

Психотерапевтическая коррекция состояла из трех основных этапов. На первом установочном этапе проводилось выявление и устранение неадекватных и деструктивных установок, оценок и представлений супругов в области сексуального взаимодействия. Основными методами для этого этапа мы выбрали рациональную и информационную психотерапию. Рациональную психотерапию осуществляли в форме индивидуальной, парной и групповой психотерапии, используя техники, разработанные А. Ellis, W. Dryden. Основной задачей этапа считали корректировку так называемого иррационального мышления у супругов. В основе иррациональных взглядов, ведущих к таким нездоровым эмоциям как тревога, гнев, злость, обида, депрессия, стыд, вина или ревность, лежит мыслительный процесс, известный в теории рационально-эмоциональной поведенческой терапии как «долженствование».

На втором этапе психотерапевтической коррекции воздействия для пациенток были направлены на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией, компенсацию неадекватных эмоциональных реакций на нее, а также на повышение сексуально-эротической привлекательности брачного партнера. Психокоррекционные усилия для мужей пациенток на этом этапе были направлены на изменение закрепившегося девиантного сексуального поведения и привлекательности образа сексуального брачного партнера. На втором этапе психотерапии основными методами коррекции в работе с пациентками и их мужьями были аутотренинговые и гипносуггестивные техники, а также модифицированный нами вариант мотивационной психотерапии А. Ю. Дышлевого. Успешность данного этапа у женщин определяется регрессом невротической симптоматики и формированием позитивной установки в отношении брачного партнера. Успешность этапа для мужей пациенток является регуляризация образа брачного сексуального партнера, формирование адекватных мотиваций сексуального поведения и мотивов полового акта.

На третьем этапе психотерапии супруги научались успешному, продуктивному и правильному сексуальному взаимодействию. На этом этапе повышался практический уровень их сексуальной компетентности, достигалась оптимальная согласованность взаимодействия, формировалось новое, более адаптированное сексуальное поведение. На третьем этапе психотерапевтической коррекции основными методами коррекции был сексуально-поведенческий тренинг. Этап считался завершенным при формировании и закреплении у супругов нового сексуально-поведенческого поведения и достижения обоюдной стабильной сексуальной и эмоциональной удовлетворенности.

УДК 616.89-008.441.3

Гердт И. Ю.

*Институт психотерапии (г. Кобленц, Германия)**

Особенности синтетической, межнациональной, поликультуральной социопсихотерапии иммигрантов с различными формами психических и поведенческих расстройств

Интеграция иноязычных иммигрантов в социально-экономическую жизнь Германии представляет серьезную общечеловеческую и медицинскую проблему, которая

* Данная публикация подготовлена в рамках программы сотрудничества с отделом клинической и социальной наркологии «ИНПН НАМН Украины» и ООО «Клиника доктора Артемчука».

решается в государственном плане комплексно, путём обучения приехавших людей языку и истории страны, получения нужной профессии и трудоустройства, обеспечения материальной и правовой помощью, а в случаях наличия соматической и нервно-психической патологии — посредством медицинских консультаций и проведения терапевтических курсов в амбулаторных клиниках, в т. ч. методами психотерапии (поведенческой, глубинной, психоаналитической и др.). Эти люди, до недавнего времени, представляли собой другую культуру, другую страну, другой этнос и после переезда испытывают трудности (стресс) адаптации; демонстрируют высокие уровни тревоги, напряжения, агрессии, депрессивных расстройств, а также клинические признаки невротизации, алкоголизации, наркотизации, асоциального, в т. ч. криминального поведения. Как правило, переселенцы живут в изолированных, по национальному типу, общинах, в которых сохраняются прежние верования, философия, уклад, ценности, привычки. Они испытывают враждебность, дискриминацию со стороны (и по отношению) местного населения, страх перед будущим; имеют проблемы с трудоустройством, семейной жизнью, работоспособностью и здоровьем (вплоть до инвалидизации). Всё вышесказанное отражает низкий уровень возможностей данного контингента к социально-профессиональной, личностной и национальной интеграции в условиях новой действительности, недостаток мотиваций к здоровому образу жизни и к соблюдению общепринятых стандартов поведения; отсутствие критики к болезням. Такое положение дел требует поиска, разработки и внедрения новых подходов, методов и технологий адаптации этого проблемного по многим характеристикам контингента с целью формирования у него паритетной психологии, объединяющей прежнюю и новую экзистенцию, межнациональные конфессии и философские системы; активного накопления позитивного опыта решения проблем.

