

TREĆI HRVATSKO - RUSKI KONGRES DUHOVNE PSIHIJARIJE

s međunarodnim sudjelovanjem

*Depresija, suicid, ovisnosti, shizofrenija i psihoonkologija
Psihijatrijski i teološki aspekti, etičke dileme i sociološki pristup*

„sa dušom prema duši...“

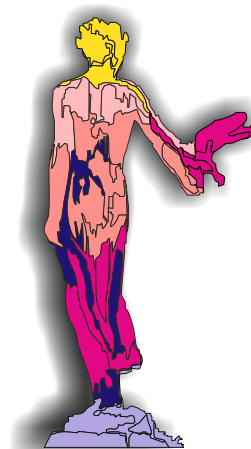
Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju - HIDP
Croatian Institute of Spiritual Psychiatry - CISP



Institute of Mental Health and Addictology - Moscow



AstraZeneca 



Zbornik sažetaka

OPATIJA, HOTEL "4 OPATIJSKA CVIJETA-ROYAL" 27. - 29. ožujka 2015.

TREĆI HRVATSKO - RUSKI KONGRES
DUHOVNE PSIHIJATRIJE

ZBORNİK SAŽETAKA

TREĆI HRVATSKO - RUSKI KONGRES DUHOVNE PSIHIJATRIJE

ZBORNİK SAŽETAKA

Urednik:

Rudolf Ljubičić

Dizajn naslovnice i grafičko uređenje:

Miloš Stupar

Objavljeno u Zagrebu, ožujak 2015

ORGANIZATORI:

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju

Institut za mentalno zdravlje i pitanja ovisnosti - Moskva

Predsjednici kongresa:

Đulijano Ljubičić, Boris Tsygankov

Dopredsjednici kongresa:

Veljko Đorđević, Dmitry Khritinin,
Milan Špehar

Predsjednici organizacijskog odbora:

Rudolf Ljubičić, Alexandrer Dobrovolsky

Predsjednici znanstvenog odbora:

Miro Jakovljević, Polozhi Boris

Tajnik kongresa:

Hrvoje Jakovac

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Dragana Jurić, Vladimir Kilichenkov, Tina Šubat-Lazinica, Igor Salopek, Galina Ivanova,
Ivan Kanjer

ZNAVSTVENI ODBOR

Miljenko Kapović, Tomislav Rukavina, Vida Demarin, Ivana Ljubičić-Bistrović, Marijana Braš, Vesna Šerić, Shamov Sergey, Danijel Buljan, Jelena Ivelić, Tanja Frančičković, Ika Rončević-Gržeta, Valinurov Rinat, Sanja Janović, Vesna Šendula-Jengiđ, Barylnik Julia, Vlado Jukić, Dalibor Karlović. Križo Katinić, Darko Marčinko, Branka Aukst-Margetić, Ninoslav Mimica, Marija Vučić-Peitl, Rudolf Ljubičić, Veronika Reljac, Boyev Igor

TEHNIČKI ORGANIZATOR

RL78 d.o.o.

SADRŽAJ

NEUROBIOLOGIJSKA PODLOGA DUHOVNOSTI: BIO-DUHOVNI KONTINUUM	
H. Jakovac	10
DIMENSIONAL APPROACH IN DEFINING MORALITY DURING PSYCHIC DISORDERS	
B. D. Tsygankov	13
RELIGIJA / DUHOVNOST I PSIHOZE	
Đ. Ljubičić, R. Ljubičić	15
JE LI MEDITACIJA BIJEG OD ŽIVOTA ILI PRODUBLJIVANJE ŽIVOTA?	
M. Špehar	16
SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHIZOAFFECTIVE DISORDER PATIENTS	
D.F. Chritinin, A.V. Esin, M.A. Sumarokova	18
ZNAČENJE DUHOVNOSTI ZA PSHIČKO ZDRAVLJE I BOLESTI	
K. Katinić	20
COMPARATIVE ANALYSIS OF RELIGIOUS WORLD-VIEW OF INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS	
O. Borisova, V. Gusev, O. Kaz'mina	21
CINEMA-THERAPY AS A MEANS OF FORMATION OF SPIRITUALITY AMONG STUDENTS WHO STUDY TO BE PSYCHIATRISTS.	
M. V. Larskikh	23
KAKO DOTAKNUTI JEZGRU DUHOVNOSTI ODNOSNO POVRATITI NARUŠENI VRIJEDNOSNI SUSTAV – MOGUĆNOSTI DUHOVNE POEZIJE ?	
E. Pavlović, V. Pešić	25
SHIZOFRENIJA U USKOJ ZAJEDNICI EKSTREMNO RELIGIOZNIH SLJEDBENIKA	
M. Blokar	26
HOW TO FORM SOUL LIFE TO EXCLUDE UNTIMELY DEATH	
O. E. Kalashnikova	26
INTEGRACIJA DUHOVNOSTI KROZ „STRENGHT MODEL“ U OPORAVKU MENTALNOG ZDRAVLJA	
J. Ivelić	29
SHIZOFRENIJA I VJERA	
M. Vučić Peitl, J. Prološčić	31

A «SINLESS» SUICIDE		
S. Oskolkova	-----	32
DUHOVNOŠĆU IZNAD BOLESTI DO NOVE STVARNOSTI: KORAK PO KORAK		
Z. Žakić	-----	34
AN ALTERNATIVE APPROACH TO PSYCHOTHERAPY AND REHABILITATION OF ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES, BASED ON THE RELIGIOUS IDEOLOGY		
A. Baburin, A. Magay, E. Kaz'mina, O. Borisova	-----	35
SAŽETAK IZLAGANJA O RADU TERAPIJSKE ZAJEDNICE «SAVEZ»		
M. Barbiš	-----	37
ULOGA RELIGIOZNOSTI U MEDIJACIJI ODNOSA ZLOSTAVLJANJA U DJETINJSTVU I SUICIDALNOSTI KOD OSOBA NA LIJEČENJU OD ALKOHOLIZMA		
N. Babić, V. Šendula-Jengiđ, S. Jonovska, K. Katinić, A. Matošić, D. Bratuša	-----	39
KAKO SU MI DUHOVNOST I PSIHIJARIJA POMOGLI DA OZDRAVIM OD OVISNOSTI?		
Ž. Jakopčević	-----	40
ZAMKE I OPASNOSTI U SVIJETU MEDIJA		
V. Reljac	-----	41
ALKOHOLNA PIĆA I DUHOVNOST		
D. Buljan	-----	42
ULOGA DUHOVNOSTI U LIJEČENJU OVISNOSTI IZ PERSPEKTIVE ČLANOVA ZAJEDNICE RETO CENTAR		
A. Dučkić		
S. B. Kokorić	-----	43
PROBLEM OVISNOSTI U STARIJIM OSOBA – DUHOVNI PRISTUP		
D. Moravek	-----	46
KAKO POSTIĆI DUHOVNI IMUNITET?		
M. Petković	-----	48
PRIKAZ BOLESNICE S METASTSKIM RAKOM DOJKE I DUGOGODIŠNJIM DOBRIM ODGOVOROM NA ONKOLOŠKU TERAPIJU – VAŽNOST PODRŠKE		
I. Belac-Lovasić, F. Lovasić, M. Petković, A. Mihaljević-Ferari, I. Skočilić	-----	49
DIJAGNOZA I PROCJENA ONKOLOŠKOG KLIJENTA – GEŠTALT PRISTUP		
K. Kolarić	-----	51
LIČNOST U BOLESTI		
I. Rončević-Gržeta, I. Ljubičić-Bistović	-----	52
MEDICINA USMJERENA PREMA OSOBI U LIJEČENJU BOLESNIKA S NEIZLJEČIVIM BOLESTIMA		
V. Đorđević, M. Braš	-----	53

**SPIRITUAL PSYCHOTHERAPY AND REQUEST FOR THE PSYCHOTHERAPEUTIC HELP.
HOW PRACTICALLY TO SOLVE "THE TASK ON SPIRITUALITY"?**

G. E. Romanova ----- 55

**THERAPEUTIC RISK FACTORS OF SUICIDE BEHAVIOR DURING TREATMENT IN A
PSYCHIATRIC HOSPITAL AND IN EARLY TERMS AFTER DISCHARGE FROM THE
HOSPITAL**

S. V. Vaulin, M. V. Alekseeva, T. V. Morenets ----- 57

SPIRITUALITY AND ITS INFLUENCE ON MENTAL HEALTH OF LATE AGE PERSONS

Pishchikova L. E. ----- 60

**OPPORTUNITIES FOR NON-MEDICATIONAL EVALUATION OF PHARMACOTHERAPY
OF SCHIZOPHRENIA CO-MORBID WITH ALCOHOL ADDICTION**

O. Shiryaev ----- 62

**SELF-HELP TRAINING AS A FACTOR OF INCREASE IN THE EFFICIENCY OF
PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM ANXIETY-
DEPRESSIVE DISORDER AND RESIDUAL CEREBRAL-ORGANIC FAILURE.**

B. D. Tsygankov, Y. T. Djangildin, G. R. Ivanova, S. F. Ismailova ----- 66

CLINICAL STAGING IN PANIC DISORDER AND INDIVIDUALIZED THERAPY

A. Pavlichenko ----- 68

**CLINICAL AND PATHOGENETIC FEATURES OF EATING DISORDERS (ED) OF HELTH
PROFESSIONALS**

A. E. Bryukhin ----- 70

PSYCHOREHABILITATION AT THE MODERN STAGE OF PSYCHIATRY DEVELOPMENT

D. Samoylova, Yu. Baryl'nik, S. Pakhomova, P. Yanushko ----- 72

POSTERI

SPIRITUAL DESTABILIZATION OF MODERN SOCIETY AS A PREDICTOR OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN

N. V. Filippova, M. A. Deeva, O. J. Sobakina, A. V. Kolomeychuk ----- 76

THE ROLE OF PHILISOPHY AS SPIRITUAL INFLUENCE FACTOR IN BORDERLINE PSYCHIATRY

S. A. Ovsyannikov, U. K. Gadzhieva ----- 78

ZNAČAJ DUHOVNOSTI U LIJEČENJU ALKOHOLIZMA

K. Nenadić-Šviglin, S. Jelić, M. Špoljarić ----- 80

I ŠUTNJA JE ZLATO?

S. Katalinić, E. Kadirić, L. Vrkić-Karadžija ----- 81

INTEGRATIVE AND PERSONAL APPROACH FOR THERAPY OF ALZHEIMER DISEASE.

J. S. Abrosimova, E. N. Bychkov, A. F. Paraschenko ----- 82

KEY FACTORS OF PSYCHIATRIC TREATMENT SATISFACTION IN INPATIENTS SUFFERING FROM NEUROTIC AND DEPRESSIVE DISORDERS.

B. D. Tsygankov, Y. V. Malygin, S. F. Ismailova, G. R. Ivanova ----- 84

THE COMPLEX APPROACH TO THE TREATMENT OF CLIMACTERIC PERIOD'S AFFECTIVE DISORDERS

A. Antonova, E. Bachilo, M. Deeva, Yu. Barylnik, T. Ledvanova, E. Sidorova ----- 86

APPROACHES TO TREATING OF ABSTINENT AND POSTABSTINENT STATE OF NARCOLOGICAL PATIENTS

B. D. Tsygankov, S. Shamov, M. Zemskov, T. Plyaskina, N. Markina ----- 87

IMPACT OF THE MICRO SOCIAL MEDIUM ON THE PROGRESS OF SENILE ALZHEIMER-TYPE DEMENTIA OF MODERATE SEVERITY

I. Sheremetyeva, V. I. Babushkina ----- 90

THE INFLUENCE OF ENVIROMENTAL AND GENETIC FACTORS ON PARANOID SCHIZOPHRENIA

E. V. Kolsnichenko, V. N. Kuryshov, N. V. Maslova, S. A. Pakhomova ----- 92

PSYCHIATRIC CHANGES IN AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS (ALS) AND ALS PHOBIA

G. N. Levitsky, A. S. Levitsky, V. M. Gilod ----- 94

EXPERIENCE THE DUTY PSYCHIATRIST IN THE DEPARTMENT COMBINED SOMATIC AND MENTAL PATHOLOGY (SOMATIC-MENTAL) CITY CLINICAL HOSPITAL.

D. V. Sobolev ----- 96

THE PROBLEM OF STIGMATIZATION IN PATIENTS WITH PUBERTAL SCIZOPHRENIA

S. A. Pakhomova, E. V. Karabanova, A. F. Paraschenko, S. V. Sizov ----- 99

DISHARMONIOUS FAMILY RELATIONSHIPS AND THEIR INFLUENCE ON THE PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION OF CHILDREN AND TEENAGERS IN SOCIAL ORPHANAGES

T. V. Ulasen ----- 101

DEPENDENCE OF BIOCHEMICAL BLOOD VALUES, ARTERIAL BLOOD PRESSURE AND BODY WEIGHT FROM THE COMPLIANCE DEGREE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC KIDNEY DISEASE RISK FACTOR AT SANATORIUM THERAPY TREATMENT STAGE.

S. Vorontsov, I. Makarova ----- 104

A faded, light gray silhouette of a woman in a dress holding a dog, serving as a background for the text.

ORALNE PREZENTACIJE

NEUROBIOLOGIJSKA PODLOGA DUHOVNOSTI: BIO-DUHOVNI KONTINUUM

H. Jakovac

Medicinski fakultet u Rijeci

Duhovnost podrazumijeva raznovrsna subjektivna iskustva, doživljava, stanja svijesti i aktivnosti, neovisna o religiji, no često antropokulturološki "usmjerena" i uvjetovana vjerovanjima, a koja u konačnici dovode do specifičnog odnosa pojedinca prema temeljnim, nematerijalnim aspektima postojanja i do transcencije sebstva. Tradicijski, duhovni su se fenomeni dugo smatrali nevezanima za fizičko tijelo i potpuno neovisnima o njemu, uz strogo naglašenu dihotomiju tijela i duha (dualistički pristup). U posljednjih nekoliko godina brojne studije potvrdile su ulogu mozga u različitim duhovnim iskustvima. Takve studije, koje predstavljaju novu znanstvenu granu nazvanu neuroteologija, uglavnom se temelje na funkcijskim slikovnim ispitivanjima mozga (fMRI, PET i SPECT analize), te metodama kojima se detektiraju elektrofiziološke i neurokemijske promjene u mozgu tijekom određenih duhovnih doživljavanja ili duhovnih aktivnosti (meditacija, samotranscencija, prosvjetljenost, potpuna osvještenost, molitva). Iako postoje pojedine razlike s obzirom na aspekte duhovnih doživljaja i aktivnosti, funkcijske slikovne studije ukazuju na aktivaciju prefrontalnog i cingulatnog korteksa, prolaznu hipoaktivnost frontalnog korteksa, smanjenu aktivnost parijetalnog lobusa i deafferencijaciju njegova posteriornog dijela, te smanjenu talamičku aktivnost.

Sa elektrofiziološkog gledišta najviše pažnje zaokuplja lijevi temporalni režanj, u kojemu se tijekom duhovnih doživljaja mogu zabilježiti intenzivna električna izbijanja u obliku "šiljaka".

Nadalje, bolesnici sa temporalnom epilepsijom nerijetko doživljavaju trenutke dubokog zanosa, spokoja i "sveukupne jasnoće". Ova zapažanja navela su pojedine istraživače da se fokusiraju na traženje tzv. "Božjeg centra" unutar temporalnih režnjeva mozga. Zanimljivi, ali i kontroverzni eksperimenti, imali su za cilj umjetno izazvati duhovna iskustva stimulacijom temporalnih režnjeva niskonaponskim elektromagnetima koji stvaraju horizontalno-rotirajuće električno polje uporabom naprave poznate kao "Božja kaciga". S druge pak strane, brojne neurofiziološke studije utvrdile su predominaciju alfa moždanih valova induciranu različitim duhovnim tehnikama.

Neurotransmisijaska podloga duhovnih iskustava uglavnom je istraživana pomoću obilježenih agonista neurotransmiterskih receptora, koji se tijekom pojačane neurotransmisije u manjoj mjeri vežu za receptore uslijed kompeticije sa endogenim neurotransmiterima. Takve studije pokazale su pojačanu dopaminergičku i serotoninergičku aktivnost tijekom duhovnih doživljaja, poglavito u limbičkom sustavu, ukazujući na dotične neurotransmitere kao ključni neurokemijski supstrat duhovnosti. Pored toga, pojedine psihotropne tvari, posebice N, N-dimetiltriptamin (DMT) i ketamin, koje mahom moduliraju serotoninergičku i dopaminergičku

neurotransmisiju, mogu inducirati iskustva slična duhovnima. S obzirom na to, pojedini su istraživači pretpostavili postojanje još uvijek neidentificiranih endogenih analoga takvih tvari, koje se prirodno stvaraju u mozgu kao rezultat duhovne aktivnosti. Iznenadna duhovna iskustva, kao što su primjerice iskustvo tik do smrti, prosvjetljenja, intuitivne vizije i ukazanja, pokušavala su se objasniti i manjkom energije u mozgu (hipoenergoza), što posljedično dovodi do lokalne elektrolitne neravnoteže i "neurotransmisijske oluje".

Otkako je Dean Hamer predložio VMAT2 gen kao ključni gen koji određuje sklonost prema duhovnim i mističnim doživljajima, nekoliko studija pokušalo je dovesti u vezu određene varijante gena sa tendencijom ka duhovnošću i duhovnošću kao stanjem uma, pri čemu su se prvenstveno istraživali geni koji kodiraju monoaminske transportere ili monoaminske receptore, dok su za kvantifikaciju sklonosti prema duhovnosti uglavnom korištene ljestvice transcencije sebstva i prihvaćanja duhovnoga. Do sada je takva povezanost utvrđena za pojedine polimorfizme gena za serotoninški transporter (SLC6A4), gena za dopaminski D4 receptor (DRD4) i gena za arginin-vazopresinski 1A receptor (AVPR1a). Dijelom nasljednu prirodu tendencije ka duhovnosti potvrdile su i klasične genetičke studije na blizancima.

Unatoč brojnim podacima o ulogama neurobioloških procesa u duhovnim iskustvima, uzročno-posljedični odnosi su nejasni i ključno pitanje još uvijek ostaje otvoreno – da li je naš mozak "ožičen" da stvara duhovne doživljaje *per se*, ili je naš mozak "ožičen" da prima određene izvantjelesne, nemjerljive "božanske" podstreke, koji zatim induciraju "neuronski duhovni odgovor". Možemo pretpostaviti da u stvarnosti postoji dvosmjerni "bio-duhovni kontinuum", sa pojedinim prividnim prekidima, prisutnima samo zbog naših trenutnih kognitivnih nesavršenosti.

NEUROBIOLOGICAL BASIS OF SPIRITUALITY: BIO-SPIRITUAL CONTINUUM

Spirituality denotes variety of subjective experiences, states of consciousness and activities, regardless of religion, but often antropoculturally "shaped" and interconnected with beliefs, which ultimately leads to individual's relationship with a fundamental, nonmaterial aspect of the Universe and existence, as well as to self-transcendence. Traditionally, spiritual phenomena have long been considered as strictly extrasomatic, with strongly pronounced body-soul dichotomy (dualistic approach). In recent years, numerous studies demonstrate brain involvement in spiritual experiences. These studies, which constitute a new field termed neurotheology, are mainly based on functional imaging (fMRI, PET and SPECT), electrophysiological observations and detection of neurochemical and molecular changes in spiritual practitioners (meditation, self-transcendence, mindfulness, enlightenment, praying). Although there are some differences regarding to the practice and aspect of spirituality, imaging studies point to prefrontal and cingulate cortex activation, transient hypofrontality, increased frontal lobe and decreased

parietal lobe activity, deafferentation of the posterior superior parietal lobule and decreased thalamic activity in spiritual practitioners.

From electrophysiological point of view, the most attention is paid to left temporal lobe, where during spiritual experiences can be found intensive spike discharges. Similarly, patients with temporal lobe epilepsy often become overwhelmed by profound moments of perceived clarity and elation, which all together has prompted some researchers to focus on looking-for "God spot" within the temporal lobes. Interesting, but also controversial experiments were aimed to evoke spiritual experiences by temporal lobes stimulation with low voltage electromagnets that generate a horizontally rotating electrical field by so-called "God helmet" apparatus. On the other hand, numerous neurophysiological studies have shown predominance of alpha waves induced during various spiritual techniques.

Neurotransmission basis of spiritual experiences mostly has been investigated using labeled neurotransmitter receptors agonists, which during increased neurotransmission show lower binding rate to corresponding receptor due to competition with the endogenous neurotransmitters. These studies have shown an increased dopaminergic and serotonergic activity during spiritual practice, particularly in the limbic system, indicating the respective neurotransmitters as the neurochemical substrate of spirituality. Furthermore, certain psychotropic substances, particularly N,N-Dimethyltryptamine (DMT) and ketamine, that all modulate serotonergic or dopaminergic activity and can induce spiritual-like experiences. Given that, some researchers postulated the existence of yet unidentified endogenous analogues of such substances, naturally occurring in the brain as a result of spiritual practice. Sudden spiritual experiences, such as near-death experience, enlightenments, intuitive vision and apparitions, have also been attempted explained by lack of energy in the brain (hypoenergosis), which consequently leads to local electrolyte imbalance and "neurotransmission storm".

Since Dean Hamer proposed VMAT2 gene as a key gene that predisposes humans towards spiritual or mystic experiences, several studies have attempted to link certain gene variants with spiritual tendency or spirituality as a state of mind, whereby primarily were investigated genes encoding monoamine transporters or monoamine receptors, while tendency toward spirituality usually was quantified by the self-transcendence scale and spiritual acceptance. So far, such association was found for certain polymorphisms of serotonin transporter gene (SLC6A4), dopamine D4 receptor gene (DRD4) and arginine vasopressin receptor 1A gene (AVPR1a). Partially heritable nature of tendency to spirituality has also been shown by classical twin studies.

Despite the growing evidence of the involvement of neurobiological processes in the spiritual experiences, cause and effect relations are unclear and crucial question still remains open - is our brain hardwired to generate spiritual experiences per se, or is our brain hardwired to perceive some kind of extrasomatic unobservable "Divine" stimuli, that induce "neural spiritual response". We can assume that actually there is

a bidirectional "bio-spiritual continuum", with certain illusory gaps emerged only because of our current cognitive imperfections.

DIMENSIONAL APPROACH IN DEFINING MORALITY DURING PSYCHIC DISORDERS

B. D. Tsygankov

Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a.Evdokimov, Moscow, Russian Federation

Great semantic importance of spiritual and existential well-being establishes the necessity of patient's spiritual and existential characteristics integration into a psychotherapeutic process. Further development and improvement of medical and rehabilitation programs will take its place regarding use of individually- oriented, spiritually integrated approaches in complex treatment. Provided that this concept is accepted, understanding of the role of biopsychosocial model must be extended and be considered within biopsychospiritualsocial model.

The efficiency of adoption of spiritual-moral in preventive-corrective and medical-rehabilitation psychiatric programs needs specifying regarding evidence-based medicine.

One of the most important scientific directions in studying spiritually-psychic specifics of a person and individual psychic experiences among those who suffer from mental disorders, is establishing operationalization and applying instrumental methods principles concerning defining morality, which is understood as dimensional approach in modern science.

A wide range of scale psychometry is used in psychiatry and pathopsychology nowadays. It lets specify dimensional characteristics of patients' state. Widely spread psychometric methods are used nowadays as well as those psychometric scales which are narrowly-used. In particular, the PDI scale, which lets study specifics of delirium ideas among religious patients, is used in religious psychiatry. (Peters E.R., Day S., McKenna J. The incidence of delusional ideation in religions and psychotic populations / Brit. J. Clin. Psychol . – 1999. - Vol . 39. – P . 83-96).

Provided we accept biopsychospiritualsocial model regarding psychiatric diseases therapy, we face the necessity of dimensional characteristics of a spiritually-moral person.

We propose to consider a possible development of dimensional skills, which reflect spiritually-moral components in progressive and current mental disorders depending on the depth of suffered psychic experiences:

- 1) Personality level;
- 2) Family level;

- 3) A narrow society (coworkers, friends etc.);
- 4) Ethnic society level;
- 5) Country level;
- 6) Universal level.

ДИМЕНСИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОПРЕДЕЛЕНИИ НРАВСТВЕННОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Большое смыслообразующее значение духовного и экзистенциального благополучия обуславливает необходимость интеграции духовно-экзистенциальных характеристик пациента в психотерапевтический процесс. Дальнейшее развитие и совершенствование лечебно-реабилитационных программ в психиатрии найдет свое место в использовании индивидуально-ориентированных духовно-интегрированных подходов в комплексном лечении. Принимая данную концепцию, понятие о роли биопсихосоциальной модели в развитии болезней и их терапии должно быть расширено и рассматриваться в понятии биопсиходуховносоциальной модели.

Эффективность использования духовно-нравственных и религиозных ресурсов в превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных программах психиатрии нуждается в уточнении с точки зрения доказательной медицины.

Важнейшим научным направлением в изучении духовно-психологических особенностей человека и индивидуальных психологических переживаний больных психическими заболеваниями является разработка принципов операционализации и инструментализации в определении духовности, то, что в современной науке подразумевается под понятием дименсионального подхода.

В психиатрии и патопсихологии в настоящее время используется большой набор шкальной психометрии, позволяющий определить дименсиональные характеристики состояния больных. Наряду с широко известными психометрическими методами, разрабатываются и узконаправленные на определенные задачи оценочные шкалы. Так, в психиатрии религии используется шкала PDI, позволяющая изучать особенности бредовых идей у религиозных пациентов. (Peters E.R., Day S., McKenna J. The incidence of delusional ideation in religions and psychotic populations / Brit. J. Clin. Psychol. – 1999. - Vol. 39. – P. 83-96).

Принимая биопсиходуховносоциальную модель в изучении и терапии психических заболеваний, мы обнаруживаем необходимость определения дименсиональных характеристик духовно-нравственного фактора индивидуума.

Предлагается рассмотреть возможность разработать дименсиональные шкалы, отражающие духовно-нравственные компоненты в развитии и течении психических заболеваний в зависимости от уровня и масштабности психических переживаний в следующем порядке:

- 1) личностный уровень;
- 2) семейный уровень;
- 3) узкий социум (коллеги, друзья, соседи и др.);
- 4) уровень этнического социума;
- 5) уровень страны;
- 6) уровень человечества.

RELIGIJA / DUHOVNOST I PSIHOZE

Đ. Ljubičić, R. Ljubičić

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju – HIDP

Croatian Institute of Spiritual Psychiatry – CISP

U posljednjem desetljeću kliničke i znanstvene granice između religije, duhovnosti i psihijatrije sve više se istražuju. Duhovno i religijsko blagostanje je vrlo važan aspekt zdravlja i bolesti. Razumijevanje duhovnosti i vjere i njihov odnos prema dijagnozi, etiologiji i liječenju psihijatrijskih poremećaja treba smatrati kao bitnu sastavnicu za psihijatrijsko osposobljavanje i trajno stručno usavršavanje. Empirijski dokazi otkrivaju uglavnom u velikoj mjeri pozitivan odnos između religioznosti / duhovnosti i kod psihoze, a i kod drugih psihijatrijskih i tjelesnih bolesti. Psihijatri bez obzira na osobna uvjerenja trebali bi biti za rad sa čelnicima vjerskih zajednica, kapelanima i pastoralnim djelatnicima za blagostanje svojih pacijenata i trebali bi poticati sve kolege koji rade u području mentalnog i tjelesnog zdravlja. Nadalje, od psihijataru treba očekivati da će uvijek poštivati i biti osjetljivi na duhovno-religiozna uvjerenja njihovih pacijenata. Sve u svemu, cilj kliničara trebao bi biti da pregovara zajednički pogled na svijet sa pacijentima u domenama koje se tiču njihove njege, integrirajući njihova vjerovanja i sekularno psihijatrijsko znanje. Ovo je osobito krucijalno u kulturološkom kontekstu u kojem tradicionalno i /ili religiozno izlječenje može biti važnije negoli bez toga.

RELIGION / SPIRITUALITY AND PSYCHOSIS

In the last decade clinical and scientific boundaries between religion, spirituality and psychiatry are increasingly explored. Spiritual and religious well being is an important aspect of health and illness. Understanding spirituality and religion and their connection to diagnosis, etiology and treatment of psychiatric disorders should be taken as important element for psychiatric training and continuous professional improvement. Empirical evidence reveal in great part, positive relationship between religion/spirituality and psychosis, as well as other psychiatric and physical illnesses. Psychiatrists, regardless of their personal beliefs, should work with religious representatives, chaplains and pastoral workers for the benefit and well being of their patients and should encourage their colleagues who work in the field of mental and physical health. Overall, clinician's goal should be to negotiate a common world view with patients in domains concerned with their care, integrating both their beliefs and secular psychiatric knowledge. This is particularly crucial in cultural contexts in which traditional and/ or religious healing may be of more importance than its complete absence.

