 2013.

Особенности совладания со стрессом больных пограничной депрессией

Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Шатиль М.М.

Кафедра психиатрии и наркологии СПбГУ, СПб ГУЗ «Психиатрическая больница №7 Клиника неврозов им. И.П. Павлова»

В задачи исследования входила оценка особенностей совладания со стрессом у пациентов с непсихотической депрессией. Обследовано 30 больных депрессией, в т.ч. 24 женщины. Преобладали пациенты в возрасте 31-40 лет (30% случаев). Критерием включения больных в исследование была выраженность депрессии по шкале Гамильтона более 7 баллов. В исследовании применяли метод клинико-шкальной оценки с применением шкалы депрессии Гамильтона и тест Хейма для определения ведущих копинг-стратегий. Анализ первичных данных проводился с помощью стандартных методов статистической обработки с использованием программного обеспечения: MS Excel и SPSS. Наиболее часто неадаптивные стратегии встречались в когнитивной сфере и реже всего - в поведенческой сфере совладающего со стрессом поведения больных непсихотической депрессией. Среди неконструктивного копинга в когнитивной сфере преобладали такие стратегии, как растерянность (23,3%) и смирение (13,3%); в эмоциональной сфере - покорность (20%) и подавление эмоций (13,3%). Поведенческий копинг больных характеризовался преимущественным использованием стратегий отступления (23,3%) и активного избегания (16,67 %). Выявлен параллелизм между наличием неконструктивных стратегий по типу «активное избегание», «эмоциональная разрядка», «покорность» и злоупотреблением психоактивными веществами больными непсихотической депрессией. Таким образом, среди больных с непсихотическими депрессиями преобладает использование неконструктивных, сопряженных с пассивностью, стратегий преодоления стресса.

Опыт применения методики объективной оценки текущего психологического состояния и свойств личности ПАК SMS для оценки уровня адаптации и риска кризисных состояний студентов иностранного факультета СПб ГТУ

Пискун О.Е., Петрова Н.Н., Фролов Б.С., Овечкина И.В., Бондарчук И.Л., Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого

Аннотация

В данной работе излагается первый опыт применения методики объективной оценки текущего психологического состояния и свойств личности ПАК SMS специалистами кафедры физической культуры и адаптации СПбПУ для оценки уровня адаптации к новым условиям обучения и проживания студентов иностранного факультета, обучающихся в СПбГТУ на годичных курсах русского языка по программе предвузовской подготовки. Предварительные данные позволяют разделить студентов на группы, различающиеся своим текущим психологическим статусом и уровнем готовности к принятию различных жизненных ситуаций, в том числе кризисных. Результаты исследования позволяют сделать вывод о необходимости мониторинга состояния для выявления нуждающихся в программах, направленных на профилактику кризисных состояний.

Ключевые слова

Адаптация, кризисные состояния, психологический статус, объективная методика оценки психологического состояния и свойств личности, группы риска, психологическое состояние.

Введение

Одной из важнейших предпосылок успешной учебной деятельности первокурсников является их своевременная адаптация к условиям обучения в вузе, к новым требованиям, взаимоотношению с однокурсниками и преподавателями, самостоятельной жизни в городских условиях (для иногородних студентов), принятие основных принципов работы университета.

Позиция иностранных студентов осложняется тем, что они находятся в чужой стране, в другой культуре, не знают или плохо владеют языком новой страны, часть из них говорит только на языке собственной страны, испытывают сложности в общении с однокурсниками, которые прибыли из разных стран и регионов.

Для этих молодых людей возраста от 18 до 22 многое оказывается непривычным - климат, кухня, обычаи, традиции, и они оказываются в ситуации, требующей умения подключать весь свой адаптационный ресурс.

Сотрудники кафедры физической культуры и адаптации во время спортивных занятий со студентами иностранного факультета много раз отмечали, что правильно построенные и организованные занятия улучшали не только физическую форму студентов, но и влияли на самочувствие, настроение, психический статус студентов.

Для данного исследования необходимо было использовать такие методы оценки адаптационного ресурса и эффективности оздоровительных мероприятий, которые позволили бы получить объективные данные с учетом того, что большинство иностранных студентов практически не владеет русским языком.

Цель настоящего исследования - подобрать наиболее эффективные методы оценки психологического статуса иностранных студентов, уровня их адаптации к новым условиям жизни, отработать модель организации мониторинга состояния обучающихся.

Материал и методы исследования

Объект исследования – группа студентов иностранного факультета, основная задача которых во время первого года обучения – освоение русского языка. Возраст обучающихся от 18 до 22 лет. Общая численность группы - 121 человек из 28 стран – Южной и Северной Америки, Европы, Азии. Все они дали согласие на проведение обследования.

Методы сбора информации о психологическом статусе иностранных студентов и уровне их адаптации - психофизиологическая методика CMS, реализованная в виде программно-аппаратного комплекса ПАК CMS (аббревиатура CMS — Current Mental State — текущее психическое состояние) (Фролов Б. С., 1980, 1982).

В основу метода положены представления о текущем (или оперативном) психическом состоянии. Метод базируется на универсальности механизмов и общности закономерностей регуляции физиологических и психических функций организма (И. П. Павлов, Н. Винер, У. Эшби и др.), а также на установленной высокой степени соответствия между феноменологическими картинами психического состояния и физиологическими характеристиками процесса регуляции (управления) в организме.

Методика позволяет получить объективную оценку многих свойств текущего психического состояния по данным кардиоритмограммы. Американские авторы назвали такой подход и метод

оценки состояния психики по данным кардиограммы электропсихокардиографией (Сабелли Г., Карлсон-Сабелли Л., Пател М. К., Збилут Д. П., Мессер Д. В., 1984).

Методика позволяет в реальном времени оперативно оценить текущее психологическое состояние по психофизиологическим признакам, контролировать изменения в состоянии за разные отрезки времени и оценивать эффекты различных воздействий на состояние психики.

Краткая характеристика методики оценки текущего психического состояния

Программно-аппаратный комплекс (ПАК) включает микрокардиоанализатор, программу CMS (Current Mental State) — в переводе «текущее психическое (психологическое) состояние».

Результат обследования — количественные (в процентах) значения параметров текущего психического состояния обследуемого - шкалы, отражающие степень выраженности следующих свойств текущего психического (психологического) состояния. В данном исследовании по аналогии с методикой ММПИ, используются двойные наименования шкал – профессиональные медико-психологические, с учетом обучающей выборки, и общепринятые термины широкого употребления. При этом учитываются значения свойства от каждого полюса шкалы.

1-я шкала методики отражает свойство психической **адаптивности** или общего адаптивного ресурса; 2-я — показывает степень погруженности во внутренние текущие переживания, нереалистичность мышления (шкала **шизоидности**); 3-я — риск наличия травмирующих мыслей, уровень чувствительности психики к внутренним и внешним раздражителям (шкала **невротичности**); 4-я — степень подвижности (лабильности) - ригидности психических процессов (шкала **эпилептоидности**); 5-я — степень отклонения настроения (шкала **аффективности**); 6-я — уровень общего психического тонуса и активности - снижения активности и слабости (шкала **астении**); 7-я — уровень бодрости-угнетенности настроения (шкала **депрессии**); 8-я — степень внутреннего покоя-возбужденности (шкала **мании**); 9-я — уровень тревожности (шкала **тревоги**); 10-я — уровень уверенности в своих оценках, убеждениях (шкала **параноидности**); 11-я — степень уравновешенности-экспрессивности эмоций, фиксированности на собственной личности (шкала **истероидности**); 12-я — комфортности самочувствия – переживания в отношении собственного самочувствия, здоровья (шкала **ипохондри**); 13-я -- степень фиксации на переживаниях (шкала **обсессии**); 14-я — степень текущей диффе-

ренцированности и продуктивности психических процессов (шкала текущей **деменции**); 15-я — степень гибкости-ригидности психических процессов (шкала **изменения личности**); 16-я – уровень раздражительности, чувствительность к внешним раздражителям (шкала **раздражительности**); 17-я -- доминирование собственных интересов, активная стратегия, направленная на достижение своих интересов любыми способами (шкала **агрессии**); 18-я – высокий уровень критичности к окружающим и внешним обстоятельствам (шкала **дисфории**); 19-я – уровень снижения текущего оптимизма, жизнелюбия в любых обстоятельствах – склонности (шкала **суицидности**).

