

**ПМПА**

**Профессиональная Медицинская Психотерапевтическая Ассоциация**

**Сборник тезисов**

**Международного Конгресса**

**«Эволюция и интеграция в психотерапии.  
Психотерапия в сохранении здоровья  
населения»**

31 мая – 1 июня 2018 г.

## Содержание

1. <b>Абриталин Е.Ю.,</b> «Психотерапия и эзотерика: некоторые точки соприкосновения».....	5
2. <b>Александров А.А.,</b> «Интеграция личности в аналитико-катартической терапии».....	6
3. <b>Амосов А.В.,</b> «Опыт применения практик телесно ориентированной терапии и их связь с характеристиками личности».....	7
4. <b>Андреева Г.О., Емельянова А.Ю.</b> «Лечение инсомнических расстройств у больных с мышечно-тоническим болевым синдромом».....	8
5. <b>Архиповская О.А. ,</b> «Отношение к сексу учащихся 16-19 лет с нарушениями зрения».....	8
6. <b>Белан Е.Е.,</b> «Проблемы формирования диалогической модели взаимодействия детей с разными возможностями здоровья».....	9
7. <b>Гречаный С.В.,</b> «Системные семейные методы терапии и профилактики кондуктивных расстройств у подростков».....	10
8. <b>Гусева Н.А., Голюк Н.М.,</b> «Риск психотравматизации и послеродовой депрессии у женщин, рожавших дома и в роддоме».....	11
9. <b>Давыдов А.Т., Бутко Д.Ю., Даниленко Л.А., Артамонова М.В.,</b> «Опыт оказания психотерапевтической помощи у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством».....	11
10. <b>Демьянов Ю.Г.,</b> «Роль родителей в проявлениях психопатологии у детей в процессе психологической коррекции и психотерапии».....	13
11. <b>Диденко Е.Я.,</b> «Психотерапевтическая помощь родителям молодых людей с нарушением зрения в преодолении хронического стресса».....	14
12. <b>Захаркина М.В.,</b> «Коррекционная помощь детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях частного детского учреждения».....	17

<b>13. Зыбалова Д.А.,</b> «Роль интерактивного «Музея Сказки» в работе педагога-психолога».....	18
<b>14. Иванова Н.В.,</b> «Проявление адаптивности у подростков с отклонениями в развитии».....	19
<b>15. Ильченко Е.Г.,</b> «Аналитико-катартическая терапия на примере истории болезни пациентки с паническим расстройством».....	20
<b>16. Колпакова А.Е.,</b> «Особенности семейной информационной среды подростков со склонностью к дезадаптивному поведению».....	21
<b>17. Колосова Т.А.,</b> «Формирование защитно-совладающего поведения умственно отсталых подростков в контексте семейных отношений».....	21
<b>18. Коновалова Н.Л., Матвеева Н.Ю.</b> «Мультимодальный подход в арт-терапевтической работе с гиперактивными дошкольниками».....	22
<b>19. Михеева О.В., Толкачев А.С.,</b> «Психотерапия на пути вскрытия причин, диагностики и коррекции невынашивания, осложнений беременности, приводящих к досрочному родоразрешению».....	23
<b>20. Посохова С.Т., Белан Е.Е.,</b> «Модель психологической помощи в условиях социальной интеграции и инклюзии».....	26
<b>21. Рашитова Л.С.,</b> «Образ Я дезадаптированных подростков».....	27
<b>22. Русина Н.А.,</b> «Перфекционизм и контроль эмоций при ревматоидном артрите и сахарном диабете 2 типа».....	27
<b>23. Сатаева Л.Г., Сагантаева С.Х., Мырзабаева Н.А., Шукербекова А.Б., Куттыкожаева Г.</b> «Формуляр препаратов, используемых для лечения пациентов психоневрологических медицинских организаций».....	28
<b>24. Сорокин В.М.,</b> «Основные психологические проблемы семейного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья».....	33
<b>25. Слабинский В.Ю.,</b> «К вопросу истории патогенетической психотерапии (к 125-летию В.Н. Мясищева)».....	33
<b>26. Степанов К.В.,</b> «Смысловая сфера подростков-сирот с нарушениями интеллекта».....	34

27. <b>Терещенко А.В., Коврижных Т.А.,</b> «Опыт организации медико-социальной, психотерапевтической и психологической помощи пожилым людям в специализированных частных пансионатах» .....	35
28. <b>Турчанинов Е.Е.,</b> «Функционирование психологических защит у подростков с легкой умственной отсталостью из неполных семей, как фактор сохранения их психосоматического здоровья».....	37
29. <b>Тхоржевская Л.В.,</b> «Психологическая помощь семьям, воспитывающих детей с умственной отсталостью (умеренной F71)».....	38
30. <b>Федоров Я.О.,</b> «Демонстрационная группа – новый инструмент супервизии, обучения и развития междисциплинарного взаимодействия».....	39
31. <b>Фоменко С.В.,</b> «Равнодушие родителей как фактор межличностной агрессии детей».....	39
32. <b>Чернышкова А.Г.,</b> «Прикладной анализ поведения как метод построения диалогических взаимоотношений с ребенком с расстройством аутистического спектра».....	40

## **«Психотерапия и эзотерика: некоторые точки соприкосновения»**

**Абриталин Е.Ю.**

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии

Психотерапия, являясь медицинской дисциплиной, нередко интегрирует в своей практике различные учения и взгляды, относящиеся к другим сферам научного и духовного познания (философия, психология, религия, эзотерика). В концепции «трансерфинга» В. Зеланда (2008) заложен поиск компромисса между двумя противоположными точками зрения: предопределенности всего свыше и возможности самостоятельного формирования своей «судьбы».

«Предначертанность» жизненного «сценария», выбор которого осуществляется самим пациентом, определяет экзистенциальную свободу выбора, осознание которой в процессе психотерапевтической работы может приводить как инсайту, так и к углублению невротических переживаний. Причем эти две стадии нередко сменяют друг друга: вначале приходит осознание практически «безграничных» возможностей, а затем понимание сложности выбора и, как следствие, пассивность в реализации конкретных действий. И, если первое способствует улучшению психологического состояния пациента, то второе приводит к регрессу с нередким усилением депрессивной симптоматики. Выходом из создавшегося психотерапевтического «кризиса» может быть определение нескольких потенциальных жизненных целей, причем без четкой конкретизации, но с возможностью разработки направления реализации практических действий. В дальнейшем с пациентом анализируются более конкретные шаги по различным направлениям с обязательным контролем положительных изменений. По мере компенсации или редукции невротических проявлений возможен переход на поддерживающую психотерапию с урежением по частоте и укорочением по времени психотерапевтических сеансов.

Некоторые другие положения концепции «трансерфинга» также вполне согласуются с психотерапевтическими методами и, в ряде случаев, практически дублируют отдельные техники. Например, достижение баланса между «внутренним» и «внешним» намерениями предполагает психотерапевтическую поддержку в процессе реализации поставленных целей и психокоррекционную работу по формированию эмоциональной устойчивости, как при получении положительного подкрепления, так и при негативном развитии событий. Аксиологический выбор нескольких потенциальных жизненных целей также направлен, прежде всего, на уменьшение выраженности тревоги при обсессивном представлении негативного варианта развития событий. Визуализация с формированием «слайдов», рекомендуемая В. Зеландом, применяется, в частности, в технике «взмаха» в НЛП.

Безусловно, не стоит активно использовать все рекомендации В. Зеланда, поскольку некоторые из них вступают в откровенное противоречие с современными

медицинскими подходами, а часть опубликованной в его книгах информации недостоверна, однако отдельные положения концепции «тансерфинга» могут успешно применяться в психотерапевтической практике.

### **«Интеграция личности в аналитико-катартической терапии» Александров А.А.**

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

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) – это краткосрочная модель психотерапии, основанная на теории личности и концепции невроза В.Н. Мясищева. Основу этого метода составляет имагинативная техника «диалога со значимым другим», предназначенная для прояснения неосознанных переживаний. Конечная цель - реконструкция нарушенных отношений личности. Для реализации этой цели необходимо сочетание генетического осознания с осознанием интерперсональным. АКТА предоставляет возможность сочетания двух видов осознания, поскольку здесь проигрываются диалоги со значимыми фигурами из настоящей жизни пациента, прямо или опосредованно включенными в актуальные переживания пациента, и с фигурами первичных социальных групп (родители, воспитатели и проч.), в которых формировались отношения личности пациента.

В процессе аналитико-катартической терапии происходит движение от частичного катарсиса к катарсису интеграции. Каждый диалог с отдельной фигурой заканчивается, как правило, частичным, или неполным, катарсисом. Это – интерперсональное осознание – понимание пациентом своей роли в межличностном конфликте. Для достижения полного катарсиса необходимы диалоги с родительскими или иными фигурами первичной группы. Полный катарсис является результатом интеграции частичных катарсисов, достигнутых в диалогах с отдельными значимыми фигурами. Катарсис интеграции в АКТА – это момент трансформации личности, перестройки нарушенных отношений. При глубокой проработке частных внутренних конфликтов и лежащих в их основе отношений происходит генерализация полученного опыта на другие сферы личностного функционирования с трансформацией в той или иной степени всей системы отношений личности.

## **«Опыт применения практик телесно ориентированной терапии и их связь с характеристиками личности»**

**Амосов А.В.**

Магистрант Русской христианской гуманитарной академии (г. Санкт Петербург)

Нами было проведено исследований, изучающее связь телесно ориентированной терапии и эмоционально- поведенческих характеристик личности. Известно, что использование определенных упражнений ведет к распусканию мышечного панциря, а вместе с тем и к изменению различных характеристик личности. Все исследование проходило в 3 этапа. На первом этапе исследования респонденты были обследованы при помощи психологических методик: «Прогноз 2», «Торонтская алекситимическая шкала TAS-20-R», «ИТО+-2», «Спилбергер ЛТ», «Экспресс – диагностика социальных ценностей личности». Второй этап - это этап проведения занятий: всего было проведено до 10 занятий. После этапа проведения занятий было проведено

повторное исследование. После повторного тестирования была проведена качественная и количественная обработка данных тестов: по всем вышеперечисленным анкетам была проведена количественная обработка данных, а по методикам «Прогноз 2», «ИТО+-2», «Спилбергер ЛТ» была дополнительно проведена качественная обработка при помощи подсчета стенов. Выводы делались на основании результатов интерпретации 3 видов данных: 1. Сопоставленные качественные и количественных данные: если статистически значимые данные совпадали в качественных и количественных результатах. 2. Только качественные данные: по тем методикам, где обработка предусматривает перевод сырых баллов в стены, но количественные показатели не показали статистически значимых результатов. 3. Только количественные данные: данные тех методик, где отсутствовала возможность перевода сырых баллов в стены.