JE LI MEDITACIJA BIJEG OD ŽIVOTA ILI PRODUBLJIVANJE ŽIVOTA?

M. Špehar

Teologija u Rijeci

Normalno je da čovjek traži lijek svojim bolestima, bile one fizičke ili psihičke naravi. Često se puta događa da za ljude koji su upali u razne vrste depresija drugi traže lijekove. Nerijetko je to u prvome redu posezanje za nečim alternativnim, odnosno nečim u duhu današnjega vremena: u što kraćemu roku, sa što manje muke postići što veće rezultate.

Kao na području duhovnosti, tako isto na području meditacije i u Hrvatskoj već od devedesetih godina imamo pravu inflaciju ponuda. Kako razlikovati na toj „duhovnoj tržnici“ ono što je dobro, a što je čista trgovina? Treba gledati upravo što tko od ponuđača doista „nudi“. Obično valja uzeti u obzir pravilo: što se više obećava, već prema Freudu tu treba biti sumnjičav.

Meditacije kao tehnike, bez obzira koje provenijencije, mogu dati brze, ali često puta, praksa pokazuje, površne rezultate. To jednako vrijedi za tzv. istočnjačke meditacije ali i za kršćanske meditacije i vjerske prakse koje u biti nisu ni jedno ni drugo.

Bitno za pravu kršćansku meditaciju je (slikovito rečeno): staviti pred sebe ono što se je dosad „stavljalo pod tepih“, suočiti se s time bez straha da bi nas to uništilo. Kršćanska meditacija zapravo već u prvim stoljećima „prakticira“ ono što je Viktor Frankl nazvao „obrnuta intencionalnost“.

Kršćanska meditacija ustvari je dijalog. No ona obvezno odmah na samome početku u dijalog čovjeka sa svojim Ja stavlja Boga. Tako je ona od početka

„trodimenzionalna“. To joj pomaže da ne kruži u monologu oko svojega ja, produbljujući time svoje depresije, nego ostaje u svojoj stvorenosti na sliku Božju i svojoj prihvaćenosti od Boga. Tu je uvijek nazočna svijest Isusove prve i temelje zapovijedi: ljubiti Boga i bližnjega kao samoga sebe.

Upravo se u ovoj Isusovoj zapovijedi ostvaruje Franklova obrnuta intencionalnost. Po kršćanstvu ne možemo ljubiti bližnjega ako ne ljubimo sami sebe, tj. ako sebe ne prihvatimo u potpunosti kakvi jesmo.

Tek kad prihvatimo sebe kakvi jesmo, možemo postajati ono što bismo htjeli – mogli biti.

IS MEDITATION ESCAPE FROM LIFE OR DEEPENING IN LIFE?

It is normal that man is seeking the cure illnesses, regardless they are physical or psychological nature. Often times happens that for clients who fall into various types of depression others people seek medication. Often it is primarily reaching out for something alternative, or something in the spirit of these times: in which they want to achieve greater results in the shorter term and with little hassle.

As in field of spirituality, also in the field of meditation from the nineties in Croatia we have a big offer inflation. How to distinguish on the "spiritual market" what is good and what is pure trade? It is important to see what the bidders are truly "offering". Usually one should take into consideration the rule: the more promising it is, according to Freud, it is better to be more suspicious.

Meditation as a technique, regardless of origin, can provide fast, but often times, the practice shows, superficial results. This is as true for both the so-called Eastern meditation but also for Christian meditation and religious practices.

It is essential for true Christian meditation is (metaphorically speaking): put in front of yourself what was previously "put under the carpet", to confront it without fear that it will ruin us. Christian meditation was in the first centuries "practicing" what Viktor Frankl called "reverse intentionality".

Christian meditation is actually a dialogue. But this meditation immediately at the beginning of the dialogue, man with his being puts God. Thus, it is the beginning of the "three dimensional". It helps the man not to circulate in the monologue about his being, deepening with it depression, but remains in his being created in God's image and its acceptance by God. There is always present consciousness of Jesus first foundations and commandment: love God and your neighbor as yourself.

In this commission of Jesus we can realize Frankl reversed intentionality. Christianity is teaching us that we can not love our neighbor if we do not love ourselves, ie. If we do not accept ourselves fully as we are.

Only when we accept ourselves as we are, we become what we want - could be.

SUICIDAL BEHAVIOR IN SCHIZOAFFECTIVE DISORDER PATIENTS

D.F. Chritinin, A.V. Esin, M.A. Sumarokova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

The purpose of the research is to investigate the peculiarities of the influence of various factors on suicidal activity in schizoaffective disorder patients (SAD) in remission.

Methods. We examined 103 patients with SAD. Of these, 52 men and 51 women. The average age was $35,5 \pm 1,8$ years. During remission patients received antirelapse therapy with neuroleptics in high therapeutic doses. Antidepressants were also prescribed if necessary. Clinicopsychopathological and follow-up methods were used in study.

Results. Suicidal actions in remission were carried out by 36 people (14.12%). Of these, the vast majority - 28 people (77.78%) - did not receive antirelapse therapy, and 8 patients (22.22%) followed the instructions of the doctor. Among patients who have not committed suicide actions 46.27% (31 people) did not receive therapy, and 53.63% (36 patients) received. The risk of suicide actions decreased more than twofold for patients receiving antirelapse therapy, compared to non-receivers.

Patients with delusional disorder were least committed to therapy, among them 14.25% did not receive maintenance treatment for delusional reasons. For example, patients with depressive ideas rejected the treatment, believing that they "do not deserve help and bring all but trouble". Patients who expressed such thoughts were most prone to suicidal actions, 6 patients carried out such actions, in the rest cases only thoughts were observed. On the contrary, suicidal actions have never been registered in patients with the state of excited mood. Part of the patients with depressive-hypochondriacal ideas rejected the medication, some of these patients committed suicide attempts because they believed that they "are terminally ill and nothing can help them".

45.67% of patients had depressive and subdepressive disorders. In approximately 1/5 of patients in remission suicidal thoughts were revealed.

Conclusions. Reception of antirelapse neuroleptic therapy significantly reduces the risk of suicide in patients with SAD. The probability of developing suicidal actions depends on the clinical characteristics of remission. The highest risk was found in patients with depressive-hypochondriacal delusions. Such patients were the least compliant.

One of the main among factors influencing suicidal behavior in patients with SAD in remission are the clinical features of the interictal period since they are dependent on both patient compliance and the probability of developing suicidal acts.

An individual approach accounting clinical features of remission improves patient's compliance and as a result, significantly reduces the risk of suicide.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цель: Изучить особенности влияния различных факторов на суицидальную активность пациентов с ШАР в ремиссии.

Материал и методы: Нами было обследовано 103 больных с шизоаффективными расстройствами. Из них 52 мужчины и 51 женщина. Средний возраст составил $35,5 \pm 1,8$ лет. Во время ремиссии больным назначалась противорецидивная терапия нейролептиками в средних терапевтических дозах. При необходимости назначались антидепрессанты. При обследовании использовались клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический методы.

Результаты: в ремиссии суицидальные действия совершили 36 человек (14,12%). Из них подавляющее большинство - 28 человек (77,78%) - не принимало поддерживающую терапию, а 8 больных (22,22%) следовало указаниям врача. Среди пациентов, не совершавших суицидальные действия, 46,27% (31 человек) не принимали терапию, а 53,63% (36 пациентов) принимали. Отмечено снижение риска совершения суицидальных действий в 2 и более у больных принимавших терапию, по сравнению с не принимавшими.

Больные с бредовыми расстройствами наименее привержены терапии, среди них 14,25% больных не принимают поддерживающую терапию по бредовым мотивам. Например, при депрессивных идеях пациенты отказывались от лечения, считая, что они «не заслуживают помощи и приносят всем лишь неприятности». Больные, высказывающие подобные мысли, были наиболее склонны к суицидальным действиям, 6 пациентов осуществляли такие действия, у остальных отмечались только мысли. Напротив, у больных в состоянии повышенного аффекта суицидальных действий выявлено не было. Часть больных с депрессивно-ипохондрическими идеями отказывались от приема лекарств, некоторые из таких больных совершали суицидальные попытки, так как считали, что «неизлечимо больны и им ничего не поможет».

У 45,67% пациентов отмечались депрессивные и субдепрессивные нарушения. Примерно у 1/5 таких больных в ремиссии были выявлены суицидальные мысли.

Выводы: Прием противорецидивной терапии нейролептиками значительно снижает риск развития суицида у больных с ШАР;

Вероятность развития суицидальных действий зависит от клинических характеристик ремиссии. Наибольший риск выявлен у пациентов с депрессивно-ипохондрическими бредовыми идеями. Такие больные являлись наименее комплаентными;

Одним из ведущих факторов, влияющих на суицидальное поведение больных с ШАР в ремиссии, являются клинические особенности межприступного

периода, поскольку от них зависит как комплаентность пациентов, так и вероятность развития суицидальных действий.

Заключение: Индивидуальный подход к пациенту с учетом клинических особенностей ремиссии позволяет повысить комплаентность больного, и, как следствие, значительно снизить риск развития суицида.

ZNAČENJE DUHOVNOSTI ZA PSHIČKO ZDRAVLJE I BOLESTI

K. Katinić

Klinika za psihijatriju KBC „Sestre milosrdnice“

Na početku je nužno odrediti na kojoj razini, u kojem kontekstu definiramo duhovnost.

Kada govorimo o psihičkom stanju pojedinca ili neke skupine, duhovnost je snaga prevladavanja, stabilnosti ili potrage za ravnotežom i kontinuitetom. Ako uvjetno sažmemo pojam duhovnosti, onda je možemo shvatiti kako unutarnju snagu koja je neophodna za svaki životni, ali i terapijski iskorak. Dakle, duhovnost ovdje ne definiramo u onom užem religijskom smislu koja, ako postoji, sadrži u sebi značajan terapijski potencijal, o čemu postoje brojna istraživanja.

Duhovnost je potencijal i u zdravlju i u bolesti, kod svih osoba bez obzira na svjetonazorne odrednice. Ostaje pitanje na koji način, kojim sredstvima i metodama možemo uvesti više duhovnosti u život, te posebno - kako više duhovnosti prenijeti u terapijske postupke?

O tome će biti govora u predavanju pod gornjim naslovom.

THE MEANING OF SPIRITUALITY FOR PSYCHOLOGICAL HEALTH AND DISEASES

At the beginning it is necessary to determine at what level and in which context we define spirituality. When we talk about the mental state of an individual or a group, spirituality is the force for overcoming, stability or search for balance and continuity. If we conditionally summarize the concept of spirituality, then it can be seen as an inner strength necessary for every life, and also therapeutic breakthrough. Therefore, we do not define spirituality through that religious narrow sense which, if it exists, contains significant therapeutic potential, of which there are numerous studies. Spirituality contains potential in sickness and in health, for all people regardless of ones life guidelines. The question remains how, and by what means and methods we can bring more spirituality in life, and especially – how to convey more spirituality in therapeutic procedures?

This will be the topic of discussion in the lecture under the above title.

COMPARATIVE ANALYSIS OF RELIGIOUS WORLD-VIEW OF INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS

O.Borisova, V.Gusev, O.Kaz'mina

The Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

Objective: Investigation of special features of world outlook in religious patients with mental disorders allows detecting significant specificities, which may influence therapeutic approach and rehabilitation of such patients.

Method: The most important component of world-view available for psychological investigation is the domain of value and meaning-oriented personality formations. In order to investigate this domain the value-semantic structure of religious outlook of subjects were revealed, analysis of these structures in religious persons with mental pathology was performed in comparison with 3 control groups.

The basic group consisted of Orthodox believers (n=24) suffering endogenous mental disorders. 3 control groups included 1- 12 irreligious patients; 2-15 healthy believers; 3-14 healthy unbelievers.

The applied method was based on Kelly's personal construct approach and allowed us to reveal both the composition and the structure of formations, realized by a man. Triad method and "Hinkle's ladder" were used to reveal value-semantic structure evaluating repertory grids were applied for detection of latent structure of these formations. A factor analysis, a correlation analysis, and a discriminant analysis of variations were used to study the obtained data.

Results: The following basic significant results were revealed: Mental disorders provoked principally different changes in the structure of value-semantic sphere in persons with religious world outlook and irreligious subjects. The composition and the structure of the value-semantic shera of personality in religious individuals were characterized by significant stability and they weakly changed due to mental illness. Significant structure's changes were noticed in the groups of irreligious patients.

Groups of persons with religious world-view considerably differed from the groups of unbelievers in their attitude to the studied values, especially to health and spiritual sphere; communication and self-control; and creation which allowed us to reliably separate these groups according to these parameters.

Conclusions: Comparison of mental vision in the groups of religious and irreligious patients with mental disorders allows us to indicate the following specificities: a) the notions "health" and "disease" are understood and included in the structured system of attitude to the world in these groups in various ways; b) the attitude to communication and self-control substantially vary in them; c) creation also occupies various position in the hierarchy of values in these groups. This should be taken into account in the choice and conduction of psychocorrection actions during treatment and rehabilitation.

АНАЛИЗ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИМЕЮЩИХ РЕЛИГИОЗНОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ

Objective: Изучение особенностей мировоззрения религиозных больных, страдающих психическими расстройствами, позволяет выявить существенные особенности, которые могут влиять на формирование тактики лечения и реабилитации таких больных.

Design & Method: Важнейшей составляющей мировоззрения, доступной психологическому исследованию, является область ценностных и смысловых образований личности. С целью исследования этой области было проведено:

- выявление ценностно-смысловых структур религиозного мировоззрения испытуемых;
- анализ таковых структур у религиозных лиц, страдающих психической патологией в сравнении с тремя контрольными группами.

Основная группа состояла из православных верующих (24 человека), страдающих психическими эндогенными расстройствами. Три контрольные группы включали: первая - 12 больных не верующих; вторая - 15 здоровых верующих; третья - 14 здоровых неверующих.

Используемая методика основана на подходе личностных конструктов Келли и позволяет выявить как состав, так и структуру осознаваемых человеком смысловых образований. Для выявления смысловых образований использовались метод триад и «лестница Хинкля», а для выявления скрытой структуры этих образований - оценочная репертуарная решетка.

Полученные данные были изучены посредством факторного и корреляционного анализов, а также - дискриминантного анализа вариаций.

Results: Были выявлены следующие основные значимые результаты.

Душевная болезнь вызывает принципиально различные изменения в структуре ценностно-смысловой сферы у лиц с религиозным мировоззрением и неверующих испытуемых.

Состав и структура ценностно-смысловых образований у испытуемых с религиозным мировоззрением отличается значительной стабильностью и слабо изменяется в связи с психической болезнью. Ничего подобного не наблюдается в группах неверующих испытуемых.

Группы лиц с религиозным мировоззрением существенно отличаются от групп неверующих по своему отношению к изучаемым ценностям, особенно к здоровью и к духовной сфере, что позволяет достоверно развести эти группы по данным параметрам.

Заключение: Сравнение мировоззрения в группах религиозных и нерелигиозных психических больных позволяет указать на следующие особенности: а) в этих

группах по-разному осмысливаются и включаются в структурированную систему отношений к миру понятия «здоровье» и «болезнь»; б) в них существенно различаются отношение к общению и самоконтролю; в) также творчество занимает различное положение в иерархии ценностей этих групп. Эти моменты необходимо учитывать при выборе и проведении психокоррекционных действий в процессе терапии и реабилитации.

CINEMA-THERAPY AS A MEANS OF FORMATION OF SPIRITUALITY AMONG STUDENTS WHO STUDY TO BE PSYCHIATRISTS

M. V. Larskikh

Voronezh State Medical Academy, Voronezh, Russian Federation

Working in a residential psychiatric treatment facility can be extremely challenging in respect of worker's spiritual energy. Mentally ill people are people whose souls are suffering too. In this regard psychiatrist's spiritual wealth that is mercifulness, compassion, humility, hope to God, unselfishness, love for one's neighbours are important for the treatment as well as medication and psycho-therapeutic measures. Even a good and experienced clinician won't be able to help a mentally ill person without spiritual development. We used cinema-therapy as a means of formation of spirituality among internship doctors. What was the reason for choosing this method? Movie industry has an enormous impact on formation of people's worldview, according to many scientists. Movies often determine person's self-perception, perception of the environment. Movies help to set goals and find role models to aspire to and identify. Yet modern movie industry widely advertises human vices, passions and sins, namely: immorality, adultery, selfishness, absence of hope to God (pessimism and depression), cruelty, aggression, competitiveness and careerism. The movies that bring sinful ideas are not prohibited, moreover, they become nominees and laureates of the most prestigious festivals. After that young people watch them, taking for granted such mottoes as "all or nothing", "I should be no less than the best", "the strongest survives", "stop at nothing". As they exit the cinema or turn off their computers, they become a bit more selfish, aggressive and a little more sad and pessimistic. We also used cinema-therapy in our psycho-corrective work but that time as a means of formation of spirituality among students who study to be psychiatrists.

The procedure included the following steps:

1. Testing and discussion of the results: with the aid of a set of tests we measured such personal characteristics as envy, selfishness, depression, intolerance to others' flaws.
2. Discussion of basic passions and their antipodal virtues.
3. A group watch and discussion of the movies about passions and virtues (for instance: selfishness – altruism, cruelty – mercifulness)

4. Final testing and discussion of the results.

After completion of the procedure the internship doctors had an increase in the following characteristics of spiritual sphere: altruism and mercifulness, tolerance and acceptance of others with their advantages and disadvantages, joy for other people's success and optimism.

СИНЕМОЛОГИЯ КАК СРЕДСТВО ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДУХОВНОСТИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПСИХИАТРИЯ»

Работа в психиатрическом стационаре требует огромного напряжения всех душевных сил человека. Душевнобольные люди - это люди с большой душой. И в этой связи, важными средствами их излечения, кроме лекарств и психотерапевтических мероприятий, являются духовные богатства врача: милосердие и сострадание, смирение и упование на бога, бескорыстие и любовь к ближнему. Доктор, даже если он хороший и опытный клиницист, но не развит духовно, не способен помочь душевнобольному человеку. Как средство формирования и развития духовности врачей-интернов мы использовали синемологию. Чем же был обусловлен выбор метода? По мнению многих ученых, киноиндустрия оказывает огромное влияние на формирование мировоззрения человека. Кино часто определяет представление человека о самом себе, окружающей действительности. Кино помогает ставить цели и находить идеалы для подражания и идентификации. Но современная киноиндустрия широко рекламирует человеческие пороки, страсти и грехи: распущенность и прелюбодеяние, эгоизм и себялюбие, отсутствие упования на Бога (пессимизм и депрессию), жестокость и агрессию, конкурентность и карьеризм. Фильмы, несущие греховные идеи, не только не запрещены, но и они являются номинантами, победителями самых престижных кинофестивалей. И молодые люди их смотрят, без критики впитывая рефрены – «все или ничего», «если быть, то быть лучшим», «выживает сильнейший», «к победе по головам». Выходя из кинотеатра, выключая телевизор или монитор компьютера, они становятся чуть эгоистичнее, чуть агрессивнее и еще более печальнее и пессимистичнее. В своей психокоррекционной работе мы так же использовали киноиндустрию, но уже как средство для формирования и развития духовности врачей интернов, проходящих обучение по специальности «психиатрия».

Процедура включала в себя следующие этапы:

- 1. Тестирование и обсуждение результатов: с помощью батареи тестов мы измеряли такие характеристики личности как зависть, эгоизм, депрессию, нетерпимость к недостаткам других людей.*

2. Обсуждение основных страстей и противоположных им добродетелей.
3. Совместный просмотр и обсуждение фильмов о страстях и добродетелях (например: эгоизм- альтруизм; жестокость – милосердие).
4. Последующее тестирование и обсуждение результатов.

В результате работы у врачей интернов повысились такие характеристики духовной сферы как: альтруизм и милосердие, терпимость и принятие других с достоинствами и недостатками, радость за успехи других людей и оптимизм.

KAKO DOTAKNUTI JEZGRU DUHOVNOSTI ODNOSNO POVRATITI NARUŠENI VRIJEDNOSNI SUSTAV – MOGUĆNOSTI DUHOVNE POEZIJE?

E. Pavlović, V. Pešić

Klinika za psihijatriju KBC Rijeka

Nadbiskupija Rijeka

Pjesničko izražavanje je ljekovito. Kao što postoji biblioterapija - liječenje čitanjem, tako se može govoriti i o poetskoj terapiji. U ovom osvrtu pokušalo se, odabirom iz određene hrvatske duhovne poezije (pjesme ili recitali), dotaknuti jezgra zdrave osobne duhovnosti odnosno povratiti vlastiti narušeni vrijednosni sustav. Stoga se zamislilo koristiti pjesme Nikole Šopa odn. recitali Anke Petričević (S. Marija od Presvetog Srca) koje bi bile čitane po tipu Lectio Divinae. Predmnijevani učinci bi trebali biti potvrdom neophodnosti žudnje za živim Bogom, da se živi Boga odnosno potvrda neminovnosti uspostave unutarnjeg vrijednosnog sustava koji je danas, ipak, osjetno narušen. Umjesto očekivanog zaključka vrijedilo bi raspraviti koliko čovjek ovog trenutka može shvatiti da je upravo svjetlost sada tamo gdje se je nekada skrivao stid.

HOW TO TOUCH THE NUCLEUS OF SPIRITUALITY I.E. TO RETURN THE DISTURBED WORTH SYSTEM–POSSIBILITY OF THE SPIRITUALITY POETRY?

The expression in poetry is very healthy. How bibliotherapy existes such as therapy of reading poetry therapy existes, too. In this view with choosing of the certin part of the Croatian spirituality poetry (verses and recitals) to try touching the nucleus of personal health spirituality i.e. to return the own disturbed worth system. Therefore the verses of Nikola Sop and recitals of Anka Petricevic (Sister of Mary of the Sacred Heart) could be to read as Lectio Divinae (Divine Reading). For us to presume is that

reaches the desire for the live God i.e. the verification of necessity to restore the disturbed worth system today. The better is to discusse than the presumed insted of conclusion is the modern human is nearer the origin light than once his covert shame.

SHIZOFRENIJA U USKOJ ZAJEDNICI EKSTREMNO RELIGIOZNIH SLJEDBENIKA

M. Blokar

Mount Sinai Hospital New York

Od 1995. godine radim kao psihijatar u domu, čiji su vlasnici, a i mnogi korisnici članovi vjerske sekte. Sljedbenici vjeruju da je sve živo i neživo prožeto duhom Božjim I da svaka akcija čovjeka ima duboke, čak i pogubne posljedice ne samo za pojedinca nego I za zajednicu i svijet. Kao psihijatar imala sam izuzetnu priliku da sljedim neke pacijente kroz dva desetljeća. To mi je omogućilo uvid u utjecaj religije na duševno bolesne osobe sa shizofrenijom i njihove obitelji.

SCHIZOPHRENIA IN A TIGHTLY-KNIT COMMUNITY OF RELIGIOUS FOLLOWERS

Since 1995, I have been working in a tightly-knit religious community. There is no other place in which religious beliefs and observances are more essential in everyday life. My work provided me with a unique opportunity to observe co-existence between religion and mental illness/schizophrenia, while following some patients for two decades.

HOW TO FORM SOUL LIFE TO EXCLUDE UNTIMELY DEATH

Kalashnikova O.E.

Medical psychologist of the Crisis Department of the Municipal Clinical Hospital №20 of the Department of the Public Health of the Moscow, Russia

The Human existence is the Inner World, formed on basis of the Outside World, it contains a Spirit (connecting fundamentals of the society, expressed in the form of moral values and traditions, concentrated in religion and culture). M.Seligman calls spirituality some human emotional merits, which help to a person to go out of the limits of his own personality, incorporating with something, which is greater, than the Human was – with Humanity, Evolution, God and Universe.

The Spirituality is a kind of “Outside World inside Me”. It excludes loneliness and boredom, reduces the dependence on the circumstances, serves as secure base and orientates in chaos. Strengthening of the Spirituality is realized through the obtaining

some special experience during studying science/art/ethics, and not only in the religious practices.

Besides the Spirituality, all the cultural traditions mention all-purpose virtues, as wisdom/knowledge, courage, humanity, justice and temperance. The development of the Spirituality and positive personal resources has a peculiar barrier on the path to the suicidal intention and forms an "immunity" for the suicide.

A consolidation of the personnel resources for self-control in the difficult situations - is a new approach of the prevention of suicide.

According to R.Janoff-Bulman, the system of infant's representations about World evolve from some peculiar attachment between a child and his tutelary for the first six months of life. Not even understanding and not verbalizing, an infant already imagines – does this World need him or not, if the World is friendly.

The World Assumptions are corrected by psychological trauma and, as a result, it consists of the generalized information about the "Person-World"-system and the possibility of regulation of it. The psychologically healthy persons think: "World around is reasonable, people are kind. I am capable of making a choice by myself, I can value and control myself/World. However, beside the regular ups, there are some downs and stresses." A suicide always is connected with feelings of hopelessness and helplessness. According to M.Seligman's opinion, if a person can impute the failures to some concrete and temporary causes, he feels Hope. So the hopelessness is limited in time and connected only with local situation.

R.Lazarus and S.Folkman consider: if the life problem is considered controllable, it influences on the choice of approach to coping with stress. The predictor of the psychological/physiological flourish and successful adaptation is the consciousness preference for the problem-focused strategy in particular - to define problems in emotionally stressful situations and find alternative solutions. Emotionally focused strategy to avoid is used in the cases, when a situation subjectively cannot be changed. For resignation to the outside challenges the emotional pressure is used (through distancing and avoiding problems, growth of self-control, searching of social support, assumption of responsibility and admitting a guilt, positive reappraisal of what happened). A predominance of avoidant-focused strategy in behavior testifies a domination of avoiding failures motivation instead of an achievement motivation - an achievement for success. As a result, another dependences are formed.

Marsha M.Linehan, a creator of Dialectical behavior therapy (DBT), is working with the patients with recurring suicidal attempts. In avoidant-focused strategy she specifies a "hybrid" active passivity strategy: provocation and requests to the family, the meaningful others, expressed with words or even non-verbally for seeking the social support. These attempts serve to regulate an emotional state without a transformation of situation and himself – still being helpless, to accommodate an environment to yourself with the other people's help. This strategy differs from the Learned Helplessness by Seligman M., when a person simply turns his face to the wall.

КАК СФОРМИРОВАТЬ ДУШЕВНУЮ ЖИЗНЬ, ЧТОБЫ ИСКЛЮЧИТЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ СМЕРТЬ

Сущность Человека – на основе Мира Внешнего строить Мир Внутренний, содержащий Дух (объединяющие основы общества в виде моральных ценностей и традиций, сконцентрированные в религии или культуре). M.Seligman называет духовностью эмоциональные достоинства человека, помогающие выйти за пределы собственной личности для соединения с чем-то большим, чем мы сами, — с Человечеством, с Эволюцией, с Богом или Вселенной.

Духовность - "Мир во мне". Это исключает одиночество и скуку, снижает зависимость от обстоятельств, служит опорой и ориентирует при хаосе. Укрепление Духовности осуществляется через обретение особого внутреннего опыта при освоении науки/культуры/этики, а не только в религиозных практиках.

Кроме Духовности все культурные традиции считают универсальными добродетелями мудрость, мужество, гуманизм, справедливость и умеренность. Развитие Духовности и позитивных ресурсов преграждает путь суицидальным намерениям и формирует "иммунитет" к суициду. Укрепление личностных ресурсов и саморегуляции в напряженных ситуациях - новый подход к превенции суицида.

По R.Janoff-Bulman система представлений «Я-Мир» (базисные убеждения) возникает у ребенка к первому полугодю жизни на основании отношений привязанности. Еще не осознавая и не вербализуя, младенец уже представляет - нужен ли он Миру, насколько Мир доброжелателен.

Впоследствии, корректируясь психологическими травмами, базисные убеждения обобщенно информируют о системе «Я-Мир» и возможности ее регулировать. Психологически здоровые люди считают: "Мир справедлив, люди добры. Я способен сам делать выбор, ценить и контролировать себя/Мир. Но на фоне удач иногда случаются стрессы". Суицид связан с переживаниями безнадежности и беспомощности. По мнению M.Seligman, человек надеется, если умеет объяснять неудачи конкретными и временными причинами - беспомощность ограничивается по времени и связывается только с локальной ситуацией.