По этим шкалам (в процентах) и определяется степень сходства или различия состояния обследуемого с имеющимися клиническими образцами (эталоны) - выборками базы данных как оптимального состояния (принятого за норму, своеобразную точку отсчета), а также с рядом состояний с известными отклонениями, например, с дискомфортом в самочувствии (ипохондрия), изменениями настроения (аффективными состояниями), психического тонуса (астении), темпа психических процессов (эпилепсия), с риском на наличие проблемных переживаний (невротические расстройства), с чрезмерной фиксацией на таких переживаниях (обсессия), низким уровнем настроения и бодрости (депрессия), возбужденности (мании), раздражительности, агрессивности, суицидоопасности и другими.

Итогом применения методики и работы программы является спектральная характеристика совокупности свойств текущего психологического состояния обследуемого человека и различные варианты автоматически генерируемых формализованных текстовых заключений – кратких и расширенных, для специалистов и для неспециалистов.

Программно-аппаратный комплекс широко апробирован в лечебных учреждениях МЗ и МО РФ при различных диагностических и профилактических обследованиях. [1]. К настоящему времени комплекс применяется в разных областях для профилактического контроля за состоянием здоровых и пациентов в лечебном процессе, диспетчеров атомных станций, летчиков, моряков, полярников, военнослужащих, для отслеживания разных эффектов воздействий на организм и психическое состояние взрослых и детей.

Применение метода позволяет оценить указанные психологические свойства в статике и динамике, в покое и при разных нагрузках, в том числе во время кризисных, стрессовых, социально опасных ситуаций и т.д. [2, 3, 4].

При создании методики для получения эталонов состояний были

специально подобраны и тщательно обследованы выборки различных вариантов текущего состояния и группы для проверок результатов, всего свыше 20 000 человек (база данных постоянно обновляется).

Методика позволяет получить объективную экспресс-оценку текущего психологического состояния, определить (в процентах) сходство обследуемого с соответствующими образцами (эталоны) и, таким образом, установить индивидуальный «спектр» свойств состояния.

Методика, таким образом, дает возможность получать объективную целостную характеристику как кратковременного текущего состояния психики, так и, при необходимости, состояния за более длительный период времени.

В исследовании использовались следующие методы обработки информации: методы общей описательной статистики, кластерный анализ (метод Q-средних), также для анализа данных исследования использовались следующие прикладные программы: Microsoft Excel, Statistica, SPSS.

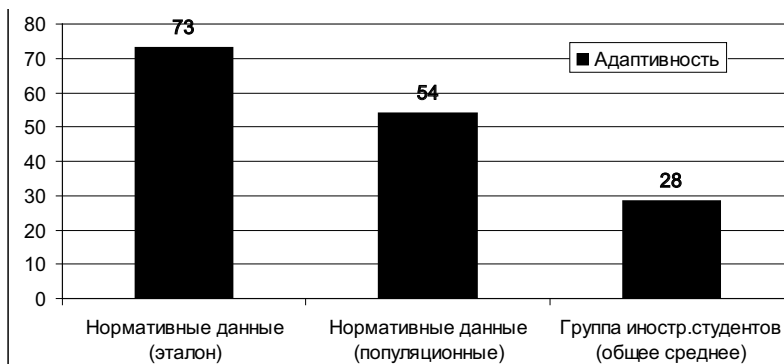
Сотрудники кафедры для расширения возможностей программного-аппаратного комплекса ПАК SMS использовали в своей работе спортивные часы и кардиодатчики системы Polar (Финляндия). В дальнейшем планируется с помощью этой системы оценивать различные эффекты от спортивно-оздоровительных мероприятий одновременно у группы студентов, а также организовывать мониторинг состояния в течение более длительного времени, вплоть до мониторингования психического состояния в течение нескольких суток.

Результаты исследования

Полученные с помощью ПАК SMS данные на группу иностранных студентов (общей численностью 121 чел.) сравнили с нормативными данными методики. В группы сравнения были включены идентичные по возрасту обследованные – 18-22 года. На рисунке 1 приводятся результаты этого сопоставления по одной из центральных шкал методики – Уровень адаптивности, видно, что средние значения по этой шкале иностранных студентов значительно ниже нормативных данных, причем как сверхэталонной выборки (нормативные данные – эталон), которая была получена при отборе учащихся различных ВУЗов при предъявлении специальных требований (в эту группу включены успешные по учебе и всем социальным характеристикам и также отобранные по здоровью всеми специалистами соматического профиля, обследованные психологами и психотерапевтами), так и популяционной нормы, к которой предъявлялись менее высокие требования по

здоровью и критериям социальной успешности.

Рисунок 1. Сравнение среднегрупповых данных обследованной выборки иностранных студентов и нормативных данных по шкале психической адаптивности методики ПАК CMS.



Однако, общие среднегрупповые данные иностранных студентов не являются отражением структуры группы за счет большого разброса данных, их неоднородности в отличие от нормативных данных. Для изучения внутренней структуры и особенностей выборки иностранных студентов в настоящем исследовании использовался метод кластерного анализа – Q-средних.

После проведения процедуры кластеризации выборка иностранных студентов была разделена на три кластера, разной численности, но внутренне однородных, гомогенных.

Анализ рисунка 2 позволяет сделать вывод, о том, что среднее значение шкалы адаптивности в разных кластерах отличается, представители первого кластера (Кластер 1) даже превзошли популяционную норму и приблизились к эталонной норме по этому показателю, представители двух других кластеров отличаются низкими значениями по этой шкале, что может указывать на снижение уровня адаптивности и готовности к изменениям, принятию различных стрессовых ситуаций, и могут быть отнесены к группе риска.

Анализ совокупности шкал методики (рисунки 3, 4) позволяет увидеть особенности каждой из групп, получить их индивидуальный профиль и различия по свойствам психологического состояния, по психологическому паттерну.

Рисунок 2. Сравнение разделенной на три кластера выборки иностран-

ных студентов и нормативных данных по шкале адаптивность

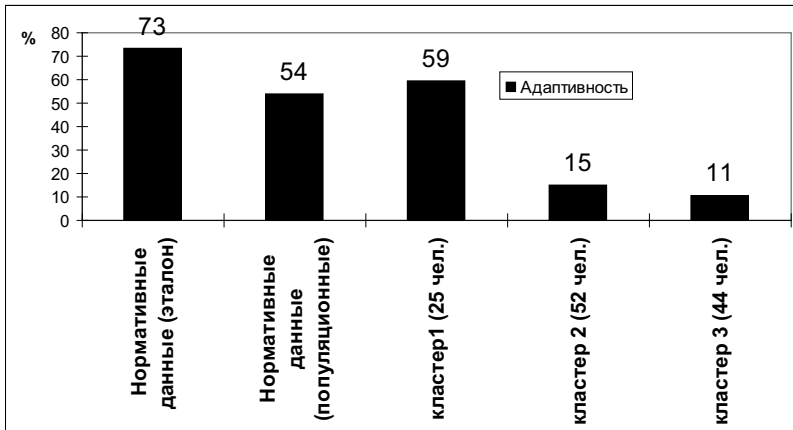
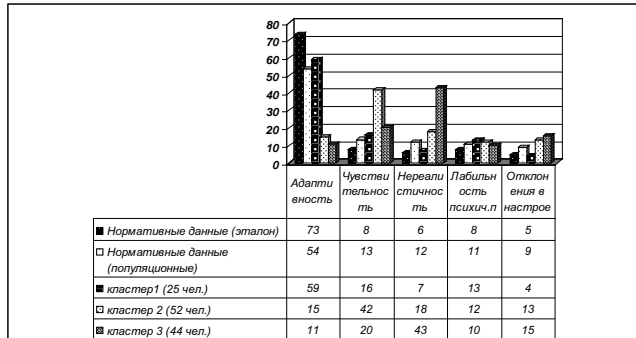