После сопоставления всех результатов, выводы можно сформулировать так, после занятий с психологом у респондентов усилилась лабильность, респонденты стали отдавать предпочтение общественным ценностям, респонденты стали менее тревожными, и стали меньше испытывать трудности с описанием своих чувств. Также можно сказать что у респондентов усилились лидерские и социабельные черты, снизился уровень конформизма.





**« Лечение инсомнических расстройств у больных с мышечно-тоническим болевым синдромом»**

**Андреева Г.О, Емельянов А.Ю.**

Военно-медицинская Академия им.С.М. Кирова г.Санкт-Петербург

Цель исследования: оценка эффективности применения методик иглорефлексотерапии (ИРТ), направленных на лечение инсомнических расстройств у больных с мышечно-тоническим болевым синдромом.

Материалы и методы. Провели обследование и лечение 63 пациентов (47 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 21 до 47 лет с диагнозом мышечно-тонический болевой синдром, инсомния. У всех больных в анамнезе отмечались нарушения сна за 1-1,5 года до появления болей. Проводили оценку боли по визуальной аналоговой шкале, анкетирование качества сна. Больные были разделены на 2 группы: больным 1 группы проводилась ИРТ с применением методик, направленных на лечение инсомнических нарушений и болевого синдрома, больным 2 группы – процедуры ИРТ только с целью купирования болевого синдрома. Всем больным проводилась медикаментозная терапия с применением НПВС, миорелаксантов.

Результаты и обсуждение. До лечения выраженность боли была  $67,1 \pm 6,8$  мм, нарушения сна  $15,8 \pm 1,2$  баллов. Через 3 недели боль была купирована у 71,9 % больных 1 группы и у 51,6 % больных 2 группы, сон нормализовался у 84,4 % больных 1 группы, у 41,9 % больных 2 группы. Целенаправленное применение методик ИРТ для нормализации сна позволяет купировать инсомнические расстройства и сократить сроки лечения болевого мышечно-тонического синдрома. Инсомния может быть причиной мышечно-тонических болевых нарушений как проявления психосоматических расстройств. Возможно, нарушения сна являются доклинической стадией развития мышечно-тонического болевого синдрома.

**«Отношение к сексу учащихся 16-19 лет с нарушениями зрения» Архиповская О.А.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ярославский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Особенности психосексуальной сферы лиц подросткового и юношеского возраста рассмотрены в ряде работ медицинских психологов, психотерапевтов, психиатров. Однако до настоящего времени мало уделялось внимания изучению психосексуальных характеристик слепых и слабовидящих.

Цель исследования – изучить и сравнить установки к сексу у незрячих подростков 16-19 лет и у их здоровых сверстников.

Выборка исследования: 140 учащихся 16-19 лет образовательных учреждений г. Санкт-Петербурга.

Методика исследования: опросник Н.Л. Еysenk «Отношение к сексу», опубликованный в 1989 г. Наряду с исследованием отношения к сексу, методика ориентирована на прогноз удовлетворенности отношениями, выявление отклонений в сексуальном поведении, диагностику феминности-маскулинности у лиц обоего пола.

Анализируя данные проведенного исследования можно сделать вывод о том, незрячие подростки обладают более легким отношением к сексу в сравнении с респондентами контрольной группы, более свободно говорят о сексе, не испытывая отвращения к различным видам секса, в большей степени проявляют маскулинные черты в сексуальных вопросах. При этом испытывают меньшую удовлетворенность сексуальной жизнью в сравнении со зрячими. Респонденты основной группы живущие половой жизнью обладают более высокой сексуальной чувствительностью и легче возбуждаются в сравнении с респондентами неживущими половой жизнью. Подростки с нарушениями зрения начинают половую жизнь несколько раньше их зрячих сверстников.

## **«Проблемы формирования диалогической модели взаимодействия детей с разными возможностями здоровья»**

**Белан Е.Е.**

ГБДОУ № 2 компенсирующего вида Кировского района, Санкт-Петербург

Внедрение в нашей стране интегрированного образования и инклюзии базируется преимущественно на педагогическом подходе, который предполагает объединение в одном образовательном пространстве детей с разными сенсорными, моторными, интеллектуальными ограничениями здоровья, детей с симптомами аутистического спектра и детей с нормативным развитием. Ценность педагогического подхода заключается в том, что дети с разными возможностями здоровья приобретают опыт взаимодействия друг с другом. Однако в рамках педагогического подхода интегративный опыт детей часто приобретает поверхностный характер, поскольку контакт между детьми ограничивается индивидуальными, сугубо формальными предметными или игровыми действиями – без эмоциональной обращенности друг к другу, без потребности в общении. В России без решения проблем методологического, организационного и социально-психологического характера, без соответствующего научно-методического, финансового и кадрового обеспечения внедрить

интегрированный подход взамен существующему дифференцированному подходу не представляется возможным. В современной российской системе специального образования одним из актуальных направлений инновационной деятельности исследователей и практиков является разработка и реализация таких моделей интеграции, которые были бы наиболее приемлемыми и эффективными в отечественных социально-экономических условиях.

**«Системные семейные методы терапии и профилактики  
кондуктивных расстройств у подростков»**

**Гречаный С. В.**

Кафедра психиатрии и наркологии СПбГПМУ

Расстройства поведения (РП) являются одними из наиболее часто диагностируемых психических расстройств в детско-подростковой популяции как в амбулаторных, так и в стационарных условиях [Breslau J. et al., 2012, Buitelaar J.K. et al., 2013]. Терапия РП традиционно признавалась сложной задачей из-за необходимости устранения множества факторов, лежащей в основе конкретной поведенческой девиации [Frick P.J., 2001]. Однако в настоящее время выработаны отчетливые принципы терапии РП, приносящие результаты в долгосрочной перспективе [Kazdin A.E., 2002]. Во-первых, предпочтение отдается поведенческим и когнитивно-поведенческим методикам, показавшим преимущественную эффективность по сравнению с другими методами, в частности, с фармакотерапией. Наиболее успешные из них сосредоточены на улучшении социальной компетентности у детей и подростков и развитии у них просоциального поведения (поведения, направленного на благо и пользу других). К числу доказательно эффективных методик лечения РП относят тренинг когнитивных проблемно-разрешающих навыков, тренинг родительского руководства, функциональную семейную терапию и мультисистемную терапию [Searight H.R., 2011].

**«Риск психотравматизации и послеродовой депрессии у женщин, рожавших дома и в роддоме»**

**Гусева Н.А., Голюк М.Н.**

ИСПиП, С.-Петербург

Мы ставили цель изучить переживания рожениц, оценить факторы развития послеродовой депрессии и психотравматизации в родах.

Обследовано 319 женщин, из них набраны 2 группы (49 сознательно рожавших дома, и 116 рожавших в роддоме), выровненные по социальному и соматическому статусу. Методики: «Семантический дифференциал», «Методика оценки переживания в психотравматической ситуации», «Эдинбургская шкала постнатальной депрессии», анкета, контент-анализ рассказов о родах.

Результаты: Для 31,9% рожавших в роддоме, роды явились психотравматической ситуацией (ПТС). Выявлена связь большого количества медицинских манипуляций, «акушерской агрессии» с риском ПТС.

Высокий риск послеродовой депрессии(ПД) – у 14,2% рожавших дома, и у 49,1% рожавших в роддоме. Факторы риска: вмешательства в родах (особенно ЭКС), недостаток поддержки со стороны отца ребёнка, негативный опыт общения с акушеркой.

Активность, экстравертированность, волевые качества роженицы могут становиться как помогающим фактором для психологически благополучного переживания родов (в роддоме), так и мешающим фактором (при родах дома).

Доверительные, созданные до родов отношения роженицы с сопровождающим специалистом связаны с более низким уровнем ПТС (-0,40), меньшей вероятностью ПД (-0,36), большей выраженностью эмоций «удовольствие-радость»(+0,33) и меньшей – «страдание» (-0,39), «гнев» (-0,41), «страх» (-0,36).

**«Опыт оказания психотерапевтической помощи у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством»**

**Давыдов А.Т., \*Бутко Д.Ю., \*\*Конончук В.В., \*Даниленко Л.А.**

ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

\*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

\*\*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

## Аннотация.

Приводится опыт оказания психотерапевтической помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством.

Целью исследования явилась оценка эффективности использования психотерапевтической помощи у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР).

### Материалы и методы исследования.

Обследовано 65 человек, перенесших ПТСР. Основную группу составили 33 человека с ПТСР. В контрольную группу вошли 32 человека с ПТСР без оказания психотерапевтической помощи. Используются методики Монтгомери-Асберга, шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности. Помощь включала проведение рациональной, индивидуальной и семейной психотерапии, методик саморегуляции и мышечной релаксации, когнитивную, поведенческую и арттерапию.

### Результаты и их обсуждение.

У лиц основной группы с ПТСР уровни депрессии и реактивной тревожности до оказания психотерапевтической помощи составили  $25,4 \pm 4,8$  и  $66,7 \pm 5,9$  баллов, а после их проведения снизились до  $13,5 \pm 3,9$  и  $43,0 \pm 4,6$  баллов. Эффективными оказались индивидуальная рациональная и групповая психотерапия методами психической саморегуляции, мышечной релаксации, когнитивно-поведенческая и арттерапия. Достоверно снизилась депрессия, страх, тревога и эмоциональное напряжение. Пациентам с ПТСР разъяснялось, что их переживания являются нормальной реакцией на сильный стресс, включающей ощущение страха, беспомощности, сострадания, негодования. Проводилась коррекция нажитых стереотипов поведения, перестройка самооценки и системы отношений, оптимизация общения, выработка конструктивных установок и адекватных форм психологической компенсации, восстановление личного и социального статуса. У 22 лиц основной группы с ПТСР была отмечена ремиссия, что составило 66,7 %. У 11 лиц с ПТСР, что составило 33,3 % проявления ПТСР сохранялись, что потребовало назначения медикаментозных средств, в частности феназепам в суточной дозировке 1 мг на ночь за 30 минут до сна в течение 3 недель.

## **«Роль родителей в проявлениях психопатологии у детей в процессе психологической коррекции и психотерапии»**

**Демьянов Ю.Г.**

Успех в оказании психологической и психиатрической помощи детям с различными психопатологическими проявлениями во многом зависит от адекватного участия их родителей в проводимой лечебно-коррекционной работе.

Данное сообщение основано на результатах обследования и лечения детей в Центре восстановительного лечения "Детская психиатрия" им. С.С.Мнухина г. Санкт-Петербурга. Анализировалась клиническая картина патологии ребенка, отношение родителей к самому ребенку, к его болезни и возникающие трудности в проведении психологической коррекции и

психотерапии в следствие деструктивного поведения членов семьи.