R.Lazarus и S.Folkman считают: оценка жизненной проблемы как контролируемой влияет на выбор подхода совладания со стрессом. Предиктором психологического/физиологического благополучия и успешной адаптации является осознанное предпочтение именно проблемно-ориентированной стратегии - определять проблему в эмоционально напряженных ситуациях и находить ее альтернативное решение. Когда ситуацию субъективно невозможно изменить, используется лишь уменьшение эмоционального напряжения для смирения с внешними вызовами. Это эмоционально-ориентированная стратегия избегания проблем

(дистанцироваться или уходить от проблемы, усиливать самоконтроль, искать социальную поддержку, брать на себя ответственность и вину, позитивно переоценивать случившееся). При стратегии избегания доминирует мотивация избегания неудач вместо мотивации достижения успеха, что является фактором формирования зависимостей.

Marsha M.Linehan, создатель Дialeктическо-поведенческой психотерапии пограничных расстройств личности (DBT), работает с повторяющимися суицидальными попытками. В эмоционально-ориентированной стратегии избегания проблем она выделяет "гибридную" активную пассивность: побуждения и просьбы семье, значимым другим, выраженные словами или невербально для поиска социальной поддержки. Это попытки регулировать только эмоциональное состояние без трансформации ситуации - оставаясь беспомощным, подстроит под себя ближайшую социальную среду с помощью других. Эта стратегия отличается от выученной беспомощности M.Seligman, когда человек просто опускает руки.

INTEGRACIJA DUHOVNOSTI KROZ „STRENGHT MODEL“ U OPORAVKU MENTALNOG ZDRAVLJA

J. Ivelić

Sveučilište Sjever (Koprivnica i Varaždin)

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju

U preko 650 znanstvenih radova citiranih u bazi podataka Nacionalnog instituta za zdravlje SAD-a dokazana je povezanost razine duhovnosti sa poboljšanjem simptoma depresije, tjeskobe, ovisnosti, prevencije suicida, shizofrenije, srčanih bolesti, dijabetesa, reumatoidnog artritisa... U istraživanju provedenom u Švicarskoj, gdje se proučavao način na koji religiozna uvjerenja i aktivnosti utječu na liječenje i tijek bolesti u kroničnih shizofrenih bolesnika, čak dvije trećine ispitanika je smatralo duhovnost vrlo važnom ili pak esencijalnom u svakodnevnom životu. Ovaj rad daje smjernice za integraciju duhovnost u psihijatriji kada se koristi Strengths Model u procjeni talenata i sposobnosti klijenata. Taj model unapređuje proces oporavka mentalnog zdravlja osoba fokusirajući se na pozitivne resurse i snage pojedinca i njegovog okruženja. Procjena talenata i sposobnosti pomaže stručnjaku i korisniku istražiti prednosti i resurse koje osoba posjeduje i koji joj mogu pomoći u postizanju smislenih i važnih životnih ciljeva. Procjena talenata i sposobnosti odnosi se na različita područja svakodnevnog života korisnika (obiteljsko okruženje, financijska stabilnost, održavajući odnosi, zdravlje, slobodno vrijeme i rekreacija, duhovnost, kultura...) Preporuke uključene u ovoj brošuri s naglaskom na procjenu duhovnosti u domeni duhovnosti i kulture može povezati s bilo kojim drugim područjem života shizofrenih klijenta.

Ovaj model je razvijen od strane: Edward R. Canda, Ph.D. (2013). Assessing Spirituality within the Strengths Model of Mental Health Recovery. The Spiritual Diversity and Social Work Initiative & The Center for Mental Health Research and Innovation, School of Social Welfare The University of Kansas.

ASSESSING SPIRITUALITY WITHIN THE STRENGTHS MODEL OF MENTAL HEALTH RECOVERY

In over 650 scientific papers cited in the database of the National Institutes of Health of the United States demonstrated the link between the level of spirituality with the improvement of the symptoms of depression, anxiety, substance abuse, suicide prevention, schizophrenia, heart disease, diabetes, arthritis reumatiodnog ... In a study conducted in Switzerland, where he studied the way in which religious beliefs and activities affect the treatment and course of the disease in chronic schizophrenic patients, two-thirds of respondents considered spirituality very important or essential in everyday life.

This paper provides guidelines for assessing spirituality in psychiatry when using one of the primary tools of the Strengths Model: the Strengths Assessment. The Strengths Model supports the mental health recovery process by focusing on people's personal and environmental strengths and resources. A Strengths Assessment assists the worker and client to explore collaboratively the strengths and resources a person can use to achieve meaningful and important life goals. The Strengths assessment identifies strengths in various life domains including: Home/Daily Living, Assets (Financial/Insurance), Employment/Education, Supportive Relationships, Wellness/Health, Leisure/Recreational, Spirituality/Culture. The recommendations included in this pamphlet focus on assessment of spirituality in the Spirituality/Culture domain and also as it may connect with any other life domain.

This resource was developed by: The Spiritual Diversity and Social Work, Initiative & The Center for Mental Health, Research and Innovation, School of Social Welfare. The University of Kansa by Edward R. Canda, Ph.D.

SHIZOFRENIJA I VJERA

M. V. Peitl, J. Prološćić

Klinika za psihijatriju KBC Rijeka

Vjernici koji su u religioznoj pouci čuli za anđele i demone, proročke poruke, znakove i čudesa, a koji boluju od shizofrenije, doživljavaju ih u svom shizofrenom svijetu na drugačiji način. Iskustva religioznih slika koja doživljavaju, za trajanja shizofrenih poremećaja, čine se vrlo jezivima, „nadnaravnima“, čudesnima i prijetećima, te ih muče zamisli i strahovi koje ne mogu objasniti ničim što spada u okvire ranijih iskustava.

Savjetovanje takvih osoba ovisi o sposobnosti da sudjeluju u razgovoru, o njihovoj mogućnosti da razumiju, pravilno primijenuju rečeno, a u aktivnoj fazi shizofrene bolesti zbog poremećaja misanog tijekom postoje mnoga ograničenja u razumijevanju datih savjeta, pa bili oni i od različitih duhovnih terapeuta, pa i od samih psihijatara koji imaju razumijevanja za religiozne i duhove potrebe takvih bolesnika. Zato je u aktunjoj fazi bolesti u početku liječenja potrebna medikamentozna terapija, a u drugim fazama bolesti, može se na pravilan i doziran, napose individualan način ukomponirati religiozni pristup i duhovnu terapiju, u čemu važnu ulogu ima dušebrižnik u suradnji s psihijatrom koji liječi takve bolesnike.

U radu će biti prikazana shizofrena bolesnica koja je godinama tražila duhovnu pomoć na različitim mjestima i kod različitih duhovnih terapeuta, ne prihvaćajući samu bolest i potrebu za adekvatnim psihijatrijskim liječenjem, što je u konačnici rezultiralo gubitkom radnog mjesta, te teškom socijalnom situacijom, koja se mogla izbjeći da se na vrijeme i adekvatno liječila.

Ključne riječi: shizofrenija, vjera, psihofarmakoterapija, dušebrižništvo

SCHIZOPHRENIA AND RELIGION

Religious people who have in their teachings learned of angels, demons, prophets, signs and miracles, and suffer from schizophrenia, perceive them in their schizophrenic world in a different way. Religious images that the patients experience during schizophrenic episodes are supernatural, wondrous and threatening, and the patients are troubled by thoughts and fears that can't be explained by previous experiences.

Counseling such individuals lies in their ability to participate in a conversation, in their capability to understand, and apply what is being said. In an active phase of schizophrenia there is a disturbance in the thinking process, which causes limitation in understanding advice that is given to them, regardless of whether such advice comes from spiritual therapists or psychiatrists with an understanding for their religious and spiritual needs. Acute phase of the disease demands medicamentous therapy, while in other phases of the disease an individual approach combining religious and spiritual therapy can be effective. Chaplains, in cooperation with a psychiatrist treating the patient, have an important role in such an approach .

This paper will showcase a schizophrenic patient who denied the illness and need for adequate psychiatric treatment, while spending many years seeking spiritual counsel in various places and spiritual therapists. Her denial has led to a difficult social situation and her unemployment, which could have been avoided by timely and adequate treatment.

Key words: schizophrenia, religion, psychopharmacotherapy, chaplaincy

A «SINLESS» SUICIDE

S. Oskolkova

FGBI «Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology”, Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Majority of religions consider suicide to be a grave sin, but human forgets or ignores that life is a gift of God and that not only one's soul but also one's body is not a property of a human being. Spiritual sensitivity is able to resolve any situation. One can find confirmations of this statement in the Bible, the Koran, and the Torah. Faith says, that nothing is impossible. Only the person, who believes in eternal life of body and spirit, can be considered «alive». However, there are quite a lot of people, who, while recognizing the sinfulness of suicide, still do not value life. They (subconsciously and/or even deliberately) tolerate the possibility and desirability of shortening it.

Material and research methods. An anonymous survey of 120 users of scientific library in Tartu (Estonia) (80 women and 40 men), aged 18 to 67 years, was conducted, by using author's questionnaire (the age, education, subjective assessment of quality of life (10-point system), an attitude to religion, special aspects of work and leisure time, basic habits in terms of a potential hazard for life, as well as the presence or absence of reflection regarding this topic. The results of survey. All persons had higher\ incomplete higher education, worked. Women significantly more frequently assessed the quality of life as “above average” (6 -7 points) than men (5 - 3 points), and it increased up till the middle age and decreased after 45 years (all respondents). 78.6% of respondents were religious, believed that soul will live after death. 47, 3% possessed hobbies and\or habits consistent with unconscious suicidal behavior, in case of 10,1% - consistent with conscious one.

The most interesting results seems to be: frequent cases of weight loss without being sure in the safety of methods, heavy smoking, alcohol abuse, avoidance of medical examinations, the rejection of the prescribed treatment, the obsession with risky sports, experimenting on oneself to study human abilities. The most common variant was an ideational self-destruction: unreasonable self-blame, ideas of inferiority, self-disdain, asketizm- 42.7% of respondents.

The ideational self-destruction in 17% of respondents was combined with habits and occupations harmful for health and for life. Thus, we can identify a combination of active and passive self-destruction, and both variants sometimes

are not consciously recognized. All religious respondents believe that they, naturally, sinned. But no one believed that his/her lifestyle is a sin associated with suicide. All respondents understood suicide as a fast violent death, which was regarded as "a terrible sin". At the same time no one thought about the gradual immersion of their soul into the subconscious willingness to die from the religious point of view.

«БЕЗГРЕШНОЕ» САМОУБИЙСТВО

В большинстве религий самоубийство считается тяжким грехом. При этом человек забывает или игнорирует, что жизнь – дар Божий и что не только душа, но и тело не является собственностью человека. При духовной чуткости выход можно найти из любой ситуации, не совершая греха. Подтверждения этого содержатся в Библии, Коране, Торе. Для веры нет невозможного. Человек может считаться живым, если верует в жизнь телесную и духовную вечную. Однако достаточно много людей, сознавая греховность самоубийства, не дорожат жизнью. При этом подсознательно и даже сознательно допускается вероятность и желательность её укорочения.

Материал и методы исследования. Проводился анонимный опрос 120 читателей научной библиотеки в г. Тарту (Эстония)- 80 женщин и 40 мужчин по вопроснику, составленному автором. Вопросы охватывали возраст, образование, субъективную оценку качества жизни по 10-балльной системе, отношение к религии, особенности работы и отдыха, основных привычек в плане потенциальной опасности для жизни, а также наличие или отсутствие размышлений на эту тему. Результаты исследования. Возраст опрошенных 18 - 67 лет, все имели высшее или неоконченное высшее образование, работали. Женщины достоверно чаще оценивали качество жизни выше среднего (6-7 баллов), чем мужчины (3-5 баллов), причем оценка повышалась к среднему возрасту и снижалась после 45 лет (по всем опрошенным). 78, 6 % опрошенных были верующими, верили в жизнь души после смерти. У 47, 3 % хобби и\или привычки соответствовали бессознательному суицидальному поведению, у 10,1 % - сознательному. Наиболее интересными показались частота снижения веса без уверенности в безвредности метода, интенсивное курение, злоупотребление алкоголем, уклонение от медицинских обследований, отказ от лечения, увлечение рискованными видами спорта, эксперименты над собой для изучения возможностей человека, Наиболее распространенной оказалась самодеструкция идеаторного уровня: необоснованное самообвинение, идеи неполноценности, самопрезирания, аскетизма– 42,7% опрошенных. Идеаторный уровень самодеструкции у 17 % опрошенных сочетался с вредными привычками, занятиями. Таким образом, можно

констатировать сочетание активной и пассивной самодеструкции, причем и тот, и другой варианты могут не осознаваться. Все верующие опрошенные считали, что у них, естественно, есть грехи. Но никто не считал, что в его образе жизни есть грех, связанный с самоумертвлением. Всеми опрошенными самоубийство понималось как быстрая насильственная смерть, что и расценивалось как «страшный грех». При этом постепенное погружение души в подсознательную готовность к смерти никем не обдумывалось с религиозных позиций.

DUHOVNOŠĆU IZNAD BOLESTI DO NOVE STVARNOSTI: KORAK PO KORAK

Z. Žakić

Klinika za psihijatriju KBC Zagreb

Kada promatramo cjelovitost ljudskog bića možemo u njemu prepoznati tri dimenzije: tjelesnu, psihosocijalnu i duhovnu dimenziju. Za optimalno funkcioniranje osobe potrebno je da su sve tri međusobno usklađene i podjednako zastupljene. No važno je istaknuti da duhovna dimenzija transcendiraju u jedan viši smisao, a samim tim ona nadgrađuje tjelesnu i psihosocijalnu dimenziju i može njima rukovoditi.

Neovisno o tome je li osoba svjesna vlastite duhovnosti, ona utječe na životni proces temeljem zakona duhovnosti po kojima se ostvaruje svaki pojedinac. Osvještavanje njenog postojanja i spomenutih zakona pomaže u spoznavanju mogućnosti utjecanja na tijek životnih prilika, odnosno neprilika.

Duhovnost nije nužno vezana uz religioznost, ali ukoliko je njena sastavnica, tada se kroz nju dobiva mogućnost i za sakramentalni život koji uvelike pomaže u razvijanju duhovne dimenzije i svega dobra što iz toga proizlazi.

Kao najveće dobro ističe se ljubav!

U ovom radu bit će prikazano iskustvo Grupe duhovnosti koja djeluje pri Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Navedeno će se prikazati kroz dva primjera koja pokazuju i potvrđuju važnost duhovne dimenzije u osobnom rastu i razvoju osobe, kao i utjecaja na poboljšanje zdravstvenog stanja, odnosno na pozitivniju percepciju sebe i svijeta oko sebe osobe u tretmanu. Prvi primjer govori o osobi srednjih godina koja pati od depresije dvadesetak godina, i drugi, također osoba srednjih godina koja se dugi niz godina liječi od shizofrenije i depresije.

Zaključno je potrebno istaknuti kako se rad na duhovnoj dimenziji može smatrati malim, ali sigurnim korakom na putu prema kvalitetnijem i sretnijem životu.

WITH SPIRITUALITY OVER ILLNESS TO NEW REALITY: STEP BY STEP

When looking at the integrity of the human being, three dimensions could be recognized: physical, psychosocial and spiritual dimension. For optimal functioning of the person it is inevitable that all three dimensions are coherent between themselves

and equally present. Nevertheless, it is important to emphasise that spiritual dimension transcends into a higher meaning, and therefore could direct physical and psychosocial dimension.

Regardless if the person is aware of its spirituality or not, this dimension affects the life process based on the spirituality laws by which every individual actualizes. The increasing awareness of its existence and the aforementioned laws helps us to understand the opportunities to influence the course of life chances, or problems.

Spirituality is not necessarily connected with religiosity, but if it is its component, it can be seen as an opportunity for sacramental life and, consequently for all the good things.

The greatest good is the Love!

In this paper the experience of Group of the Spirituality will be presented. The Group works at the Department of Psychiatry, University Hospital Centre Zagreb. The aforementioned will be based on two examples that demonstrate and confirm the importance of the spiritual dimension in personal growth and development, as well as its influence at the improvement of the health outcomes, i.e. the more positive perception of the self and the world of the person in treatment. First example will be focused at the middle-aged person that has been suffering from depression for the last twenty years, and the second will concentrate at middle-aged person that has been involved in the treatment for schizophrenia and depression for years.

It can be concluded that investment in the spiritual dimension can be considered as a small, but solid step on the way to have happier life with better quality.

AN ALTERNATIVE APPROACH TO PSYCHOTHERAPY AND REHABILITATION OF ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES, BASED ON THE RELIGIOUS IDEOLOGY

A. Baburin, A. Magay, E. Kaz'mina, O. Borisova

The Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

Interregional social movement in support of family clubs of sobriety, Moscow, Russian Federation

Actuality: In 2011 there were 12 million alcohol addicted in Russian Federation (Rosstat report). Searching and implementation of new treatment procedures for alcohol addicted - personified, based on core spiritual values – assume great importance.

Methods: Offered program is based on religious ideology and traditional family values in their Christian meaning, includes problem-oriented emotional support and admitting of people with substance dependence disorders. At the bottom of the program is a group psychotherapeutic work aimed at the correction of interpersonal interactions viewed in accordance with bio-psycho-socio-spiritual model by Croatian psychiatrist Vladimir Hudolin. The notions of ache personality changes and methods

of coping them are based on U.V.Valentic's theory of personality. Psychotherapeutic interventions follow the spiritual-oriented conversation given by Florenskaya T.A. Longitudinal research which has been conducted since the year 2011 defined the duration and quality of remittance of 53 people, among them 35 males, 18 females. Chronic alcoholics of second stage with duration of a disease from 2 to 12 years were ranked by clinical re-teach methods, also Health Survey questionnaire "SF-36" and questionnaire SCL-90-R were used.

Results: Remittance from a month to half a year – 5 individuals, remittance from half a year to a year – 13 individuals, remittance more than a year – 35 individuals. Quality of life in remittance (by SF-36) increased from low measures (lower than 130 points) up to medium (from 130 to 210 points) and high measures (over 210 points). The satisfaction from life and realistic attitude to itself were formed (SCL-90-R). The level of socialization increased, family relations came to normal, the children were born, professional skills were restored.

Conclusions: We assume that stated results were achieved through: a) multidisciplinary approach; b) simultaneous participation in the program both addicted patients and their relatives, c) deep axiological reorientation of an individual in consequence of spiritual element actualization, d) remittance became the result of a patient's responsible choice after rehabilitation of interpersonal relations in family in the process of group family work, e) patient's personality was harmonized due to spiritual-oriented communication in specially organized psychotherapeutic environment, f) changes of a patient's behavior was accompanied with the changes of the whole lifestyle.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, ОСНОВАННЫЙ НА РЕЛИГИОЗНОМ МИРОВОЗЗРЕНИИ

Актуальность: В 2011 году в Российской Федерации насчитывалось 12 миллионов злоупотребляющих алкоголем (отчет НИИ Росстата). Поиск и внедрение в практику новых, персонифицированных, основанных на базовых духовных ценностях форм ведения пациентов с алкогольной зависимостью становятся крайне актуальными.

Методы: Предлагаемая программа опирается на религиозное мировоззрение, традиционные семейные ценности в их христианском понимании, включает в себя проблемно-ориентированную эмоциональную поддержку и принятие людей с аддиктивными расстройствами. В основе программы лежит групповая психотерапевтическая работа, направленная на коррекцию системы межличностных взаимодействий, рассматриваемых с точки зрения биопсихосоциодуховной модели хорватского психиатра Владимира Худолина. Представление о формировании болезненных изменений личности и путей совладания с ними опирается на теорию личности Ю.В. Валентика.

Психотерапевтические интервенции осуществляются на основе духовно-ориентированного диалога Т.А. Флоренской.

В исследовании, носившем лонгитюдинальный характер и продолжавшемся с 2011 года, определялись продолжительность и качество ремиссии. 53 человека, из которых мужчин – 35 человек, женщин – 18 человек, страдавшие хроническим алкоголизмом 2 стадии с длительностью заболевания от 2 до 12 лет, оценивались методами клинического обследования, также применялись опросник качества жизни «SF-36» и опросник SCL-90-R.

Результаты: Ремиссия от месяца до полугода - 5 человек, ремиссия от полугода до года – 13 человек, ремиссия более года – 35 человек. Качество жизни в ремиссии (SF-36) возросло от низких значений (ниже 130 баллов) до средних (от 130 до 210 баллов) и высоких (выше 210 баллов). Сформировались удовлетворенность жизнью и реалистичное отношение к себе (SCL-90-R). Вырос уровень социализации, нормализовались семейные отношения, появились семьи, в которых также родились дети, восстановление профессиональные навыки.

Выводы: Мы предполагаем, что указанные результаты были достигнуты благодаря: а) мультиметодическому подходу; б) одновременному участию в программе зависимых пациентов и их родственников; в) глубокой ценностно-смысловой переориентации личности вследствие актуализации духовного компонента личности; г) ремиссия стала следствием ответственного выбора пациента в результате оздоровления межличностных отношений в семье в процессе групповой семейной работы; д) на гармонизацию личности пациента повлияло духовно-ориентированное общение в специально организованной психотерапевтической среде; е) изменение поведения пациента сопровождалось изменением всего образа жизни.

SAŽETAK IZLAGANJA O RADU TERAPIJSKE ZAJEDNICE «SAVEZ»

M. Barbiš

Terapijska zajednica «Savez» (komuna) za liječenje, rehabilitaciju i resocijalizaciju bivših ovisnika o drogama djelovala je tijekom petnaest godina (od 1990.- 2005.) pri Svetištu Majke Božje Goričke kod Baške na otoku Krku kao ustanova Caritasa biskupije Krk. Pokrenuo ju je i vodio vlč. mr. sc. Marinko Barbiš, svećenik Krčke biskupije, teolog moralista, zajedno sa suradnicom prof. Josettom Blažić, profesoricom, socijalnom pedagoginjom. Prva je zajednica te vrste u Hrvatskoj. Nadahnuće i edukaciju voditelji su imali i provodili u trima sličnim zajednicama u Italiji.

Zajednica je rezidencijalna, boravilo se između dvije do pet godina u njoj, a ulazilo se nakon detoksikacije i pripremnih motivacijskih razgovora.

Metoda rada jest vježbanje u zajedničkom životu i dužnostima, primjenjujući individualne i grupne psihoterapijske metode, kao i radnu terapiju. Umjereno su se te metode upotpunjavale s duhovnim pristupom i logoterapijom.

U Zajednici je boravilo oko sedamdeset mladića iz cijele Hrvatske i trojica iz inozemstva. Preko 50% korisnika uspješno je završilo terapijsko-rehabilitacijsko-resocijalizacijski proces, od kojih je dvadeset sklopilo brak te imaju svoje obitelji. Neki su uspješni obrtnici, poslodavci i akademski umjetnici s magisterijem.

Zajednica tako sa svojim rezultatima svjedoči plodonosnost integrativnog i holističkog pristupa tretmanu ovisnika o drogama. To je sretan spoj psihoterapije i duhovnosti.

SUMMARY OF PRESENTATION ON THE WORK OF THERAPEUTIC COMMUNITY "UNION"

Therapeutic community "covenant" (communes) for the treatment, rehabilitation and re-socialization of former drug addicts is operating for fifteen years (1990- 2005) at the Shrine of Our Lady of Gorica in Baska on the island of Krk as an institution Caritas Diocese of Krk. The commune is led by the Reverend. mr. Sc. Marinko Barbis, priest of the Diocese of Krk, theologian moralist, together with associate professor, Josette Blazic, professor and social psychologist. This is the first community of its kind in Croatia.

The leaders have spent time in three similar communities in Italy, where they gained their inspiration and education.

The community concept is residential. Users usually stay in the community between two to five years, after detoxification and preparatory motivational interviewing.

The method of work is an exercise in community life and duties, using individual and group psychotherapy methods, and occupational therapy. Moderate the methods and rounded off with a spiritual approach and logotherapy.

So far, about seventy young men from all over the Croatian and three from abroad has stayed in the Community. Over 50% of users successfully completed the therapeutic-rehabilitation-re-socialization process, of which twenty concluded a marriage and have their own families. Some are successful artisans, employers and academic artists with a Masters Degree.

Community, with its results, testify fruitfulness integrative and holistic approach to the treatment of drug addicts. It is a happy combination of psychotherapy and spirituality.

ULOGA RELIGIOZNOSTI U MEDIJACIJI ODNOSA ZLOSTAVLJANJA U DJETINJSTVU I SUICIDALNOSTI KOD OSOBA NA LIJEČENJU OD ALKOHOLIZMA

N. Babić, V. Šendula-Jengiđ, S. Jonovska, K. Katinić, A. Matošić, D. Bratuša

Psihijatrijska bolnica Rab

Klinika za psihijatriju KBC "Sestre milosrdnice"

Iskustva ranog stresa poput zlostavljanja u djetinjstvu preko utjecaja na razvoj i funkcioniranje živčanog, endokrinog i drugih tjelesnih sustava povećavaju osjetljivost i ranjivost pojedinca na životni stres. Takva iskustva imaju svoj odjek u odrasloj dobi pojedinca kroz povećavanje vjerojatnosti razvitka rizičnog zdravstvenog ponašanja u obliku razvoja ovisnosti i/ili psihopatologije. Zbog toga u ovisničkim populacijama često susrećemo pojedince s iskustvima zlostavljanja u djetinjstvu i pratećim psihijatrijskim komorbiditetima, uključujući i suicidalnost.

Dosadašnja istraživanja u ovom polju uspjela su definirati neke zaštitne faktore u odnosu alkoholizam - suicidalnost kao što su npr. dostupnost zdravstvene skrbi za psihijatrijske poremećaje uključujući ovisnosti, zatim snažne obiteljske veze i podrška u zajednici, vještine rješavanja problema i razrješavanja konflikta te kulturalna i religiozna vjerovanja koja ne podržavaju samoubojstvo.

Ovim istraživanjem ispitali smo povezanost različitih tipova zlostavljanja u djetinjstvu (fizičko, emocionalno i seksualno zlostavljanje, zanemarivanje i svjedočenje nasilju u obitelji) i povijesti ozbiljnih suicidalnih promišljanja i suicidalnih pokušaja kod osoba na liječenju od alkoholom uzrokovanih poremećaja u Psihijatrijskoj bolnici Rab i KBC Sestre Milosrdnice te nastojali odgovoriti na pitanje jesu li dimenzije religioznosti (duhovnost, obredna (ritualna) dimenzija religioznosti i dimenzija utjecaja vjere na ponašanje) značajan medijator tog odnosa.

RELIGIOSITY AS A MEDIATOR BETWEEN CHILDHOOD ADVERSE EXPERIENCES AND SUICIDALITY AMONG PATIENTS IN TREATMENT OF ALCOHOL USE DISORDERS

Early stress experiences such as childhood abuse enhance sensitivity and vulnerability to life stress through their impact on development and function of neural, hormonal and other body systems. These experiences enhance probability of health-risk behaviors development such as addiction and/or psychopathology. That is the reason child abuse experiences and psychiatric comorbidities (including suicidality) are often found among addicts.

Some protective factors for suicide in alcoholism found in researches include effective clinical care for psychiatric (including alcoholism and drug abuse) and physical disorders, strong connections to family and community support, skills in problem solving and conflict resolution, cultural and religious beliefs that discourage suicide and support self-preservation.

In our research we examined relationship between different types of childhood adverse experiences (physical, emotional and sexual abuse, neglect and domestic violence witnessing) and history of serious suicidal thoughts and suicidal attempts among patients in treatment of alcohol use disorders in Psychiatric hospital Rab and KBC Sestre Milosrdnice Zagreb, and examined if dimensions of religiosity (spirituality, ritual dimension and impact of faith on behavior) are significant mediator of this relationship.

KAKO SU MI DUHOVNOST I PSIHIJARIJA POMOGLI DA OZDRAVIM OD OVISNOSTI?

Ž. Jakopčević

U ovom radu prikazat ću svoje osobno iskustvo u borbi s ovisnošću. Cilj ovog izlaganja je motivacijskog karaktera jer zahvaća moju životnu priču, jednu od onih s kojima se susrećete u svom radu. Kroz svoje iskustvo i iskustvo rada s ovisnicima prikazati ću važnost uske poveznice između psihijatrije i duhovnosti. Prvo ću opisati težak život i nutarnju prazninu koju sam "liječila" kroz ovisnost. Zatim ću govoriti o snažnom suočavanju sa samom sobom i prihvaćanju svog života kao i zdrave duhovnosti koja donosi potpuni obrat u mojoj borbi za slobodan i novi život. Za vjerodostojnost ovog izlaganja upotrijebiti ću pismo mog psihijatra od prije 15 godina i obiteljsku fotografiju. Također ću prikazati pisma preporuke liječnika s kojima danas u punom povjerenju surađujem u tretmanu osoba s problemom ovisnosti i dualnih poremećaja. Svojim osobnim primjerom potkrjepljujem da se isplati boriti i za samo jednog čovjeka, te da je moguć izlazak iz potpunog besmisla u smislen život.