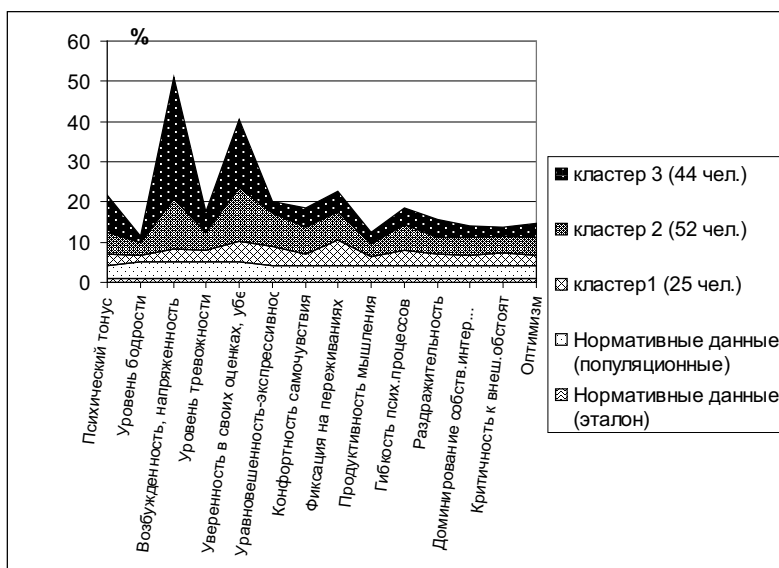
Рисунок 3. Сравнение разделенной на три кластера выборки иностранных студентов и нормативных данных по основным шкалам методики ПАК SMS.



По шкале «чувствительность» (невротичность) (повышенные значения этой шкалы указывают на риск наличия актуальных психотравмирующих, конфликтных, фрустрирующих, дистрессовых, угнетающих, проблемных переживаний, на повышение чувствительности, ранимости, восприимчивости перцептивно-мыслительной сферы) – наибольшее значение наблюдаются в кластере 2 (52 студента), который также характеризуется низкими значениями по шкале адаптивности, однако по остальным основным шкалам методики - отклонению в настроении (депрессии), скорости психических процессов и нереалистичности мышления - среднегрупповые показатели этого

кластера близки к нормативным данным, то есть полученные результаты позволяют говорить о том, что снижение адаптивности в данном кластере связано с наличием актуальных переживаний и о пограничном уровне отклонения. Анализ дополнительных шкал методики (рисунок 4) позволяет также зафиксировать повышение показателей по таким шкалам пограничного уровня как шкалы фиксации на своих переживаниях, уверенности в своих оценках и напряженности, возбужденности, при этом по шкалам депрессии и тревоги повышенные значения в кластере 2 не отмечаются, что указывает на пограничный уровень отклонения от нормативных данных.

Рисунок 4. Сравнение разделенной на три кластера выборки иностранных студентов и нормативных данных по дополнительным шкалам методики ПАК CMS.



Кластер 3 отличается повышенными значениями по основным и дополнительным шкалам методики ПАК CMS по сравнению с нормативными данными. В психологическом профиле этого кластера доминируют такие свойства, как более высокий уровень отклонения в настроении и нереалистичности в оценках внутренних и внешних событий, то есть, возможны ошибки в трактовке тех или иных собы-

тий представителями этого кластера, также эта группа отличается снижением психического тонуса, высоким уровнем эмоциональной напряженности и возбужденности, фиксацией на своих переживаниях. При этом и в кластере 3 также не отмечается повышение значений по шкалам депрессии, тревоги.

Показатели кластера 1 по всем шкалам практически полностью совпали с нормативными популяционными данными и по некоторым шкалам даже приблизились к эталонной выборке, что позволяет сделать вывод о том, что представители данного кластера на момент исследования демонстрируют хороший адаптивный потенциал и отличаются более высокими показателями по стрессоустойчивости, по уровню бодрости, по снижению тревожности, по комфортности самочувствия, по психическому тону, по уровню оптимизма и другим шкалам методики по сравнению с представителями кластеров 2 и 3.

Заключение

Проведенное исследование показывает, что сотрудники кафедры физической культуры и адаптации СПбПУ своевременно выделили проблему оценки и мониторинга самочувствия учащихся-иностранцев и определили пути и методы ее решения. Полученные данные показывают, что в целом на полученную выборку иностранных учащихся – их адаптационный ресурс сильно снижен по сравнению с нормативными данными выборки российских студентов аналогичного возраста, то есть можно говорить, что многие из студентов-иностранцев находятся в ситуации стресса и нуждаются в помощи, в организации мониторинга и контроля за их самочувствием, психическим состоянием, а также в организационных мероприятиях, которые позволят улучшить их адаптационные возможности.

Сотрудники кафедры осуществили подбор методов, позволяющих объективно оценить уровень адаптации студентов, мониторировать их психологическое состояние, оценивать изменение самочувствия под влиянием спортивно-оздоровительных или иных мероприятий, и получили первые данные, которые позволили разделить обследованных на разные группы риска отклонения в психическом состоянии и наличия кризисных состояний.

Литература:

1. Фролов Б.С. Оценка и прогноз нервно-психического здоровья при массовых психопрофилактических обследованиях: автореф.дисс...д-ра мед. наук. – Л., 1998.
2. Фролов Б.С. Оценка психического здоровья при диспансеризации трудоспособного населения // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии: сб. науч.тр. НИИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1986. – С.17-22.
3. Диагностика и экспертиза при психических расстройствах у лиц допризывного и призывного возрастов. – М.: Изд-во. Министерства обороны СССР (Методическое пособие утверждено начальником Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны СССР и заместителем Министра здравоохранения СССР), 1986. – 184 с.
4. Фролов Б.С., Рубина Л.П., Овечкина И.В. Профилактика кризиса у детей. Мониторинг состояния и своевременное решение проблем несовершеннолетних. Практическое руководство. – СПб., 2008.- 186с.

Особенности копинг-поведения у студентов медицинского вуза в ситуации хронического стресса в зоне вооруженного конфликта в Донбассе

Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Соловьева М.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Вооружённый конфликт, тем более с информационно-психологической и гуманитарной составляющей, – стрессовое событие исключительного характера. У абсолютного большинства людей экстремальные условия жизнедеятельности в зоне военного конфликта вызывают дистресс и оказывают крайне негативное влияние на физическое, психологическое и социальное благополучие. В то же время экстремальная ситуация, побуждая человека к самотрансценденции, к выходу за границы своего Я, оказывает определенное влияние на всю систему отношений личности к себе и к миру. В ней имеет значение не только обусловленность поведения ситуационными факторами, но и особенности самодетерминации. Экстремальная ситуация может оказывать не только разрушительные воздействия на развивающуюся личность, но и способствовать повышению осмысленности жизни и социальной зрелости. Одним из факторов, способствующих преодолению экстремальных ситуаций, является копинг-стратегия, или совладающее поведение, направленное на преодоление жизненных трудностей. Особенно актуальным исследование копинг-стратегий мирного населения становится при разработке психопрофилактических и реабилитационных программ в ситуации военно-политического и экономического кризиса в Донбассе.

Целью настоящего исследования являлась оценка стратегий копинг-поведения у студентов медицинского вуза с различной степенью нервно-психического напряжения в условиях хронического стресса в зоне вооруженного конфликта в Донбассе.

В качестве основных травматических факторов студентами обозначены: моральный и психологический вред вследствие проживания на территории с боевыми действиями и близлежащих территориях – 105 чел. (68,2%) и негативные последствия военных, политических и экономических событий, а также от информационной войны (распад семьи, разрыв отношений с друзьями, родственниками, знакомыми на фоне противоположных политических

убеждений) – 87 чел. (56,5%).