В медико-социальном Центре (Институт психотерапии, г. Кобленц) нами, при анализе материалов наблюдения и лечения 250 иммигрантов с психическими расстройствами и расстройствами поведения из России, Польши, Турции, Албании, Хорватии, а в последние годы из Ирана, Сирии, Украины, было установлено, что весь этот контингент нуждается в многолетней, направленной, межкультуральной, интернациональной по содержанию, полипрофессиональной социо- и психотерапии, которая, с нашей точки зрения, должна быть выделена в отдельное направление, и даже — в отдельный метод синтетической, межкультуральной терапии. Согласно стандартным подходам к интеграции переселенцев в экономику и социальную жизнь Германии, они наблюдаются в подобных Центрах в течение трех лет и проходят курсовые психологические, правовые, медико-социальные, психотерапевтические и другие адаптационные программы в течение 120 учебных часов. Несмотря на положительные результаты такой работы — она остаётся недостаточной (и по содержанию, и по длительности), т. к. не учитывает специфики жизни иммигранта в его прежней стране. Процесс интеграции финансируется в Германии медицинскими страховыми компаниями. Показания к социотерапии и психотерапии регламентируются международной классификацией болезней (МКБ-10) и основываются на показателях ограничения жизнедеятельности и здоровья человека. Оценка состояния больного производится профильными медицинскими специалистами. В целом постановка интеграционной работы в отношении переселенцев остаётся несовершенной.

Вследствие этого, после обоснования необходимости создания синтетической, более совершенной, межкультуральной (межнациональной) программы интеграции переселенцев, отдельные её составляющие (и прежде всего — социо- и психотерапевтические) были существенно дополнены, качественно изменены и увеличены по продолжительности.

УДК 355.422:291.1-07-057.36

Гук Г. В.

Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)

Особливості застосування діагностичного інструменту SCID-I з метою оцінки стану психічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій

Сучасні вимоги до діагностики психопатологічних порушень передбачають високу точність та відповідність встановленим нозоспецифічним критеріям. Разом із неухильним поглибленням та розширенням теоретичних уявлень про психічну патологію із тенденцією до стандартизації надання спеціалізованої медичної допомоги це призводить до актуалізації проблеми розроблення нового та адаптації наявного психодіагностичного інструментарію, що використовують у повсякденній лікувальній та дослідницькій практиці. З огляду на це особливу увагу вітчизняних клініцистів та науковців привертає новий сформований контингент осіб, які звертаються за психічною допомогою, — демобілізовані учасники бойових дій на Сході України.

Нами було проведено дослідження оцінки діагностичної ефективності інструменту Структуроване клінічне інтерв'ю для діагностики розладів за посібником DSM-IV (SCID-I). До інтерв'ю нами було включено такі розділи осі I: модуль А — афективні розлади; модуль D — порушення настрою; модуль F — невротичні розлади (включаючи посттравматичний стресовий розлад — ПТСР); модуль E — розлади, викликані вживанням алкоголю; модуль I — розлади адаптації. Спектр нозологічного охоплення структурованого опитування був визначений з урахуванням класифікаційних розбіжностей та з огляду на найпоширеніші (згідно з результатами попередніх досліджень) психічні розлади, встановлювані серед демобілізованих воїнів, при їх звертанні до спеціалістів у сфері психічного здоров'я (психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів).