Posljednjih šest godina održavam motivacijske radionice u suradnji sa stručnjacima iz psihijatrije KP „Vrapče“ i KBC „Sestre milosrdnice“. Radionice se odvijaju jednom tjedno na zavodu za liječenje ovisnosti i dvaput tjedno na zavodu za dualne poremećaje. Naziv radionica je „Daj sebi šansu, ti si poseban“. Kroz rad s osobama u problemu ovisnosti sve više uočavam nezaobilaznost te veze. Ova suradnja započeta je pred šest godina i traje i dan danas.

HOW SPIRITUALITY AND PSYCHIATRY HELPED ME TO RECOVER FROM ADDICTION?

In this paper I will show my personal experience in combat with addiction. The goal of this presentation is motivational because it affects my life story, one of those you meet in your work. Through my experience and experience in work with drug addicts, I will present importance of close link between psychiatry and spirituality. First I will present hard life and inner emptiness I have "treated" through addiction. Then I will speak about strong facing with myself and accepting my own life, as well as healthy spirituality which brings complete reversal in my combat for free and new life. For credibility of this presentation I will use the letter of my psychiatrist since 15 years

ago and family photography. I will also present letter of recommendation of doctors with whom I cooperate, with full confidence, in treatment of persons with problems of addiction and dual diagnosis. With my personal instance I confirm that it is worth to fight only for one man, and that exodus from complete meaninglessness to meaningful life is possible.

In last six years I do motivational workshops in cooperation with psychiatry experts from Clinic for Psychiatry "Vrapče" and Clinical Hospital Centre "Sestre milosrdnice". Workshops take place once a week on Department of addiction and twice a week on Department of dual diagnosis. The name of workshops is "Give yourself a chance, you are special". Through work with persons with addiction problems I notice more and more the essential of that connection. This cooperation started six years ago and continues today.

ZAMKE I OPASNOSTI U SVIJETU MEDIJA

V. Reljac

Teologija u Rijeci

Suvremeni mediji, ali i općenito tehnološki napredak, imaju snažan utjecaj na život suvremenog čovjeka i društva, a nova tehnologija plijeni osobitu pozornost djece i mladih. Oni uvelike utječu, a u mnogome i uvjetuju, čovjekov svakodnevni život: od rada do zabave. Mediji utječu na radne navike, kreativnost, socijalizaciju i komunikaciju. Televizija je postala glavna razonoda industrijaliziranog svijeta, i oduzima nam više vremena od bilo koje druge aktivnosti. Prosječan čovjek u prosjeku provede četiri sata tako što neradi ništa, osim što gleda televiziju – to je više od jednog punog dana tjedno. Do svoje 75-te godine života većina ljudi će potrošiti više od dvanaest i pol godina takvih 24-satnih dana tako što neće činiti ništa, nego gledati televiziju. Djeca danas provode više vremena gledajući u televizijski ekran nego što borave u školi. Prosječno šestogodišnje dijete je već skoro jednu godinu svoga života potrošilo na gledanje televizije. Naime, danas većina djece doslovno više gleda televizijske junake nego svoje roditelje. Isto vrijedi i za vizualni kontakt među parovima. Kada ovoj slici dodamo korištenje, Interneta, računala, DVD-a, videa i interaktivnih mobitela, ukupno vrijeme koje današnji čovjek provede pred ekranom čak premašuje broj sati koje troši na spavanje. Zahvaljujući televiziji čak su i najosobniji dijelovi naših života, od govora tijela, nadanja i snova do šaputanja na jastuku, obuhvaćeni sveopćim prožimanjem koje izazivaju televizijske slike. Govoriti da televizija stvara naviku je, zapravo, podcjenjivanje njenog utjecaja. Profesor Jeffrey Johnson, sa Sveučilišta Columbia, kaže da «televizija stvara izrazitu ovisnost.» Zašto bi netko svjesno odlučio čitavih 12 godina svoga života gledati u televizijski ekran? Zato je potrebno ukazivati na aktivnosti koje nemaju veze s televizijskim ekranom: čitanje priča djeci, slušanje glazbe, igranje društvenih igri i raznih slagalica, vježbanje, bavljenje vrtlarstvom, šetnja, druženje s prijateljima. To su aktivnosti koje

se naizgled čine samo zabavnima, ali imaju dalekosežan učinak na mozak, intelekt i tijelo – učinak koji, u mnogim slučajevima traje cijeli život.

PITFALLS AND DANGERS OF THE MEDIA WORLD

Modern media and the general technological progress have a strong impact on the life of modern man and society, and the new technology attracts special attention to children and young people. They are significantly affecting, and in many ways they condition, man's daily life: from work to entertainment. Media influence on work habits, creativity, socialization and communication. Television has become a major pastime in the industrialized world, and deprives us more time than any other activity. The average person spends average four hours of not doing anything, except watching television and that's more than one full day a week. Until 75-years of age, most people will spend more than twelve and a half years of these 24-hour of day, doing nothing except watching television. Children today spend more time looking at television screens than what is the period that they are staying in school. The average six-year child spent already almost a year of his life watching television. In fact, most of these children are literally more watching TV heroes than their parents. The same goes for visual contact between couples. When this fact is added to the use of the Internet, computers, DVDs, videos and interactive cell phones, the total time that modern man spends in front of the screen even exceed the number of hours spent on sleep. Thanks to television, even the most personal parts of our lives, from body language, hopes and dreams are pervaded by the tv images. Saying that television creates the habit is, in fact, underestimation of its impact. Professor Jeffrey Johnson from Columbia University, says that "television creates a pronounced dependence.". Why would anyone consciously decide entire 12 years of his life to watch television? So, it is necessary to indicate the activities that have nothing to do with the television screen: reading stories to children, listening to music, playing board games and a variety of puzzles, exercise, gardening, walking, hanging out with friends... These are activities which seem only amusing, but they have a far-reaching effect on the brain, intellect and body - the effect that lasts a lifetime.

ALKOHOLNA PIĆA I DUHOVNOST

D. Buljan

Poloklinika „Boban“Zagreb

Ljudsko otkriće o djelovanju alkohola, dobivenog iz provrelog voća, datira još iz prapovijesti. Organizirana proizvodnja alkoholnih pića, ponajprije piva i vina, počinje prije oko deset tisuća godina, te se nastavlja u prvim civilizacijama; pet tisuća godina p.n.e. u Mezopotamiji i Egiptu, a zatim u prvom tisućljeću p.n.e. u antičkoj Grčkoj i Rimskom Carstvu. Tijekom velikih zemljopisnih otkrića, u petnaestom i šesnaestom stoljeću n.e., pojavila su se žestoka alkoholna pića proizvedena destilacijom.

Alkoholna pića postaju alternativa zagađenim zalihama vode u ljudskim naseljima, koriste se kao lijek, novčane jedinice, društveni simboli te izvori filozofskog i umjetničkog nadahnuća. Također, vino postaje glavni element kršćanskog obreda euharistije.

Tijekom duge povijesti upotrebe alkoholnih pića razvila se također spoznaja i sve više dokaza o štetnom djelovanju pretjeranog pijenja na duhovnost, tjelesno i duševno zdravlje i ponašanje čovjeka.

ALCOHOLIC DRINKS AND SPIRITUALITY

Human discovery of the effect of alcohol, produced from the fruit fermentation, dates from the Prehistoric Period. However, the organized production of alcohol drinks, particularly wine and beer, started around 10000 years ago and, continued in the first civilizations; 5000 years B.C. in Mesopotamia and Egypt, as well as in the first millennium B.C in the ancient Greece and Roman Empire. During the great geographic discoveries in the 15th and 16th century A.C., hard liquors, produced by distillation, emerged.

Alcoholic beverages became an alternative to contaminated supplies of water, but are also used as medicine, means of payment, status symbol and the source of philosophical or artistic inspiration. The wine became the main object of Christian ceremony of the Eucharistia.

Over the long history of the use of alcohol drinks in the civilization, people also realized, along with countless scientific evidences, that excessive alcohol drinking has a severe adverse effect on spirituality, physical and spiritual health and human behaviour.

ULOGA DUHOVNOSTI U LIJEČENJU OVISNOSTI IZ PERSPEKTIVE ČLANOVA ZAJEDNICE RETO CENTAR

A. Dučkić, S. B. Kokorić

Studijski centar socijalnog rada Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Rad je usmjeren na prikaz uloge duhovnosti u liječenju ovisnosti. U radu su prikazani rezultati kvalitativnog istraživanja provedenog metodom dubinskog intervjua s deset pripadnika zajednice Reto centar iz Zagreba. U istraživanju je sudjelovalo sedam žena i tri muškarca, starosne dobi od 29 do 55 godina, porijeklom iz različitih europskih zemalja (troje sudionika je iz Bugarske, po jedan sudionik iz Makedonije i iz Bosne i Hercegovine, po jedna sudionica iz Slovenije i Španjolske, te tri iz Hrvatske). Svi sudionici imaju u osobnoj povijesti iskustvo ovisnosti o različitim psihoaktivnim tvarima, te uspješno apstiniraju kroz cijeli period života u zajednici, koji se kreće u rasponu od 7 do 20 godina. Veličina uzorka definirana je prema principu postizanja

teorijskog zasićenja. Sadržaji intervjuva su transkriptirani i obrađeni postupkom kvalitativne analize. U radu je uvodno predstavljen polazišni teorijski okvir istraživanja (koncept otpornosti, teorija osnaživanja) te neke dosadašnje teorijske i empirijske spoznaje o povezanosti duhovnosti i mentalnog zdravlja. Ukratko je prikazan način integracije duhovnosti u zajednicu za liječenje i rehabilitaciju ovisnosti Reto centar. Nakon toga izneseni su rezultati koji se odnose na doživljaj osobne duhovnosti i njenog značaja u životima sudionika istraživanja, s posebnim naglaskom na doživljaju uloge duhovnosti u liječenju ovisnosti i prevladavanju životnih kriza.

Rezultati istraživanja pokazuju da intenzivno življenje duhovnosti u okviru zajednice, njegovanje zajedničkih religijskih uvjerenja i duhovnih iskustva te praktična i emocionalna podrška članova zajednice predstavljaju značajan resurs za uspješno liječenje ovisnosti i rehabilitaciju pripadnika zajednice Reto centar. Iz perspektive sudionika istraživanja naglašena je važna uloga duhovnosti u pronalaženju životnog smisla i u poticanju cjelovite pozitivne promjene života (doživljaj „novog rođenja“). Sudionici istraživanja opisuju povjerenje u Božju bezuvjetnu ljubav, prisutnost i iscjeliteljsku snagu koja im je dala snagu da pronađu način izlaska iz ovisnosti te opisuju svoj doživljaj duhovnosti kao važnog resursa za uspješno suočavanje s budućim kriznim situacijama u životu.

Rezultati istraživanja ukazuju na potrebu za većom integracijom duhovnosti u profesionalni pristup liječenju ovisnosti, što podrazumijeva i potrebu za dodatnom izobrazbom i razvijanjem većeg senzibiliteta kod stručnjaka/terapeuta za duhovna pitanja pacijenata. U tom kontekstu dane su i neke praktične smjernice za unapređenje prakse.

THE ROLE OF SPIRITUALITY IN TREATING ADDICTION FROM PERSPECTIVE OF MEMBERS OF THE COMMUNITY RETO CENTAR

The paper is focused on outlining the role of spirituality in treating addiction. In it there are presented the results of a qualitative research carried out by the method of deep interview of ten members of Reto centar community in Zagreb. Seven women and three men participated in the research, aged between 29 and 55, originating from various European countries (three participants were from Bulgaria, one each from Macedonia, Bosnia and Herzegovina, Slovenia and Spain and three from Croatia). All the participants had in their personal history the experience of addiction to different psychoactive substances and they abstained successfully throughout the whole period of living in the community, ranging from seven to 20 years. The sample size was defined according to the principle of reaching theoretical saturation. The contents of interviews were transcribed and processed by the procedure of qualitative analysis. In the paper's introduction was presented the starting theoretical framework (the concept of resilience, the theory of strengthening) as well as present theoretical and empirical knowledge about the link between spirituality and mental health. There was briefly presented the way of integrating spirituality into the Reto centar addiction treatment and rehabilitation community. Then there were presented

the results regarding the perception of personal spirituality and its significance in the lives of research participants, with a special emphasis on the perception of the role of spirituality in treating addiction and overcoming life crises.

The results of the research show that intensive spiritual living within a community, nurturing common religious beliefs and spiritual experiences as well as practical and emotional support of community members represent a significant resource for successful treating of addiction and rehabilitation of the members of Reto centar community. From the perspective of research participants what is emphasized is the important role of spirituality in finding life purpose and encouraging the overall positive life change (the experience of 'rebirth'). The research participants point out the need for greater integration of spirituality into the professional approach to treating addiction, which implies the need for additional education and developing greater sensitivity in professionals/therapists for patients' spiritual issues. In this context some practical guidelines for improving practice were given.

ADDICTION BEHAVIOR IN THE ELDERLY – SPIRITUAL VIEW

D. Moravek

KBC „Sestre Milosrdnice“

The interpersonal relationships usually appear as promoters of people's adaptability in the provision of social support: emotional, instrumental and informational. Religiosity and spirituality have been shown to be important coping and support strategies in several situations throughout the life cycle. Spiritual struggles arise in response to critical events. There are three types of spiritual struggles: divine (i.e., tension in the individual's relationship with the divine), intrapsychic (i.e., struggles characterized by questions and doubts about spiritual beliefs and issues), and interpersonal (i.e., spirituality-related conflicts with family, friends, and congregations). In response to this spiritual vacuum, they may seek out a new form of meaning or significance, including potentially destructive habits, such as substance use as a way to escape from "mental anguish" and suffering, which serves the purpose of filling this vacuum.

Ineffective pain management can have a significant impact on the quality of life of older adults, leading to depression, social isolation, and a loss of function. For example, tianeptine had good efficacy in treatment of mild to moderate forms of depression in special populations of depressive patients (elderly population and patients with comorbid alcohol addiction). Also, comedication with tianeptine and morphine might benefit those who need long-term morphine treatment.

For many patients, a spiritual dimension to chronic pain exists. Spirituality is a quality of life dimension, especially in people with chronic or terminal illness. Spirituality and health are pointed out with the positive aspects of this association, such as the protection it provides to physical, mental, and social health. Several factors can contribute to the hinder the identification of this disease among the elderly, such as denial of alcohol consumption, abuse or dependence; the lack of protocols that favor physicians and other health professionals properly investigating the alcohol-related problems when addressing elderly patients; and even the fact that family members, caregivers and friends collaborate, unconsciously, with the elderly in denying the existence of alcohol misuse. Moreover, existing programs in clinical detoxification and rehabilitation are still scarce in the approach of specific topics related to the elderly population among the elderly; the risk of drug interactions, psychomotor slowing, cognitive dysfunction and paradoxical disinhibition may be amplified. Benzodiazepine use in the elderly is associated with an increased rate of falls that cause hip and femur fractures and an Cognitive impairment is common, increased likelihood of motor vehicle crashes although memory impairment may be reversible when benzodiazepines are discontinued.

To maintain recovery is one of the highest problems in drug rehabilitation facilities locally and even globally. Forgiveness therapy has a good effect on the recovery process of the residents in rehabilitation treatment facilities. Forgiveness itself

reframes life and that rapport is the emotional foundation while reframing is the cognitive component of forgiveness.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ - ДУХОВНЫЙ ВЗГЛЯД

Межличностные отношения обычно выступают в качестве главных стимуляторов адаптивности людей при оказании социальной поддержки: эмоциональной, инструментальной и информационной. Религиозность и духовность представлены как основные стратегии преодоления трудностей и поддержки в различных ситуациях на протяжении всего жизненного цикла.

Духовная борьба возникает в ответ на критические события. Различают три типа духовной борьбы: божественная (то есть, напряженность в отношениях человека с божественным), интрапсихическая (то есть, борьба характеризуется вопросами и сомнениями о духовных верованиях), и межличностная (то есть, духовные конфликты, связанные с членами семьи, друзьями и конгрегацией). С целью заполнения духовного вакуума, пациенты ищут новую форму смысла или значения, включая в том числе и потенциально разрушительные привычки, такие как употребление психоактивных веществ как способ уйти от "душевной боли" и страданий.

Неэффективное управление болью оказывает существенное влияние на качество жизни пожилых людей, и может привести не только к депрессии, социальной изоляции, но и потери функциональности. Например, тианептин был эффективным средством для лечения легкой и умеренной форм депрессии специальной популяции (пожилого населения и пациентов с сопутствующей алкогольной зависимостью). А также комедикация тианептина и морфина может принести пользу пациентам, нуждающимся в длительном лечении морфином.

Однако для многих пациентов, существует духовное измерение хронической боли и духовность является качеством измерения жизни, особенно для людей с хроническими или неизлечимыми болезнями. Духовность и здоровье - положительная комбинация, так как оказывает помощь физическому, умственному и социальному здоровью. Ряд факторов, такие как отрицание употребления, злоупотребления алкоголем или зависимость от него, отсутствие протоколов по которым врачи и другие медицинские работники могли бы должным образом изучить проблемы, связанные с алкоголем у пожилых людей, и даже тот факт, что члены семьи, опекуны и друзья бессознательно помогают пожилым людям отрицать злоупотребление алкоголем, препятствуют выявлению этого заболевания среди пожилых людей. Важно отметить, что существующим программам по клинической детоксикации и реабилитации все еще не хватает соответствующего подхода к конкретным темам, связанным с пожилым населением и такие аспекты как риск лекарственных взаимодействий, психомоторная заторможенность, когнитивная дисфункция и парадоксальная

расторженност к сожалениу могуи и далее развиваться. Применение бензодиазепинов в пожилом возрасте связано с повышенной частотой травматических падений и когнитивными нарушениями, а также с повышенной вероятностью дорожно-транспортных происшествий, а ухудшение памяти может быть обратимым после прекращения приема бензодиазепинов.

Следовательно одной из самых главных проблем центров реабилитации наркозависимых во всем мире является поддержка их восстановления. Прощение как терапия положительно влияет на процесс восстановления. Прощение преобразует жизнь и эта связь является эмоциональной основой, тогда как преобразование является когнитивным компонентом прощения.

KAKO POSTIĆI DUHOVNI IMUNITET? PRIKAZ SLUČAJA

M. Petković

Klinika za radioterapiju i onkologiju KBC Rijeka

Čovjek današnjice pokušava godinama postojati izvan okvira duhovnih vrijednosti, iako mu one omogućavaju zadovoljavanje osobnih potreba za smislom. Inzistiranje na prolaznom ljude vodi u tugu, depresiju i bolest. Usprkos takvim stremljenjima, u konačnici, duhovne vrijednosti daju ljudima snagu i vjeru u sebe time što ih povezuju s nečim apsolutnim i neprolaznim.

U današnje vrijeme međuodnos duhovnog i tjelesnog se ponovno intenzivno proučava i vraća mu se zasluženi značaj.

Posebnu potrebu za povezivanjem duhovnog i tjelesnog imaju onkološki bolesnici kod kojih duhovnost može imati važnu ulogu u njihovom boljem oporavku. Naime, brojne studije su pokazale povezanost duhovnosti, depresije i tjelesnih bolesti.

Pacijenti su danas sve više svjesni svojih prava, imaju potrebu za aktivnim sudjelovanjem u vlastitom liječenju te iskazuju želju za poštivanjem njihovih svjetonazora.

U ovom radu prikazujem bolesnicu koja se uzdizanjem iz svakodnevce uspijeva već godinama boriti sa teškom malignom bolešću. U sprezi sa terapeutom koji razumije i priznaje njene duhovne komponente i potrebe, kao i tjelesnu potrebu za liječenjem, zajedničkim snagama svakodnevno pobjeđujemo bolest i krademo od života dan po dan.

HOW TO ACHIEVE SPIRITUAL IMMUNITY? CASE REPORT

The man of today is trying to exist outside the frames of spiritual values, although they do not give him a possibility to satisfy personal needs for meaning. Insisting on transient leads people in sadness, depression and illness. In spite of these tendencies, ultimately, the spiritual values give to people the strength and faith in themselves connecting them with something absolute and intransient.

Today the interaction between spiritual and physical has been again intensively studied and returns the deserved importance.

Oncologic patients have special needs for connection of spiritual and physical, and spirituality can play an important role in their better recovery. Namely, many studies have shown the connection of spirituality, depression and physical illnesses.

The patients are today more and more aware of their rights, have need to participate actively in their own therapy and express the desire for the respect of their worldview.

We present a patient who, with the raising of everyday life, succeeds for years to fight with severe malignant disease. In association with the therapist who understands and recognizes her spiritual components and needs, as well as the physical need for treatment, together we daily win the disease and steal of life day by day.

PRIKAZ BOLESNICI METASTSKIM RAKOM DOJKE I DUGOGODIŠNIM DOBRIM ODGOVOROM NA ONKOLOŠKU TERAPIJU – VAŽNOST PODRŠKE

I. Belac-Lovasić, F. Lovasić, M. Petković, A. Mihaljević-Ferari, I. Skočilić

Klinika za radioterapiju i onkologiju KBC Rijeka

Klinika za kirurgiju KBC Rijeka

Razvojem bolesti jedan dio onkoloških bolesnika dolazi do terminalne faze bolesti koja zahtjeva palijativnu skrb. Zato je duhovnost izrazito važna u modernoj palijativnoj medicini, pa tako i u onkologiji. Pri tome je bitno poštovati duhovna vjerovanja i vrijednosti bolesnika. Liječiti ih treba uvijek s uvažavanjem njihovog dostojanstva i biti svjestan njihove patnje, gubitka, boli, straha, nadanja, očekivanja i razočaranja.

Reakcija na bolest je svojstvena svakom bolesniku. Tijekom liječenja kod većine bolesnika koji boluju od teže, kronične bolesti postoje periodi koji su jako zahtjevni. Tada preplavljuju bolesnikov osjećaj kontrole gubitka nad vlastitim životom, njegovim tijekom, sadržajem i na kraju njegovim završetkom. U onkološkom liječenju bolesnika izuzetno je važan pravilno izgrađen odnos i povjerenje između liječnika i bolesnika, te između liječnika i njegove obitelji. Kvalitetan razgovor i uvažavanje bolesnika kao ličnosti preduvjet je uspješnog terapijskog pristupa oboljelom od maligne bolesti.

Onkološki bolesnik može biti izložen patnji uzrokovanoj brojnim čimbenicima: bolom, psihološkim problemima, socijalnim, kulturološkim i duhovnim poteškoćama. Ovi čimbenici su često međusobno isprepleteni. Zato se u liječenju onkoloških bolesnika sve više primjenjuje multidisciplinarni pristup. Čovjek je ponajprije duhovno biće ali fizičke posljedice bolesti na organizam neodvojivo utječu na njegov emocionalni, intelektualni i duhovni život. Svi se psiholozi slažu u tome da religija i

duhovnost pomažu bolesniku da postigne svoj unutarnji mir i smanjuju unutarnje sukobe.

Duhovnost ima posebnu ulogu u razrješenju tkzv. besmislenog ostatka kao što su bol, patnja, bolest i smrt. Ljudi se razlikuju u očekivanjima koja imaju u odnosu na sebe i bolest, odnosno u vjerovanju o mogućnosti utjecaja koji mogu imati u kontroliranju ili usporavanju bolesti. Ako se bolest doživljava kao gubitak svega što se je prije imalo javlja se strah i osjećaj bespomoćnosti. Ako se pak bolest doživljava kao izazov koji se može i želi izdržati i uspješno riješiti osoba se osjeća optimistično. Kada se razboli bilo koji član obitelji u procesu suočavanja sa novonastalom bolešću javljaju se i isprepliću različite emocije koje utječu na sve članove obitelji. U radu je prikazana bolesnica s rakom dojke i prisutnim udaljenim metastazama, koja usprkos proširenoj bolesti uz više linija liječenja onkološkom terapijom tijekom dvanaest godina živi u harmoničnom okruženju svoje mnogobrojne obitelji, uz duhovnu ravnotežu i povjerenje, vjeru i nadu u onkološku skrb i onkološke djelatnike.

PATIENT SUFFERING FROM METASTATIC BREAST CANCER AND RESPONDING WELL TO LONG-TERM ONCOLOGICAL THERAPY – THE IMPORTANCE OF SUPPORT

With the development of the disease, a part of oncological patients reach the terminal phase which requires palliative care. Therefore, spiritual guidance is of extreme importance in modern palliative medicine, as well as oncology. It is important to respect the spiritual values and beliefs of patients. Their medical treatment should always be administered with respect for their dignity and awareness of their suffering, loss, pain, fear, hopes, expectations and disappointments.

Each patient has their own distinctive reaction to the illness. During the course of treatment, most patients suffering from a serious chronic illness face very demanding periods. The patients are overwhelmed by their loss of control over their life, its course, quality and, eventually, its end. When treating oncological patients, the properly built rapport and trust between the doctor and the patient, as well as between the doctor and the patient's family, is of extreme importance. A good conversation and appreciation of the patient as a personality is a prerequisite for a successful therapeutic approach to a patient suffering from a malignant disease.

Oncological patients may suffer from: pain, psychological problems, social, cultural and spiritual difficulties. These factors are often intertwined. Therefore, in treating cancer patients, a multi-disciplinary approach has been progressively applied. A man is primarily a spiritual being. However, the physical consequences of the disease on the body inseparably affect his emotional, intellectual and spiritual life. All psychologists agree that religion and spiritual guidance help patients achieve inner peace and reduce inner conflicts.

Spirituality plays a significant role in absolving the so-called meaningless residue such as pain, suffering, illness and death. Different people expect different things both from themselves and the disease, and they don't always believe in their ability to

control or slow down the disease. If the disease is seen as a loss of everything the patient previously had, a sense of fear and powerlessness occurs. If, however, the disease is seen as a challenge that can be endured and successfully resolved, a patient feels optimistic and willful.

When a family member falls ill, different emotions emerge and intertwine, affecting all family members in the process of dealing with the new disease. This paper presents a case study of a patient suffering from breast cancer and distant metastases, who has undergone several oncological therapy courses and who, in spite of the spread disease, has been living in a harmonious environment of her large family for twelve years, with spiritual balance and trust, through faith and hope in oncology care and oncology professionals.

DIJAGNOZA I PROCJENA ONKOLOŠKOG KLIJENTA – GEŠTALT PRISTUP

K. Kolarić

Redovnik frenjevac na Trsatu

Dijagnoza i procena klijenta proces je prepoznavanja i priznavanja onoga sto jeste, opis onoga sto doživljavamo kako to komuniciramo i kako interveniramo. Dok je dijagnoza proces saznavanja i kategorizacije podataka procjena se odnosi na određivanje specifične proporcije posmatranog za svaki pojedinačni sličaj.

Geštalt terapija ima mnoštvo teorijaskih koncepata koji služe kao okvir za procjenu klijenta. Važno je da terapeut razvija svoj stil procesa procjene koja će biti njegova kreativna solucija u datom kontekstu za ili sa datim klijentom.

U ovom izlaganju koristit ću nekoliko oblasti mogućeg fokusa na kojima ću ko- kreirati terapijske procjene:

- Proces i rezultati kreativne adaptacije klijenta
- Klijent i terapeut u terapijskom odnosu: varijacije na Ja – Ti odnos
- Osobnosti i interakcije kroz temelje vjere i duhovnosti.

DIAGNOSIS AND EVALUTION O FAN ONCOLOGICAL PATIENT – GESTALT APPROACH

Diagnosis and evaluation o fan oncological patient is a process of discerning and confirming the state oft he patient, describing what he or she is going through, how they communicate it and what i do as a psychotherapist.

Diagnosis consists of finding out and categorizing the dana collected during evaluation with purpose to determine the specifications of every individual case.

Gestalt therapy offers a variety of theoretical concepts which provide frameworks for the evalution oft he patient. A psychotherapist develops his own style of evaluation which will become a creative solution for a patient or with a patient in a given situation.

In this presentation I will cover several areas of focus within which I will (co-)create therapeutic evaluations: the process of creative adaptation of an oncological patient and its results; the patient and the therapist in therapeutic relationship (Me – You Relationship); personal specificities and interactions based on religion and spirituality.

