

**Выводы.** Необходимы дальнейшие исследования для разработки эффективной психотерапии, однако уже сегодня использование индивидуально подобранной терапии и методик психологической коррекции, современных видов аппаратной коррекции позволяет добиться улучшения интеллектуального состояния в большинстве случаев КН [3]. Предложенная схема психологического обследования и коррекции может применяться в амбулаторно-поликлинических условиях и стационарах, что позволяет оптимизировать тактику и предотвратить дальнейшее развитие когнитивных нарушений.

### Литература

1. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Долныкова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67–77.
2. Шмуклер А. Б. Когнитивные нарушения в структуре депрессивного синдрома // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 72–76.
3. Рыжова И. А. Когнитивный тренинг как психокоррекционный метод в психиатрии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 5(46) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.10.2021 г.).
4. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврологический журнал. – 2006. – Т.11. – Приложение № 1. – С.4–12.

## РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

**Нартова Т. В., Игумнов С. А., Шуплякова А. В.**

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** В современной медицине становится все более популярной и востребованной концепция персонализированного подхода [2-4]. Наиболее часто речь идет об использовании для стратификации пациентов индивидуальной биологической информации, такой как генетика и биомаркеры. Гораздо реже учитываются убеждения, потребности, ценности, желания, предпочтения, особенности поведения пациентов, окружающая их социальная среда и специфика актуальной ситуации.

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) – комплексная проблема, вызывающая нарушения в разных сферах жизнедеятельности человека. Биологические последствия связаны с высоким уровнем смертности в результате употребления ПАВ, коморбидностью со многими психическими и

соматическими расстройствами, инвалидизацией. Наблюдаются различные психические, эмоциональные, личностные изменения пациентов в результате употребления ПАВ. Персонализированный подход в психотерапии наркологических пациентов должен учитывать личностные и социально-психологические ресурсы, выступающие психологическими предикторами ремиссии в условиях стационарной реабилитации пациентов, зависимых от ПАВ (для обоснования индивидуального подхода в психологическом сопровождении) [5]. В качестве психологических предикторов ремиссии выступают внутренние (личностные) ресурсы пациентов и внешние (социально-психологические) ресурсы в условиях стационарной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.

**Цель реабилитации** – формирование и актуализация личностных предикторов ремиссии посредством организации социально-психологических предикторов, учитывающей био-психо-социально-духовный уровень заболевания и соответствующей периодам реабилитационного процесса.

Выделение психологических предикторов ремиссии у лиц с зависимостью от ПАВ позволяет обосновать направления и содержание мероприятий, индивидуализировать психокоррекционную работу с пациентами, имеющими коморбидные расстройства, низкую персональную мотивацию на отказ от употребления ПАВ, низкий реабилитационный потенциал в условиях стационарной психотерапевтической реабилитации.

Персонализированный подход в лечении наркологического пациента применяется при диагностике личностных расстройств и, помимо клинических критериев международных классификаций, включает глубинное исследование личности пациента – системы отношений, уровня конфликтности, психологических защитных механизмов [4]. Психотерапия и психологическая помощь пациентам могут опираться на парадигму персонализированного подхода, активно развиваясь в направлении усиления внимания к дифференциации и индивидуализации диагностики и лечения пациента.

**Методы исследования.** Описание методики. Программа организована в 3 этапа.

Первый этап – диагностический: клинико-диагностическое интервью, психодиагностическое исследование. На диагностическом этапе программа включает регистрацию и оценку следующих параметров: проведение клинического интервью: демографические сведения о пациенте: пол, возраст, социальный и семейный статус; клинико-anamnestические данные: длительность заболевания, трудоспособность, динамика и выраженность психопатологических нарушений, влияние внешних психотравмирующих обстоятельств, результаты предыдущего лечения, наличие сопутствующих заболеваний. Основные исследуемые параметры оцениваются с помощью психометрических методик: симптоматический опросник (SCL-90R); шкала депрессии (BDI); шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); опросник суицидального риска (модификация Разуваевой Т. Н.); опросник Басса-Дарки;

экспериментально-психологическое исследование памяти и внимания (тест Мюнтсберга, таблицы Шульте, 10 слов Лурия). Отслеживание динамики изменения состояния пациента и стадий психотерапевтического процесса (URICA).

Второй (основной) этап – проведение комплексной медико-психологической программы. Комплексная медико-психологическая программа включает:

- 10 индивидуальных психотерапевтических встреч (с частотой 1 раз в неделю, время – 60 минут) с использованием мотивационного консультирования, КПТ;

- 15 сеансов комплекса методов нейробиоуправления и аудиовизуальной стимуляции (с частотой 5 раз в неделю, время – 30 минут) с использованием программно-аппаратного комплекса УСО-01 «НЕЙРОКУРС» и аудиовизуального комплекса «ДИСНЕТ».

Общее количество встреч – 25. Длительность программы – 10 недель.

Мишени психотерапии: отсутствие или снижение критической оценки пациентом своего заболевания (анозогнозия); патологическое влечение к ПАВ; личностные дисфункции пациента (акцентуации, расстройства личности); искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения; искаженные коммуникативные установки; нарушения самооценки; слабые рефлексивные способности, невозможность адекватной оценки своего актуального состояния; интрапсихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями; пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» пациента.

Третий этап – по завершению программы проводится повторное клиническое и психодиагностическое обследование и период последующего наблюдения. Включает визиты через 1 и 3 месяца после завершения основного этапа. На каждом визите оценивается клиническое и психологическое состояние пациента, устойчивость достигнутых изменений.