Субъективная оценка обследованными студентами уровня стрессогенности переживаемой за последние месяцы ситуации была следующей: высокий уровень – 58 чел. (37,7%), средний – 92 чел. (59,7%), низкий – 4 чел. (2,6%).

Исследование копинг-стратегий проводилось с учетом выраженности нервно-психического напряжения у студентов. Для оценки уровня НПН использовался опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А.Немчин, 1982). По содержанию опросника 30 признаков разделялись на три группы утверждений: первая группа отражала наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны внутренних органов, вторая – наличие психического дискомфорта, третья – оценивала общую характеристику, частоту, продолжительность и степень выраженности НПН. Стратегии копинг-поведения были исследованы с помощью опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, С. Фолкмана (1988), в адаптации Т.Л. Крюковой и соавт. (2007). Определялся уровень напряжения и частота встречаемости основных копинг-стратегий: конфронтационной, дистанцирования, самоконтроля, поиска социальной поддержки, принятия ответственности, бегства-избегания, планирования решения проблемы и положительной переоценки. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты исследования и их обсуждение. У подавляющего большинства обследованных студентов (81 чел. – $52,6 \pm 1,43\%$) определялась II степень нервно-психического напряжения (НПН-II или умеренное напряжение) с наличием отчетливых как субъективно выражаемых, так и выявляемых при объективном исследовании признаков ($57,4 \pm 1,28$). В качестве наиболее общих особенностей данной группы студентов выступала активизация психической деятельности, высокая заинтересованность в достижении цели, положительная эмоциональная окраска самого процесса работы при наличии отчетливых сдвигов в функционировании соматических систем в сторону появления тягостных, неприятных ощущений различной степени выраженности, которые, однако, не нарушали активности в учебной и социальной деятельности и встречались с примерно одинаковой частотой у мужчин и женщин. При этом активизация когнитивной деятельности студентов данной группы сопровождалась

Об опыте терапии театром в центре аффективной патологии Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка.

Соловьева М.А., Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Студзинский О.Г.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
кафедра психиатрии, наркологии и мед.психологии, г. Донецк, ДНР

В течение последнего времени одним из наиболее актуальных направлений развития психиатрии является терапия театром при различных видах психических расстройств [1,2,3,4]. «Терапия театром по структуре своих целей направлена на коррекцию коммуникативных навыков пациентов и, в частности, на улучшение защитно-совладающего поведения и должна занимать важное место в комплексном восстановительном лечении психически больных. Эта форма психотерапии выполняет эмоционально-стимулирующую, релаксирующую роль, помогает больным сплотиться и почувствовать свою принадлежность к терапевтическому сообществу, а во многом и к обществу здоровых людей. Театр-терапия нередко позволяет выйти на обсуждение глубинных психологических проблем, неосознаваемых мотивов поведения и деструктивных психологических защит и тем самым способствует основной задаче психотерапии в клинике психически больных – коррекции нарушений идентичности личности» [5].

В Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка данная терапия проводилась на базе центра аффективных расстройств. К участию в постановках было привлечено 48 пациентов. По нозологической принадлежности в изученной группе преобладали больные с диагнозами аффективных (F30) расстройств – 29 (60,4%) человек и шизоаффективных (F25) расстройств – 6 (12,5%) человек. В наименьшей степени были представлены больные с параноидной шизофренией (F20) – 5 (10,4%) человек, органическими аффективными расстройствами (F 06.3) – 3 (6,25%) человека и другими психическими расстройствами – 5 (10,4%) человек.

Среди изученных больных было 17 (35,4%) мужчин и 31 (64,6%) женщина. По возрасту больные распределились следующим образом: до 25 лет – 12 (25%) пациентов, от 25 до 35 лет – 20 (41,6%) пациентов, 35 лет и старше – 16 (33,4%). Среди участников группы незначительно преобладали пациенты со средним специальным образованием 20 человек (41,6%) , и больные с высшим образованием – 18 (37,5%) человек. По состоянию трудоспособности изученные

больные распределились следующим образом: 10 (20,8%) человек работали, 38 (79,2%) человек не работали, 14 (29,1%) из них имели группу инвалидности.

При назначении терапии театром приоритетным направлением являлась стабилизация эмоционального состояния, выравнивание фона настроения, отработки внутренних переживаний путем их проекции на сценический образ. Важной составляющей было чувство безопасности при проявлении эмоций, которые, по мнению пациентов, были допустимы в контексте роли. При работе над ролью в условиях театрально-психотерапевтической группы уменьшалось бессознательное сопротивление пациента, появлялась возможность невербального самовыражения и коммуникации. Внутри театральной группы формировался особый мир, отличный от больничных будней, устанавливались более дружеские отношения, пациенты обменивались впечатлениями, шутили. Постепенно появлялись общие интересы, взаимоподдержка, усиливалась вера в свои силы, в возможность выздоровления.

Для больных с эмоционально-волевым снижением, эмоциональной неадекватностью проигрывание сценических переживаний служило своеобразной эмоциональной тренировкой. Обратная связь от других участников группы воспринималась, как правило, достаточно благожелательно и способствовало коррекции образа. Тем самым формировалась не только эмоционально-когнитивная, но и поведенческая модель ситуации.

Театрально-терапевтическая группа включала от 5 до 10 человек. Состав ее менялся в связи с выпиской пациентов или, что намного реже, в связи с изменением их психического состояния. Часть пациентов направлялась в терапевтическую группу лечащими врачами, часть – приходила самостоятельно, узнав о существовании в отделении театра. Противопоказанием являлось только острое психотическое состояние. Театр-терапия проводилась 2-3 раза в неделю по 30-40 минут.

Опыт проведения терапии театром составил 2 года. За это время были сыграны спектакли: «Доктор Неболит», «Восточные притчи», «Миниатюры», «Золушка», «Бременские музыканты», «Репка», «Новогодняя сказка». Сценарии к трем из спектаклей («Доктор Неболит», «Восточные притчи», «Миниатюры») были созданы самими больными на основе литературных источников.

Работу театрально-терапевтической группы можно было разделить на несколько этапов.

Этап 1. «Выбор пьесы и распределение ролей». Этот этап включал в себя обсуждение предложенных больными или психотерапевтом сценариев постановок и принятие коллективного решения. Согласование мнений при выборе сюжета пьесы активизировало социальные навыки пациента, формировало умение достигать компромисса, приемлемого для всех членов группы.

В процессе этого этапа могли возникать трудности, так как некоторые пациенты отказывались от участия в постановке, объясняя это тем, что они «не актеры», «не могут» или «не умеют» играть и даже покидали группу. Если, при поддержке группы и психотерапевта, пациент преодолевал внутреннее сопротивление, это положительно сказывалось на общей динамике его состояния.

Этап 2. «Чтение сценария по ролям». Актеры «обживали» свои роли, искали взаимодействия с другими участниками спектакля, предлагали варианты проигрывания эпизодов, изменяли реплики. Иногда на этом этапе имел место обмен ролями между участниками группы.

Этап 3. «Постановка спектакля». Члены группы постепенно осваивали пространство сцены. Участники переходили от отслеживания («где и что я должен сказать») к проживанию ситуации, усиливалось эмоциональное взаимодействие с партнерами, появлялись новые творческие предложения по постановке эпизодов. По мере приближения дня спектакля, нарастало волнение в группе, происходящие репетиции воспринимались все более ответственно, группа готовила необходимый реквизит и костюмы.

Этап 4. «Театральное представление». В качестве театра использовали помещение столовой, куда по приглашению собирались зрители – пациенты отделения, врачи, медицинские сестры, часто приглашались пациенты других отделений. Во время выступления психотерапевт находился за кулисами, среди участников представления, для которых это имело существенное значение.