LIČNOST U BOLESTI

I. Rončević-Gržeta, I. Ljubičić-Bistović

Klinika za psihijatriju KBC Rijeka

Neka istraživanja su pokazala da su promjene u ličnosti, i onda kad se radi o ozbiljnoj bolesti, zanemarive i da oboljeli povećaju interes za produbljivanjem socijalnih relacija. Ovakvi rezultati sukladni su sa stajalištem stručnjaka koji na ličnost u bolesti gledaju s psihodinamskog, egzistencijalističkog, duhovnog ili pak filozofskog gledišta. Bolest, bez obzira na težinu, generira strah od gubitka egzistencije. Ako znamo da se egzistencija, između ostalog, bazira na komunikaciji s okolinom strah od gubitka egzistencije podrazumijeva strah od gubitka objekta i odnosa s njim zbog čega porastu regresivne potrebe za pažnjom, brigom i osjećajem sigurnosti. Iz perspektive bolesnika doživljaj selfa i identiteta u bolesti se mijenja, isti budu "poljuljani ili izgubljeni". Identitet je odgovor na pitanje "tko" i u sebi sadrži vremensku dimenziju tj. doživljaj kontinuiteta koji bolest ozbiljno dovodi u pitanje. Ličnost uz pomoć obrambenih obrazaca nastoji održati kontinuitet s ciljem prevladavanja straha, besmisla i osjećaja bespomoćnosti koji se javlja u bolesti. Na umu valja imati dvije dimenzije selfa: osjećaj selfa i self kao relaciju. Obje dimenzije selfa bivaju ugrožene u bolesti ili u slučaju gubitka emocionalno bliske osobe. Reprezentacije selfa kao i proces separacije i diferencijacija uz strah od gubitka objekta iskustva su iz vrlo ranog djetinjstva. Svaka ličnost u bolesti ponovno se suočava s davno potisnutim iskustvom uz strah od napuštanja, samoće i nemoći uz porast regresivnih potreba. Uspješno prevladati bolest znači izboriti se protiv prekida kontinuiteta ili pronaći smisao u prošlosti kako bi se moglo nastaviti u budućnost.

PERSONALITY AND DISEASE

Some research show that changes in the personality are, even in cases of serious diseases, negligible and that patients have increased their interest in developing social relations. Such results are consistent with the point of view of the experts who observe the personality in a state of disease from a psychodynamic, existential, spiritual or philosophical standpoint. The disease, regardless of severity, generates fear of losing the existence. It is known that the existence is, among other things, based on communication with the environment, the fear of losing the existence implies the fear of losing the object and the relationship with it which is the reason that leads to increased regressive needs for attention, care, and sense of

security. From the patient's point of view, the experience of the self and the identity changes in the state of disease, those experiences are "shaken or lost". The identity is the answer to the question "who" and it contains a temporal dimension, that is, a sensation of continuity which is severely endangered by the disease. The personality, using defensive mechanisms, is trying to maintain the continuity in order to overcome fear, meaninglessness, and feeling of helplessness that occur in a state of disease. One should always be wary of the two dimensions of the self: the sense of self, and self as a relation. Both dimensions of the self are exposed to danger in a state of disease or in a case of a loss of an emotionally close person. The representations of the self as both the process of separation and the differentiation paired with fear of losing the object of the experience stem from early childhood. Every personality in a state of disease is refacing the long-suppressed experience accompanied with the fear of abandonment, loneliness, solitude, and powerlessness, with an increase of the regressive needs. To successfully overcome a disease means to win the fight against the disruption of the continuity or to find a meaning in the past in order to carry on living in the future.

MEDICINA USMJERENA PREMA OSOBI U LIJEČENJU BOLESNIKA S NEIZLJEČIVIM BOLESTIMA

V. Đorđević, M. Braš

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Palijativna medicina je jedan od najboljih primjera medicine usmjerene prema osobi, što se može vidjeti iz svih osnovnih načela moderne palijativne medicine. Palijativna medicina uvijek obuhvaća i bolesnika i članove njegove obitelji, a samu jezgru rada u palijativnoj medicini čini interdisciplinarni tim, tako da se velika pozornost posvećuje izgradnji i kvaliteti rada te pojedinačnim osobinama svakog člana tima. Pravo na dostojanstvenu skrb kod osobljenih od neizlječivih bolesti je važno ljudsko pravo koje je sadržano u gotovo svim međunarodnim i nacionalnim dokumentima, ali je pravo umijeće kako osigurati kavitetnu i svima dostupnu palijativnu medicinu u zajednici. Nacionalne strategije palijativne skrbi međusobno se dosta razlikuju, jer ovise o nizu čimbenika i specifičnostima pojedinih zemalja.

Vlada republike Hrvatske je krajem 2013. godine usvojila Strateški plan palijativne skrbi, čija je izrada trajala nekoliko godina i zahtijevala je veliku multiprofesionalnu suradnju nekoliko stotina ljudi. U ovom je strateškom dokumentu jedna od temeljnih odrednica dostupnost palijativne skrbi za sve građane zemlje, kao i integrirana skrb. Odlučeno je da se neće graditi novi sustav skrbi, već da će se uvelike koristiti resursi liječnika obiteljske medicine i medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ali će se uložiti veliki naponi u njihovom povezivanju sa sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom. Osim toga, odlučeno je da svaka hrvatska županija osnuje

svoj centar za koordinaciju palijativne skrbi kao poveznicu između svih dionika na području jedne županije, kako bi se još više potakla integracija i dostupnost skrbi za sve. Upravo je cilj ovoga rada prikazati mogućnosti i barijere stvaranja kvalitetne i dostupne palijativne medicine u zajednici, kao primjera medicine usmjerene prema osobi i zdravstva usmjerenog prema narodu. Vrijeme je da pokažemo svima da možemo učiti i rasti zajedno te da smo sposobni zajednički kao tim skrbiti o osobama oboljelima od neizlječivih bolesti. Zato radimo i brinimo zajedno!

PERSON-CENTERED MEDICINE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH INCURABLE DISORDERS

Palliative medicine is one of the best examples of person-centered medicine, which is evidenced by the principles of modern palliative medicine. Palliative medicine always encompasses both the patient and the members of his/her family, and effective teamwork forms the core of palliative medicine. Great importance is placed on the development and quality of work, as well as on the individual members of each team. The terminally ill patient's right to care with dignity is an important human right which is contained in virtually all national and international documents, but the real skill is how to ensure quality and universal access to palliative medicine within a community. National strategies of palliative care may vary, because they depend on the various factors and specificities of individual nations. The government of Croatia adopted a strategic plan for palliative care in 2013, the efforts towards which lasted a few years and demanded great multiprofessional collaboration from over one hundred participants. One of the basic directives in this strategic document is universal access to palliative care for all the citizens of a nation, as well as integrated care. We do not intend to create a new healthcare system, but instead to utilize the resources of family practitioners and nurses in primary care. We will, however, invest a great deal in the development of proper collaboration between primary care practitioners and those in secondary and tertiary care. Additionally, it has been decided that each Croatian county shall form its own palliative care coordination centre as a liaison between the stakeholders of the county in order for increased integration and access to healthcare for all. Indeed, it is the goal of this paper to demonstrate the opportunities for and barriers to the creation of high-quality, accessible palliative medicine within a community as an example of person-centered medicine and people-centered healthcare. It is time for us to show everyone that we can learn and grow together, as well as care for terminally ill patients and their families together, as a team. So let us work and care together.

SPIRITUAL PSYCHOTHERAPY AND REQUEST FOR THE PSYCHOTHERAPEUTIC HELP. HOW PRACTICALLY TO SOLVE "THE TASK ON SPIRITUALITY"?

G. E. Romanova

Crisis department of City Clinical Hospital № 20, Moscow, Russian Federation

The concept of spirituality in the field of providing psychological assistance is quite difficult for verbal definition, and for centuries is a subject of speculations. Probably, we have to admit that a subject is really eternal. However therapeutic practice compels us to solve practically the problem: diagnostics (is there a spiritual component in proceeding psychotherapeutic contact) and operating (how to work with all that). Evidently the phenomenology of spirituality reveals itself differently at different stages of psychotherapeutic process but having no successful solution (at least intuitive) for the "task on spirituality" for the first stage of therapy, then it makes no sense to talk about spiritual components of the further therapeutic process.

Working with crisis and suicidal patients in Crisis hospital founded by A.G.Ambrumova, the classic of the Russian suicidology, we consider it particularly important to make very careful and detailed analysis of the patient's request for help (or no-request as a paradoxical kind of request), and its transformations during the further therapy. So, we need to qualify the request, and to give its detailed psychological filling and qualitative analysis.

In phenomenological research of the Clinic of Crisis we present the typology of the requests, considered in dynamics and in correlation with therapeutic strategies and methods. The phenomenon of request is reviewed not as a part of differential diagnostics, but contextually, as the part of live reality of the patient which has an independent value.

The "pray/spell" request, for example, is interesting to analyze. It isn't addressed to a doctor or to anybody personally. Sometimes it is realized by the patient as entreaty to upper forces, but mostly isn't. Any skilled psychotherapist, would find this request behaviorally and therapeutically unpromising, with lack of activities towards improvement of the quality of life; then he would try to correct the expectations of the patient towards the reality, or would make a recommendation to address better to a good confessor. In both cases the therapist, in fact, would depart from the process, but he is sure that he acts honestly and professionally, in compliance with postulates of spirituality and the principle of reality we involuntarily follow since the time of Freud. But the same time, the pray-request, even with it all visible signs of religious mysticism, detachment and even inadequacy is an actual reality of the patient, it is the fact in itself. It contains in archived form the key information about the patient, considers the deficiency of resources and the main behavioral trend as well. Contemporary methods of qualitative analysis would provide the spiritually focused humanistic psychotherapy to work with that reality.

ДУХОВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ЗАПРОС НА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ. КАК ЖЕ ПРАКТИЧЕСКИ РЕШАТЬ "ЗАДАЧУ НА ДУХОВНОСТЬ"?

Понятие духовности в области оказания психологической помощи довольно сложно поддается словесному определению, и веками является предметом спекуляций. Видимо, тема действительно вечная, и следует смириться с этим фактом. Но терапевтическая практика вынуждает так или иначе практически решать проблемы и диагностики (присутствует ли духовное начало в данном психотерапевтическом контакте) и операциональности (как с этим работать). Очевидно, что феноменология духовности является по-разному на разных этапах психотерапевтического процесса, и без успешного решения, хотя бы интуитивного, "задачи на духовность" на первой фазе терапии, разговор о духовной составляющей дальнейшего терапевтического процесса становится бессмысленным.

При работе с тяжелыми суицидоопасными состояниями, в практике Кризисного стационара, основанного классиком российской суицидологии А.Г.Амбрумовой, принципиально важным мы считаем тщательный содержательный анализ первичного запроса (или анти-запрос, парадоксальная разновидность запроса), так и его трансформации в ходе терапии. Необходимо также не только квалифицировать запрос, но дать его подробное психологическое наполнение и качественный анализ.

В настоящем феноменологическом исследовании представлена типология запросов на психотерапию в клинике кризисных состояний, рассмотренная в динамике, в соотношении с терапевтическими стратегиями и методами работы. Запрос рассматривается не как средство дифф-диагностики, а контекстно, как часть реальности пациента, имеющая самостоятельную ценность.

Интересен, например, запрос "молитва/заклинание". Он не обращен к терапевту и вообще ни к кому персонально. Иногда осознается пациентом как мольба к высшим силам, чаще нет. Опытный психотерапевт, независимо от того, к какой школе он принадлежит, достаточно легко квалифицирует такой запрос как поведенчески бесперспективный, обнаруживая в мольбе отсутствие активной составляющей, направленной на улучшение качества жизни, попытается скорректировать ожидания пациента в сторону большей реалистичности, либо даст рекомендацию обратиться к религии и найти хорошего духовника. По сути, в обоих случаях терапевт отстраняется, но уверен, что поступает честно и профессионально, сообразно постулатам духовности и принципу реальности, который мы все невольно исповедуем со времен Фрейда. Между тем, запрос-молитва, при всех внешних признаках религиозной отрешенности и даже относительной неадекватности, сам по себе является фактом и актуальной реальностью пациента, отражая в заархивированном виде ключевую информацию о

дефиците ресурсов пациента и основной поведенческий тренд. Опираясь на современные методы качественного анализа, с этим может и должна работать гуманистически ориентированная духовная психотерапия.

THERAPEUTIC RISK FACTORS OF SUICIDE BEHAVIOR DURING TREATMENT IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL AND IN EARLY TERMS AFTER DISCHARGE FROM THE HOSPITAL

S. V. Vaulin, M. V. Alekseeva, T. V. Morenets

Smolensk State Medical Academy, Smolensk, Russia

Bryansk Regional Psychiatric Hospital No. 1, Bryansk, Russian Federation

Suicides and suicide attempts in psychiatric clinic are of relatively small proportion, but they are a clinically significant part of suicide behavior. Drug therapy of depressions at patients with the heaviest forms of suicide behavior and high suicide risk is carried out in the hospital (Tsygankov B. D., Vaulin S.V., 2012). Adequately selected therapeutic strategy in this case is one of the major anti-suicide factors. At the same time, the incorrect choice of psychopharmacotherapy can significantly increase suicidal feelings of the patient, lead to realization of the remaining suicide plans.

The research of the objective was an improvement of the suicidological help in psychiatric hospitals by identification of therapeutic risk factors of suicide behavior during treatment in a psychiatric hospital and in early terms after discharge from the hospital. To achieve the objectives of complex psychiatric and klinikopsychological examination of patients with suicide attempts was conducted during treatment in psychiatric hospitals of Bryansk and Smolensk in 2012-2014 and in early terms after discharge from the hospital. The controlled group consisted of patients with mental disorder, but without suicide behavior, comparable on gender and age and nosological structure. Criteria for inclusion were the existence of suicide behavior during treatment in a psychiatric hospital or in early terms after discharge from the hospital according to the informed patient's consent.

30 episodes of suicide behavior, were studied 7 episodes were suicides. Average age of patients was 35, 3 ± 13 , 2 years. 46% of cases of suicide behavior were registered directly in a hospital, 4% - of them were during medical holiday, 30% - were on treatment in a day hospital and 20% - within were 7 days after discharge from the hospital. In the analysis of a temporary factor, two critical moments for realization of suicide intentions were revealed: the first week of hospitalization (23%) and hospitalization terms in a hospital more than 60 days (62%). The analysis of the drug therapy appointed to the patients who committed a suicide attempt revealed the following negative tendencies: absence or rare correction of drug treatment in 80% of cases; a sudden removal of sedative drugs on the eve of suicide activity - 50% of cases; prescription of antidepressants with the stimulating action in the doses

exceeding a therapeutic dose in 47% of cases, from which 75% of cases was followed by simultaneous cancellation of sedative and antipsychotic therapy without any justification in the history of an illness.

So, the prognostic significance for risk assessment of realization of suicide plans by patients of psychiatric hospitals is the dynamic evaluation of the suicide status of patients at long hospitalization, at registration during medical holidays and just before an discharge from the hospital. Suicide activity at late stages of treatment is rather often an obvious indicator of an inefficiency of medical actions, and also can testify the development of social disadaptation of the patient in connection with long stay in psychiatric hospital, an invalidization because of progressive mental disorder. The developed medical and rehabilitation programs taking into account the revealed factors will allow to increase quality of the suicidological help by decrease of level of suicide activity and the prevention of hospital suicides.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

Самоубийства и суицидальные попытки в психиатрической клинике представляют собой относительно небольшую, но клинически значимую часть суицидального поведения. В стационарных условиях проводится медикаментозная терапия депрессивных состояний у пациентов с наиболее тяжелыми формами суицидального поведения и высоким суицидальным риском (Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012). Адекватно выбранная терапевтическая тактика в этом случае является одним из основных антисуицидальных факторов. В то же время, неверный выбор психофармакотерапии может существенно повысить суицидальную настроенность пациента, привести к реализации сохраняющихся суицидальных замыслов.

Целью исследования являлось совершенствование суицидологической помощи в психиатрических стационарах путем выявления терапевтических факторов риска развития суицидального поведения во время лечения в психиатрической больнице и в ранние сроки после выписки. Для решения поставленных задач проводилось комплексное психиатрическое и клиничко-психологическое обследование пациентов с суицидальными попытками во время лечения в психиатрических больницах Брянска и Смоленска в 2012-2014 гг. и в ранние сроки после выписки. Контрольную группу составили пациенты, страдающие психическим расстройством, но без суицидальных форм поведения, сопоставимые по половозрастному и нозологическому составу. Критерии включения: наличие суицидального поведения во время лечения в психиатрическом стационаре или и в ранние сроки после выписки из стационара, информированное согласие пациента.

Изучено 30 эпизодов суицидального поведения, из которых - 7 суицидов. Средний возраст пациентов составил $35,3 \pm 13,2$ лет. 46% случаев суицидального поведения зарегистрированы непосредственно в стационаре, 4% - во время лечебного отпуска, 30% - на лечении в дневном стационаре и 20% - в течение 7 суток после выписки. При анализе временного фактора, выявлены два критических момента для реализации суицидальных намерений: первая неделя госпитализации (23%) и сроки госпитализации в больнице более 60 дней (62%). Анализ фармакотерапии назначенной суицидентам позволил выявить следующие негативные тенденции: отсутствие или редкая корректировка медикаментозного лечения в 80% случаев; резкая отмена препаратов седативного действия накануне суицидальной активности - 50% случаев; назначение антидепрессантов стимулирующего действия в дозах превышающих среднетерапевтические в 47% случаев, из которых, в 75% случаев сопровождалось одновременной отменой седативной нейролептической терапии без какого-либо обоснования в истории болезни.

Таким образом, прогностически значимым для оценки степени риска реализации суицидальных замыслов пациентами психиатрических стационаров является динамическая оценка суицидального статуса пациентов при длительных госпитализациях, при оформлении в лечебные отпуска и непосредственно перед выпиской. Суицидальная активность на поздних этапах лечения достаточно часто является явным показателем неэффективности лечебных мероприятий, а также может свидетельствовать о развитии социальной дезадаптации пациента в связи с длительным нахождением в психиатрической больнице, инвалидизацией вследствие прогрессирующего психического расстройства. Лечебно-реабилитационные программы, разработанные с учетом выявленных факторов, позволят повысить качество суицидологической помощи путем снижения уровня суицидальной активности и предотвращения госпитальных самоубийств.

SPIRITUALITY AND ITS INFLUENCE ON MENTAL HEALTH OF LATE AGE PERSONS

Pishchikova L. E.

Federal State Budgetary Institution "State Medical Research Center of Psychiatry and Narcology", Ministry of Health, Moscow, Russian Federation

Christian anthropology considers personality as a unity of spiritual, emotional and corporal manifestations on condition of reformative influence of the sphere of spirit. Spirituality is defined as highest level of development and self-control of mature personality, ignoring which leads to moral dissonance and spiritual conflict. For the believing person it is indisputable that belief, church sacraments and practices are capable to facilitate not only corporal, but also spiritual diseases. Evangelists described numerous cases of healings by the word of God of "any diseases and infirmities", "sleepwalkers", "leprous", "weakened", "having ulcers", "bleeding", "deaf", "blind", "mute", "tongue-tied", "obsessed with attacks", "spirit dirty". ICD-10 codes the states with religious and mystical contents in heading F44.3 "Dissociative Mental Disorders". Common people call them demoniac possession, hysterics, miryachit, hiccups. Their clinical picture contains ideas of obsession, sorcery, Messianism, inspiration, revelation, prophecy, religious visions and glossolalia and coincides with the Evangelic description. To prevent religious epidemics of such frustration, even at the time of rejection of religion, it was recommended "to teach population to reasonably observe religious practices" and "to use rituals of a prayer as auto-training in psychological sphere" (Medvedev V., 1980.). According to "Bases of the social concept of Russian Orthodox Church" (2000) equally unjustified are "integration of all mental diseases to obsession manifestations", and "attempt to treat any frustration by exclusively clinical methods".

At late age, appeal to spirituality defines further evolutionary development of the person and favorable forms of aging. It is noted that elderly believers have not expressed cognitive and emotional frustration. They constantly grow spiritually, feel part of church community. When developing mental disorders, they resort to church sacraments and prayers. Thus, a patient with visual hallucinosis noted that during a prayer "visions calmed down, left or started listening". A patient with acoustical hallucinosis ("blasphemous" voices) considered them as manifestation of "dark powers", fought them by appeal to the icon of the Mother of God. A patient with menacing acoustical hallucinations read Psalmbook, dawned on them a cross sign with "consecrated hand" (venerated to Sacred relics) and "locked" them in room corner.

Ignoring spirituality, which is observed in psychiatry, is connected with incompatibility of representations based on science and belief; low level of religiousness among psychiatrists; underestimation of religion role in life of patients; lack of special knowledge of this area. However, last decades revealed in-depth studies in this area (Avdeev D., Polishchuk Yu., Kondratyev F.). Department "Religion, Spirituality and Psychiatry" is created in the World psychiatric association. It supports

and develops the opinion of the outstanding psychiatrist D. Melekhov (1979), according to which "in psychology and psychiatry there is an imperative need of synthetic consideration of mental manifestations of the person in all entirety of his spiritual and psychophysical life".

ДУХОВНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

В христианской антропологии личность рассматривается в единстве духовных, душевных и телесных проявлений при условии преобразующего влияния сферы духа. Духовность определяется как высший уровень развития и саморегуляции зрелой личности, игнорирование которого приводит к нравственному диссонансу и духовному конфликту. Для верующего человека неоспоримо, что Вера, церковные таинства и практики способны облегчать не только телесные, но и духовные болезни. Евангелистами описаны многочисленные случаи исцелений словом Божиим «всяких болезней и немощей», «лунатиков», «прокаженных», «расслабленных», «страдающих язвами», «кровоточивых», «глухих», «слепых», «немых», «косноязычных», «одержимых припадками» и «духом нечистым». В МКБ-10 состояния с религиозно-мистическим содержанием кодируются в рубрике F44.3 «Диссоциативные психические расстройства». В простонародье они именуются бесноватостью, кликушеством, меряченьем, икотой. Их клиническая картина содержит идеи одержимости, колдовства, мессианства, озарения, откровения, пророчества, религиозные видения и глоссолалии и совпадает с Евангелическим описанием. Для предотвращения религиозных эпидемий таких расстройств, даже во времена неприятия религии, рекомендовалось «учить население разумно соблюдать религиозные обряды» и «использовать ритуалы молитвы как аутотренинг нервно-психической сферы» (Медведева В.В., 1980.). Согласно «Основам социальной концепции Русской православной церкви» (2000) одинаково неоправданно «сведение всех психических заболеваний к проявлениям одержимости», так и «попытка лечения любых расстройств исключительно клиническими методами».

В позднем возрасте обращение к духовности определяет дальнейшее эволюционное развитие человека и благоприятные формы старения. Отмечено, что у верующих пожилых нет выраженных когнитивных и эмоциональных расстройств. Они постоянно духовно возрастают, ощущают себя частью церковного сообщества. При возникновении психических расстройств прибегают к церковным таинствам и молитвам. Так, пациентка со зрительным галлюцинозом отмечала, что во время молитвы «видения успокаивались, уходили или сами начинали слушать». Пациента со слуховым галлюцинозом («хульные» голоса), считала их проявлением «темных сил», боролась с ними обращением к иконе Божией

Матери. Больная с угрожающими слуховыми галлюцинациями читала Псалтырь, осеняла их крестным знаменем «освященной рукой» (приложенной к Святым мощам) и «запирала» в углу комнаты. Наблюдающееся в психиатрии игнорирование духовности связывается с несовместимостью представлений, основанных на науке и вере; низким уровнем религиозности среди психиатров; недооценкой ими роли религии в жизни пациентов; недостатком у них специальных познаний в этой области. Однако в последние десятилетия появились глубокие исследования в этой области (Авдеев Д.А., Полищук Ю.И., Кондратьев Ф.В.). Во Всемирной психиатрической ассоциации создан отдел «Religion, Spirituality and Psychiatry». Это подтверждает мнение выдающегося психиатра Д.Е. Мелехова (1979), что «в психологии и психиатрии возникла императивная необходимость синтетического рассмотрения психических проявлений человека во всей полноте его духовного и психофизического бытия».

OPPORTUNITIES FOR NON-MEDICATIONAL EVALUATION OF PHARMACOTHERAPY OF SCHIZOPHRENIA CO-MORBID WITH ALCOHOL ADDICTION

O. Shiryaev

Voronezh State Medical Academy, Voronezh, Russian Federation

The primary objective of the investigation is to evaluate efficacy of schizophrenia co-morbid with alcohol addiction treatment by adding electroactivated solution catholyte to psychopharmacotherapy.

Secondary objectives:

- To assess catholyte influence on orientation and investigation and alcohol withdrawal in mice with experimental alcohol addiction.
- To assess dynamics of psychopathological characteristics in patients with schizophrenia co-morbid with alcohol addiction treated with Quetiapine and catholyte.

Methods. Male patients (n=44) with diagnosis «Paranoid schizophrenia» (F 20.00), «Alcohol addiction, middle stage. Withdrawal state, moderate» (F 10.3) were included in the study. Mean age was 38,3 years, mean schizophrenia history – 11 years, mean alcohol addiction history – 10 years. Patients of control group (n=22) were prescribed Quetiapine in mean therapeutic dosages, patients of experimental group (n=22) received 100 ml of catholyte twice a day orally in addition of Quetiapine treatment. Experimental alcohol addiction method (test «Open field») in mice was used in the study. Symptoms of schizophrenia were estimated with PANSS.

Table 1

"Open Field", $M \pm m$

Group	Cells	Holes	Grooming	Side	Vertical stand	Defecation
Control (n=6)	128,2±35,5	3,3±1,8	3,8±2,9	4,3±2,7	3,8±2,9	0,8±0,9
Ethanol (n=8)	290,3±83,2 *	8,9±3,0*	0,1±0,4*	11,6±6,5*	9,9±5,1*	1,0±0,5
Catholyte (n=7)	218,9±24,1*#	10,3±3,8*	0,4±0,5*	11,0±5,2*	12,3±7,5*	0,4±0,5

* - $p < 0,05$ (control); # - $p < 0,05$ (ethanol)

In experimental alcohol addiction catholyte showed itself as anxiolytic for mice. Elevation of investigational activity and reduction of withdrawal symptoms were revealed.

Table 2

PANSS scores of patients with schizophrenia co-morbid with alcohol addiction (Day 28)

	Quetiapine	Quetiapine+catholyte
Positive	20,32±0,51	18,36±0,29
Negative	19,64±0,56	18,09±0,23
General	41,68±0,87	37,82±0,45*
Total score	88,82±1,93	81,05±0,79*

Patients of the experimental group appeared to have significantly lower scores of general symptoms and total score of PANSS.

Conclusion

- Catholyte shows anxiolytic action on alcohol motivation in experimental alcohol addiction.
- Combined use of Quetiapine and catholyte increases reduction speed of psychopathological symptoms of schizophrenia and normalizes immune status of patients compared to monotherapy.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Цель исследования – повышение эффективности терапии шизофрении, осложненной алкогольной зависимостью назначением электроактивированного раствора католита в дополнение к психофармакотерапии.

Задачи:

- 1. Исследовать влияние католита на ориентировочно-исследовательскую деятельность и симптомы алкогольной абстиненции у животных в условиях экспериментального алкоголизма.*
- 2. Изучить динамику выраженности психопатологических проявлений больных шизофренией, осложненной алкогольной зависимостью в процессе терапии кветиапином.*
- 3. Проанализировать динамику выраженности перечисленных параметров у больных шизофренией, осложненной алкоголизмом при комбинированном использовании кветиапина и католита.*

Материалы и методы: обследованы 44 пациента мужского пола с диагнозами «Параноидная шизофрения» (F 20.00), и «Алкогольная зависимость, средняя стадия. Абстинентное состояние средней тяжести». (F 10.3). Средний возраст пациентов 38,3 года, средняя длительность шизофрении – 11 лет, средняя длительность алкоголизма – 10 лет. Пациенты группы контроля (n=22) получали нейролептик Кветиапин в среднетерапевтических дозах, пациенты основной группы (n=22) в дополнение к психофармакотерапии получали электроактивированный водный раствор католит внутрь по 100 мл утром и вечером.

Были также использованы методики формирования алкогольной мотивации и определения питьевой возбудимости лабораторных мышей в условиях экспериментального алкоголизма: тест «Открытое поле». При обследовании пациентов - клинико-психопатологический и психометрический методы: шкала PANSS.

Таблица 1

Влияние католита на поведение крыс в тесте «открытое поле», $M \pm t$

Группа	Клетки	Норки	Груминг	Бортник	Верт. ст.	Дефекация
Контроль (n=6)	128,2±35,5	3,3±1,8	3,8±2,9	4,3±2,7	3,8±2,9	0,8±0,9
Этанол (n=8)	290,3±83,2 *	8,9±3,0*	0,1±0,4*	11,6±6,5*	9,9±5,1*	1,0±0,5
Католит (n=7)	218,9±24,1*#	10,3±3,8*	0,4±0,5*	11,0±5,2*	12,3±7,5*	0,4±0,5

* - $p < 0,05$ по отношению к контролю; # - $p < 0,05$ по отношению к этанолу.