Патогенное влияние членов семьи на ребенка проявлялось в разных вариантах:

1. Как "пусковой механизм" для раскрытия патологических признаков.
2. Как этиологический и патогенетический фактор.
3. Как психогенетический и патопластический фактор.
4. Как фактор, утяжеляющий картину заболевания.
5. Как фактор, препятствующий адаптации ребенка к социуму.

Негативное влияние родителей на патологические проявления носило осознанный и не осознанный характер.

Варианты деструктивного влияния родственников на клиническую картину заболевания преимущественно сводились к таким как:

1. Отрицание наличия патологии у ребенка.
2. Проявление "сверхзаботы" с хаотичным, непоследовательным и непродуктивным вмешательством в лечебный процесс.
3. Уклонение от участия в семейной психотерапии с неприятием своей роли в характере проявления патологических признаков у ребенка.
4. Установка родителей на то, что "все само собой благополучно разрешится без всякого лечебного вмешательства"
5. Самоустранение родителей от лечебного процесса с требованием к специалистам сделать ребенка "хорошим и здоровым и при этом не применять никаких лекарств"
6. Обвинение всех специалистов в настоящее время и принимавших ранее в диагностике и лечении ребенка в некомпетентности.

Психотерапия проводилась в стиле системной семейной психотерапии нередко в сочетании с необходимой в той или иной конкретной ситуации индивидуальной и диадной психокоррекционной работой.

## **«Психотерапевтическая помощь родителям молодых людей с нарушением зрения в преодолении хронического стресса»**

**Диденко Е.Я.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Государственный университет морского и речного флота им. адмирала С.О. Макарова»

Аннотация. Родители молодого человека с нарушениями зрения длительное время пребывают в состоянии хронического стресса, который их сопровождает на всем пути воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Длительный стресс дезорганизует личность и отражается на психологическом, социальном и соматических уровнях. Преодоление хронического стресса всеми членами семьи возможно при условии профессиональной, целенаправленной психотерапевтической помощи.

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в том числе с сенсорными нарушениями провоцирует ситуацию хронического стресса Seligman (1991a), Quittner (1990), Wikler (1986) у всех членов семьи [9], [8],[10]. По мнению Ткачевой В.В. (2006, 2007, 2014) драматичность ситуации усугубляется тем, что хронический стресс провоцирует кризис как на внутреннем (психологическом), так и внешнем (социальном), затрагивающим социальный, психологический, соматический уровень существования семьи как системы [5], [6],[7].

Согласно проведенному нами исследованию рождение и воспитание ребенка с сенсорным нарушением, совместное с ним проживание затрагивают не только самоотношение, но и вызывает личностные изменения членов семьи, в первую очередь родителей. Согласно ответам на вопросы анкеты «Совладание с трудностями» [3], родители молодых людей с нарушениями зрения, указывают на довольно широкий спектр личностных изменений, произошедших с ними за годы воспитания своих детей. Наблюдавшиеся ими изменения были как положительными, так и отрицательными, и различались выраженностью. Отмечается усиление таких личностных свойств, как сила Я (76%), ответственность (70%), терпимость (68%), внимательность (60%), рассудительность (52%). Наряду с усилением личностных свойств родители отмечают и отрицательные изменения: настороженность (70%), замкнутость (60%), раздражительность (30%). Как следует из результатов, родители молодых людей с нарушениями зрения часто отмечают усиление личностных свойств, создающих барьеры в сфере общения, в частности настороженности и замкнутости. Реже они указывают на раздражительность как признак утомления, низкого сопротивления стрессу.

Родители, участвовавшие в исследовании, замечают, что воспитание детей с сенсорными нарушениями сопровождается разными переживаниями, которые, связаны с психологическими и физиологическими особенностями в развитии юношей и девушек с нарушениями зрения. Тем не менее, преобладают негативные чувства, сопровождающие их на протяжении длительного времени адаптации не только к психологическим, физиологическим особенностям ребенка, но и к специфике принятия обществом детей с ограниченными возможностями здоровья. Наиболее часто ими переживается тревога (93,3%). Родительская тревога спровоцирована постоянными мыслями о том, как ребенок самостоятельно организует себя при передвижении на улице, в учебном заведении и в быту. Такая фиксация сознания отвлекает от решения профессиональных задач и задач, связанных с организацией домашнего быта. Большое место в спектре переживаний родителей занимает общая неудовлетворенность (53,3%), которая лежит в основе переживания счастья. Усталость от постоянных проблем ощущают 46,7% родителей юношей с нарушениями зрения, неуверенность в своем воспитании 40%, нереализованность 26,7%, и разочарованность 10%.

Можно предположить, что родители склонны испытывать собственную малоценность, недостаток потенциала для самореализации.

Наиболее сложным периодом для родителей во взаимодействии со своими детьми являлся период определения ребенка в общеобразовательное учреждение. Он связан с прохождением различного рода обследований, в том числе и психолого-медико-педагогической комиссии, сопряжен с мыслями об обучении ребенка в «спецшколе». Значимым для них можно считать и период постановки диагноза. Переживания родителей молодых людей с нарушениями зрения в это время определялись неожиданностью ситуации, которая повлекла чувство страха, состояние растерянности: «что делать?», «к кому обращаться?», «как лечить ребенка?».

Важным показателем адаптации к сложившейся семейной ситуации считается обращение к социальным и личностным ресурсам. Основная часть родителей (84%) в сложный жизненный период получала помощь и поддержку со стороны социума. Только небольшая часть родителей молодых людей с нарушениями зрения (16%) для преодоления тяжелого бремени использовала личные ресурсы. Социальными ресурсами для них служили: специалисты учреждений здравоохранения и образования, информационные системы, а также родственники, друзья. В качестве личностных ресурсов родители, прежде всего, матери, указывали на собственное «Я». Отказ от помощи со стороны ближайшего окружения и официальных учреждений, выражающийся фразой «никто не помогал», рассматривался как позиционирование самостоятельности в преодолении трудной жизненной ситуации.

Согласно представленным данным можно говорить о том, что лишь небольшая часть семей благополучно адаптировалась к сложившейся жизненной ситуации – воспитание ребенка с нарушениями зрения, хотя эта ситуация сопровождает семью



практически постоянно. Даже в таких семьях особенно тревожными становятся периоды возрастных кризисов детей и родителей, а также критические точки социального развития семьи: поступление ребенка в дошкольное учреждение или школу, переходный возраст, наступление совершеннолетия.

Родители молодых людей с нарушениями зрения в большинстве своем не смогли полноценно адаптироваться к сложившейся жизненной ситуации, что привело к личностным изменениям формированию отрицательных качеств. С точки зрения О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова (2001), подобного рода личностные изменения могут приводить к нарушению здоровья. Определяя здоровье, интегративной характеристикой человека О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов (2001) в рамках системного подхода рассматривают здоровье как системное свойство личности. Здоровье, с их точки зрения, «характеризует личность во всей полноте ее проявлений; в этом феномене отражается сущность и цель основных биологических, социокультурных и интрапсихических процессов, интегрирующих личность» [2].

Для поддержания здоровья родителей молодых людей с нарушениями зрения и формирования у них позитивной адаптации к жизненной ситуации, в которой им приходится воспитывать ребенка с ограниченными возможностями здоровья необходимо психотерапевтическое сопровождение. Психотерапевтическое сопровождение должно быть направлено на преодоление хронического стресса. Представляется, что для организации подобного рода работы необходимо обратиться к двум основным направлениями психотерапии, которые, на наш взгляд, могут быть наиболее эффективными при работе с хроническим стрессом семьи с молодым человеком с нарушениями зрения.

Первым направлением является гештальт-терапия. Данный метод позволит клиенту сфокусироваться на всех нюансах своего состояния. В процессе терапии родитель сможет понять, что положительные изменения начинают происходить не тогда, когда он стремится изменить свое состояние, а именно начиная с того момента, когда он глубоко принимает особенности своего нынешнего самочувствия [4].

Вторым важным направлением психотерапии при преодолении хронического стресса родителей молодых людей с нарушениями зрения является когнитивно-поведенческая терапия. Основная суть и смысл этого метода исходят из названия. Когнитивно – значит мысль, суждения, познания, поведенческая – поведение.

Принцип подхода подразумевает, что состояние стресса может влиять и на мыслительную деятельность человека и на его поведение. Не бывает стресса без внутриличностного конфликта. Психотерапия стресса ведет к его поиску и подразумевает работу не только с поверхностными промежуточными мыслями и рациональными установками, но и идет глубже – к ядру личности, к системе отношений и к конфликтам, которые там возникают. Именно они являются причиной стрессового состояния, которое наблюдается на поверхности.

Задачей психотерапевта является обучение клиента смотреть на себя со стороны и таким образом получать больше информации о себе, учиться менять свое мышление и поведение – это то, что лежит в фокусе метода когнитивно-поведенческой терапии. Анализ от поверхностных произвольных мыслей к более глубоко лежащим – автоматическим и убеждениям, которые за этим прячутся, разъясняются клиенту в процессе терапии [1]. При использовании метода когнитивно-поведенческой терапии при стрессе родители молодых людей с нарушениями зрения смогут:

1. Осознать актуальную проблему;
2. Сформировать альтернативы собственного поведения и построения отношений со всеми членами семьи, в том числе и с молодым человеком с нарушениями зрения;
3. Закрепление, сформировавшееся новое поведение в обычной жизни.

В результате этого метода, клиент не только начинает понимать свое поведение, но и учится трансформировать его. Такая трансформация поведения будет способствовать преодолению хронического стресса членов семейной системы и поддержанию здоровья.

### **«Коррекционная помощь детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях частного детского учреждения»**

**Захаркина М.В.**

ЧОУВО Институт специальной педагогики и психологии, Центр развития  
ребенка, детский сад.

Группы индивидуального сопровождения (ГИС) оказывают неоценимую помощь на начальной ступени интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в детских дошкольных учреждениях.

Цель исследования: определить психологические основы интеграционного потенциала детей с разными возможностями здоровья.

Использовались «Методика рисуночной фрустрации» с. Розенцвейга, методика «Межличностные отношения ребенка» Р. Жилия; направленное наблюдение.

Дети 6-7 лет с нормальным развитием отличаются обособленностью и противопоставлением себя большинству сверстников, незаинтересованностью их жизнью, независимостью поведения, сниженным уровнем адаптации в детском коллективе. У воспитанников с ОВЗ выявлены трудности установления контакта, эмоционально-поведенческие расстройства. Пребывание в ГИС обеспечивает дифференцированные условия обучения, комплексное сопровождение междисциплинарной команды специалистов, возможность «включения» детей с ОВЗ

в коллектив нормально развивающихся сверстников на правах «равных партнеров». В результате возникают те виды коммуникации, которые интересны и доступны каждому члену группы. Интеграция – форма образовательно-воспитательной и психологической помощи, развивающая чувство общности и толерантности.