Этап 5. «Обсуждение спектакля». Во время этого этапа происходил обмен мнениями и впечатлениями между участниками, анализ ролей и некоторых элементов их исполнения. Анализировались ситуации, сложившиеся в группе во время подготовки спектакля. При этом информация тщательно дозировалась, так как пациенты часто были не готовы к глубокому анализу. Все же, в связи с проективностью каждой роли для ее исполнителя, любое ее обсуждение могло дать полезную информацию о состоянии пациента, а для него - дополнительное понимание своего участия в сложившейся в его жиз-

ни конфликтной ситуации и путей возможного выхода из нее.

Можно сделать вывод о положительном влиянии участия в театральном психотерапевтической группе на показатели качества совладающего поведения, навыков общения и межличностного взаимодействия, а также о повышении самооценки у пациентов участвовавших в театр-терапии, что в дальнейшем способствует сокращению сроков лечения на 7-10 дней, лучшей адаптации в социальной и семейной жизни больных. Дружеские отношения, атмосфера взаимоподдержки и взаимопомощи, сложившиеся в группе в процессе ее работы, служат поддержкой пациентам на постгоспитальном этапе, помогают быстрее включиться в повседневную жизнь, быстрее и качественнее решать возникающие в их жизни проблемы. Возможность эмоционального отреагирования психологических проблем, своеобразная эмоциональная тренировка чувств позволяет сократить сроки выхода пациентов из депрессивного состояния. Появляется вера в себя и свои способности. Совместная работа в группе создает доверительные отношения между пациентами и психотерапевтом, позволяют более свободно обсуждать болезненно значимые для больных переживания и ситуации. В процессе подготовки к спектаклю больные мягче переносят критические замечания товарищей по группе, касающиеся их поведенческих особенностей, что значительно способствует их коррекции. Таким образом, терапия театром дает дополнительные уникальные возможности в комплексном лечении пациентов.

Литература:

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. - СПб.: Изд-во СПб. науч. – исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1995. - 200 с.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: учеб. Пособие; 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2000. - 496 с.
3. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб.: Изд-во СПб. науч. – исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1998. – 256с.
4. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование. Под. ред. М.М.Кабанова, Н.Г.Незнанова. СПб.: Институт им. В.М.Бехтерева, 2003. - 438 с.
5. Виницкая А.Г. Театр-терапия в клинике динамической психиатрии/А. Г. Виницкая // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2009. т.№ 2.-С.54-58

Гармонизация социальной ситуации развития как фактор стабилизации психоэмоционального состояния детей с церебральной органической патологией

Туровская Н. Г.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ», медицинский психолог ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»

Оказание помощи детям с дисгармоничным психическим развитием (по В.В.Лебединскому) является одной из актуальных проблем детской клинической психологии. Традиционно к этой группе психического дизонтогенеза относят развитие детей с невротическими и соматоформными реакциями, психосоматическими заболеваниями, расстройствами личности. Спектр применяемых с данной группой больных психокоррекционных методик чрезвычайно широк. Особой популярностью среди психологов пользуются арт-терапевтические, сказкотерапевтические методы, различные варианты так называемой поведенческой (в том числе жетонной) психотерапии, техники консультирования с опорой на экзистенциально-гуманистический подход К. Роджерса и др. [4].

Следует сказать и о детях, имеющих дисгармонию развития психики вследствие действия патологического экзогенно-органического фактора (в частности, минимальной мозговой дисфункции). Резидуальная церебрально-органическая недостаточность становится тем фоном, на котором разворачивается драма развития личности ребенка. Недостаточность регуляторных функций, реализуемых корой лобных долей больших полушарий головного мозга, а также механизмов их энергообеспечения за счет дисфункции стволово-диэнцефальных отделов мозга [1, 3], приводит к той или иной степени нарушения подконтрольности, осознанности и опосредованности поведения больного.

Понятно, что в этом случае основной «мишенью» медико-психологического воздействия должна стать возникшая вследствие поражения головного мозга патология регуляторных и энергетических процессов. Однако, не меньшего внимания требует гармонизация социальной ситуации развития больного ребенка. Упреки со стороны родителей и педагогов, невозможность соответствовать их ожиданиям, насмешки и неприятие сверстников приводят к форми-

рованию у него ощущения беспомощности перед лицом возникшей проблемы, чувства неполноценности, и, как следствие, развитию острых патологических реакций и затяжных патологических состояний в ответ на хроническую ситуацию стресса. Формирование в данном случае уже вторичной по отношению к основному дефекту симптоматики значительно затрудняет оказание ребенку медико-психолого-социальной помощи. Такие дети нередко попадают в разряд «трудновоспитуемых», «неисправимых» и «вычеркиваются» из социума (родители не советуют своим детям с ними дружить, педагоги настаивают на их индивидуальном обучении).

В этом случае особое значение принадлежит работе психолога, направленной на гармонизацию ближайшего социального окружения ребенка. От того, насколько родители и другие окружающие ребенка взрослые будут учитывать те внутренние условия, через которые на формирующуюся личность ребенка оказывают влияние их воспитательные воздействия, будет зависеть то, насколько развитие этой личности пойдет правильным курсом.

Мы обратили внимание на то, что выявление у родителей детей с церебрально-органической патологией сочетания гиперопеки, увеличения количества запретов на фоне уменьшения количества требований к ребенку, непоследовательности в воспитании с недостаточным удовлетворением потребности ребенка в понимании и психологической поддержке способствует усилению у него проявления возбудимых черт личности. Рекомендации родителям стать последовательными в воспитании ребенка, гармонизировать соотношение запретов и требований по отношению к нему, использовать акцент на поощрении положительных моментов в его поведении, в том числе используя приемы поведенческой терапии (в случае их реализации) способствовали значительной стабилизации его психоэмоционального состояния. Однако, наибольший эффект достигался в результате научения родителей способам оказания ребенку психологической поддержки (как в целом, так и в критических ситуациях). В первую очередь, этот эффект достигался вследствие использования родителями в общении с ребенком техник «активное слушание» и «Я-высказывание» [2].

Проявление со стороны родителей по отношению к ребенку понимания («Я понимаю твои переживания в этой ситуации», «Я понимаю, что тебе тяжело, управлять своими эмоциями и поведением в целом»), сочувствия в сочетании с трансляцией ему требований не-

обходимости обучения конструктивному поведению и уверенности в том, что он, в конечном счете, этому научится, поощрением любых позитивных паттернов поведения и максимально возможным игнорированием отрицательных - способствовало формированию у ребенка позитивного самоощущения, уверенности в себе и своих силах, возникновению мотивации самоизменения и самовоспитания. Это, в свою очередь, делало ребенка не объектом, а союзником проводимого психолого-медико-социального воздействия.

Таким образом, использование психологических методов гармонизации социальной ситуации развития ребенка с церебральной органической патологией значительно уменьшает выраженность у него поведенческих нарушений, элиминирует вторичную невротизацию, и, следовательно, повышает эффективность медикаментозного сопровождения. Из сказанного выше следует вывод о том, что особое значение в процессе коррекционного воздействия в работе с детьми с последствиями органического поражения головного мозга имеет реализация принципов комплексности и взаимодействия всех работающих с ребенком специалистов [5].

Литература:

1. Алехин А.Н., Туровская Н.Г. Дети с пароксизмальными состояниями в анамнезе: Структура нарушений психического развития и мишени психокоррекционного воздействия // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013. Т. 47. № 3. С. 124–126.
2. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? АСТ, 2014.
3. Туровская, Н.Г. Значение пароксизмальных судорожных состояний в формировании высших психических функций у детей с резидуально-органическими заболеваниями центральной нервной системы / Н.Г. Туровская // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2013. – №1. – Режим доступа: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/35069.
4. Туровская Н.Г., Тимофеев А.В. Психические расстройства в детском возрасте. Возможности психологического сопровождения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – №2 (42). – С. 112–116.
5. Туровская Н.Г., Курушина О.В., Деларю В.В. Неврологическая и психологическая оценка развития ребенка первого года жизни // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – №4 (56). – С. 3–8.