В условиях экспериментального алкоголизма выявлено противотревожное действия католита на исследовательскую активность и позитивное влияние на состояние животных при алкогольной абстиненции.

Таблица 2

Показатели шкалы PANSS на 28 день лечения

	Кветиапин	Кветиапин+католит
Сумма позитивных симптомов	20,32±0,51	18,36±0,29
Сумма негативных симптомов	19,64±0,56	18,09±0,23
Сумма общих симптомов	41,68±0,87	37,82±0,45*
Общий балл	88,82±1,93	81,05±0,79*

Как видно из таблицы, у пациентов, получающих католит, достоверно ниже уровень выраженности общих симптомов и общего балла по шкале PANSS.

Выводы:

- Католит оказывает выраженное противотревожное действие при сформированной алкогольной мотивации в условиях экспериментального алкоголизма.
- Комбинированное применение кветиапина и католита быстрее и наиболее полно вызывают редукцию психопатологической симптоматики шизофрении по сравнению с монотерапией кветиапином.

SELF-HELP TRAINING AS A FACTOR OF INCREASE IN THE EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER AND RESIDUAL CEREBRAL-ORGANIC FAILURE

B. D. Tsygankov, Y. T. Djangildin, G. R. Ivanova, S. F. Ismailova, J. V. Dobrovolskaya, U. K. Gadzhieva

Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. Evdokimov, Moscow, Russian Federation

Residual cerebral-organic failure forming pathologically changed "soil" ("ground") often leads to chronization and complication of neurotic disorders that are developing due to it. This failure is factor which worsens patients' social adaptation and narrows therapeutic potentialities of correction. Developing anxiety-depressive disorders combining with evident asthenic, cephalgic and cognitive derangements are among the most common kinds of neurotic pathology that such patients suffer from.

The aim of this research is to study factors of increase in efficiency of psychotherapeutic treatment of patients suffering from anxiety depressive disorder and residual cerebral organic failure. In order to achieve our aim we paid special attention to developing a program of patients' self-help and self-regulation training. This thesis is based on the fact that emerging cognitive abnormalities combined with emotional lability create all the necessary conditions for the patient to deepen their inferiority feeling, to become unduly vulnerable and unable to adequately regulate their personal functioning. Inclination to constant comparison with former "ideal" state and resources led to acute sense of loss, "psychic disablement" and cognitive vulnerability with intensification of dysfunctional schemes.

Our psychotherapeutic self-help program was based on cognitive-behavioral therapy methods, relaxation techniques and was carried out through group format. The program aims included increasing patients' independence, teaching them to take responsibility for their behavior and help, creating adequate and optimistic view of life, emotional and physical abilities.

The program consisted of teaching self-regulation (vegetative discomfort correction with help of autogenous training), self-correction of disadaptive cognitive constructions (working with automatic thoughts), sanogenic lifestyle (optimization of everyday schedule, labor, physical and mental activity, meal). The patients were motivated towards deeper socialization. Attempts were taken to make patients form a skill of turning for support and keeping negative emotions from those around one. The training also included normalization one's opinion about regular appointments at a neurologist, taking special medicine in order to correct and prevent relapse of general and organic pathology.

As a result we observed evident decrease in anxiety and depression levels, improvement of other psycho-clinical indicators among patients who had taken part in the psychotherapeutic groups' activity.

ОБУЧЕНИЕ САМОПОМОЩИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИДУАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резидуальная церебрально-органическая недостаточность с формированием патологически измененной «почвы» зачастую способствует хронизации и утяжелению течения развивающихся на ее фоне невротических расстройств (Жислин С.Г., 1965, Нисс А.И., 1989, Пивень Б.Н., 2013). Она является фактором, ухудшающим социальную адаптацию пациентов и терапевтические возможности коррекции (Осетров А.С., 1994; В.Л. Малыгин, Б.Д. Цыганков, 2000; Васильева А.В., 2012). Среди наиболее распространенных видов патологии невротического уровня у подобных пациентов – развитие тревожно-депрессивных расстройств, которые сочетаются с выраженными астеническими, цефалгическими и когнитивных нарушениями (Стародубцев А.А., 2010).

Целью настоящего исследования явилось изучение факторов повышения эффективности психотерапии тревожно-депрессивных расстройств при резидуально-органической недостаточности. Для ее достижения особое внимание было уделено разработке программы обучения пациентов приемам самопомощи и саморегуляции. Данное положение основывалось на том, что формирующиеся когнитивные нарушения в сочетании с эмоциональной лабильностью создают условия для углубления переживания пациентом чувства собственной неполноценности, повышенной уязвимости и неспособности к адекватной регуляции своего личностного функционирования. Склонность к постоянному сравнению с прежними «идеальными» самочувствием и возможностями приводила к переживанию острого чувства потери, «психической инвалидизации» и когнитивной уязвимости с усилением напряженности дисфункциональных схем.

Разработанная нами психотерапевтическая программа самопомощи основывалась на методах когнитивно-бихевиоральной терапии, релаксационных техниках и проводилась в групповом формате. В задачи программы входило повышение самостоятельности пациентов, принятие ответственности за свое поведение и самочувствие, создание адекватного оптимистического представления о собственной жизни, эмоциональных и физических возможностях.

Программа включала в себя обучение саморегуляции (коррекция вегетативного дискомфорта с помощью аутогенной тренировки, навыки совладания с негативными эмоциями), обучение самостоятельной коррекции

дезадаптивных когнитивных конструкций (работе с автоматическими мыслями), обучение навыкам саногенного образа жизни (оптимизация режима труда и отдыха, питания, умственной и физической нагрузки). Пациенты стимулировались к большей социализации и подкреплению устойчивого навыка обращения за поддержкой и помощью в совладании с негативными эмоциями к ближайшему окружению. В задачи тренинга входили также формирование и нормализация представления о необходимости регулярного обследования у врача-невролога, приема специфической курсовой терапии с целью коррекции и предотвращения рецидивов основной и органической патологии.

Результатом проведенной работы явилось устойчивое снижение уровня тревоги, депрессии, а также улучшение других клинико-психопатологических параметров у пациентов, участвовавших в работе психотерапевтических групп.

CLINICAL STAGING IN PANIC DISORDER AND INDIVIDUALIZED THERAPY

A. Pavlichenko

Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. Evdokimov, Moscow, Russian Federation

Modern classifications of mental disorders and international guidelines for treatment (WFSBP, NICE) are more likely to neglect the staging model in the field of psychiatry. On the other hand, there is increasing literature about the implementation of this model in schizophrenia and bipolar disorder. According to this approach, there are four stages of a psychiatric disorder (Fava, 1993): prodromal stage (1), acute manifestations (2), residual phase (3), chronic (4). Moreover, several researchers have attempted to modify this model within the scope of panic disorder focusing on the description of an acute or chronic stage (Cosci, 2013). In this study, we empirically investigate whether additional clinical variables such as clinical manifestations and comorbid disorders may be useful to modify the staging model to Panic Disorder (PD) and propose the best strategy at each stage of a disease.

We distinguished inpatient sample (n=59) with a diagnosis of "Panic Disorder" according to the DSM-IV criteria. The follow-up period for the most patients was more than three years. We propose that the inclusion of prodromal stage of PD does not make clinical sense since the different unspecific neurotic and affective symptoms are more likely to develop in a variety of anxiety and depressive disorders. First stage was characterized by situationally predisposed Panic Attacks accompanied by somatic and cognitive symptoms. Comorbid disorders included somatoform disorders and generalized anxiety disorders. It was very useful to start treatment of PD with combination of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and benzodiazepines including intravenous administration. During second stage

individuals experienced agoraphobic avoidance until traveling in public transport. On the other hand, spontaneous PA were accompanied by the only somatic but not cognitive symptoms. The most common patterns of comorbidity were generalized anxiety disorder and alcohol abuse. Appears that combination of serotonergic antidepressants and behavioral therapy comes to the best results at this stage. Third stage was associated with absence or limited symptom attacks and chronic agoraphobia (fear of traveling in metro). Major depression and obsessive-compulsive disorder (e.g., aggressive impulses and pathological doubts) might be an integral part of clinical manifestations. It is likely that chronic agoraphobia is very resistant condition and all interventions including the combination of psychotherapy and different medications might be useless. Perhaps, it is much better to focus on treatment of comorbid disorders.

This study supports that the staging model in Panic Disorder might be updated by the detailed description of clinical manifestations and comorbid disorders at each stage which may help us to choose the best strategy for the treatment of a particular patient.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

Игнорирование динамических аспектов психических расстройств в современных психиатрических классификациях и ведущих алгоритмах терапии (WFSBP, NICE) негативно влияет на клиническую практику. В то же время, в последние годы появляются работы, посвященные стадиям развития отдельных психических заболеваний. В общем виде данная модель выглядит следующим образом: стадия 1- продромальная, стадия 2 – острая манифестация, стадия 3 – резидуальная фаза, стадия 4 – хроническая (Fava, 1993). Выполненные в рамках этого подхода отдельные публикации работы по динамике панического расстройства (ПР) преимущественно акцентируют внимание на стадии (острая или хроническая) болезни (Cosci, 2013). В настоящей работе была предпринята попытка выделить этапы развития ПР, исходя из особенности симптоматики и структуры коморбидных расстройств, и предложить наиболее эффективные для каждой стадии виды дифференцированной терапии.

Материалом исследования явились 59 стационарных больных с диагнозом «Паническое расстройство с агорафобией». Средняя длительности катмнеза составила более трех лет. Выделение продромальной стадии в динамике ПР представляется малооправданным, так как наблюдавшиеся в анамнезе невротические и аффективные симптомы неспецифичны для ПР и могут встречаться в продромальном периоде различных заболеваний тревожно-депрессивного спектра. При первой стадии доминируют полиморфные панические атаки, проявляющиеся соматическими и когнитивными симптомами, которым, как правило, предшествуют

психотравмирующие события. Среди коморбидных расстройств чаще встречаются соматоформные расстройство и ГТР. В лечении больных более предпочтительно использовать психообразование, когнитивно-поведенческую психотерапию и бензодиазепины, в том числе внутривенно (не более месяца). На второй стадии болезни панические атаки, как правило, развиваются спонтанно, в их структуре преобладают соматические симптомы, а в клинической картине большое место занимают транспортные фобии. Коморбидная патология представлена алкогольной зависимостью и ГТР. Наилучший эффект достигается при использовании серотонинергических антидепрессантов и поведенческой психотерапии. На третьей стадии панические атаки отсутствуют или представлены лишь отдельными симптомами, сохраняется стойкая агорафобия (г.о., страх поездок в метро), среди коморбидных расстройств доминируют депрессии и ОКР (контрастные obsессии и навязчивые сомнения). На данном этапе все лечебные стратегии, в том числе с одновременным использованием нескольких психотропных средств, оказываются малоэффективными, и, по-видимому, целесообразней акцентировать внимание на лечении сопутствующих расстройств.

Таким образом, предложенная динамика панического расстройства с учетом его клинических особенностей и коморбидных состояний на разных стадиях болезни позволяет адаптировать и дополнить предложенную модель стадийности (Fava, 1993) для данного расстройства и дает возможность практическому врачу подобрать наиболее эффективную лечебную стратегию для конкретного пациента.

CLINICAL AND PATHOGENETIC FEATURES OF EATING DISORDERS (ED) OF HELTH PROFESSIONALS

A. E. Bryukhin

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

Over the past decades ED are among the most common mental disorders in adolescence and early adulthood. The most common among them are anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN), less common are psychogenic eating disorder and psychogenic vomiting. The disease usually begins in childhood and often proceeds with severe desadaptation due to a combination of polymorphic borderline of mental pathology with severe secondary somatoendocrine disorders. Treatment and rehabilitation of patients with ED is very difficult, because often there is a lack of criticism to the disease and its psychic and somatic manifestations, tendency to dissimulation, late referral to specialists. ED risk groups include young adults, mostly girls and young women that go in for sport, ballet, dance or have involvement in the modeling business.

Health professionals that has ED makes a specific group requiring attention of specialists. Despite they have medical knowledge and certain awareness of the symptoms and possible adverse outcome, treatment of this group of patients is considerable complicated. Diagnostics of ED for medical staff is difficult due to persistent dissimulation of pathological eating behavior and careful concealment of inadequate ways of correction of body weight. Considering easy access to diuretic, laxative, anorexigenic drugs that medical staff usually have, there is a significant clinical deterioration of ED that is shown in both somatic and psychiatric disorders. Despites the presence of co-workers, their comments about patients in relation to the low weight, somatic distress and restrictions in food, patients persistently do not seek for a help of specialists, leading to chronicity of disease and difficulties in providing adequate therapeutic care.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (НПП) У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

НПП в последние десятилетия являются одними из самых распространенных психических расстройств в подростковом и юношеском возрасте. Среди них чаще всего встречаются нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), реже – психогенное переедание и психогенные рвоты. Заболевание начинается обычно в детском возрасте, принимает чаще затяжное течение с выраженной дезадаптацией в связи с сочетанием полиморфной пограничной психической патологии с выраженными вторичными сомато-эндокринными нарушениями. Лечение и реабилитация больных с НПП представляет большие трудности, так как нередко наблюдается отсутствие критики к болезни и ее психическим и соматическим проявлениям, склонность к диссимуляции, позднее обращение к специалистам. К группам риска заболевания НПП относятся: лица молодого возраста, преимущественно девочки и молодые девушки, занятия спортом, балетом, танцами, вовлеченность в модельный бизнес.

Определенную группу, требующую пристального внимания специалистов, составляют медицинские работники (мед. сестры, врачи), болеющие НПП. Несмотря на, казалось бы, наличие у них медицинских знаний, определенной осведомленности в отношении проявлений и возможных неблагоприятных исходов НА и НБ, лечение этой группы больных представляет значительные сложности. Диагностика проявления НПП у медиков затруднена в связи с упорной диссимуляцией патологического пищевого поведения, тщательного сокрытия неадекватных способов коррекции массы тела, особой изощренностью и лживостью. Учитывая облегченный доступ медицинских работников к мочегонным, слабительным, анорексигенным препаратам отмечается значительное утяжеление клинической картины НПП, что проявляется как в соматических, так и психических нарушениях. Несмотря на наличие в окружении коллег – медиков, их замечания в адрес пациенток в

отношении низкого веса, соматического неблагополучия и ограничения в еде, больные упорно не стремятся к обращению к специалистам, что приводит к хронификации заболеваний и трудностям в оказании адекватной терапевтической помощи.

PSYCHOREHABILITATION AT THE MODERN STAGE OF PSYCHIATRY DEVELOPMENT

D. Samoylova, Yu. Barylnik, S. Pakhomova, P. Yanushko

Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovskii Saratov, Russian Federation

Modern approaches provide obligatory use of psychoeducation and psychorehabilitation programs in therapy of schizophrenia. At the same time, there is not enough literature, describing concrete practical experience of use of various psychorehabilitation techniques and the detailed analysis of their productivity (Madorsky V. V.)

Since 2013 on department of psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology of SGMU n.a. V. I. Razumovsky scientific research is conducted.

The goal: studying of comparative efficiency of psychorehabilitation programs for patients and their relatives at various stages of a disease and taking into account regional features.

Research included patients with the established diagnosis of F-20, according to criteria of ICD-10, with various duration of a disease: as with the first psychotic episode, and lasting disease of 5 years and more.

The instruments: out-patient and stationary cards of patients, PANSS scale, psychodiagnostic scales for an assessment of cognitive functions (the modified Hinting Task technique, the test for recognition of emotions of "Ekman's Face", the computerized Wexler's test), a questionnaire for an assessment of social functioning and quality of life mentally sick, the card of an assessment of level of knowledge of a mental illness and efficiency of a psychoeducational program not only for patients, but also for their relatives, a scale of commitment to Moriski-Green's treatment.

Results: at patients with first psychotic episode (FPE) receiving treatment by atypical anti-psychotics in combination with individual compliance-therapy the smallest expressiveness of cognitive violations (average score - 1), in comparison with other groups is noted.

The greatest violations in the cognitive sphere (average score - 32) are observed at the patients lasting schizophrenia more than 5 years receiving only treatment by traditional neuroleptics. The life level of quality at the patients lasting disease more than 5 years receiving treatment by traditional neuroleptics is significantly lower (average score - 4), than at the patients with the first psychotic episode treated by atypical anti-psychotics (average score - 27) to what high reliability of distinctions between values of the general indicator of social functioning and quality of life

testifies ($p < 0,001$). The maximum awareness was shown by the patients lasting disease more than 5 years receiving treatment by atypical neuroleptics (average score - 41,5) in combination with individual compliance-therapy. Less all patients about FPE receiving treatment by typical neuroleptics were informed (average score - 0,5).

Conclusions: the long period of supervision, commitment of therapy make positive impact on process of rehabilitation of patients with schizophrenia. Studying of regional features will allow to develop model of the psychorehabilitation help to patients with schizophrenia at various stages of a disease. The developed model will form the basis of creation of methodical recommendations for practical health care. Introduction of evidence-based system of the organization of medical and rehabilitation process in mental health facilities of area, use of new rehabilitation technologies considerably will increase therapeutic efficiency, level of social functioning of patients with schizophrenia.

ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ

Современные подходы в терапии шизофрении предусматривают обязательное использование психообразования и психореабилитационных программ. Вместе с тем, имеется достаточно мало литературы, описывающей конкретный практический опыт использования различных психореабилитационных методик и подробный анализ их результативности (Мадорский В.В.)

С 2013 года на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии СГМУ им. В.И. Разумовского проводится научное исследование.

Цель исследования: изучение сравнительной эффективности психореабилитационных программ для пациентов и их родственников на различных этапах заболевания и с учетом региональных особенностей.

В исследование включены пациенты с установленным диагнозом F-20, согласно критериям МКБ-10, с различной длительностью заболевания: как с первым психотическим эпизодом, так и с длительностью заболевания 5 лет и более.

Используемые средства: амбулаторные и стационарные карты пациентов, шкала PANSS, психодиагностические шкалы для оценки когнитивных функций (модифицированная методика Hinting Task, тест на распознавание эмоций «Лица Экмана», компьютеризированный тест Векслера), опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы не только для пациентов, но и для их родственников, шкала приверженности лечению Мориски-Грина.

Результаты: у пациентов с ППЭ, получающих лечение атипичными антипсихотиками в сочетании с индивидуальной комплаенс-терапией,

отмечается наименьшая выраженность когнитивных нарушений (средний балл-1), по сравнению с остальными группами.

Наибольшие нарушения в когнитивной сфере (средний балл - 32) наблюдаются у пациентов с длительностью шизофрении более 5 лет, получающих лишь лечение традиционными нейролептиками. Уровень качества жизни у больных с длительностью заболевания более 5 лет, получающих лечение традиционными нейролептиками, существенно ниже (средний балл - 4), чем у пациентов с первым психотическим эпизодом, лечившихся атипичными антипсихотиками (средний балл - 27), о чем свидетельствует высокая достоверность различий между значениями общего показателя социального функционирования и качества жизни ($p < 0,001$). Максимальную осведомленность продемонстрировали пациенты с длительностью заболевания более 5 лет, получающие лечение атипичными нейролептиками (средний балл - 41,5) в сочетании с индивидуальной комплаенс-терапией. Менее всего оказались осведомлены пациенты с ППЭ, получающие лечение типичными нейролептиками (средний балл - 0,5).

Выводы: длительный период наблюдения, приверженность терапии оказывают положительное воздействие на процесс реабилитации пациентов с шизофренией. Изучение региональных особенностей позволит разработать модель психореабилитационной помощи пациентам с шизофренией на различных этапах заболевания. Разработанная модель ляжет в основу создания методических рекомендаций для практического здравоохранения.

Внедрение научно обоснованной системы организации лечебно-реабилитационного процесса в психиатрических учреждениях области, использование новых реабилитационных технологий значительно повысит терапевтическую эффективность, уровень социального функционирования пациентов с шизофренией.

A large, faint, light gray silhouette of a woman standing and holding a child. The woman is on the left, and the child is on the right, leaning against her. The silhouette is centered on the page and serves as a background for the text.

POSTERI

SPIRITUAL DESTABILIZATION OF MODERN SOCIETY AS A PREDICTOR OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN

Filippova N.V., Deeva M.A., Sobakina O.J., Kolomeychuk A.V.

Saratov State Medical University, Russia

Chair of psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology

Spirituality - is the basis of mental and physical health. That is why the question of spiritual and moral crisis facing modern society, it is today the most relevant, since it is the cause of adverse events in children and adolescents, and a significant decline in morals of the younger generation. Currently wealth dominate the spiritual, so children are distorted notions of kindness, charity, generosity, justice, citizenship and patriotism. Children distinguishes emotional, volitional and spiritual immaturity. The high level of juvenile delinquency is caused by a general increase in aggression and violence in society. Continuing the destruction of the family institution: through the "sex education" for children formed non-spousal, anti-parent and anti-family unit. Gradually lost forms of collective action.

Tense, unstable social, economic, environmental, ideological situation prevailing in modern society, causes the growth of various deviations in personal development and behavior of the younger generation. Among them are the focuses of concern not only progressive alienation, increased anxiety, spiritual emptiness children, but their cynicism, cruelty, aggressiveness.

Objective indicators of spiritual distress in childhood are manifestations of nicotine, alcohol, drug and other addictions, including all kinds of so-called "screen addiction"- TV, virtual (computer game), Internet mania.

Other objective indicators of spiritual distress are away from home, children's and teenage homelessness and vagrancy, disturbing the growth of juvenile delinquency and child violence, criminalization of language and way of life of children, the unprecedented growth of child suicides, starting from 6 years of age, including group (Abramenkova, V., 2008).

Over the past years, an increase of violent crimes against the person, sexual offenses, acts of vandalism and animal cruelty committed by teenagers, not only in the age of 14-15 years, but 12-13 years of age and younger. Attention is drawn to the fact of increasing several times the proportion of offenses committed by girls, and their group character, distribution of child pornography, child and teenage prostitution.

The decisive role in terms of health and mental development belongs to the moral atmosphere that exists at home and school, and the nature of relationships between adults and children (Zakharov, A.I., 2000; Eidemiller, E.G. et al., 2003; Friedman, L.M., 2004; Dolto, F., 2009).

Among the main factors leading to the growth of juvenile delinquency and Babe, isolated conflicts in the family, divorce, domestic violence (Krug, E., 2003). Wrong education, poor living conditions of the family play in the genesis of psychopathy, antisocial behavior and suicide are much more important role than the hereditary and other factors.

Thus, modern society has on children "alienates and isolates" effects, i.e. actively removes children from the most important and valued child. During the last decade in Russia appeared qualitatively new phenomenon - the so-called "hidden" social orphanhood, which manifests itself in changing attitudes towards children up to their full replacement of the family.

ДУХОВНАЯ ДЕСТАБИЛИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА КАК ПРЕДИКТОР ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Духовность – это основа психического и физического здоровья. Именно поэтому вопрос о духовном и нравственном кризисе, переживаемом современным обществом, становится сегодня наиболее актуальным, так как он является причиной негативных явлений среди детей и подростков и существенного падения нравственности подрастающего поколения. В настоящее время материальные ценности доминируют над духовными, поэтому у детей искажены представления о доброте, милосердии, великодушии, справедливости, гражданственности и патриотизме. Детей отличает эмоциональная, волевая и духовная незрелость. Высокий уровень детской преступности вызван общим ростом агрессивности и жестокости в обществе. Продолжается разрушение института семьи: через «половое просвещение» у детей формируются внесупружеские, антиродительские и антисемейные установки. Постепенно утрачиваются формы коллективной деятельности.

Напряженная, неустойчивая социальная, экономическая, экологическая, идеологическая обстановка, сложившаяся в современном обществе, обуславливает рост различных отклонений в личностном развитии и поведении подрастающего поколения. Среди них особую тревогу вызывают не только прогрессирующая отчужденность, повышенная тревожность, духовная опустошенность детей, но и их цинизм, жестокость, агрессивность.

Объективными показателями духовного неблагополучия в сфере детства являются проявления никотиновой, алкогольной, наркотической и других зависимостей (аддикций), включая все виды так называемой «экранной зависимости» - телеманию, виртоманию (компьютерную игровую), интернет-манию.

Другими объективными показателями духовного неблагополучия являются уход из дома, детские и подростковые беспризорность и бродяжничество, тревожащий рост подростковой преступности и детской жестокости, криминализация языка и быта детей, беспрецедентный рост детских самоубийств, начиная с 6-летнего возраста, в том числе и групповых (Абраменкова, В.В., 2008).

За последние годы наблюдается рост насильственных преступлений против личности, сексуальных преступлений, фактов вандализма и жестокого обращения с животными, совершаемых подростками не только в возрасте 14–15 лет, но и 12–13 лет и младше. Обращает на себя внимание факт увеличения в

несколько раз доли правонарушений, совершаемых девочками, и их групповой характер, распространение детской порнографии, детской и подростковой проституции.

Решающая роль в плане здоровья и психического развития принадлежит нравственной атмосфере, которая существует дома и в школе, и характеру взаимоотношений между взрослыми и детьми (Захаров, А.И., 2000; Эйдемиллер, Э.Г. и соавт., 2003; Фридман, Л.М., 2004; Дольто, Ф., 2009).

Среди основных факторов, приводящих к росту детской и подростковой делинквентности, выделяют конфликты в семье, разводы, семейное насилие (Круг, Э., 2003). Неправильное воспитание, тяжелые условия жизни семьи играют в генезе психопатии, асоциального поведения и самоубийств гораздо большую роль, чем наследственные и другие факторы.

Таким образом, современное общество оказывает на детей «отдаляющее и обособляющее» воздействие, т.е. активно устраняет детей из области наиболее важного и ценимого ребенком. В течение последнего десятилетия в России появилось качественно новое явление - так называемое «скрытое» социальное сиротство, которое проявляется в изменении отношения к детям, вплоть до полного вытеснения их из семьи.

THE ROLE OF PHILISOPHY AS SPIRITUAL INFLUENCE FACTOR IN BORDERLINE PSYCHIATRY

S. A. Ovsyannikov, U. Kh. Gadzhieva

Federal State Budgetary Institution "State Medical Research Center of Psychiatry and Narcology", Ministry of Health, Moscow, Russian Federation

The philosophy and medicine, including psychiatry as it's part, are connected with each other. We can see it clearly from the heritage of antique philosophers-physicians. They paid much attention for ethic, morality, which had high level of spiritual influence for those persons suffering from anxiety, fear, from symptoms of mild melancholia. Such, Pythagoras, the founder of philosophy, being also a physician put the first place significance to eupathy, peace of mind, both in day-to-day in life and in medicine because in his opinion they make a person free of passion.

Ancient philosophers-physicians thought the main in life is kind-heartedness, that allow to avoid misbehaviour and sadness. Empedocles had great influence for Hippocrates and his followers. He supposed that 4 prototypes of temperament can create harmony only in case of the highest spirituality presence, which is Love.

Demokritos in his "Ethics" wrote about spirituality as about complete spiritual harmony, which helps in healing anxious feelings, which he named by the term of "euthymia" (we can compare it with the term of "dysthymia" as a kind of pathology).

The main psycho - hygienic, psycho- prophylactic factor is deep spiritual penetration into the consciousness of patient in order to calm him. The highest status of psyche, the real spirituality in philosophic and medical sense, of course make good effect of

mental harmony. Absence of spirituality and harmony as philosophers thought (Zeno, Marcus Aurelius, Seneca, Epictetus) leads to anxiety, worry, confusion, melancholy, panic.

Hippocrates marked not only "raving madness" but also some other kind of status such as the type of "ipomainomenoy", in other word subpsychotic, which treatment needs mostly spiritual influence and advices of physician.

St. Augustine in his "Confession", which had great spiritual influence for sufferings, connected with anxiety and melancholy (in K.Jaspers view), created the basis of psychoanalysis. In our days psychoanalysis is an effective factor for healing different borderline mental disorders (hysteria, obsessive neuroses, hypochondria, asthenia).

It all shows that spiritual-psychological paradigm is the base of the whole borderline psychiatry, but first of all, it is precisely what provides the most significant role in treatment and prophylaxis of all neurotic disorders. The physician, who obtains high spiritual potential, has the most positive capabilities in healing patients, which has mental and psychosomatic disorders.