**Результаты и их обсуждение.** Сеансы с использованием инструментальных методов лечения (нейробиоуправление и аудиовизуальная стимуляция) способствуют снятию психоэмоционального напряжения. Такой подход помогает нормализовать цикл сон-бодрствование, уменьшить мышечное напряжение, дезактуализировать негативные, пессимистические мысли и снизить тревожность [6-8]. Обучившись предложенным навыкам, пациент способен самостоятельно регулировать свое психофизиологическое состояние, снимать тревожность, достигать мышечного и психологического расслабления, а также отвлекаться от навязчивых мыслей и переживаний, переводить фокус внимания с дисфункциональных убеждений на ощущения в теле, что способствует снижению уровня тревоги, напряжения.

**Выводы.** Курс психотерапии в сочетании с методами альфа-стимулирующего тренинга и аудиовизуальной стимуляции в долгосрочной

перспективе способствует длительности ремиссии, служит эффективной профилактикой рецидивов, поскольку пациент обучается навыкам самоанализа и саморегуляции, что позволяет ему следить за своим состоянием и регулировать его, распознавать начальные проявления болезненных состояний, самостоятельно предотвращать их или купировать, своевременно обращаться за квалифицированной медицинской помощью в случае необходимости.

### Литература

1. Белялов Ф. И. Подходы к персонализированной терапии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2018. - Т. 14, №. 3. - С. 418-424.

2. Буторин Г. Г. Преодоление симптомов посттравматического стрессового расстройства у сотрудников органов внутренних дел с применением средств аудиовизуальной стимуляции / Г. Г. Буторин, И. И. Щеглова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2012. – № 2. – С. 107–110.

3. Васильева А. В. Клиника и персонализированная диагностика расстройств невротического уровня в практике пограничной психиатрии / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Полторак [и др.] // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: сборник методических рекомендаций / НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева; сост. Н. В. Семёнова; под общ. ред. Н. Г. Незнанова. - СПб: КОСТА, 2018. – С. 363-398.

4. Васильева А. В. Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия (ЛОРП) / А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Биопсихосоциальная психиатрия: Руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо. - Москва : СИМК, 2020. - Гл. 14, разд. 14.1.2.1. - С. 670-694.

5. Лысенко И. С. Персонализированный подход к выбору мишеней и задач психотерапии у больных с невротическими расстройствами / И. С. Лысенко // Депрессия – вызов XXI века: материалы 4-й Костромской Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием, Кострома, 17-19 апреля 2018 года. – Кострома: ФГБНУ НЦПЗ, 2018. - С. 68-72.

6. Макаров С. В. Оценка здоровья и его коррекция методами аудиовизуальной стимуляции и нейробиоуправления при наркотически зависимых состояниях: дис. ... канд. мед. наук / С.В. Макаров. – Томск, 2005. – 100 с.

7. Макаров С. В. Сравнительный анализ эффективности методов альфа-стимулирующего тренинга и аудиовизуальной стимуляции в комплексной программе лечения больных с героиновой зависимостью / С. В. Макаров, О. С. Шубина // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2004. – № 3. – С. 38–44.

8. Мизинова Е. Б. Персонализированный подход к диагностике личностных расстройств / Мизинова Е. Б., Полторак С. В. // Школа В. М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящ. 160-летию со

дня рождения В. М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - [Электронное издание]. - СПб.: Альта Астра, 2017. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - С. 406-407.

## **ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ГЕНДЕРНЫХ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПАВ**

**Нартова Т. В., Николаева А. А., Каймакова В. А.**

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва, Российская Федерация*

**Актуальность.** Аспекты нарушения когнитивной сферы у лиц с семейной отягощенностью ПАВ остаются недостаточно изученными. Отсутствие единого взгляда исследователей на клиническое течение когнитивных нарушений при развитии химической зависимости у пациентов данной группы, а также спорность данных о факторах, способствующих появлению когнитивных нарушений при алкоголизме и наркомании, недостаточная разработанность вопросов профилактики, прогноза и социальной адаптации диктует необходимость целенаправленного их изучения.

Клинико-психопатологические проявления когнитивных нарушений у лиц с семейной отягощенностью ПАВ – труднокурабельные и требуют дальнейшего изучения. При отсутствии лечения прогноз при данной патологии неблагоприятен, дальнейшее злоупотребление способствует формированию стойкого неврологического и психического дефицита. Раннее выявление пациентов данного профиля с использованием наиболее объективных методов представляет значимую актуальность в плане их дальнейшего наблюдения и ведения как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

### **Цели:**

1. Изучить распространенность когнитивных нарушений у лиц с семейной отягощенностью ПАВ, получающих специализированную наркологическую помощь в условиях стационара.
2. Рассмотреть особенности когнитивных нарушений у лиц с семейной отягощенностью ПАВ, получающих специализированную наркологическую помощь в условиях стационара.
3. Проанализировать различия в особенностях когнитивных нарушений у лиц с семейной отягощенностью ПАВ.

**Методы исследования.** Выборку исследования составил 41 обследуемый, среди которых 21 пациент (51%) имел наследственную отягощенность по зависимости от ПАВ, а 20 пациентов (49%) – не имели таковой. Небольшой объем выборки был связан с ограничениями по COVID-19 и вынужденным изменением внутреннего режима клиники в соответствии с ними. Параллельно