Опыт оказания специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами приёма пищи

Фаддеев Д.В. заместитель главного врача по медицинской части, СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова»

Палкин Ю.Р. главный врач, СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова»

Демьяненко А.М. заведующий Городским психотерапевтическим центром, СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова»

Гречаный С.В. заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Актуальность проблемы. Расстройства приема пищи, как правило, начинаются в детском и подростковом возрасте. Отмечается низкая выявляемость таких расстройств на ранних этапах, а также тяжелые последствия для состояния здоровья подростков, в том числе, репродуктивной функции. У пациентов имеется скрытый внутриличностный конфликт, трансформирующийся в болезненный симптомокомплекс. Пациенты и их родственники испытывают опасения по поводу обращения за психиатрической помощью из-за искаженного восприятия этой части медицины и «стигмы» психического расстройства.

Данная патология входит в раздел МКБ-10 F - «Психические расстройства и расстройства поведения»; рубрика - «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»; группа F50 Расстройства приема пищи: F50.0 Нервная анорексия и F50.2 Нервная булимия.

Нервная анорексия – расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Диагноз «нервная анорексия» устанавливается при наличии следующих критериев:

- Больной избегает приема пищи или вызывает у себя рвоту, использует аноректики, слабительные, чрезмерную физическую нагрузку.
- Снижение индекса массы тела <17,5 или снижение веса тела на 15% от ожидаемого.
- Искажается образ собственного тела, появляются сверхценные идеи «не допустить ожирения».

- Появляется общее эндокринное расстройство.
- Расстройства пищевого поведения часто сосуществуют с другими психическими расстройствами /депрессия, тревожные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами/.
- В препубертатном возрасте наблюдается задержка роста, развития вторичных половых признаков.

Распространенность нервной анорексии: по данным современных научных исследований, распространенность нервной анорексии в мире составляет от 0,1% до 0,7%. Около 95% случаев нервной анорексии приходится на девочек и женщин в возрасте от 12 до 30 лет, как правило, из материально благополучных семей, пик заболеваемости наблюдается в 13-14 и 17-19 лет. Нервной анорексией страдают и мальчики препубертатного возраста, примерно в 5% случаев.

Нервная булимия рассматривается как расстройство, характеризующееся постоянной озабоченностью едой и непреодолимой тягой к пище, периодическим перееданием.

Критерии нервной булимии:

- Непреодолимая тяга к пище.
- Попытки противодействовать ожирению путем вызывания рвоты, злоупотребления слабительными средствами, голодания, использования аноректиков, диуретиков, тиреоидных препаратов.
- Могут возникать эпизоды нервной анорексии.

Проблемы оказания медицинской помощи. Наблюдается быстрое формирование у пациентов не критичного отношения к своему состоянию, отсюда - позднее обращение за специализированной медицинской помощью, в основном под давлением родственников. Психиатры отмечают недостаточное взаимодействия с коммерческими организациями, оказывающими медицинскую помощь этим пациентам, отсутствие единого реестра пациентов с расстройствами приема пищи и стандартов при этом виде психического расстройства.

Цель исследования: проведение анализа клинико-анамнестических данных пациентов, госпитализированных в Клинику неврозов с 2012 по 2014 г.г. с диагнозом «расстройство приема пищи»; выявление клинико-анамнестических особенностей этой группы больных.

Материал исследования:

- Карта исследования, включающая медико-социальные характеристики пациентов
- Медицинские карты стационарного больного с диагнозом «расстройство приема пищи» за период с 2012 по 2014 г. г.

Результаты исследования.

Установлены следующие характеристика пациентов с расстройствами приема пищи:

1. все 24 пациентки – женщины; средний возраст при госпитализации $25,50 \pm 1,745$ лет
2. средний возраст начала заболевания – $19,04 \pm 1,470$ лет
3. образование среднее и среднее специальное – 11 чел.; незаконченное и законченное высшее – 13 человек
4. семейное положение – замужем – 5 чел. /21%/; не замужем – 19 чел. /79%/
5. занятость – не работают – 7 чел. /29%/; учатся или работают – 17 чел. /71%/
6. средняя длительность лечения в Клинике неврозов – 41 койко-день
7. удельный вес пациентов с расстройствами приема пищи в структуре всех пролеченных 0,5%
8. Не было выявлено достоверных различий по отягощенной наследственности ($p=0,839$ по биномиальному критерию).

В 87% случаев выявлено наличие психотравмирующих-стрессовых ситуаций у пациентов перед началом расстройства приема пищи, и заболевание достоверно чаще провоцировалось конфликтными отношениями ($p=0,002$ по биномиальному критерию) такими как:

- конфликт и расставание с близким человеком (в 50,0% случаев),
- конфликт с членами семьи
- конфликты и насмешки по поводу внешности с друзьями и одноклассниками и др.

Среди пациентов, госпитализированных в Клинику диагноз «нервная булимия» установлен у 15 человек /63%/; а «нервная анорексия» - у 9 больных /37%/.

При анализе отмечается рост числа обращений в амбулаторное подразделение Клиники неврозов пациентов с расстройствами приема пищи с 15 в 2012 году до 34 в 2014 году, а также - рост госпитализации с 5 в 2012 году до 10 в 2014 году.

13 пациенток /54%/ были направлены в ГПБ№7 амбулаторными психиатрами и 11 /46%/ врачами поликлиник. 17 пациенток /71%/ поступили в Клинику неврозов впервые в жизни (ранее стационарно не лечились), 7 человек / 29%/ - повторно.

При исследовании типа воспитания пациентов с расстройствами приема пищи выявлено, что в гипопеке воспитывались 11 человек /46%/, нормальный тип воспитания наблюдался у 9 человек /37%/, в

гиперопеке воспитывались 4 человека /17%,

Все пациенты получали комплексное лечение с активным участием врача терапевта, психотерапевта и физиотерапевта. Помимо общеукрепляющих, кардиотонических средств, белковых смесей применялись прежде всего серотонинэргические антидепрессанты, анксиолитики, нормотимики, а также «мягкие» нейролептики. В лечении использовались рациональная, когнитивно-поведенческая психотерапия и аутотренинг. Все 100% больных принимали физиотерапевтические процедуры.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Нарушения приема пищи у госпитализированных в Клинику неврозов начались в возрасте $-19,04 \pm 1,470$ лет; в 87% случаев - после стрессовых-психотравмирующих ситуаций.
2. Первое обращение за специализированной медицинской помощью состоялось через 7 – 8 лет после начала заболевания.
3. 49% пациентов обратились за помощью в поликлиники и 51% в амбулаторные психиатрические подразделения.
4. Среди госпитализированных преобладали пациентки, не состоящие в браке – 79%; работающие/учащиеся/ пациентки – 71%.
5. 46% пациентов воспитывались в условиях гиперопеки.
6. Отмечен рост обращений и госпитализаций в Клинику неврозов с 2012 по 2014г.г. по поводу нарушений приема пищи более чем на 50%
7. 71% пациенток поступили в Клинику неврозов впервые в жизни (ранее стационарно не лечились)
8. В лечении преобладало использование антидепрессантов (46% случаев), рациональной психотерапии - около 70% пациентов; физиотерапии - 100%

В заключение хочется отметить, что, несмотря на небольшую распространенность, расстройства приема пищи актуальны в связи с дебютом в детском или подростковом возрасте и тяжелыми последствиями из-за позднего обращения за специализированной помощью. Целесообразно использование опыта регионов по оказанию этапной медицинской помощи при кризисных состояниях в Антикризисном центре – Клинике неврозов, а также создание реестра пациентов с кризисными состояниями /в том числе – расстройствами приема пищи.

некоторой угнетенностью эмоционального состояния, преимущественно у представителей женского пола (различия с группой студентов мужского пола статистически достоверны, $p < 0,05$).