РОЛЬ ФИЛОСОФИИ КАК ФАКТОРА ДУХОВНОГО ВЛИЯНИЯ В ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИАТРИИ

Философия и медицина, в частности психиатрия, тесно связаны между собой. Это хорошо видно из работ ещё античных философов-врачей, которые особое внимание уделяли этике, нравственности, имеющих высокий потенциал духовного воздействия на лиц, страдающих от тревоги, страхов, нерезких проявлений меланхолий. Так, Пифагор, основатель философии, как врач ставил духовное и душевное равновесие на первое место, и в жизни, и в медицине, так как они, по его убеждению, освобождают от страстей.

Главным в жизни человека философы-врачи считали добронравие, которое предотвращает дурные поступки и печаль. Эмпедокл, оказавший большое влияние на Гиппократов и гиппократиков, полагал, что 4 прообраза темперамента дают гармонию лишь при включении высшего духовного начала, каким является Любовь.

Демокрит в своей «Этике» писал о духовности как о полной духовной гармонии, помогающей излечению от тревожных переживаний, что он обозначил термином «эутимия» (сравним с «дистимией» как видом патологии).

Глубокое духовное проникновение в сознание больного с целью успокоения одновременно является важнейшим психогигиеническим, психопрофилактическим фактором. Высшее состояние духа, истинная духовность и в философском, и в медицинском смысле, естественно, благотворно сказывается на гармонии психики человека.

Отсутствие духовности и гармонии, по мнению философов (Зенон, Марк Аврелий, Сенека, Эпиктет), приводит к появлению тревоги, беспокойства, смятения, меланхолии, паники.

Гиппократ выделял не только «буйные» помешательства, но и состояния, относящиеся к типу «ипомайноменой», или гипопсихотические, в лечении которых влияние духовного начала и наставлений врача играет основную роль.

Св.Августин в своей «Исповеди» с её огромным духовным воздействием на страдания, связанные с тревогой и меланхолией (по К.Ясперсу), заложил основы психоанализа, который уже в наше время является мощным лечебным фактором для купирования различных пограничных психических заболеваний (истерия, неврозы навязчивости, ипохондрия, астения).

Всё это свидетельствует, что духовно-психологическая парадигма лежит в основе всей пограничной психиатрии, но, прежде всего, именно она обеспечивает наиболее значимую роль в терапии и профилактике всех невротических состояний, а врач с высоким потенциалом духовности обладает наибольшим положительным воздействием на психические и психосоматические расстройства пациента.

ZNAČAJ DUHOVNOSTI U LIJEČENJU ALKOHOLIZMA

K. Nenadić-Šviglin, S. Jelić, M. Špoljarić

Klinika za psihijatriju Vrapče

Dosadašnja istraživanja pokazuju da je duhovna dimenzija (nalaženje životnoga smisla, vjerski osjećaji, osjećaj zadovoljstva u pomaganju drugima) vjerojatno pomogla alkoholičarima uz druge čimbenike u održavanju apstinencije i promjeni životnoga stila.

Autori prikazuju slučaj pedesetdvoгодишnje žene, s dobrim obrazovanjem, udate, majke jedne punoljetne kćeri, nezaposlene, koja je nakon problema na radnom mjestu i u obitelji počela piti te postala tjeskobna i depresivna.

Ona je pohađala programe za liječenje alkoholizma u psihijatrijskoj bolnici Vrapče kao i vanbolničku grupnu psihoterapiju vođenu od psihijatra, socijalnog pedagoga i teologa. Ona je našla nove duhovne vrijednosti, održava apstinenciju od alkohola u trajanju preko deset mjeseci i pokazuje manje psiholoških smetnji i poremećaja u ponašanju.

MEANING OF SPIRITUALITY IN THE TREATMENT OF ALCOHOLISM CASE STUDY

Previous studies have shown that spirituality (finding of life sense, religious feelings, feeling of satisfaction in helping others) is one of factors which may help alcoholics to maintain abstinence and change lifestyle.

The authors present a case of 52 year old woman, well educated, married, mother of one adult daughter, unemployed, who after troubles in the workplace and family problems started drinking and had difficulties in coping with anxious and depressive feelings.

She attended alcoholism treatment program in psychiatric hospital Vrapče as well as outpatient group psychotherapy conducted by psychiatrist, social pedagogist and theologian. She found a new spiritual values and maintained abstinence over 10 months. She also showed less psychological and behavioral disorders.

I ŠUTNJA JE ZLATO?

S. Katalinić, E. Kadirović, L. Vrkić-Karadžija

Psihijatrijska bolnica Rab

KBC Rijeka, Centar operacijske sale i sterilizacije, lokalitet Sušak

U psihijatriji se bavimo liječenjem simptoma psihičkih poremećaja, ali i liječenjem duše. Naše osnovno sredstvo je riječ. Riječ topline, empatije, suporta i usmjerenosti ka budućnosti. I riječ komunikacija svakodnevno koristimo, ona je često sinonim za razgovor. Ipak, komunikacija je mnogo više od razgovora, to je razmjena poruka između dviju ili više osoba, odnosno transferni i kontratransferni odnosi koji nikad nisu slučajni. O riječima, komunikaciji, ponašanju, odlukama i posljedicama, napisane su brojne knjige. Mnogi su velikani imali potrebu podijeliti svoje mudrosti sa čovječanstvom i one nam olakšavaju u prevladavanju nedoumica i povremene malodušnosti koje poput sjene prate naš rad s bolesnicima. Ovo je rad koji ne daje odgovore, već daje temelj za nova pitanja.

AND SILENCE IS GOLDEN?

In psychiatry we are dealing with the treatment of symptoms of mental disorders, but also with the treatment of the soul. Our basic tool is the word. The word of warmth, empathy, support and orientation towards the future. And every day we use the word communication, it is often synonymous of the conversation. However, communication is much more than just talk, it is the exchange of messages between two or more persons, or transference and countertransference that are never random. About the words, communication, behavior, decisions and consequences were written numerous books. Many great thinkers have had the need to share their wisdom with humanity,

they simplify to overcome our doubts and occasional discouragement that follow our work with patients like shadows. This is work that does not provide answers, but provides the basis for new questions.

INTEGRATIVE AND PERSONAL APPROACH FOR THERAPY OF ALZHEIMER DISEASE

Abrsimova J. S., Barylnik J. B., Borodulin V. B.

Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovskii

Saratov, Russia,

Objective . Polymorphism study of molecular genetic markers of Alzheimer's disease .

Materials and Methods . To found out genetic markers 50 somatically patients suffering from Alzheimer's disease (39 female and 11 male) at the age of 52 to 78 and the duration of the illness from 2 to 5 years were examined. 15 patients had the early-onset Alzheimer's disease and 35 patients had the late-onset Alzheimer's disease. The study used a biochip that allows to study gene polymorphism : encoding the amino acid sequence of the protein apolipoprotein E (ApoE), alpha -2-macroglobulin (A2M), activators of apoptosis (BIN1, CR1, ApoJ).

Results. Presents an analysis of the frequency distribution of homozygous mutant allele some investigated gene polymorphisms in patients with Alzheimer's disease.

The data of gene polymorphisms BIN1, CR1, ApoJ were examined with the biochip-system. For example, among patients with Alzheimer's disease for a number of genetic polymorphisms significantly more common homozygous for mutant alleles that may cause the recognition of these mutations as genetic markers of Alzheimer's disease.

According to the results BIN1 - 70 % (A/A polymorphism, "wild" type was 30% , heterozygotes A/G amounted to 68% and homozygous G/G were represented 2 % of the total number of samples studied) , ApoJ - 65 % (G/G polymorphism, ie "wild" type was 30% , heterozygotes A/G amounted to 68% and homozygous A/A were represented 2 %), A2M - 60 % (I/I, polymorphism, ie "wild" type was 35 % heterozygotes I/D , 58% and homozygotes D/D were represented 7 % of the total number of samples studied) , CR1 - 65 % (G/G polymorphism, ie "wild" type was 30%, heterozygotes A/G made 58 % and homozygote A/A 12% have been presented.) A2M gene encodes the high blood protein - alpha-2- macroglobulin. Alpha 2 - macroglobulin is a component of amyloid plaques, as well as with the ApoE protein is involved in the degradation of the beta - peptide. Disease risk associated with the homozygous genotype.

Patients with polymorphism ApoJ and CR1 on "wild" type can be attributed to the lack of risk for neuroprotection and, consequently, the therapy must take into account a patient's status and treatment guide for the use of drugs has antiapoptotic action. Protein deficiency of this gene is associated with inflammation in the brain. Inflammation is another potential factor contributing to Alzheimer's disease.

Conclusions. The analysis examined the frequency distribution of some polymorphisms in Alzheimer's patients underscores the importance these mutant alleles in determining the pathogenic mechanisms of the disease. Further multivariate molecular genetic analysis of Alzheimer's disease will determine the role of each of the pathogenic factors in the formation of Alzheimer's disease and to identify selection neuroprotective therapy for individual patients.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Цель работы. Исследование полиморфизма молекулярно-генетических маркеров болезни Альцгеймера.

Материалы и методы. Проведено исследование образцов ДНК 50 пациентов с болезнью Альцгеймера (39 женщины и 11 мужчин) в возрасте от 52 до 78 лет, проходящих лечение в 20, 21 психиатрических отделениях 2 ГКБ и СОПБ Святой Софии. Диагностика болезни Альцгеймера проводилась на основании критериев МКБ-10 (1994), в соответствии с которыми определялись сенильный (рубрика F00.1) и пресенильный (рубрика F00.0) типы болезни Альцгеймера. В исследовании использовался биочип, позволяющий изучать полиморфизм генов: кодирующих аминокислотную последовательность белка апополипротеина E (ApoE), альфа-2-макроглобулина (A2M), активаторов процессов апоптоза (BIN1, CR1, ApoJ).

Результаты. Представлен анализ распределения частот гомозигот по мутантному аллелю некоторых исследуемых полиморфизмов генов у больных болезни Альцгеймера. Так, среди больных болезни Альцгеймера по ряду генетических полиморфизмов достоверно чаще встречаются гомозиготы по мутантным аллелям, что может служить причиной признания этих мутаций генетическими маркерами болезни Альцгеймера.

В проведенных исследованиях обнаружены следующие распределения полиморфизма генов BIN1, CR1, ApoJ. BIN1 – 70 % (A/A полиморфизм, то есть «дикий» тип составил 30 %, гетерозиготы A/G составили 68 % и гомозиготы G/G были представлены 2% от всего количества исследованных образцов), ApoJ – 65 % (G/G полиморфизм, то есть «дикий» тип составил 30 %, гетерозиготы A/G составили 68 % и гомозиготы A/A были представлены 2 %), A2M – 60 % (I/I, полиморфизм, то есть «дикий» тип составил 35 %, гетерозиготы I/D составили 58 % и гомозиготы D/D были представлены 7 % от всего количества исследованных образцов), CR1 – 65 % (G/G полиморфизм, то есть «дикий» тип составил 30 %, гетерозиготы A/G составили 58 % и гомозиготы A/A были представлены 12 %).

Ген A2M кодирует высокомолекулярный белок крови - альфа-2-макроглобулин. Альфа-2 макроглобулин является компонентом амилоидных бляшек, а также вместе с ApoE белком вовлечен в деградацию бета-пептида. Риск болезни ассоциируется с гомозиготным генотипом.

Пациентов с полиморфизмом гена ApoI и CR1 по «дикому» типу можно отнести к группе риска по недостаточной нейропротекции и, следовательно, в проводимой терапии необходимо учитывать статус пациента и направлять лечение на использование препаратов обладающих антиапоптотическим действием. Дефицит белка этого гена связан с воспалением в головном мозге. Воспаление является еще одним потенциальным фактором, способствующим развитию болезни Альцгеймера.

Выводы. Проведенный анализ распределения частот некоторых исследуемых полиморфизмов генов у больных болезнью Альцгеймера свидетельствует о значимости указанных мутантных аллелей в определении патогенетических механизмов заболевания. Дальнейший многофакторный молекулярно-генетический анализ болезни Альцгеймера позволит определить роль каждого из патогенетических факторов болезни Альцгеймера в формировании болезни и наметить выбор нейропротекторной терапии индивидуально для пациента.

KEY FACTORS OF PSYCHIATRIC TREATMENT SATISFACTION IN INPATIENTS SUFFERING FROM NEUROTIC AND DEPRESSIVE DISORDERS

B. D. Tsygankov, Y. V. Malygin., S. F. Ismailova, G. R. Ivanova.
Moscow State University of Medicine and Dentistry

Introduction. Patients' satisfaction with medical service affect their consumer behavior. Factors of patients' satisfaction vary depending on level of care, medical specialty. Few articles describe factors of satisfaction with psychiatric help.

Aim: to find out the factors of satisfaction with psychiatric help in inpatients suffering with neurotic and depressive disorders.

Material: the sample included 356 inpatients, suffering from neurotic and depressive disorders.

Methods: PAPI using the questionnaire designed for this study. Statistical analysis was performed using multiple regression.

Results: key factors of satisfaction with medical help include quality of work of medical sisters and psychiatrist, hospital ward comfort, number and quality of psychotherapeutic sessions, psychiatrists' empathy and aptitude to explain patient information on disease and treatment. Multiple regression equation explains 81% of variety of patients' satisfaction.

КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТОРЫ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью определяет их потребительское поведение: высказывание положительных отзывов о больнице, предпочтение данной больницы в случае необходимости обращения за помощью, повышение частоты обращения и, готовность оплачивать услуги по большой стоимости. В то время как неудовлетворенность оказываемой медицинской помощью приводит к негативным поведенческим реакциям: отрицательные отзывы о клинике, снижение затрат на получение помощи в этом учреждении или обращение к другим поставщикам услуг.

Целью настоящего исследования является выявление факторов удовлетворенности стационарной психиатрической помощью пациентов, страдающих депрессивными и невротическими расстройствами.

В ходе исследования специально разработанная анкета была роздана 400 пациентам, страдающим расстройствами из блока «аффективные расстройства» или «невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства», проходящих стационарное лечение в ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр» Департамента здравоохранения г. Москвы, подписавшим информированное согласие на участие в исследовании.

Опросник состоял из 3 закрытых вопросов, включавших: общую оценку клиники (по 10- бальной шкале), оценку больницы по каждому из предложенных порядковых признаков (по 5 – бальной шкале Ликерта) и оценку врача по каждой из предложенных характеристик (по 5- бальной шкале Ликерта).

При помощи уравнения множественной линейной регрессии были выделены ключевые факторы удовлетворенности стационарных пациентов, страдающих депрессивными и невротическими расстройствами и связанных со стрессом расстройствами: работа медицинских сестер отделения, работа лечащего врача, комфортность палат, объем и качество психотерапевтической помощи, способность врача к эмпатическому слушанию, информированию пациентов о заболевании и его лечении. Полученная математическая модель объясняет 81 % вариации удовлетворенности лечением.

THE COMPLEX APPROACH TO THE TREATMENT OF CLIMACTERIC PERIOD AFFECTIVE DISORDERS

A. Antonova, E. Bachilo, M. Deeva, Yu. Barylnik, T. Ledvanova, E. Sidorova
Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Psychiatry,
Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Saratov.

The paper presents data concerning the influence of mental status on the degree of gravity of the climacteric syndrome in women during perimenopause. The results of the analysis of the comparative effectiveness of treatment with mental disorders in the violation of sleep in women. A survey of 26 women (13 women in each group) at 8 weeks of therapy agomelatine noted a significantly greater reduction of points on the HDRS-17, HARS, CGI-S and menopausal index than maprotiline ($p < 0,001$). However, analysis of the comparative effectiveness of treatment showed significant superiority of agomelatine a scale CGI-S ($p < 0,0001$). The entire length of treatment for all subscales of the questionnaire sleep (LSEQ) agomelatine was superior to maprotiline, but were important figures of 1, 4 and 8 weeks of treatment by category "ease of awakening," "integrity of behavior upon awakening" and the overall index of evaluation of sleep (Wilks lambda = 0,1, $p < 0,001$ (MANOVA)). Thus, antidepressant agomelatine 25 mg per day is not as effective as the classic antidepressant maprotiline and efficiently restores sleep in women during perimenopause since the first week. Revealed the correlation dependence between the values of the severity of menopausal symptoms and friction vogi need to develop prognostic criteria for treatment of mental disorders in perimenopausal women.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

В работе представлены данные о закономерностях влияния тяжести климактерического синдрома на психоэмоциональное состояние женщин в климактерическом периоде. Представлены результаты анализа сравнительной эффективности антидепрессивной психотерапии у женщин с аффективными расстройствами в климактерии.

У обследованных 26 женщин (по 13 женщин в каждой группе) наиболее часто встречались жалобы на плохой сон (100%), общую слабость (80,8%), внутреннее беспокойство (73,1%), приливы (73,1%), тревогу (69,2%), плохое настроение (65,4%).

На 8 неделе лечения агомелатином отмечена достоверно более выраженная редукция баллов по шкалам HDRS-17, HARS, CGI-S и менопаузальному индексу по сравнению с мапротилином ($p < 0,001$). На всей протяженности лечения по всем субшкалам вопросника сна (LSEQ) агомелатин превосходил по эффективности мапротилин, однако значимыми были показатели на 1, 4 и 8

неделе лечения по категориям «легкость пробуждения», «целостность поведения после пробуждения» и общему показателю оценки сна (лямбда Уилкса = 0,1 при $p < 0,001$ (MANOVA)).

Таким образом, мелатонинергический антидепрессант агомелатин в дозе 25 мг в сутки не уступает по эффективности классическому антидепрессанту мапротилину и эффективнее восстанавливает сон у женщин в перименопаузе уже с первой недели. Выявленная регрессионная зависимость между значениями степени тяжести климактерического синдрома по менопаузальному индексу Куппермана-Уваровой и тревоги (по шкале Гамильтона) необходима для разработки прогностических критериев терапии психических непсихотических расстройств в периоде перименопаузы у женщин.

APPROACHES TO TREATING OF ABSTINENT AND POSTABSTINENT STATE OF NARCOLOGICAL PATIENTS

B. D. Tsygankov, S. Shamov, M. Zemskov, T. Plyaskina, N. Markina
Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov,
Russian Federation

Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Faculty of Postgraduate Education and State Educational Institution of Higher Professional Education "Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A Evdokimov"

In the narcology practice, the traditional and the main point of application of pharmacological therapy is the pathological attraction to alcohol and drugs. This is the core syndrome of alcoholism and drug addiction. From the standpoint of psychiatry, the pathological craving for surfactants is an example of "true attractions". It has a well-defined paroxysmal, autochthonous passion, a sense of anxiety, and lack of internal processing.

Clinically, in patients is observed dysphoria, anxiety, apathy, irritability, emotional instability.

A monotherapy principle is classical for treatment of mental illness.

Medical practice demonstrates the need for extensive use of pharmacological drugs. Thus the basic principles of therapy of narcological diseases should be carried out: voluntarism, maximal individualization, complexity and a complete rejection of the use of psychoactive substances.

The close connection of the dynamics of pathological craving and affective disorders determines the priority use of antidepressants in the treatment of alcoholic abstinent syndrome. Synergism of the effect allows them to suppress pathological craving for psychoactive substances in all its diversity.

Currently, there is a replacement of tricyclic antidepressants by selective serotonin reuptake inhibitors and atypical tricyclics. They are effective through a combination

of antidepressant, anxiolytic, vegeto-stabilizing, hypnotic actions and minimum severity of side effects. Insomnia requires proper use of combinations of medicines taking into account the synergies of their actions. Selective serotonin reuptake inhibitors, such as fluoxetine, trazodone, paxil, stimulate serotonergic transmission in the CNS.

Separately, it is necessary to consider approaches to therapy of opiate withdrawal. There are four options of psychopharmacological impact.

First option is a replacement therapy in the treatment of opiate addiction, there is a lytical injection of synthetic opioid methadone, which is characterized by a long half-life and allows a single intake of it in 2-3 days. However, the use of methadone is not currently stipulated by law in the Russian Federation.

The second approach is a reduction of opium withdrawal syndrome by ultra-opioid detoxification under general anesthesia. It is important to note that this method of detoxification has no impact on affective pathology and drug attraction.

The third clinical approach is a critical drug removal with the introduction of a pre-synapse equivalent of alpha-adrenergic receptors agonist of clonidine in combination with antidepressants.

The fourth option is similar to the third, but it is in combination with neuroleptics.

The most therapeutically effective neuroleptics are of perfenazie series (propazine, tiserinum, etaperazine).

When the acute withdrawal symptom is over, there comes a state of "syndrome of delayed effects", "unstable equilibrium state", "postabstinent syndrome."

Symptomatology determines the severity of craving for psychoactive substances.

In most patients the affective disorders are combined with asthenic disorders.

It is advisable to treat abstinent symptom and postabstinent state as an integral part of each other as a single period of the disease, which methodically requires a single consideration and study.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АБСТИНЕНТНОГО, ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В наркологической практике традиционной и основной точкой приложения фармакологической терапии является патологическое влечение к алкоголю/наркотикам. Это стержневой синдром алкоголизма и наркоманий. С позиций психиатрии патологическое влечение к ПАВ является примером "истинных влечений». Оно имеет четко очерченную приступообразность, аутохтонность аффекта, чувство охваченности переживаниями, отсутствие внутренней переработки

Клинически у больных наблюдаются: дисфория, тревога, апатия, повышенная раздражительность, эмоциональная неустойчивость.

Классическим в терапии психических заболеваний является принцип монотерапии. Лечебная практика свидетельствует о необходимости широкого использования фармакологических препаратов. При этом должны

выполняться основные принципы терапии наркологических заболеваний: добровольность, максимальная индивидуализация, комплексность и полный отказ от употребления психоактивных веществ.

Тесная связь динамики патологического влечения и аффективных расстройств обуславливает приоритетное использование антидепрессантов в терапии алкогольного абстинентного синдрома. Синергизм их эффекта позволяет подавлять патологическое влечение к психоактивным веществам во всем его многообразии.

В настоящее время отмечается замещение трициклических антидепрессантов СИОЗами и атипичными трицикликами. Они эффективны благодаря сочетанию тимоаналептического, анксиолитического, вегетостабилизирующего, снотворного действия и минимальной выраженности побочных эффектов. Агрипнические расстройства требуют грамотного использования сочетаний лекарственных препаратов с учетом синергизма их действия. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — флуоксетин, тразодон, паксил — стимулируют серотонинергическую передачу в ЦНС.

Отдельно необходимо рассмотреть подходы к терапии синдрома отмены опиатов. Существует четыре варианта психофармакологического воздействия.

Первый (заместительная терапия в лечении опишной наркомании)- литически вводится синтетический опиоид метадон, характеризующийся длительным периодом полувыведения и допускающий однократный прием его в 2—3 суток. Однако, использование метадона на территории Российской Федерации в настоящее время не предусмотрено законодательно.

Второй подход - купирование опиоидного абстинентного синдрома методом ультрабыстрой опиоидной детоксикации под общей анестезией. Важно отметить, что это метод детоксикации, на аффективную патологию и влечение к наркотикам он не действует.

Третий клинический подход- критическое отнятии наркотика с введением заменяющего его в пресинапсах агониста альфа-адренергических рецепторов клонидина в комбинации с антидепрессантами.

Четвертый вариант аналогичен третьему, но в комбинации с нейролептиками.

Наиболее терапевтически эффективными являются нейролептики перфеназинового ряда (пропазин, тизерцин, этаперазин).

По миновании острых признаков синдрома отмены возникает состояние "синдром отставленных явлений", "состояние неустойчивого равновесия", "постабстинентный синдром".

Симптоматика определяет степень выраженности патологического влечения к психоактивным веществам.

У большинства больных аффективные расстройства сочетаются с астеническими нарушениями. Целесообразно рассматривать абстинентный синдром и постабстинентное состояние неотъемлемо друг от друга, как

единый период течения болезни, методически требующий единого рассмотрения и изучения.

IMPACT OF THE MICRO SOCIAL MEDIUM ON THE PROGRESS OF SENILE ALZHEIMER-TYPE DEMENTIA OF MODERATE SEVERITY

I. I. Sheremetyeva, V. I. Babushkina

Altai State Medical University, Barnaul

Clinic of President administration of Russian Federation, Moscow

Timelines: Senile dementia is recognized as one of the most important problems of public health care in the modern society. Currently, the lack of developed programs of comprehensive medical and rehabilitation assistance to patients with dementia and their families is not only a pure medical but also a social and psychological problem these days.

Goal of research: The main goal of research was a study in impact of family and environmental and media factors on the dementia progression.

Materials and methods: In the study participated 71 patients with senile Alzheimer-type dementia of moderate severity of both sexes who were comparable in age, educational level, social standing, intensity of dement process. There is no significant differences in the volume of nosotropic therapy. The duration of disease at the moment of was 4 - 5 years. The participants were divided into two groups. The first group (31 persons) consisted of patients who lived with their families and got the wholesome attention. The second group (40 persons) was presented by patients who lived in social service institutions. Clinical and dynamical assessment of patients' state was performed in the process of observation over their condition within one year.

Results: It was revealed that living in the care home promoted the decrease of functional activity (activities of daily living, communications) in 30 cases of this study (73.1 %), whereas the similar values of persons who lived in the family — 64.5% . The most frequent abnormality among those living in the care house was mental depressions — 26 persons i.e. 65 %, and less frequently among people in the family with favorable living environment for the patient: depression was found in 47.5 %. Dysphoria among patients living in the families and the care home was – 67.5 % and 61.2 % correspondingly, psychic tension – 67.5 % and 58 % correspondingly. Behavioral disorders among patients living in the care house were 87.5 %, in the families — 80.6%.

Conclusion: This research showed that aside from biological reasons a significant role in clinical progress of dementia is played by the family and necessary psychosocial conditions that have a favorable effect on all elective and functional disorders in dementia.

ВЛИЯНИЕ МИКРОСОЦИУМА НА ТЕЧЕНИЕ СЕНИЛЬНОЙ ДЕМЕНЦИИ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОГО ТИПА УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Актуальность: Сенильное слабоумие признано одной из важнейших проблем общественного здравоохранения современного общества. Отсутствие разработанных программ комплексной медико-реабилитационной помощи лицам с деменциями и их семьям является в настоящее время не только актуальной медицинской, но и социально- психологической проблем современности.

Цель данного исследования: Основной целью исследования являлось изучение влияния семьи и социально-средовых факторов на течение деменции.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 71 страдающих сенильной деменцией альцгеймеровского типа умеренной степени тяжести обоих полов, сопоставимые по возрасту, уровню образования, социальному статусу, выраженности дементирующего процесса. Также не было отмечено значимых различий по объему патогенетической терапии. Продолжительность заболевания составляла от 4 до 5 лет. Участники исследования были разделены на две группы. Первую группу (31 чел.) составили больные с деменциями, проживавшие в семьях, где осуществлялся полноценный уход за ними. Вторая группа (40 чел.) была представлена больными, проживавшими в учреждениях социального обслуживания. Клинико-динамическая оценка состояния пациентов осуществлялась в процессе наблюдения за их состоянием в течение одного года.

Результаты: Выявлено, что проживание в интернате способствовало снижению функциональной активности (повседневная деятельность, коммуникации и т.д.) в 30 случаях настоящего исследования (73,1 %), в то время, как аналогичные показатели у проживающих в семье — 64,5%. Самым частым нарушением среди проживающих в интернате были депрессия — у 26 чел., что составило 65 %, и значительно реже у лиц, проживающих в семье, где созданы благоприятные условия проживания для пациента: депрессия отмечалась в 47,5 %. Дисфории у больных, проживающих в интернате и в семьях — 67,5 % и 61, 2 % соответственно, тревога — 67,5 % и 58 % соответственно. Поведенческие нарушения составили у пациентов, проживающих в интернате 87,5 %, в семьях — 80, 6 %.

Выводы: Данное исследование показало, что помимо биологических причин значимую роль в клиническом течении деменций играет семья и необходимые психосоциальные условия, которые оказывают благоприятное влияние на все факультативные и функциональные расстройства при деменции.

INVESTIGATING THE ASSOCIATION BETWEEN THE T102C POLYMORPHISM 5-HTR2A GEN AND THE RISK OF SCHIZOPHRENIA

Kolsnichenko E. V., Barylnik Y. B.

Department of psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology of Saratov State Medical University named V.I.Razumovsky, Saratov, Russia, (410012, Saratov, Bolshaya Kazachia str., 112)

Schizophrenia is a serious mental disorder that is affected by genetic and environmental factors. As the disease has a high heritability rate, genetic studies identifying candidate genes for schizophrenia are still relevant.

Purpose: The research of association between the T102C polymorphism 5-HTR2A gen and the risk of schizophrenia.