## **«Роль интерактивного «Музея Сказки» в работе педагога-психолога»**

**Зыбалова Д.А.**

ГБОУ №755 «Региональный Центр аутизма»

Цель исследования. Влияние сказкотерапевтических методов на формирования коммуникативных навыков и развитие основных базовых эмоций у детей с РАС.

Материалы и методы. Наборы кукол сказочных героев из народных и авторских сказок, выполненных в различных техниках.

Результаты и обсуждение.

Специфика контингента обучающихся ГБОУ № 755 «Региональный Центр аутизма» Василеостровского района Санкт-Петербурга» это дети с расстройствами аутистического спектра, имеющие интеллектуальную недостаточность различной степени выраженности. Особенности развития обучающихся не позволяют им самостоятельно осваивать новые социальные роли, приобретать положительный социальный опыт, в приемлемой форме выражать свои эмоции. Таким детям требуется специально организованная среда, учитывающая их актуальное состояние.

В настоящее время такие требования к процессу развития и сопровождения реализуются в созданном на базе студии социальной адаптации «Музей Сказки».

Основной задачей работы педагога-психолога в таких условиях является снижение тревожности, страха перед процессом взаимодействия, развитие способности к выражению эмоций. С помощью методов сказкотерапии и опосредованное взаимодействие через сказочных героев, обучающиеся расширяют спектр коммуникативных навыков, развивают способности к дифференциации и социально-приемлемому способу выражения эмоций; дети получают возможность проигрывать значимые ситуации в безоценочном сказочном пространстве, совместно с педагогом-психологом прорабатывая страхи и делаясь положительными впечатлениями. Такая специфика построения занятий поддерживает в детях удовольствие от взаимодействия, интерес к общению и выражению эмоций, что позволяет формировать и совершенствовать их коммуникативные навыки.

## «Проявление адаптивности у подростков с отклонениями в развитии» Иванова Н.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

"Психоневрологический диспансер № 5"

Аннотация. Адаптационный конфликт подростков в связи с несоответствием социального опыта, развивающегося чувства взрослости и невозможности их реализации может быть разрешен с помощью юмора.

Цель исследования заключалась в раскрытии особенностей проявлений юмора и адаптационных возможностей у подростков с легкой степенью умственной отсталости, с социально-педагогической запущенностью и заиканием. Материал и методы. В эксперименте участвовало 200 подростков.

Беседа (авторский вариант), ассоциативный тест, ТЮФ, монотематические рисунки Бидструпа, Шкала СПА; методы многомерной вариационной статистики, кластерный, корреляционный, факторный анализ и контент-анализ.

Результаты. Подростки способны воспринимать широкий круг жизненных ситуаций как смешные и актуализировать юмор для расширения возможностей адаптации. Юмор выступает обходным путем для ослабления напряжения потребностей, которые находятся под запретом, в частности сексуальных, когда их удовлетворение невозможно. Подростков всех групп объединяет способность вкладывать преимущественно эмоциональный и защитный смысл в понимание юмора; рефлексировать собственное комическое поведение и поведение других; актуализировать адаптационные возможности юмора.

Резюме. Полученные результаты позволяют рассматривать юмор в качестве одного из компонентов адаптационного потенциала подростков, как с проблемами в развитии, так и нормально развивающихся. Обеспечивая социально приемлемую форму самопрезентации в проблемных ситуациях, юмор входит в систему личностного самосохранения.

**«Аналитико-катартическая терапия на примере истории болезни  
пациентки с паническим расстройством»**

**Ильченко Е.Г.**

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и неврологии им. В.М. Бехтерева

Цель исследования: демонстрация аналитико-катартической терапии на примере лечения пациентки Е. с паническим расстройством.

Аналитико-катартическая терапия – это современная краткосрочная модель психотерапии, основанная на психологии отношений. Разделяя теорию личности и концепцию невроза В.Н. Мясищева, она отличается от метода патогенетической психотерапии, сочетая психодинамический и феноменологический подходы.

Курс психотерапии составлял 10 встреч, 3 раза в неделю по 60 минут.

Первый этап (2 сессии) - предварительное интервью, помимо общих диагностических задач позволило достичь психотерапевтического альянса и установить четкие связи между жизненной ситуацией и симптоматикой, другими словами изменить внутреннюю картину болезни с симптомцентрированной на объектцентрированную. Также на этом этапе намечен круг эмоционально значимых людей из настоящей жизни пациентки и первичной социальной группы (возлюбленные, начальник, сестра, а также родной отец, отчим и мать).

Второй этап (7 сессий) состоял из двух частей: 1) беседа терапевт-пациент, направленная на анализ отношений пациентки Е. с эмоционально значимой фигурой и 2) ее диалог с воображаемым значимым другим с помощью техники «пустого стула» и терапевтической техники - «двойное дублирование» - вербализации и конфронтации психотерапевтом противоречивых чувств и желаний пациентки, лежащих в основе ее неосознанного внутреннего конфликта. Прочувствование своей роли посредством переживания в процессе эмоционально насыщенных диалогов со значимыми другими позволило достичь когнитивного и эмоционального баланса. Это один из важных моментов, способствующих интенсификации психотерапевтического процесса в аналитико-катартической терапии. К шестому сеансу пациентка отметила редукцию симптоматики.

Завершающим этапом АКТА явился диалог пациентки Е. с матерью, где произошло осознание связи между настоящим и прошлым – непреложное условие интеграции личности. Произошел полный катарсис (катарсис интеграция), как результат объединения частичных катарсисов, достигнутых ранее в диалогах с отдельными значимыми фигурами.

**«Особенности семейной информационной среды подростков со склонностью к дезадаптивному поведению»**

**Колпакова А.Е.**

Санкт-Петербургский Государственный Университет

Возрастающая роль информационно-технических средств в жизни общества создает потребность в изучении их влияния на семью и здоровье ребенка. Этим обусловлено исследование связи семейной информационной среды и склонности к дезадаптивному поведению подростков. Из 35 опрошенных подростков 14-16 лет склонность к девиациям выявлена у 6. Оценка их семейной информационной среды с помощью авторской методики «Семейная информационная среда» показала: социально обусловленное поведение подростков связано с эмоциями, переживаемыми во время самостоятельного использования интернета и во время использования интернета родителями. Подростки, склонные к аддиктивному поведению, не доверяют книгам, предпочитают информацию агрессивного содержания. Подростки со склонностью к самоповреждению рано получают доступ к самостоятельному использованию интернета.

Подростки без склонности к дезадаптации предпочитают книги. Интернет используют для развития самостоятельности. Они предпочитают новостную и популярную информацию, переживают удивление и радость.

Таким образом, семейная информационная среда – новое сложное многокомпонентное явление, которое может стать как источником дезадаптивных форм поведения подростка, так и основой для формирования его информационной культуры.

**«Формирование защитно-совладающего поведения умственно отсталых подростков в контексте семейных отношений»**

**Колосова Т.А.**

ГБОУ школа № 755 «Региональный центра аутизма» Василеостровского района Санкт-Петербурга

Представлено исследование взаимосвязи защитных механизмов личности и копинг-поведения умственно отсталых подростков и родительско-детских отношений.

Цель настоящего исследования состояла в изучении взаимосвязи отношения к родителям и особенностей защитно-совладающего поведения у детей и подростков с умственно отсталостью. В результате анализа полученных данных мы можем утверждать следующее:

1. Умственно отсталые дети и подростки относятся к собственным родителям в меньшей степени положительно по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками;

2. Умственно отсталые дети и подростки достоверно чаще в ситуации стресса демонстрируют привязанность к матери и ждут от нее помощь, а дети и подростки с нормальным интеллектом достоверно чаще демонстрируют независимость от родителей в ситуации стресса, что является более типичным для подросткового возраста.

3. Дети и подростки независимо от уровня интеллекта ощущают принадлежность к семье и чувствуют себя защищенными.

4. Принятие умственно отсталого ребенка в семье, сформированное у него чувство защищенности способствуют формированию у него адаптивных стратегий поведения и зрелых механизмов защиты.

5. Формирование эффективного защитно-совладающего поведения у детей и подростков с умственной отсталостью возможно при работе с семьями, воспитывающего умственно отсталого ребенка в контексте психологического консультирования.

**«Мультимодальный подход в арт-терапевтической работе с  
гиперактивными дошкольниками»**

**Коновалова Н.Л., Матвеева Н.Ю.**

СПбГУ, Центр Детского Развития «Кристалл» ( г.Санкт-Петербург )

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) приводит к проблемам социализации ребенка. Ранняя диагностика и коррекция развития дефицитарных функций детей должны быть ориентированы на дошкольный возраст, когда компенсаторные возможности мозга велики, и еще есть возможность предотвратить формирование стойких патологических проявлений.

Современные направления коррекционно-развивающей должны учитывать разноплановость проблем развития ребенка с СДВГ в комплексе с проблемами в семье, коллективе сверстников и сопровождающих развитие ребенка взрослых, основанные на мультимодальном подходе. С этой целью была разработана и апробирована коррекционно-развивающая арт-терапевтическая программа, в которой участвовали 75 дошкольников с диагнозом СДВГ.

Основная идея программы заключается в вовлечении ее участников в активную изобразительную деятельность через предоставление спектра разнообразных видов творческой деятельности, наиболее соответствующих потребностям, интересам и возможностям детей с СДВГ. Комплексная арт-терапевтическая коррекционная программа включает несколько блоков: сказкотерапия в песочнице, игровая терапия, арт-терапия, создание мандал из цветного песка.

Отмечена положительная динамика изменения личностных показателей детей и гармонизации социальных отношений.

Подводя итог проделанной работе с гиперактивными дошкольниками, обращаем внимание на эффективность комплексного арт-терапевтического подхода, представляющего стадии единого, системно - понимаемого психотерапевтического процесса, направленного на восстановление и укрепление психического единства личности ребёнка посредством нормализации отношений в семье, разрешения внутреннего конфликта и налаживания отношений со сверстниками.