Наиболее частыми и напряженными копинг-стратегиями женщин с умеренной степенью нервно-психического напряжения были дистанцирование (23 чел. – $28,4 \pm 0,26\%$) от ситуации хронического стресса, поиск социальной поддержки (12 чел. – $14,8 \pm 1,33\%$) и, реже, конфронтация (9 чел. – $11,1 \pm 0,92\%$). У мужчин преобладали более конструктивные стратегии положительной переоценки (10 чел. – $12,3 \pm 1,47\%$) и самоконтроля (7 чел. – $8,6 \pm 1,85\%$) (различия с группой студентов женского пола статистически достоверны, $p < 0,05$). При этом у 8 студентов-мужчин ($9,9 \pm 1,32\%$) также отмечалась высокая степень напряжения копинга дистанцирования, ориентированного на избегание ситуации стресса.

У 41 студента ($26,7 \pm 0,59\%$) имела место третья степень нервно-психического напряжения (чрезмерное нервно-психическое напряжение, НПН-III), проявляющаяся выраженным психическим и физическим дискомфортом ($75,4 \pm 0,63$). Обследованные испытуемые предъявляли большое количество жалоб на неприятные ощущения и переживания. Общие оценки состояния испытуемых также отличались высокими степенями частоты, генерализованности и выраженности состояния напряжения. Для мужчин, переживающих эту степень напряжения, наиболее тягостными были ощущения физического дискомфорта, у женщин был более выраженным психический дискомфорт (различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$). В то же время, нервно-психическое напряжение у всех студентов данной группы сопровождалось значительным снижением эмоционального фона, низким настроением, состоянием растерянности, тревоги и беспокойства, ожиданием неблагоприятного исхода ситуации (различия между группами мужчин и женщин статистически недостоверны, $p > 0,05$).

При этом у значительного числа студентов данной группы копинг-стратегии оставались достаточно конструктивными: высокая степень напряжения копинга самоконтроля имела место у 12 женщин ($29,2 \pm 0,66\%$) и 3 мужчин ($7,3 \pm 1,82\%$), у 6 женщин ($14,6 \pm 1,37\%$) отмечалась высокая степень напряжения положительной переоценки. В то же время, у мужчин отмечалось высокое напряжение конфронтационного копинга (3 чел. – $7,3 \pm 0,58\%$) и копинга, ориентированного на дистанцирование (2 чел. – $4,8 \pm 1,72\%$). Также у женщин нараста-

ло до высокой степени напряжение ориентированных на избегание стратегий дистанцирования (14 чел. – 34,1±1,73%) и бегства-избегания (5 чел. – 12,2±1,29%).

У 32 студентов (20,8±0,77%) уровень нервно-психического напряжения соответствовал I степени (40,9±1,35). Испытуемые практически не предъявляли жалоб. В их состоянии фактически не отмечалось сколько-нибудь заметных сдвигов как со стороны психической деятельности, так и в функционировании соматических систем. Если же студенты и обнаруживали какие-либо изменения самочувствия, то они были выражены весьма слабо и не объяснялись ситуацией хронического стресса. Складывалось впечатление, что у студентов данной группы как бы не произошло «включения» в экстремальную ситуацию, что она не расценивалась ими как сложная, требующая мобилизации усилий на ее преодоление. Однако исследование копинг-поведения студентов данной группы обнаружило умеренное напряжение стратегий положительной переоценки (8,2±0,43) и дистанцирования (11,4±0,67) в сочетании с высоким уровнем напряжения копинга самоконтроля (13,6±0,98), планирования (14,8±1,33) и принятия ответственности (16,4±0,56) как у женщин, так и у мужчин.

Таким образом, общее количество студентов, испытывающих нервно-психическое напряжение II и III степени, составляет 79,3% (122 чел.). Нарастание нервно-психического напряжения положительно ($p < 0,05$) коррелировало с длительностью пребывания студентов в зоне военного конфликта. В то же время, на фоне нарастания нервно-психической напряженности трансформировались стратегии поведения обследованных студентов: от более конструктивного копинга положительной переоценки, планирования и принятия ответственности к условно конструктивным самоконтроля и дистанцирования и мало конструктивным стратегиям конфронтации и бегства-избегания. Гендерные различия прослеживались не только в характеристиках нервно-психического напряжения (доминирование переживания соматического дискомфорта у мужчин и психического дискомфорта у женщин при третьей степени НПН), но и в частоте преобладающего копинг-поведения. Полученные данные, наряду с данными оценки личностного потенциала студентов медицинского вуза, положены в основу разработки системы реабилитации и психопрофилактики мирного населения Донбасса, направленной на эффективное использование личностных ресурсов преодоления кризисных состояний и восстановления психологической адаптации к условиям повышенного риска для жизнедеятельности.

Превенция суицидального поведения и общественные организации

Замалиева С. А., Ковпак А. И., Ковпак Д. В.
Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

В 2016 году Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии (АКПП) открывает новый проект своей общественной деятельности – «Самоубийству стоп!». Ассоциация активно разрабатывает стратегический план, который ставит социально ориентированную задачу — привлечение внимания широкой общественности к острой проблеме суицидов в России. Ожидаемыми результатами долгосрочного социального просветительского проекта являются редукция суицидального поведения, развитие междисциплинарного и межведомственного взаимодействия. Рост суицидов в России и расширение групп риска – это вызов для профессионального сообщества. Среди многих причин смертности процент суицидов остается устойчивым, это означает, что необходимо развивать интерес общества и инвестирование в исследования проблемы, образование специалистов, работающих и так или иначе касающихся групп риска, просвещение населения. Общественные организации – это один из способов интеграции междисциплинарного и отраслевого взаимодействия.

АКПП предлагает воспользоваться опытом, предоставленным Американским Национальным Фондом по превенции суицидов (AFSP). Этот фонд успешно реализует поддержку как организациям, так и лицам пострадавшим после суицида и их родственникам. AFSP ежегодно инициирует и проводит около 20 % всех исследований, посвященных суицидальному поведению, привлекает доноров и создает гранты, выделяемые на изучение данной остроактуальной для США темы. Общественная и просветительская деятельность фонда распространяется на законодателей и страховые компании, для того чтобы направлять средства конкретным группам людей, имеющих риск суицидального поведения и проводить с ними первичную и вторичную профилактику, например, инициация программ помощи военными и ветеранами войн. Также специалистами фонда разработана интерактивная скрининговая программа, которую прошли уже более 25 000 человек. Программа рассчитана на людей, которые имеют риск реализации суицида, но желают обращаться за помощью к специалистам. Специалистами AFSP создано большое количество методических,

документальных, организационных, статистических, программных и IT-разработок, которыми они готовы поделиться с другими странами, и в частности с Россией .

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии создает инициативную группу и фонд, чтобы осуществлять, координировать и развивать деятельность, направленную на превенцию суицидов и профилактику суицидального поведения. Эта группа будет фокусировать свою работу на объединении людей и организаций, способствующих борьбе с различными формами суицидального поведения. Расширяя рамки сотрудничества АКПП, эта группа готова организовывать такие события, как Международный День Борьбы с Суицидом, «прогулка из темноты к свету», в которой участвуют более 180 000 человек, пострадавших от суицидального поведения, и 600 000 доноров в США. Количество людей, участвующих в международных событиях, посвященных борьбе с суицидом, неумолимо растет во всем мире, и мы призываем продолжить и присоединиться к развитию данного движения по всей России .

Инновационные области мультидисциплинарных исследований для развития научного направления по превенции суицидов на сегодняшний день :

- В нейробиологии значимым вопросом является рассмотрение и прояснение, какие мозговые структуры и нейромедиаторное функционирование связано с суицидом.
- Психологические исследования посвящены факторам риска и распознаванию знаков готовности к совершению суицида.
- Генетика изучает, каким образом соотносится генетические особенности и суицидальный риск, и как в связи с этим возможно развитие биологического лечения.
- В терапии исследуются, какие виды лечения – психотерапия или медикаментозное лечение – эффективны для снижения суицидов.
- В общественных науках наиболее актуальный вопрос заключается в измерении эффективности таких общепринятых программ превенции, как телефон доверия, горячая линия, тренинги, работа с сообществом суицидентов.
- Общим, интегрирующим направлением в науке является изучение людей потерявших близких в результате суицида, как переживается потеря и как помочь исцелиться.