Materials and Methods: We examined 207 patients (97 women, 110 men; the age range of 18 to 56 years old) with schizophrenia (F 20 for ICD-10) living in Saratov (Russia). The control group consisted of 96 physical and mental healthy persons without a family history on schizophrenia (53 women and 43 men; age - from 21 to 63 years). The molecular genetics part of the study was conducted in the Laboratory of Genetics of Mental Health Research Center Russian Academy of Medical Sciences (Head of Laboratory - Golimbet V.E). As the genetic marker, the T102C polymorphism (T allele and C allele) of 5-HTR2A gene was investigated. The significance of differences between the percentage distributions of carriers of alternative allelic variants was evaluated using Fisher's angular transformation criterion (ϕ).

Results and discussion:

The distribution of genotypes did not differ from the expected according to the Hardy-Weinberg law. There were no significant associations between the studied genetic polymorphism and schizophrenia when compared genotype frequencies in patients with schizophrenia and healthy volunteers without considering sexual dimorphism. In the next stage of the study attempt was made to identify the relationship T102C polymorphism of the 5-HTR2A gene with schizophrenia in homogeneous by sex samples of patients and healthy individuals. When comparing samples of female patients with schizophrenia and healthy women was found a weak association ($\phi = 2.1$; $p < 0.05$) for T102C polymorphism of the 5-HTR2A gene with schizophrenia due to a higher frequency of occurrence of TT homozygous in female patients with schizophrenia compared with healthy women. Significant differences of alleles and genotypes were not detected in men with schizophrenia compared with mentally healthy men. The obtained results support the view that the association of candidate genes with psychosis is found only in homogeneous sex samples.

Conclusion: T102C polymorphism of the gene 5-HTR2A probably associated with the risk of schizophrenia in women.

ПОИСК АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ПОЛИМОРФИЗМОМ T102C ГЕНА 5-HTR2A И РИСКОМ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения – тяжёлое психическое расстройство, которое развивается под влиянием наследственных и средовых факторов. Вклад наследственных факторов в развитие шизофрении чрезвычайно велик, поэтому исследования, направленные на поиск генов-кандидатов шизофрении, по-прежнему актуальны.

Цель: поиск ассоциации между полиморфизмом T102C гена рецептора серотонина типа 2A (5-HTR2A) и риском развития шизофрении.

*Материалы и методы: В исследование были включены 207 пациентов (97 женщин и 110 мужчин; возрастной диапазон – от 18 до 56 лет), страдающих шизофренией (F 20 по критериям МКБ-10), проживающих в г. Саратов (Россия). Группу контроля составили 96 соматически и психически здоровых лиц без семейной отягощенности по шизофрении (53 женщины и 43 мужчины; возраст – от 21 до 63 лет). Молекулярно-генетическая часть исследования проводилась в лаборатории генетики НЦПЗ РАМН (глава лаборатории – Голимбет В.Е.). Был исследован генетический маркер: полиморфизм T102C (аллели T и C) для гена 5-HTR2A. Достоверность различий процентного распределения между носителями альтернативных аллельных вариантов оценивали с помощью критерия углового преобразования Фишера ($\varphi^*_{эмл}$).*

*Результаты и обсуждение: Распределение генотипов не отличалось от ожидаемого в соответствии с законом Харди-Вейнберга. Не было также найдено ассоциации между изучаемым генетическим полиморфизмом и шизофренией при сравнении частот генотипов у больных шизофренией и здоровых добровольцев без учета полового диморфизма. На следующем этапе исследования была предпринята попытка выявить связь полиморфизма T102C гена 5-HTR2A с шизофренией в однородных по полу выборках больных и здоровых лиц. При сопоставлении женских выборок больных шизофренией и здоровых для полиморфизма T102C гена 5-HTR2A была обнаружена слабая ассоциация ($\varphi^*_{эмл} = 2.1$; $p < 0,05$) с наличием шизофрении, обусловленная более высокой частотой встречаемости гомозигот TT у больных женщин по сравнению со здоровыми женщинами. У страдающих шизофренией мужчин по сравнению с психически здоровыми мужчинами значимых различий встречаемости аллелей и генотипов выявлено не было. Полученные результаты подтверждают мнение о том, что связь генов-кандидатов с характеристиками психоза обнаруживается только в однородных по полу выборках.*

Вывод: Возможно, полиморфизм T102C гена 5-HTR2A связан с риском развития шизофрении у женщин.

PSYCHIATRIC CHANGES IN AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS (ALS) AND ALS PHOBIA

G. N. Levitsky, A. S. Levitsky, V. M. Gilod

Russian Charity ALS Foundation Moscow, JSC Clinical and diagnostic center "Real Health" Moscow, private psychiatrist, narcologist and psychotherapist, Department of Suicidology, A.K.Eramishantsev Moscow City Hospital Moscow, Russian Federation

Neurologists and psychiatrists examined 118 ALS patients (PALS) and 97 their family members. We used Hamilton Depression Scale (YAM D) in PALS and their relatives and Frontotemporal Dysfunction (FTD) Scale for PALS. Psychiatric changes were revealed in 101 (85%) PALS and in 51 (52.5 %) of their relatives (significantly higher in PALS, $p < 0.05$). Situation-mediated depression prevailed in PALS. We described several cases of ALS coincidence with endogenous mental disorders. In 33 PALS (28%) FTD was found (up to dementia in 4,2% cases). Only situation-mediated psychiatric changes were found in relatives with predominance of anxiety disorder (28%, $p < 0.05$). On early ALS stages anxiety prevailed, in ALS nadir – depression, and in the terminal stage of ALS psychiatric changes were mixed. Habit intoxications (smoking, medication, alcohol and drug abuse) were found in 49 PALS (41.5%) and in 80 of their relatives (82.4%) (significantly higher in relatives, $p < 0.05$). High prevalence of anxiety leads to loss of compliance with professional doctors (73-76%), of compliance for aggressive palliative care techniques (74.5%), to contact with swindlers (29.6% случаев). Patronage by neurologists and psychiatrists is recommended in PALS families what may increase quantity of life-saving procedures and quality of life improvement in families of PALS.

We examined 121 patient (within age range 28-72 years, 60 males and 51 female) with specific phobia of amyotrophic lateral sclerosis (ALS phobia) not previously described in literature. Severity of ALS phobia correlated with its duration ($R = -0.5$; $p = 0.004$). Regression of phobia signs (monitored by HAM D) after psychotherapy and pharmacotherapy in 52.4% of patients (17 ± 4 and 3 ± 1 HAM D degrees before and after 3 months of treatment, $p < 0.05$). Only 23% of patients had history of the psychiatric disorder in the past. It is feasible to take into account that such a phobia may occur while presenting information about ALS to healthy people.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОКОВОМ АМИОТРОФИЧЕСКОМ СКЛЕРОЗЕ (БАС) И ФОБИЯ БАС

Обследовано 118 больных БАС и 97 членов их семей. Все больные и родственники были осмотрены врачами-психиатрами. Оценка проводилась по шкале депрессии Гамильтона (для больных и членов их семей) и шкале лобно-височной деменции (для больных). Психические расстройства выявлены у 101 (85%) больных БАС и у 51 (52,5 %) членов семей (достоверно чаще у

больных БАС, $p < 0,05$). Спектр ситуационных расстройств при БАС представлен равномерно с преобладанием ситуационной депрессии. Описаны случаи сочетания БАС с эндогенными психическими заболеваниями. У 33 пациентов (28%) отмечались лобно-височные когнитивные нарушения (деменция у 4,2%). Среди членов семей выявлены только ситуационные расстройства с преобладанием тревожного (28%, $p < 0,05$). На начальных стадиях БАС преобладали тревожные расстройства, в разгаре - депрессивные, в конце – смешанные. Привычными интоксикациями страдало 49 больных БАС (41,5%) и 80 членов их семей (82,4%) (достоверно чаще у членов семей, $p < 0,05$). Высокий удельный вес тревожных расстройств приводит к отказу от сотрудничества с профессиональными врачами (73-76%), от агрессивных методов лечения (74,5%), обращению к мошенникам (29,6% случаев). Рекомендуется патронаж семей больных БАС неврологической и психотерапевтической службой, что может обеспечить увеличение количества жизнесохраняющих процедур и улучшение качества жизни больных и членов их семей.

Обследован 121 пациент с фобией БАС (в возрасте 28-72 лет, 60 мужчин и 51 женщин) с симптомами специфической фобии бокового амиотрофического склероза БАС (алсфобии), ранее не описанной в мировой литературе. Давность фобической симптоматики была достоверно выше у пациентов с тяжёлым и средне-тяжёлым течением фобии, чем у больных с лёгким её течением ($1,5 \pm 0,6$ мес и $5 \pm 1,1$ мес, $p < 0,05$). Тяжесть фобии коррелировала с давностью симптомов ($R = - 0,5$; $p = 0,004$). На первичный характер фобии указывает факт регресса фобической симптоматики под контролем показателей шкалы Гамильтона на фоне психо- и медикаментозной терапии у 52,4% больных (17 ± 4 и 3 ± 1 балла по шкале тревоги Гамильтона до и через 3 месяца после лечения, $p < 0,05$). Лишь у 23% больных из всей группы был отягощенный психиатрический анамнез. Следует знать о возможности развития фобии БАС и учитывать это в просветительской информации о заболевании.

EXPERIENCE THE DUTY PSYCHIATRIST IN THE DEPARTMENT COMBINED SOMATIC AND MENTAL PATHOLOGY (SOMATIC-MENTAL) CITY CLINICAL HOSPITAL

Sobolev D. V.

Russia, Moscow, City Clinical Hospital of S.P. Botkin”

The Department has 40 beds (20 male and 20 female). Somatic-mental department (SMD) on his features, principles of treatment and supervision of patients is a branch of the closed type with special operation mode. The Department is one of the structural units of inpatient mental health services that perform specific functions and tasks.

The main tasks of the Department are:

1. Diagnosis and treatment of concomitant acute and severe somatic and mental disorders requiring inpatient conditions.
2. Provision of advice.

The profile of the Department:

1. Psychosis and non-psychotic mental disorders, which was complicated for somatic diseases;
2. Mental illness with interquantile somatic disorders and urgent conditions with acute psychosis.

Patients in both groups because of the severity of mental disorders can't be in general hospitals without dynamic observation of a psychiatrist and individual supervision, but at the same time need such active treatment of somatic pathology, which cannot be done in ordinary psychiatric hospital.

The majority of patients branch is formed by translations, often emergency, psychiatric hospitals, mental institutions, psychiatric hospitals, medical hospitals pinned districts and canal ambulance. A large percentage of patients on a monthly basis come from the departments of our hospital. Due to the variety of pathology and severity of incoming patients by their doctors offices have a fairly good General training and awareness not only in the basics of related disciplines and methodology of the survey profile of patients, but also know how to recognize the onset of complications during surgical, therapeutic, neurological and other diseases. The Department applies proven methods of intensive therapy of severe forms of alcoholic delirium in combination with acute pancreatitis, traumatic brain injury, pneumonia, epileptiform debut, complications neuroleptic therapy and neuroleptic malignant syndrome. In the treatment of somatic disorders in the mentally ill, we use modern scheme of complex treatment of acute and exacerbation of chronic diseases of internal organs, nervous system, cancer, blood diseases. In the process of diagnosis is used all the latest diagnostic equipment specialized departments, the whole complex clinical and research tools, which has CCH them S. P. Botkin.

ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХИАТРОМ В ОТДЕЛЕНИИ СОЧЕТАННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (СОМАТОПСИХИАТРИЧЕСКОЕ) ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. С.П. БОТКИНА

Отделение располагает 40 койками (20 мужскими и 20 женскими). Соматопсихиатрическое отделение (СПО) по своим особенностям, принципам лечения и надзора за больными является отделением закрытого типа со специальным психиатрическим режимом. Отделение является одним из структурных подразделений стационарной психиатрической помощи, выполняющим особые функции и задачи.

Основными задачами отделения являются:

- 1. Диагностика и лечение сочетанной острой и выраженной соматической и психической патологии, требующей стационарных условий.*
- 2. Оказание консультативной помощи.*

Профиль отделения:

- 1. психозы и психические расстройства непсихотического характера, которыми осложнилось течение соматических заболеваний;*
- 2. психические заболевания с интеркуррентными соматическими расстройствами и ургентные состояния при острейших психозах.*

Больные обеих групп в силу тяжести психических расстройств не могут находиться в общесоматических стационарах без динамического наблюдения психиатра и индивидуального надзора, но в то же самое время нуждаются в таком активном лечении соматической патологии, которое не может быть осуществлено в обычной психиатрической больнице.

Контингент больных отделения формируется за счёт переводов, чаще экстренных, из психиатрических больниц, психоневрологических интернатов, психоневрологических диспансеров, соматических больниц закреплённых округов и по каналам скорой медицинской помощи. Большой процент больных ежемесячно поступают из подразделений нашей больницы. В связи с многообразием патологии и тяжестью поступающих больных лечащие врачи отделения имеют достаточно хорошую общесоматическую подготовку и осведомлены не только в основах смежных дисциплин и методике обследования профильных больных, но и умеют распознать наступившие осложнения в течении хирургических, терапевтических, неврологических и других заболеваний. В отделении применяется апробированная методика интенсивной терапии тяжёлых форм алкогольного делирия в сочетании с острым панкреатитом, черепно-мозговой травмой, пневмонией, эпилептиформным дебютом, осложнений нейролептической терапии и злокачественного нейролептического синдрома. В лечении соматических расстройств у душевнобольных мы применяем современные схемы

комплексного лечения острых и обострения хронических заболеваний внутренних органов, нервной системы, онкологических заболеваний, болезней крови. В процессе постановки диагноза используется вся новейшая диагностическая аппаратура специализированных отделений, весь комплекс клиничко – инструментальных исследований, которыми обладает ГКБ им. С. П. Боткина.



THE PROBLEM OF STIGMATIZATION IN PATIENTS WITH PUBERTAL SCHIZOPHRENIA

S. A. Pakhomova, E. V. Karabanova, A. F. Paraschenko, S. V. Sizov

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky Russian Ministry of Health
Saratov, Russia,

The goal: determine the dynamics of neurocognitive deficits in adolescents with schizophrenia.

Materials: were examined 28 adolescents 12-16 years with newly diagnosed schizophrenia, 11 of them people with paranoid (F20.0) and 17 children with type (F20.8) schizophrenia. The average age of the studied $14,34 \pm 1,97$ years. Comparison group - 26 healthy children 12-16 years.

Methods: Test "Coding-encrypting» (WISC, subtest 11) - to estimate the rate of information processing. Test "Repetition of digits» (WISC, subtest 6), for the diagnosis of audioverbal short-term and working memory. Test Benton visual assessment - to diagnose disorders of visual-spatial memory. Test "proofreading test Bourdon" - to study the stability and productivity of attention, calculation of fatigue. Test "Labyrinth» (WISC, subtest 12) to assess the regulatory functions aspects of planning, problem solving.

Results: 57.1% of patients demonstrated a violation of neurocognitive functions with 2 percentile in all respects (part 1.). In the group of 12-14 years expressed manifestations were detected significantly more frequently as compared with moderate symptoms within the group, as well as with those in the group of patients 15-16 years of age. Distribution of adolescents with moderate to severe neurocognitive disorders in the age group 15-16 years were more uniform (part 3). When assessing cognitive functions were obtained significant differences in patients with schizophrenia with healthy in the sustainability and productivity of attention (Test "proofreading test Bourdon"), performance of was characterized by low productivity of attention, a large number of errors in the work of inadequate behavioral strategies, difficulties in retaining instructions. Problem-critical behavior (Test "Labyrinth» (WISC, subtest 12) was bad for speed of execution of tasks and the ability to find the right solution (an average of 13.7 points out of 26). Subjects crossed the border passages labyrinth long to navigate the maze. Patients required repeat instructions, after which the newly made similar mistakes, which are not always eliminated in response to a comment by the administrator. Ehe speed of information processing (Test "Coding-encrypting» (WISC, subtest 11) - the uneven speed of the test, high distractibility, lack of interest (part 2.).

Conclusions: The most common is a pronounced change in neurocognitive functions with the decrease of performance in a group of young teens. The most significant variations were revealed in the following neurocognitive functions: in the sustainability and productivity of attention, ability to plan and solve problems in regulatory functions. Results clearly demonstrate that cognitive impairment in primary infected adolescents with schizophrenia are part of the clinical picture and

are the target of pharmacotherapy for appointment like negative and positive symptoms.

ПРОБЛЕМЫ СТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПУБЕРТАТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Стигматизация больных шизофрений подразумевает широкий спектр явлений, связанных как с наличием самого заболевания, так и с медицинскими и социальными последствиями. Одним из видимых факторов, которые могут негативно восприниматься окружающими, вызывая их отчуждение, является нейрокогнитивный дефицит.

Цель: определить динамику нейрокогнитивного дефицита у подростков, больных шизофренией.

Материалы: были обследованы 28 подростков 12-16 лет с впервые выявленным диагнозом шизофрения, из них 11 человек с параноидным типом (F20.0) и 17 с детским типом (F20.8) шизофрении. Средний возраст исследуемых $14,34 \pm 1,97$ лет. Группа сравнения - 26 здоровых детей 12-16 лет.

Методы: Тест "Кодирование- шифровка" (WISC, субтест 11) – для оценки скорости обработки информации

- Тест "Повторение цифр" (WISC, субтест 6), для диагностики слухоречевой краткосрочной и рабочей памяти

- Тест визуальной оценки Бентона – для диагностики нарушения зрительно-пространственной памяти

- Тест "Корректирующая проба Бурдона" - для исследования устойчивости и продуктивности внимания, оценки утомляемости

Тест "Лабиринт" (WISC, субтест 12) для оценки регулирующих функций, аспектов планирования, решения проблем.

Результаты: 57,1% пациентов продемонстрировали нарушение нейрокогнитивных функций с различиями в 2 процентилля относительно группы здоровых сверстников во всех отношениях.

В группе 12-14 лет, выраженные проявления обнаруживались значительно чаще по сравнению с умеренными нарушениями как внутри группы, так и в сравнении с пациентами 15-16 лет. Распределение подростков с умеренными и выраженными нейрокогнитивными нарушениями в возрастной группе 15-16 лет было более однородным.

При оценке когнитивных функций были получены значимые различия у пациентов с шизофренией в сравнении со здоровыми в устойчивости и продуктивности внимания, исполнение характеризовалось низкой производительностью внимания, большим количеством ошибок в работе, неадекватной поведенческой стратегией. Проблемно-решающее поведение (Test "Лабиринт" (WISC, субтест 12) характеризовалось низкой скоростью выполнения задач, трудностями в поиске правильного решения (в среднем

13,7 очков из 26). Скорость обработки информации (Test "Кодирование - шифровка» (WISC, субтест 11) характеризовалась неравномерностью во время всего испытания, высокой отвлекаемостью и отсутствием интереса к заданию.

Выводы: Наиболее часто встречающимся является выраженное изменение нейрокогнитивных функций с преимущественным снижением показателей в группе младшего подросткового возраста. Наиболее значимые отклонения выявлены в следующих нейрокогнитивных функциях: в устойчивости и продуктивности внимания, способности к планированию и решению задач, в регуляторных функциях. Результаты демонстрируют, что когнитивные нарушения у подростков с впервые выявленным диагнозом шизофрения являются частью клинической картины и могут выступать фактором стигматизации.

DISHARMONIOUS FAMILY RELATIONSHIPS AND THEIR INFLUENCE ON THE PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION OF CHILDREN AND TEENAGERS IN SOCIAL ORPHANAGES

Ulasen T. V.

Smolensk State Medical Academy, Ministry of Health of the Russian Federation
Smolensk, Russia

The instability of social, economic and political life exerts a significant pressure upon a wide range of psycho-social, economic and teaching factors which result in an increasing number of family conflicts. At the same time, the situation when a child is taken from his or her family because of negative psycho-social conditions and put into an orphanage is considered as a highly stressful event. Consequently, it may cause the development of some acute stressful reactions based on the basis of the existing disharmonious relationships as well as difficulties in adaptation. The aim of the present research was to study the characteristics and markers of decompensation of psychical disorders on the non-psychotic level among children and teenagers accepted to the rehabilitation boarding centre because of the negative social and household environment. The analysis of biological, psychological and social registers was based on the bio-psycho-social approach. The multi-criteria psycho-diagnostical examination based on the use of Toronto Alexithymia Scale (TAS) was applied to 40 teenagers of the main group and 30 teenagers of the control one. The results of the micro-social characteristics show that 67 teenagers come from one-parent families, 22 teenagers live in low income families with many children, 11 teenagers were orphans. (The majority of the teenagers had the disharmonious types of hypo or hyper protection of their upbringing. According to the 5th line of ICD-10 (psycho-social states) the main reasons for such upbringing were family conflicts between adults and children, inadequate or distorted communication in the

family (Z-63,8); inadequate parental control (Z-62,0); social deprivation (Z-62,5); deviant family environment (Z-80,1). Distorted forms of upbringing caused the development of pathological features, which in its turn triggered problems in interpersonal relationships. As a result, teenagers had a low level of stress resistance, they were prone to micro-social conflicts and revealing a low ability for their resolvment and disadaptation of the psychosomatic type. The analysis of the hereditary load classified in accordance with different diseases groups shows that in 82% of cases there was alcohol or nicotine addiction of one or both parents. Frequent cases of psychosomatic pathology were registered in families with many children. The death of a parent (in most cases the only one) was caused by oncological diseases, accidents which happened because of the alcohol or violent physical abuse. Therefore, the forms of upbringing mentioned above led to the development of the pathological personality features among children and teenagers, distortion of communication and social-psychological disadaptation. The increased level of alexithymia ($p < 0,01$) compared with the control group, made those pathological features much stronger, creating conditions for the prolongation of affective disorders and the decrease of psycho-social productivity of the reference group. In conclusion, the work with students in social orphanages should be based on the integrative and personal approach combining the efforts of psychiatrists, psychologists, psychotherapists, social workers and active participation of relatives.

РОЛЬ ДИСГАРМОНИЧНЫХ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВОСПИТАННИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА

Нестабильность социально-экономической и политической жизни значительно расширяет спектр психосоциальных, экономических, педагогических факторов, приводящих к значительному росту кризисных ситуаций в семье. Вместе с тем, изъятие ребенка из семьи в связи со сложными психосоциальными условиями и помещение его в детское учреждение интернатного типа, рассматривается как стрессовое событие, которое может повлечь за собой развитие как острых стрессовых реакций на уже подготовленной для этого почве дисгармоничных отношений, так и расстройств адаптации. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей формирования и маркеры декомпенсации пограничных психических расстройств непсихотического уровня у детей и подростков, поступивших в реабилитационный центр интернатного типа в связи с неблагоприятными социально-бытовыми условиями проживания. С позиций биопсихосоциального подхода проанализированы биологические, индивидуально-психологические, социальные регистры. В рамках многокритериального психодиагностического обследования использована Торонтская алекситимическая шкала (TAS) у 40 подростков основной группы

и у 30 – контрольной. При анализе микросоциальных характеристик несовершеннолетних выявлено, что 67 человек воспитываются в неполных семьях, 22 – проживает в многодетных семьях с низким материальным достатком, 11 воспитанников – сироты. Практически у всех обследуемых нами детей и подростков превалировал дисгармоничный тип воспитания по типам гипо- и гиперопеки. Причинами данного воспитания по результатам нашего исследования согласно 5-й оси МКБ-10 (психосоциальные влияния) стали: конфликтные отношения между взрослыми и детьми в семье, неадекватное или искаженное общение в семье (Z-63,8); неадекватный родительский контроль и надзор (Z-62,0); социальная депривация (Z-62,5); ситуация воспитания в аномальной семье (Z-80,1). Подобные искаженные формы воспитания способствовали формированию патологических черт, что в последствие привело к затруднениям в построении межличностных отношений. Это, в свою очередь, создало предпосылки к развитию низкой устойчивости к стрессам, повышенной склонности к микросоциальным конфликтам со снижением способности их преодоления и дезадаптации по психосоматическому типу. При анализе показателей наследственной отягощенности по различным группам заболеваний в 82% случаев выявлена алкогольная и никотиновая зависимость у обоих или одного из родителей. В многодетных семьях зарегистрированы частые случаи психосоматической патологии. Смерть родителей (чаще единственного) была следствием онкологических заболеваний, несчастных случаев в результате алкоголизации или причинения смертельного вреда здоровью сожителем. Таким образом, описанные искаженные формы воспитания способствовали формированию патологических черт личности у детей и подростков, нарушению их коммуникативной сферы, формированию социально-психологической дезадаптации. Выявленное по сравнению с контрольной группой подростков повышение уровня алекситимии ($p < 0,01$) усугубляло отмеченные патологические черты, способствуя пролонгации аффективных нарушений и снижению психосоциальной продуктивности данного контингента. В связи с этим, необходим комплексный интегративный и персонализированный подход в работе с воспитанниками учреждений интернатного типа, включающий совместную работу психиатров, психологов, социальных работников при активном вовлечении родственников из кровной семьи.

DEPENDENCE OF BIOCHEMICAL BLOOD VALUES, ARTERIAL BLOOD PRESSURE AND BODY WEIGHT FROM THE COMPLIANCE DEGREE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC KIDNEY DISEASE RISK FACTOR AT SANATORIUM THERAPY TREATMENT STAGE

S. Vorontsov, I. Makarova
Moscow, Russian Federation

Objectives: evaluation of the compliance degree effect on the treatment efficiency for patients with arterial hypertension and chronic kidney disease (CKD) risk factor during sanatorium therapy. During the research, 156 patients under sanatorium therapy at Podmoskovye United Sanatorium FSBI of the Department of Presidential Affairs have been studied for biochemical blood values, arterial blood pressure, body weight, and compliance degree.

In patients with initially high compliance degree, the sanatorium therapy showed normalization of arterial blood pressure, reduction in weight and levels of cholesterol, glucose, uric acid, and creatinine, which resulted in kidney function improvement by glomerular filtrate rate (GFR).

In patients with low compliance degree who were receiving psychotherapeutic treatment, the sanatorium therapy showed increase in motivation towards treatment and cooperation with doctors, motion activity optimization, and enhanced self-control (timely medication, attending treatment, dieting, etc.). This has led to positive result of sanatorium treatment which was not sufficiently different from the results of patients with initially high degree of compliance.

Patients with low compliance degree who were not receiving psychotherapeutic treatment tended to break their dietary and motion activity regime, and skip treatment procedures. This group of patients showed no significant improvement by the research criteria and psychotherapeutic treatment motivation.

Therefore, the research results indicate the importance of working on compliance degree enhancement in patients with arterial hypertension to improve the effect of sanatorium treatment and to create positive changes in the patients' behavior in relation to their health.

ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ, АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И МАССЫ ТЕЛА ОТ УРОВНЯ КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ

Цель исследования - оценка влияния комплаенса на эффективность лечения пациентов с артериальной гипертензией и факторами риска хронической болезни почек (ХБП) в процессе санаторного лечения. У 156 пациентов были исследованы биохимические показатели крови, вес, артериальное давление, а также уровень комплаенса во время санаторного лечения на базе ФГБУ «ОС «Подмосковье» УД Президента РФ.

У пациентов с исходно высоким комплаенсом отмечалась нормализация артериального давления, снижение веса, уровня холестерина, глюкозы, мочевой кислоты, креатинина и, как следствие, улучшение функции почек по критерию скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

У пациентов с недостаточным комплаенсом, но участвовавших в психотерапевтическом процессе, отмечался рост мотивации к лечению и сотрудничеству с врачами, оптимизация двигательного режима и повышение самоконтроля (своевременный прием лекарств, посещение процедур, соблюдение диеты и т.д.), что также привело к общим положительным результатам лечения в санатории, не отличающимися существенно от результатов группы с исходно высоким комплаенсом.

У пациентов с недостаточным комплаенсом, но не получавших психотерапевтических консультаций, отмечались нарушения пищевого и двигательного режима, пропуски посещения процедур. В данной группе отсутствовала ярко выраженная положительная динамика по исследуемым факторам, мотивация к психотерапевтической работе.

Таким образом, полученные результаты указывают на важность психотерапевтической проработки недостаточного комплаенса у пациентов с артериальной гипертензией с целью повышения качества и эффективности санаторного лечения, а также создания положительных изменений в поведении пациента в отношении собственного здоровья.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, санаторное лечение, психотерапия, комплаенс, скорость клубочковой фильтрации.

GLAVNI SPONZOR: ASTRAZENECA d.o.o.

BRONČANI SPONZOR: SERVIERPHARMAd.o.o.
ALKALOID d.o.o.
PLIVA HRVATSKAd.o.o.
JADRAN-GALENSKI LABORATORIJ d.d

PRIJATELJI KONGRESA: BELUPO d.d.
PHARMAS d.o.o.