**«Психотерапия на пути вскрытия причин, диагностики и коррекции  
невынашивания, осложнений беременности, приводящих к досрочному  
родоразрешению»**

**Михеева О.В., Толкачев А.С.**

ГУЗ Перинатальный центр г. Саратов

Частота преждевременных родов (ПР) в мире - 6-12%. Существующие профилактические и лечебные методы не позволяют снизить процент ПР, что подтверждается статистически. По данным генерального секретаря FIGO, проф. Жак Карло Ди Ренцо «за последние 40 лет в мире не прослеживается тенденция к снижению числа ПР, а частота невынашивания возрастает. Это служит причиной увеличения перинатальной смертности, заболеваемости и инвалидизации». По данным проф. И.Н. Костина г. Москва «в России за сутки умирают 39 новорожденных, 13 из них - доношенные, доля ошибок при антенатальной оценке состояния плода может достигать 56%». Высокий процент ошибок говорит о ненаучных методах диагностики внутриутробного состояния плода. Нами был предложен метод психотерапевтической диагностики и психокоррекции (МПДП), позволяющий выявлять и проводить психокоррекцию женщин с угрозой невынашивания, при всех осложнениях беременности, приводящих к риску досрочного родоразрешения, а также диагностировать нарушения в развитии плода и, или его гипоксию. Метод позволяет выявлять нарушения и в том случае, когда традиционно симптоматика отсутствует. Хотя следует отметить, что в настоящее время при отсутствии симптоматики выявленное при проведении трансвагинальной УЗ-цервикометрии укорочение, раскрытие шейки матки, считается симптомом угрозы ПР и поэтому используется для подтверждения психотерапевтической диагностики.



МПДП может самостоятельно применяться для оценки внутриутробного состояния плода и психокоррекции состояния матери в сторону благоприятную для развития, рождения ребенка. Даже если не удастся избежать преждевременных родов, досрочного родоразрешения МПДП позволяет снизить риск акушерских и неонатальных осложнений. Ценность метода - выявление патологических отклонений на ранних стадиях их развития, когда медицинские обследования еще не могут подтвердить нарушения, помощь в постановке акушерского диагноза, возможность проверки эффективности психокоррекции при повторной диагностике. Ценность метода еще и в том, что при проведении диагностики уже проводится психокоррекция. МПДП основан на субъективной оценке состояния женщины, не требует дорогостоящего оборудования и большого затрата времени, может применяться в экстренных и плановых случаях. Необходим подготовленный квалифицированный врач психотерапевт, работающий совместно с другими врачами специалистами.

Цель: внедрение современных психотерапевтических методов, позволяющих быстро и эффективно определять диагноз и корректировать патологические состояния женщины для уменьшения акушерских и неонатальных осложнений.

Материалы и методы. МПДП опробован и применяется с 2003г. у родильниц, с 2010г. у беременных. Выявляются психотерапевтические критерии (ПК), связанные с угрозой ПР, осложнениями, требующими досрочного родоразрешения, проводится психотерапевтическая коррекция состояния женщины для устранения осложнений или снижения их тяжести, повторная диагностика. ПК основные, выявляют угрозу развития осложнений и дополнительные, как нарушение сна, страх, тревога, мешающие выполнять привычные действия, и определяющие тяжесть состояния, выявленного основным ПК. Отсутствие ПК говорит о нормальном состоянии матери, плода, новорожденного.

МПДП обследованы 2 группы беременных, госпитализированных в Перинатальный центр. Первая группа, 51 женщина с угрозой ПР, ложные схватки. Вторая группа 44 женщины, с другими осложнениями беременности до 37 недель, где не выставлен диагноз угрозы ПР. С экстрагенитальной патологией (ЭГП) 149% беременных в 1 группе, 186,4% во 2, факторы инфицирования (ФИ) 62,7% 1 группа, 65,9%, 2 гр., отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) 60,8% 1, 63,6%, 2, рубец на матке (Р) 15,7% 1 гр., 15,9% 2, синдром задержки развития плода, фетоплацентарная недостаточность (ХВГП) 7,8%, 47,7%, в 1, 2 гр. соответственно, двойня 7,8% 1 гр., 11,4% 2, акушерский пессарий (АП) 5,9% 1, 2,3% 2, центральное предлежание и низкая плацентация (ЦП, НП) по 3,9% - в 1гр., 6,8%, 2,3% соответственно во 2, ЭКО 1,9 % 1 гр., 13,6% 2. По срокам гестации 22-27 недель 25,5 % женщин 1 гр., и 27,3% второй; 28-33 недель 29,4 % 1 и 38,6% 2; 34-36,6 недель 45,4% 1 и 34,1 % 2.

Чаще МПДП применялся у пациенток с резистентностью к лечению осложнений течения беременности и с высоким риском их возникновения. В исследуемых группах пациентки с ЭГП, ХВГП, ЭКО, двойней, ЦП встречались чаще, чем в целом по Перинатальному центру (ЭГП 137,2%, ХВГП 26,7%, ЭКО 1,4%, двойня 1,9%, ЦП 0,4%).

Результаты. Проведено 108, 101 индивидуальных и 44, 29 групповых занятий с беременными 1, 2 группы соответственно. МПДП выявлялись ПК.

● Дополнительные ПК 72,5% - 1 гр., 72,7% -2гр., что свидетельствует о тяжести состояния пациенток.

● Основные ПК.

- Относящиеся к повышенному тону матк:

1. ПК – тянущие боли, тонус матки. Причина состояния - форсированные действия. В 84,3% - 1 гр., 38,6% - 2гр.

2. ПК - ощущение месячных, тонус матки. Причина состояния - нарушение взаимодействия мать - плод через инстинкт или ошибка природы. В 39,2% - 1 гр., 20,5% - 2 гр.

В 84,3% случаев ПК «тянущих болей» выявлялся в 1 группе с угрозой ПР. Несмотря на то, что во 2 гр., отсутствовали женщины с диагнозом угрозы ПР, тот же ПК выявлялся и в этой группе.

- Указывающие на гипоксию плода:

3. ПК – связь агрессии с болезненными, более 5 минут, или часто повторяющимися дискомфортными шевелениями плода. Причина - состояние агрессии: 54,9% - 1 гр., 50% - 2 гр.

4. ПК жжение, дискомфортные ощущения в области пупка, дергание за пупок: 7,8% - 1 гр., 9,1% - 2 гр.

В 1 гр. достаточно высокий процент женщин с признаками, указывающими на гипоксию плода (54,9%), но при стандартных методах обследования 7,8%.

- Связанные с нарушением условий формирования плода. Причина - неверные действия женщины или ошибка природы.

5. ПК - пропадает ощущение ребенка, когда он не шевелится: ничего не чувствую, легкость, пустота, последний ПК выявляет более тяжелое состояние. Могут сочетаться. Причина состояния – исключение мужчины, подавление тревоги, конкретное планирование жизни ребенка, ошибка природы.

- ПК ничего не чувствую 41,2% - 1 гр., 61,4% - 2 гр., -

ПК легкость в животе 31,4% - 1 гр., 31,8% - 2 гр., -

ПК пустота в животе 21,6% - 1 гр., 29,5% - 2 гр., -

Всего ПК в 82, 4 % случаев в 1 гр., 88,6% - 2 гр.

6. ПК отсутствие ощущения беременности: 29,4% - 1 гр., 65,9% - 2 гр.

Во 2 группе у 65,9% женщин пропадало ощущение беременности, что может говорить о не включенности организма в перестройку, связанную с беременностью. В этой группе самый высокий процент женщин с экстрагенитальной патологией, ФПН, СЗРП, ЭКО, с досрочным родоразрешением.

- Указывающие на причину неверных действий женщины:

7. ПК исключение мужчины: 54,9% - 1 гр., 68,2 % - 2гр.,

8. ПК отсутствие тревоги: ≈ 20% пациенток.

9. ПК постоянные мысли: 54,9% - 1гр., 68,2% - 2 гр.

Из осложнений со стороны матери: отслойка плаценты без значительной кровопотери 3,9% - 1 гр., 2,3% - 2 гр., тяжелая преэклампсия, нефропатия 2, 3% - 2 гр.

В 1 группе родили преждевременно 7 (13,7%), где 1 новорожденный с ЭНМТ, 3 с НМ тела и 3 с весом более 2500 гр. В отделении реанимации новорожденных 6 детей, 1 на ИВЛ, 5 дышат сами, 3 из которых периодически нуждаются в подаче кислорода. Все дети выписались домой в удовлетворительном состоянии. В этой группе ПК «тянущие боли в сочетании с тонусом матки» в 100% случаев, исключение мужчины 85,7%, пропадало ощущение ребенка в 71,4%, дополнительные ПК 71,4%, болезненные шевеления 57,1%, ощущение месячных 42,9%, мысли 42,9%, отсутствие ощущения беременности 14,3%.

В 1 группе преждевременно родивших в 57,1 % случаев диагностировался ПК, указывающий на гипоксию плода, но по истории родов женщинам не выставлялись диагнозы ФПН, СЗРП.

Во 2 группе, где не было беременных с угрозой ПР, досрочно родоразрешились 12 (27,3%) пациенток и произошел 1 (2,3%) выкидыш у женщины с тяжелой формой преэклампсии. Двое детей (16,7%) на совместном пребывании, в реанимации 10 (83,3%) новорожденных, в том числе 3(30%) дышат сами, 7 (70%) на ИВЛ, из последних 1 умер от порока сердца. ПК: пропадало ощущение ребенка в 100% случаев, исключение мужчины 84,6%, дополнительные ПК 76,9%, мысли 69,2%, болезненные шевеления 61,5%, отсутствие ощущения беременности 53,8%, тянущие боли 30,8%, ощущение месячных 7,7%. В дальнейшем 11 детей из 12 выписались домой.

Во 2 группе на первое место в 100% случаев выявлялся ПК, указывающий на нарушение формирования плода, что может и явилось причиной досрочного родоразрешения. ПК, как тянущие боли в сочетании с тонусом матки, в 30,8% случаев у женщин 2 гр., но в составе этой группы не было пациенток с диагнозом угрозы ПР.

Проведенные исследования свидетельствуют о несовершенстве существующих методов обследования в акушерстве и о преимуществе МПДП. МПДП относится к универсальным методам, может применяться и в других случаях, при реабилитации и лечении заболеваний, восстановления после тяжелых кризисов жизни.

Вывод: МПДП позволяет более точно определить состояние матери, плода, чем существующие методы в акушерстве, провести психокоррекцию состояния женщины, уменьшить, а в отдельных случаях и предотвратить возникшие осложнения.

## **«Модель психологической помощи в условиях социальной интеграции и инклюзии»**

**Посохова С.Т., Белан Е.Е. СПбГУ, ГБДОУ детский сад № 2, г. Санкт-Петербург**

Психологические проблемы интеграции и инклюзии, которые обостряются пропорционально расширению сфер включения лиц с ограниченными возможностями здоровья в социум, требуют изменения традиционных моделей психологической помощи. При относительно независимом существовании лиц с разными возможностями здоровья психологическая помощь автономно обеспечивает оптимальные условия для полноценного раскрытия адаптационных возможностей лиц с нарушениями развития и нормативно развивающихся. Особенности социальной интеграции и инклюзии определяют дополнительную цель психологической помощи – обеспечение психологических условий для конструирования реального диалога всех субъектов взаимодействия в разных жизненных сферах. Механизмы формирования такой модели лежат в минимизации процессов социального и межличностного отчуждения, в определении личностного интеграционного потенциала каждого участника интеграции, а также в раскрытии содержания и структуры интегральных социально-психологических феноменов, возникающих и трансформирующихся в результате взаимодействия лиц с разными возможностям здоровья.