Загальна вибірка складала 20 учасників бойових дій на Сході України, які зверталися за амбулаторною та/або стаціонарною психіатричною допомогою. Спочатку лікар-психіатр проводив клінічну бесіду у вільній формі. Її метою була комплексна оцінка психічного стану за всіма сферами із встановленням попереднього, а за можливості — клінічного діагнозу. Після того з інтервалом у 2—4 дні призначали повторну співбесіду зі спеціалістом, сертифікованим у проведенні SCID-I, за результатами якої також встановлювали попередній/клінічний діагноз. Отримані результати було проаналізовано та виявлено викладені далі тенденції та закономірності.

Середні тривалості вільної клінічної бесіди та інтерв'ювання за SCID-I становили $1,2 \pm 0,5$ год та $1,7 \pm 0,6$ год відповідно. Результати виявлення порушень афективного спектра (модуль А) та розладу адаптації (модуль I) за обома методиками не мали значущих відмінностей, тоді як у модулі D (порушення настрою) психодіагностика за SCID-I

виявилася чутливішою у діагностуванні дистимії. Якщо в результаті клінічної бесіди цей діагноз було встановлено лише у 2 випадках, то бали, підраховані в процесі структурованого інтерв'ю, дали підставу для констатації дистимії у 4 респондентів. Подібна тенденція була наявна у модулі E, в якому кількість діагнозів «зловживання алкоголем» та «алкогольна залежність», встановлених за SCID-I (6 випадків та 3 випадки відповідно), переважала таку за підсумками вільної клінічної бесіди (3 випадки та 2 випадки відповідно). Найбільш суттєві різниці було виявлено у модулі F, в якому SCID-I виявив поодинокі випадки аерофобії, батофобії та генералізованого тривожного розладу, не діагностовані при вільній клінічній бесіді. Рівень ПТСР за SCID-I визначено як субпороговий у 4 випадках із 7 через відсутність критерію уникання, тоді як у процесі клінічної бесіди в усіх 7 пацієнтів було констатовано розгорнуту клінічну картину посттравматичного розладу.

Подальші аналіз та адаптація психодіагностичних методик сприятимуть підвищенню якості вітчизняної психіатричної допомоги.

УДК 616.89-008.19:615.851

Данилов А. С.

Незалежна асоціація психотерапевтів (з. Харків)

«Многообразие эмоционального влияния.

Рождение эмоции из логоса»

"Cogito ergo sum." (Декарт)

"Senso ergo sum." (Автор)

Весь опыт академической и практической психологии, как и патологии, показывает, что эмоции являются катализаторами различных процессов.

Восприятие, внимание, память, мышление, сознание и т. д. зависят от эмоционального фона, как в норме, так и в патологии, в клинике аффективных расстройств.

С другой стороны, весьма эффективно умелое психическое воздействие с грамотным использованием эмоциональной составляющей, в том числе и в психотерапии.

Достаточно вспомнить об эмоциональном внушении; феномене эмпатии (как саногенного фактора, так и в создании комплаенса); эффекте катарсиса, ведущего к отреагированию. (А. Данилов, 1998). Ранее мы показали роль критического числа пафоса мифологемы, вызывающего явление катарсиса. (А. Данилов, 2005).

Но не только пафос, а формально «холодное», логическое содержание, может, образно выражаясь, посредством сухого, когнитивного материала высечь искру эмоции, из которой возгорится пламя.

Из множества условий хочется отметить содержание в когнитивной структуре истины, как абсолютной, так и конкретной «внутренней правды», актуальной для объекта психического воздействия, порою с использованием влияния на неосознаваемые, глубинные процессы бессознательного психического.

Предложенная гипотеза дает ключ к пониманию различных психических феноменов к созданию конкретных техник психического воздействия, например, плавный переход от когнитивной к эмоциональным разновидностям психотерапии, сочетании внушения с убеждением и рациональными вариантами; грамотное составление психотерапевтического текста, где безукоризненное, формально логическое содержание вызовет множество актуальных эмоциональных процессов.