Борьба с навешиванием ярлыков, просвещение членов общества и лидеров здравоохранения, воспитание культуры поощрения поис-

ка помощи у людей, имеющих психологические проблемы и психические расстройства, являются важнейшими направлениями по предотвращению суицидов. Важным шагом в данном направлении является создание таких средств, которые могли бы предоставить анонимный и простой доступ к лечению для людей, которые не ищут помощи у специалистов напрямую. Просвещение населения и представителей в различных инстанциях должно использовать доказательные подходы, чтобы они могли работать в обычной жизни, помогая учителям, родителям, молодежи и общественным лидерам противостоять суицидам. Для этого создаются тренинги, вебинары, фильмы, упражнения, презентации и другие мероприятия и программы, чтобы научить специалистов и обычных людей распознавать факторы риска и признаки суицидальной готовности. Общественные организации показывают, как помочь тем, кто находится в группе риска так же, как бороться со стигматизацией людей с психическими расстройствами, которая удерживает их от поиска квалифицированной помощи. АКПП также готова предоставлять актуальные исследования, посвященные изучению суицидов и их превенции врачам и другим специалистам в области психического здоровья, которые могут распознать риск суицидального поведения у своих пациентов, а также обеспечить им адекватную помощь.

Нужно отметить, что каждая потеря вследствие суицида влечет за собой переживание тяжелой утраты сразу у большого количества людей. Проект «Самоубийству стоп!» призван координировать и осуществлять помощь выжившим после попытки суицида и их близким на всех этапах переживания горя, обеспечивая программы и ресурсы для излечения, а также возможности волонтерства для выживших, которые находят поддержку в объединении и обмене опытом и мнениями с людьми, попавшим похожую сложную жизненную ситуацию.

Межведомственное и междисциплинарное взаимодействие способно снизить количество суицидов. Мы должны объединять усилия на федеральном и местном уровнях, чтобы улучшить уровень психического здоровья и сделать более эффективной превенцию и профилактику суицидов.

22 ноября тысячи людей переживших потерю после суицида объединяются вместе по всему миру. Более 275 мероприятий проводится в этот день в местных сообществах для того, чтобы каждый смог найти комфорт, понимание и утешение, поделившись своей историей исцеления и надежды.

В 2016 году уже в 18-й раз пройдет Международный день победы

над суицидом. Новые участники программы смогут сделать первый шаг к исцелению, приняв участие в Дне победы над суицидом, поделившись своей историей, найдя свою организацию или специалиста. Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии готова предоставить такую возможность взаимодействия на федеральном уровне, объединив усилия всех отделений АКПП, ее членов и опытных специалистов, а также за счет предоставления опыта коллег из США и по всему миру .

Содержание

Вступительное слово

Палкин Ю.Р. председатель организационного комитета главный врач ГПБН№7 им. акад. И.П. Павлова.

Ковпак Д. В. председатель редакционной коллегии, к.м.н., доцент кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова..... 7

Письмо И.П.Павлова к молодежи..... 9

И. П. Павлов – 87 лет служения правде

Калягин В.А. доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи..... 11

Дезинтеграционно-кризисные особенности идентичности личности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания

Абрамов Вл. Ан.,

доктор медицинских наук, профессор, Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра психиатрии, наркологии и мед.психологии, заведующий кафедрой.

Абрамов Вл. Ал.,

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра психиатрии, наркологии и мед.психологии, ассистент..... 17

Суицидальные тенденции у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии 22

Профилактика синдрома эмоционального выгорания у лиц, оказывающих помощь в кризисных ситуациях

Васильева Н.Г., СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург..... 26

Теоретические основы и методические подходы для оценки риска общественной опасности психически больных.

Голоденко О.Н., Ряполова Т.Л., Соловьева М.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра психиатрии, наркологии и мед.психологии, г. Донецк, ДНР..... 27

Диссоциальное расстройство личности и возрастные аспекты его формирования.

Гречаный С. В.

| | |
|--|----|
| Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет..... | 32 |
| Психологические детерминанты комплексного сопровождения личности в ситуации переживания кризиса | |
| Каяшева О. И., доцент факультета психологии ГОУ ВО МО МГОУ, г. Москва | |
| Николаева Н. В. заведующий кафедрой клинической и консультативной психологии НОУ ВПО АССО, г. Москва..... | 39 |
| Суицидальное поведение и «третья» волна когнитивно-поведенческой терапии | |
| Ковпак Д. В. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии Российская Психотерапевтическая Ассоциация Санкт-Петербург..... | 45 |
| Опыт оказания кризисной помощи родственникам погибших в авиакатастрофе в Санкт-Петербурге в 2015 году | |
| Ляшковская С.В., Лысенко И.С., Семенова Н.В. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева..... | 62 |
| Когнитивно адаптивная психотерапия кризисных состояний: методика рационализации состояний сознания. | |
| Натаров (Александров) В. И., Доцент, кандидат психологических наук..... | 65 |
| Работа психологической службы в рамках модели оказания экстренной психологической помощи | |
| Николаева Н. В. заведующий кафедрой клинической и консультативной психологии НОУ ВПО АССО, г. Москва..... | 71 |
| АСТ в работе с психологической травмой и ПТСР | |
| Павлов Н. А., Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии, г. Москва..... | 76 |
| Особенности совладания со стрессом больных пограничной депрессией | |
| Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Шатиль М.М. | |

| | |
|---|------------|
| Кафедра психиатрии и наркологии СПбГУ, СПб ГУЗ «Психиатрическая больница №7 Клиника неврозов им. И.П. Павлова»..... | 83 |
| Опыт применения методики объективной оценки текущего психологического состояния и свойств личности ПАК SMS для оценки уровня адаптации и риска кризисных состояний студентов иностранного факультета СПб ГТУ | |
| Пискун О.Е., Петрова Н.Н., Фролов Б.С., Овечкина И.В., Бондарчук И.Л., Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого..... | 84 |
| Особенности копинг-поведения у студентов медицинского вуза в ситуации хронического стресса в зоне вооруженного конфликта в Донбассе | |
| Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Соловьева М.А. Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии..... | 94 |
| Об опыте терапии театром в центре аффективной патологии Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка. | |
| Соловьева М.А., Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Студзинский О.Г. Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра психиатрии, наркологии и мед.психологии, г. Донецк, ДНР..... | 96 |
| Гармонизация социальной ситуации развития как фактор стабилизации психоэмоционального состояния детей с церебральной органической патологией | |
| Туровская Н. Г., кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ», медицинский психолог ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»..... | 100 |
| Опыт оказания специализированной медицинской помощи пациентам с расстройствами приёма пищи | |
| Фаддеев Д.В. заместитель главного врача по медицинской части, СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова» | |
| Палкин Ю.Р. главный врач, СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова» | |
| Демьяненко А.М. заведующий Городским психотерапевтическим центром, СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. Академика И.П. Павлова» | |

| | |
|--|-----|
| Гречаный С.В. заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России..... | 104 |
| Превенция суицидального поведения и общественные организации Замалиева С. А., Ковпак А. И., Ковпак Д. В. Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии..... | 110 |

XX Клинические Павловские чтения

Кризисные состояния: современные подходы к оказанию
специализированной медицинской помощи

21 апреля 2016 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Подписано в печать

Формат 60x84/16. Бумага офсетная.

Гарнитура Myriad Pro.

Печать цифровая. Усл. печ. л. 7,375

Тираж 120 шт. Заказ № 1004/16

Издательство «СИНЭЛ»

Отпечатано в типографии «СИНЭЛ»
194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10