## **«Образ Я дезадаптированных подростков»**

**Рашитова Л.С.**

**СПбГУ**

На современном этапе развития общества особую актуальность приобретает проблема подростковой дезадаптации, под которой понимаются нарушения межличностного и внутриличностного взаимодействия. При рассмотрении любого возрастного периода необходимо учитывать движущие силы развития, ведущий вид деятельности и т.д. В подростковом возрасте особую актуальность приобретает самосознание. Подростки начинают осознавать себя, искать свое место в окружающем мире. Для понимания механизмов дезадаптации важно знать особенности самосознания дезадаптированных подростков.

**Цель:** изучение особенностей образа Я дезадаптированных подростков.

В исследовании участвовало 120 подростков в возрасте от 13 до 16 лет, 50 из них отличались дезадаптированным поведением. В исследовании использовались: методика двадцати утверждений на самоотношение М.Куна, Т.Макпартленда, семантический дифференциал Ч. Осгуда.

В ходе нашего исследования были выявлены следующие специфические особенности образа Я дезадаптированных подростков: завышенная самооценка, эгоцентричность, более низкий уровень рефлексии, чем в группе адаптированных подростков. На основе полученных данных была предпринята попытка разработки программы по развитию образа Я у дезадаптированных подростков. Она направлена на развитие уровня рефлексии, расширение представлений о самом себе и своем поведении.

## **«Перфекционизм и контроль эмоций при ревматоидном артрите и сахарном диабете 2 типа»**

**Русина Н.А.**

**ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»  
Минздрава России**

**Цель:** изучение контроля эмоций и перфекционизма. **Материал и методы:** по 20 пациентов с сахарным диабетом и ревматоидным артритом. **Опросники** запрета на выражение чувств и уровня перфекционизма. **Результаты и обсуждение:** тенденция к более высокому общему уровню перфекционизма и запрету на выражение чувств у больных сахарным диабетом. **Значимые различия** по общему запрету на выражение чувств, по запрету на выражение печали и радости. **Значимые взаимосвязи** по шкалам

перфекционизма у больных сахарным диабетом, что свидетельствует об устойчивой структуре перфекционизма. Можно охарактеризовать больных сахарным диабетом как более ригидных в выражении своих чувств; как личностей, стремящихся проявлять перфекционизм на всех уровнях жизнедеятельности. Спектр контролируемых эмоций у них выше, т.е. отмечается более сильное волевое управление эмоциями. Наиболее высокие показатели подавления эмоций наблюдаются в проявлении гнева в обеих группах. Больные артритом сдерживают свою боль, испытывая при этом гнев и сдерживают его вместе с болью. Имеет место высокий уровень положительной взаимосвязи подавления гнева, радости и страха с высоким уровнем общего запрета на выражение чувств: сдерживание хотя бы одного из чувств приводит к подавлению всех эмоций. Наиболее высокий уровень значимости проявляется во взаимовлиянии гнева и страха как основных подавляемых эмоций. Вслед за гневом больные испытывают страх повторного возникновения болевых ощущений. Больные сахарным диабетом гнев проявляют, стремясь к перфекционизму в деятельности, не достигая при этом желаемых результатов, имеют высокий уровень притязаний, недостижимый для них.

**« Формуляр препаратов, используемых для лечения пациентов  
психоневрологических медицинских организаций»  
Сатаева Л.Г., Сагантаева С.Х., Мырзабаева Н.А., Шукербекова  
А.Б., Куттыкожаева Г.**

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Аннотация: В тезисе представлены данные проведенной экспертной оценки психотропных ЛП. ЛО больным психическими заболеваниями не только с экономической, но и в первую очередь с этической точки зрения

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, здравоохранение Республики Казахстан, аспекты оказания медицинской помощи, лекарственные средства, психические заболевания.

Введение. В Казахстане государство гарантирует полноту и качество психиатрической помощи, в том числе гарантирует бесплатное обеспечение лекарственными препаратами при оказании медицинской психиатрической помощи.

Цель - провести экспертные оценки лекарственных препаратов, отпускаемых бесплатно и используемых в психоневрологических медицинских организациях

Материалы и методы - метод экспертных оценок (методика ВОЗ)

Результаты. С целью обоснования оптимального состава отпускаемых бесплатно ЛП нами был использован метод экспертных оценок. Основное преимущество групповых оценок заключается в возможности разностороннего анализа

количественных и качественных аспектов различных проблем, в том числе и фармацевтических. В общем случае отмечается, что мнение группы экспертов надежнее, чем мнение отдельного индивидуума. Предполагается, что коллективная ответственность позволяет специалистам принимать обоснованные решения и что интервал оценок, полученных от группы экспертов, включает в себя "истинную оценку" [1, 2]. Цель проводимых экспертных оценок была в установлении приоритетных позиций отпускаемых в настоящее время бесплатно ЛП по комплексной шкале предпочтений (эффективность, безопасность, приемлемость, расход на курс лечения, экономическая доступность). В соответствии с рекомендациями большинства авторов количество экспертов должно быть не менее 15 человек. Проведенный нами анализ профессиональных данных позволил установить, что 54,7 % экспертов имеют стаж работы 10-20 лет, 23 % - 20-30 лет, 17,3 % - 5-10 лет, 5 % - свыше 30 лет. В составе экспертной группы было 23,8 % кандидатов медицинских наук, что характеризует достаточно высокий уровень компетентности. Итак, в результате проведенных опросов нами определялся и качественный состав экспертов по уровню компетентности, включающему следующие характеристики (стаж работы по специальности, наличие ученой степени или звания и т.д.) и расчетному показателю коэффициента аргументации. Уровень компетентности в количественном виде рассчитывался по формуле:

$$K = 0,5 * ka$$

где K - уровень компетентности

ka - коэффициент аргументации

Численное значение коэффициента аргументации определялось по эталонной таблице, включающей шкалу определения качественного состава экспертов.

Таблица 1 - Эталонная шкала значений коэффициента аргументации

Источник ориентации Расчет степени влияния источника

	Высокое	Среднее	Низкое
Опыт работы по специальности	0,5	0,4	0,3
Врачебная категории			
0,2	0,15	0,1	
Наличие ученой степени			
0,2	0,1	0,1	
Участие в конференциях, семинарах и т.д.			
	0,1	0,05	0,05

Приведенные в таблице 1 данные свидетельствуют, что основным критерием, оцененным нами наиболее высоким баллом, стал опыт работы по специальности. В результате расчетов нами определен средний уровень коэффициента аргументации равный 0,88. Средний уровень компетентности экспертов составил 0,44. Нами определялась также степень согласованности мнений сформированной экспертной

группы с использованием коэффициента конкордации, по следующей расчетной формуле:

$$W = \frac{12 * S}{m^2 * (n^3 - n)}$$

где  $m$  - число экспертов (17)

$n$  - число анализируемых факторов

$S$  - сумма разностей (отклонений), рассчитываемая по следующей формуле

$$S = \frac{\sum_{i=1}^m x_i^2 - \frac{(\sum_{i=1}^m x_i)^2}{m}}{m}$$

где  $x_i$  - сумма баллов по каждому фактору, полученная от всех экспертов

В результате обработки полученной информации определена согласованность экспертов по совокупности оценок каждого фактора для ЛП, отпускаемых согласно Приказу № 637 на бесплатных и льготных условиях. Полученный нами в ходе анализа показатель коэффициента конкордации равен 0,83. Для оценки значимости коэффициента конкордации  $W$  необходимо, чтобы найденное в результате расчетов значение критерия  $\chi^2$  при  $n-1$  степенях свободы, было больше табличного значения  $\chi^2$ . Значение  $\chi^2$  в нашем исследовании рассчитано по следующей формуле:

$$\chi^2 = (n-1) * m * W$$

В результате сравнения расчетного значения  $\chi^2$  равного 56,44, в сравнении с табличным  $\chi^2$  ( $p = 0,01$ ,  $n-1 = 2$ ) определена неслучайная согласованность во мнениях экспертов относительно факторов (эффективность, безопасность, приемлемость, расход на курс лечения, экономическая доступность). Экспертная оценка проводилась нами на основе балльных оценок. Так, для определения приоритетных позиций ЛП нами принята пятибалльная шкала оценки по пяти факторам соответствия. Критерий эффективности - 5 баллов - наиболее эффективное средство из аналогичных по действию, 4 балла - оказывает хороший терапевтический эффект, 3 балла - оказывает достаточный эффект, 2 балла - малоэффективное средство, 1 балл - неэффективное средство. Критерий безопасности - 5 баллов - минимальное количество побочных эффектов или они отсутствуют, 4 балла - побочные эффекты не отмечаются или не вызывают серьезных необратимых изменений, 3 балла - много побочных эффектов, 2 балла - много побочных эффектов, вызывающих серьезные нарушения, 1 балл - побочные эффекты вызывают необратимые изменения и поражения других органов. Критерий приемлемости (продолжительность приема, частота приема, удобство дозирования) - 5 баллов - прием осуществляются в очень короткие сроки (3-5 дней либо 3-5 раз), легко дозируется, частота приема наименьшая, 4 балла - прием препарата осуществляется в течение 10-16 дней, с определенным интервалом приема, 3 балла - прием препарата осуществляется около месяца, (14-28 дн) с очень частым приемом, 2 балла - прием препарата осуществляется более месяца, с очень частым приемом, 1 балл - прием

препарата осуществляется очень длительно, с повторными курсами. Критерий расхода препарата (количество штук, упаковок) на курс лечения - 5 баллов - минимальный, 4 балла - небольшой, 3 балла - средний, 2 балла - большой, 1 балл - очень большой. Критерий экономической доступности - 5 баллов - доступный, цена очень низкая, 4 балла - доступный, цена низкая, 3 балла - средняя цена, 2 балла - высокая цена, 1 балл - дорогостоящий препарат. Исследование было проведено на базе Республиканского научно-практического Центра психиатрии, психотерапии и наркологии г.Алматы и в психоневрологических диспансерах РК, с целью охарактеризовать систему ЛО данной категории пациентов в настоящее время. В качестве экспертов были привлечены врачи-психиатры (заведующие отделениями РНПЦППН г.Алматы и психоневрологических диспансеров городов РК (Алматы). Общее количество экспертов составило 17 человек. Инструментом исследования служила специально разработанная нами анкета, состоящая из двух частей: общей (12 вопросов) и специальной. В общей части было предложено ответить на вопросы, характеризующие в целом систему ЛО больных психическими заболеваниями в РК. Во второй части анкеты экспертам было предложено провести экспертную оценку ЛП, используемых в настоящее время для лечения психических заболеваний, согласно Приложения 1 Приказа № 637. Экспертами, как отмечалось выше, были выставлены баллы по следующим критериям: эффективность, безопасность, приемлемость, расход на курс лечения, экономическая доступность. В ходе исследования были получены следующие результаты: наибольшее общее количество баллов получили препараты: диазепам (22,2 балла), трифлуоперазин (21,2 балла), галоперидол (19,4 балла), тригексифенидил (19,4 балла), амитриптилин (18,8 балла), хлорпромазин (18,2 балла) и клозапин (18,2 балла). Наименьшую общую сумму баллов получили препараты зипрекса (оланзапин) (13,2 балла), ламотриджин (13,4 балла), бензобарбитал (14,6 балла), вальпроевая кислота (14,6 балла), карбамазепин (14,8 балла). По критерию "эффективность" по оценке экспертов Республиканского научно-практического Центра психиатрии, психотерапии и наркологии г.Алматы наивысшую оценку получили препараты тригексифенидил (5 баллов), амитриптилин (4,8 балла), диазепам (4,6 балла), рисперидон (4,6 балла), клозапин (4,6 балла) и галоперидол (4,4 балла), что отражено на рисунке 9.

Рисунок 1 - Результаты экспертной оценки ЛП, используемых в настоящее время для лечения психических заболеваний, согласно Приложения 1 и 2 Приказа № 637

По критерию "эффективность" по оценке экспертов наименьшую оценку получили препараты: зипрекса (оланзапин) - 3,2 балла, ламотриджин (3,6 балла) и бензобарбитал (3,6 балла). По критерию "безопасность" наивысшую оценку получили препараты диазепам (4,4 балла), тригексифенидил (4,4 балла), а наименьшую оценку получили хлорпромазин (3,0 балла), трифлуоперазин (3,2 балла) и бензобарбитал (3,2 балла). По критерию "приемлемость" наивысшую оценку получили препараты: диазепам (4,4 балла), галоперидол (3,2 балла), а наименьшую оценку получили



вальпроевая кислота (1,2 балла), бензобарбитал (1,2 балла). По критерию "расход на курс лечения" наивысшую оценку получили препараты: диазепам (4,0 балла), клозапин (3,6 балла), а наименьшую оценку получили карбамазепин (2,0 балла), вальпроевая кислота (2,2 балла), ламотриджин (2,2 балла). По критерию "экономическая доступность" наивысшую оценку получили препараты: диазепам (4,8 балла), амитриптилин (4,8 балла), галоперидол (4,8 балла), хлорпромазин (4,8 балла), трифлуоперазин (4,8 балла). Наибольший средний балл у препаратов диазепам (4,4 балла), трифлуоперазин (4,2 балла), галоперидол (3,9 балла). Наименьший средний балл у препаратов зипрекса (оланзапин) (2,64 балла), ламотриджин (2,68 балла) и вальпроевая кислота (2,92 балла). Как показал анализ, закупочная цена таких препаратов, как зипрекса (оланзапин) составляет 205 долларов США, rispолент 190 долларов США. Как показало исследование, одним из факторов столь высоких цен на психотропные ЛП в РК, является значительная степень монополизации на рынке реализации ЛП для лечения психических заболеваний. Большинство психотропных препаратов поступают в лечебные учреждения от 2-3 поставщиков. Высвобожденные финансовые ресурсы могут быть направлены на закуп также остро необходимых в настоящее время лекарств для качественного ЛО больных данной категории, которые эксперты хотели бы видеть как отпускаемые пациентам бесплатно или на льготных условиях. Это такие препараты, как сонапакс, хлорпротексен, флуоксетин, rispолент, коаксил, финлепсин, луцетам, фенибут, феназепам, тизерцин, сибазон, амитриптилин (в ампулах) и т.д. Учитывая все вышеизложенное, необходимо отметить, что имеющееся в настоящее время положение с оказанием ЛО больным психическими заболеваниями не только с экономической, но и в первую очередь с этической точки зрения требует изменений, так как использование некоторых ЛП низко оцененных экспертами нарушает права больного человека, поскольку ведет к хронизации имеющегося у него заболевания. Также необходимо пересмотреть целесообразность введения в Список лекарств, закупаемых за бюджетные средства, некоторых вышеперечисленных препаратов.

#### Выводы:

Проведен ситуационный анализ работы системы ЛО больным психическими заболеваниями в РК и проведены экспертные оценки психотропных ЛП, отпускаемых на бесплатных условиях. Установлены ЛП, наиболее высоко оцениваемые экспертами (диазепам - 22,2 балла, трифлуоперазин - 21,2 балла и галоперидол - 19,4 балла). А также низко оцененные экспертами (зипрекса -13,2, ламотриджин -13,4 и вальпроевая кислота - 14,6).

**«Основные психологические проблемы семейного воспитания детей  
с ограниченными возможностями  
здоровья» Сорокин В.М.  
Санкт-Петербургский государственный университет**

В процессе семейного воспитания ребенка с отклонениями в развитии возникают множество трудностей, определенная часть которых спровоцировано самими родителями и специалистами, работающими в данный момент с родителями [1]. Очень часто информация о состоянии здоровья ребенка подается весьма некорректно – внезапно и в полном объеме.. Развитие особого ребенка протекает весьма атипично и более сложно в сравнении со здоровым ребенком. Не редко родители видят в поведении ребенка только болезненные проявления и не замечают общих возрастных особенностей и положительных изменений. Ребенок воспринимается как негативное статичное существо. Стратегия воспитания при таком понимании ребенка основана на охранительном режиме и исключении всякой инициативы. Личностные черты родителей семей первого типа преобладают оптимизм, жизнерадостность, уверенность в своих силах, доверие к окружающим, стремление относиться по преимуществу безоценочно. Отсутствует стремление переделывать людей и воспитывать. Проблемные ситуации рассматриваются как важнейший атрибут жизни. Преобладает интернальный локус-контроль. В коррекции личностных черт родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, следует ориентироваться именно на указанные характерологические черты. Само направление коррекционной работы может носить двунаправленный характер. Прежде всего, это изменение отношений к самому ребенку и способов взаимодействия с ним. Но не менее важна и работа с характером отношений между самими родителями и коррекция их негативных характерологических черт, добиваясь через это изменения отношений к ребенку.

**«К вопросу истории патогенетической психотерапии (к 125-летию  
В.Н. Мясищева)»  
Слабинский В.Ю.  
Санкт-Петербургский Государственный Университет**

Цель исследования. Изучение предпосылок создания патогенетической психотерапии.

Материалы: архивные материалы и научные публикации по теме отечественной психотерапии в первой четверти XX века.

Методы: праксиметрический, историко-функциональный.

Результаты. На 1-ом этапе были определены хронологические границы: 1900-1925 гг. На 2-ом – были определены семантические границы поля исследования и выделены ключевые слова. На 3-ем – осуществлялся расширенный поиск для выделения из всей совокупности архивных и литературных источников.

Выявлено, что в русле Петербургской школы психотерапии был разработан ряд методов личностно-ориентированной психотерапии: «психотерапия перевоспитанием» (Бехтерев В.М., 1900), «арететерапия» (Яроцкий А.И., 1908), «психогенетическая психотерапия» (Розенталь Т.К., 1919), «ортопедия отношений» (Зигель В.С., 1921).

Было обнаружено, что ведущим учреждением был Петроградский Клинический психотерапевтический институт. Проведенная клиническая проверка методов Фрейда, Адлера и Дюбуа показала их недостаточную эффективность и необходимость разработки отечественного психотерапевтического метода на базе психологии отношений (Зигель В.С., 1922). Данное исследование подтвердило выводы В.М. Бехтерева относительно методов Фрейда, Дюбуа, Марциновского, высказанные на Международном конгрессе в Брюсселе в 1911 году.

Обсуждение. В первой четверти XX века в России существовали оригинальные психотерапевтические подходы, ставшие основой, разработанного В.Н. Мясищевым метода патогенетической психотерапии.

## **«Смысловая сфера подростков-сирот с нарушениями интеллекта»**

**Степанов К.В.**

ЧОУ ВО «СПб Медико-социальный институт»

Актуальность исследования особенностей смысловой сферы подростков-сирот с нарушением интеллекта связана с проблемой подготовки к самостоятельной взрослой жизни воспитанников государственных учреждений начального профессионального образования.

Цель: выявление содержания и структуры смысловой сферы подростков-сирот с нарушением интеллекта.

Нами были применены следующие методики: Тест смысло-жизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев), тест-опросник Шкала экзистенции (С.В. Кривцова).

В нашем исследовании приняли участие 100 юношей и девушек возрастом 15-17 лет, среди которых были выделены две группы по 50 человек: подростки-сироты с нарушением интеллекта и подростки-сироты с сохранным интеллектом.

Были выявлены следующие специфические особенности смысловой сферы: в группе респондентов с нарушенным интеллектом выявлены более низкие показатели шкал «Общий показатель осмысленности жизни» и «Исполненность» по сравнению с респондентами группы с сохранным интеллектом, а анализ полученных данных, позволил выделить значимые связи шкал смысловой сферы с шкалами дезадаптивного поведения.

Проведённое нами исследование позволит усовершенствовать коррекционные программы и более эффективно оказывать этим подросткам психологическую помощь.

**«Опыт организации медико-социальной, психотерапевтической и психологической помощи пожилым людям в специализированных частных пансионатах»**

**Терещенко А.В., Коврижных Т.А.**

Социальный гериатрический центр «Опека», г. Санкт-Петербург

Актуальность: увеличение доли пожилых людей в обществе ( в Санкт-Петербурге – 26%), преимущественно с заболеваниями нервной системы и психическими нарушениями (деменцией), нуждающихся в постоянном постороннем уходе и наблюдении, делает проблему оказания медико-социальной и психологической помощи данному контингенту весьма актуальной. Ранее этим вопросом в нашей стране занимались только государственные учреждения, хотя в других странах большая часть пансионатов для пожилых являются частными ( во Франции, Финляндии - более 50%). В последнее время и у нас в стране появляются негосударственные учреждения для граждан пожилого и старческого возраста.

Цель работы: Оценить эффективность создания частных пансионатов для пожилых. Обосновать необходимость создания таких заведений в нашей стране и предложить новые формы взаимодействия с государственными институтами в виде государственно-частного партнерства (ГЧП) для оказания услуг высококвалифицированной медико-социальной помощи в благоустроенных частных пансионатах с условиями проживания, приближенными к домашним для пожилых людей.

Материалы и методы: В настоящее время в Санкт-Петербурге функционируют 8 специализированных пансионатов социального гериатрического центра «Опека» с общим коечным фондом более 400. Центр «Опека» имеет государственную лицензию для оказания стационарной медицинской помощи. В штате Центра квалифицированные специалисты (врач-гериатр, терапевт, невролог, психотерапевт,

психолог, массажисты, специалисты ЛФК), способные оказывать медицинские услуги для пожилых людей, нуждающихся в уходе и реабилитации. При необходимости привлекаются врачи-консультанты различных специальностей. Одним из обоснований открытия частных пансионатов является наличие достаточно длительной очереди для определения пожилого человека в государственные учреждения и отсутствие возможности временного проживания для данного контингента в ПНИ. Основной контингент пансионатов – пациенты с сосудистой патологией головного мозга, деменцией различного генеза, после травм и переломов шейки бедра, эндопротезирования суставов, т.е. люди, нуждающиеся на данном этапе их жизни в постоянном уходе, наблюдении и реабилитации, психологической и психотерапевтической поддержке. Они получали рекомендованную специалистами медикаментозную терапию, с ними проводилась индивидуальная и групповая психотерапия (рациональная психотерапия, беседы на интересующие их темы, общение по интересам, арт-терапия, музыкатерапия, терапия занятостью). Пациенты вовлекались в организацию праздников и концертов, занимались с психологами, получали сеансы массажа, индивидуальные занятия ЛФК. Параллельно проводилась психотерапевтическая работа с родственниками. Создание положительного эмоционального настроя, комфортные условия проживания, индивидуальный подход, психотерапевтическое опосредование всех мероприятий, ежедневная работа по преодолению двигательного и когнитивного дефекта изменяло отношение пожилого человека к себе, своей болезни, родственникам, возможностям улучшения физического и психологического состояния, что в конечном итоге повышало качество жизни пожилого человека. Сотрудники пансионатов проходили специальную медико-психологическую подготовку для работы с пожилыми людьми. Отличительной особенностью нашего центра является соблюдение принципа партнерства при работе с пациентами, как одного из главных принципов реабилитации (М.М. Кабанов, Т.Д. Демиденко). Главными критериями для подбора персонала служили их профессионализм, человеческие качества, способность сопереживать и готовность всегда прийти на помощь.

Результаты: За 7 лет под нашим наблюдением находилось 968 пациентов. Практически у всех пациентов отмечалось улучшение психического и физического состояния, повышалась их активность, настроение, самочувствие. В настоящее время для объективизации оценки эффективности комплекса терапевтических воздействий проводится разработанная нами программа психодиагностических исследований, включающая применение самооценочных психологических тестов (госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала самооценки Спилберга-Ханина, балльная таблица для выявления нарушений когнитивных функций), монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA).

Заключение: Наш семилетний опыт показал высокую эффективность создания сети негосударственных стационарных учреждений малой мощности (пансионатов на

10 – 50 человек) для предоставления квалифицированных услуг при краткосрочном и долговременном пребывании в комфортных условиях, приближенных к домашним, для пожилых людей, которые на сегодняшний день можно отнести к самой незащищенной группе населения и которые заслуживают достойной старости. Действующий в настоящее время в нашей стране ФЗ № 442 об оказании медико-социальной помощи пожилым и инвалидам, созданный на основе предложенного нами проекта «Достойная старость», дает возможность получить высококвалифицированную, качественную и доступную медико-социальную и психологическую помощь в благоустроенных пансионатах в течение 3-х месяцев в году.

**«Функционирование психологических защит у подростков с легкой умственной отсталостью из неполных семей, как фактор сохранения их психосоматического здоровья»**

**Турчанинов Е.Е.**

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение № 237  
Красносельского района Санкт-Петербурга

Проблема умственной отсталости является одной из актуальных тем в современном обществе в рамках инклюзивного процесса и интеграции данной категории людей живущих с особыми возможностями здоровья.

Цель исследования. Изучение механизмов психологических защит у подростков с легкой умственной отсталостью.

Объект исследования – подростки в возрасте 15 лет.

Методы исследования. Опросник защитных стилей Бонда.

Объём выборки: 100 человек 50 детей из полной семьи и 50 детей из неполной семьи.

В ходе анализа «Опросника защитных стилей Бонда» были получены следующие различия с помощью непараметрического критерия Краскара-Уиллиса, так показатель соматизации составил  $\chi^2=9,601$ ,  $p=0,022$  в полной семье; ипохондрии  $\chi^2=8,763$ ,  $p=0,033$  в неполной семье; изоляции  $\chi^2=35,32$   $p<0,01$  в неполной семье, расщеплении  $\chi^2=27,834$   $p<0,01$  в неполной семье, отрицании  $\chi^2=13,324$ ,  $p=0,004$  в неполной семье, формирование реакции  $\chi^2=8,530$ ,  $p=0,036$  в неполной семье и подавлении  $\chi^2=7,776$   $p=0,051$  в неполной семье.

Данные результаты исследования свидетельствуют о том, что выпускники специализированных (коррекционных школ) из неполных семей чаще прибегают к защитным механизмам невротического типа, что говорит об их особом адаптационном потенциале, а так же тех трудностях, с которыми им приходится сталкиваться в процессе адаптации в обществе.

## **«Психологическая помощь семьям, воспитывающих детей с умственной отсталостью (умеренной F71)»**

**Тхоржевская Л.В.**

Институт специальной педагогики и психологии, г. Санкт-Петербург

Целью исследования - выявление факторов психологических рисков во взаимодействии родителей и детей с УО, для уточнения направления коррекционной работы. Применялись «Анкета для родителей», формализованная беседа, опросник родительского отношения (А.Я.Варга, В.В.Столин), методика Дембо-Рубинштейна, ЦТО, «Рисунок семьи».

Выявлено, что основными потребностями в психологической помощи являются: потребность в психологической поддержке со стороны специалистов (53,3%), в семейной и социальной помощи (60%), информации о том, как обучать ребёнка игре, проводить с ним свободное время, развивать его, справляться с поведенческими трудностями, в финансовой поддержке.

Жесткие отношения в семьях могут быть признаком родительской гиперопеки, и говорить о зависимости, расслабленности и беспокойстве, об эмоциональном напряжении в отношении своих детей.

Корреляционный анализ показал, что в качестве коррекционных мишеней могут выступать самооценка ребенка и ощущение эмоционального принятия в семье.

На основании факторов риска и коррекционных мишеней была разработана и апробирована коррекционная программа.

Эффективность программы оценивалась методом беседы с родителями и детьми. Ответы участников исследования позволяют говорить о наметившейся позитивной тенденции. Контрольное диагностическое исследование представлялось не целесообразным, т.к. мы не рассчитывали на качественные сиюминутные изменения, процесс психологической помощи и поддержки семьи, воспитывающей ребенка с УО должен быть пролонгированным, а эффективность ее может проявиться в отнесенные по времени сроки.

## **«Демонстрационная группа – новый инструмент супервизии, обучения и развития междисциплинарного взаимодействия»**

**Федоров Я.О.**

«Больница им. П.Кащенко», г. Санкт-Петербург

Доклад знакомит с малоизвестной формой тренинга и супервизий. Острая проблема современного психотерапевтического образования – уход от живого общения с пациентом. Демонстрационная группа позволяет соприкоснуться с реальной практикой и при этом сохраняет анонимность пациентов. Техники современного психоанализа помогают использовать деструктивные групповые процессы для развития конструктивной динамики и построения связей между участниками группы, которые становятся доступными для изучения. Характер этих связей и особенности взаимодействия участников отражают проблемные стороны терапевтического процесса и решают задачи супервизии клинического опыта.

Демонстрационную группу условно можно разделить на три части: вводная, процесс-группа и обсуждение. Вводная определяет то, что в психоанализе называется сеттингом. Она создает структуру и задает формат работы второй части. Выбираются психотерапевты, которые выступают в роли своих пациентов. Принимается «легенда» группы и короткая информация о пациентах. «Процесс-группа» – это непосредственно демонстрационная группа. Она представляет из себя психодинамическую группу со «сверхмалым периодом жизни». Третья часть – это обсуждение динамики взаимодействия и контрпереноса участников.

Демонстрационная группа – уникальная возможность «просветить» опыт психотерапевта «профессиональным рентгеном» с разных сторон, а «перекрестный огонь» переживаний участников способствует этому.

## **«Равнодушие родителей как фактор межличностной агрессии детей» Фоменко С.В. СПбГУ**

Как показывают исследования последних лет, семья может не только гармонизировать личность, но и стать причиной ее разрушения. К числу таких деструктивных факторов можно отнести равнодушие как пассивную позицию родителей по отношению к детям.



Цель исследования заключается в определении равнодушного отношения родителей к детям и проявлением межличностной агрессии детей.

Использовались авторские методики, позволяющие определить чувствительность родителей по отношению к потребностям ребенка, понимание ими переживаний и потребностей ребенка, поведение родителей при взаимодействии с ребенком, родительскую беспомощность и общую выраженность равнодушия.

Обследовано 140 человек: 70 родителей и 70 детей старшего дошкольного возраста с нормативным развитием. Результаты показали избирательность проявления равнодушия. Лишь 37% из числа опрошенных родителей испытывают беспомощность в воспитании ребенка. Для них воспитание – сложная проблема. При этом родители транслируют своим детям ту модель поведения, которую получили сами, будучи детьми. Если потребности родителей в детстве удовлетворялись, то снижаются их агрессия и равнодушие по отношению к собственному ребенку. Снижается также и агрессия самого ребенка. Таким образом, проявления равнодушия родителей нуждаются в психологической коррекции.

### **«Прикладной анализ поведения как метод построения диалогических взаимоотношений с ребенком с расстройством аутистического спектра»**

**Чернышкова А. Г.**

Наряду с нарушениями речи, эмоционально-волевой сферы, стереотипиями в поведении и особенностями сенсорного восприятия типичной особенностью развития детей с расстройством аутистического спектра (РАС) считается отсутствие мотивации к взаимодействию. Социальная интеграция ребенка с РАС возможна при устранении барьера аутизации. Создание диалогических отношений с помощью формирования мотивации к взаимодействию, а также поддержание доверительных отношений поможет решить данную проблему.

Цель исследования – установление диалогических отношений с ребенком с РАС с помощью основных техник прикладного анализа поведения (АВА).

Психотерапевтическая работа проходила с одним шестилетним ребенком с РАС в дошкольном учреждении комбинированного типа. Предварительно у ребенка было выявлено полное отсутствие речи, а также расторможенность, агрессивность и аутоагрессивность.

В течение года использовались:

- безошибочное обучение в совместном занятии или игре;
- сокращение проблемного и стимулирование положительного поведения через подбор и применение системы поощрений;
- обучение функциональной речи.

АВА-терапия положительно повлияла на создание диалогических взаимоотношений с ребенком с РАС: снизился уровень тревоги, физической агрессии и аутоагрессии. Ребенок стал чаще сообщать о потребностях, что мотивировало его к дальнейшему взаимодействию.