

**ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО**

Материалы Международного конгресса
(Санкт–Петербург, 17–18 марта 2017)

САНКТ–ПЕТЕРБУРГ
2017

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОГРАММА VII Международного Санкт-Петербургского конгресса
ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ — ГРАНИ ИССЛЕДУЕМОГО

СТАТЬИ

Агарков В.А., Бронфман С.А.
ВЛИЯНИЕ КУЛЬТУРЫ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
НА ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТНОШЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ*
Agarkov V.A., Bronfman S.A.
THE INFLUENCE OF CULTURE AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS
ON PATIENTS' EXPECTATIONS TOWARDS PSYCHOTHERAPY*

Александров А.А.
ДИАЛОГ В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Alexandrov A.A.
DIALOGUE IN THE ANALITICAL-CATHARTIC THERAPY

Бабарахимова С.Б.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ
У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
Babarahimova S.B.
EXPERIENCE OF USING COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN,
TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS

Горбунова Е.Н.
СТРАХИ И КОМПЛЕКСЫ В ПОЧЕРКЕ. ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ
Gorbunova E.N.
FEARS AND COMPLEXES REFLECTED IN HANDWRITING. DIAGNOSTICS AND THERAPY

Ихсанов Р.Ф.
НЕКОТОРЫЕ СУЩНОСТНЫЕ ПОНЯТИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ
Iskhanov R. F.
SOME ESSENTIAL CONCEPTS OF PSYCHOTHERAPY

Кабанова Л.И.
ФЕНОМЕНОЛОГО-ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Kabanova L.I.
PHENOMENOLOGICAL AND EXISTENTIAL PHILOSOPHY IN PSYCHOLOGICAL PRACTICE

Касмынина Анна Васильевна
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ
Kasmynina A.V.
THE MAIN ASPECTS OF ADDICTION PREVENTION IN POPULATION

Катков А.Л.
ПРИКЛЮЧЕНИЕ ДЕМОНА ПО ИМЕНИ «ПЛАЦЕБО» В ДОМЕ ПСИХОТЕРАПИИ
Katkov A. L.
AN ADVENTURE OF THE DEMON NAMED PLACEBO IN A PSYCHOTHERAPY HOUSE

Катков А. Л.
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Katkov A. L.
QUALITY MANAGEMENT OF PSYCHOTHERAPEUTIC HELP

Катков А. Л.
ПСИХОЭТИКА
Katkov A. L.
PSYCHOETHICS

Кудряшова В.Ю., Сарайкин Д., Иванов М.В.
КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Kudryashova V.Y., Saraykin D., Ivanov M.V.
COPING STRATEGIES AND SELF-REGULATION OF BEHAVIOR
IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS

мысли, чувства и желания. Необходимо отстраниться от своих собственных потребностей, чувств и представлений и непредубежденно вчувствоваться в пациента и его ситуацию.

Воображаемый собеседник служит экраном для проекции Я: все действие происходит во внутреннем мире пациента. В отличие от классической психодрамы в АКТА результативной силой является не внешнее взаимодействие с другими участниками группы, а внутреннее действие — переживание-деятельность. Внешнее же действие — смена стульев — необходимо для более четкого разведения внутренних голосов. В психоанализе процесс, посредством которого человек представляет, что он находится внутри некоторого объекта, внешнего по отношению к себе, называется «проективной идентификацией». По существу диалог в АКТА — это проигрывание проективной идентификации.

Пространственная конфигурация расположения пациента, воображаемого собеседника и терапевта имеет форму треугольника, вершину которого занимает терапевт, а в основании разведены по углам пациент («Я пациента») и воображаемый собеседник на пустом стуле («проекция Я», «альтер эго»). Терапевт прибегает к дублированию. В отличие от классической психодрамы терапевт дублирует и пациента и его воображаемого собеседника. Двойное дублирование — вербализация и конфронтация терапевтом противоречивых чувств и желаний пациента, которые лежат в основе его неосознанного внутреннего конфликта — это инновационная техника АКТА, с помощью которой значительно усиливается катартический эффект диалога. В процессе диалога, в отличие от беседы, источником конфронтации становится сам пациент, последовательно отождествляясь с проецированными аспектами своего внутреннего конфликта.

Важным условием успешности диалога является отождествление терапевта с пациентом, что, в свою очередь, обеспечивает самоотождествление пациента. Терапевт, прибегая к технике двойного дублирования, последовательно отождествляется с каждой из сторон внутреннего конфликта, усиливая «голос» той, которая недостаточно осознается пациентом. Терапевт в буквальном смысле проникает во внутренний мир пациента, он обостряет противоречия и доводит конфликт до степени «взрыва» — катарсиса.

На этом пути пациент и терапевт вместе преодолевают сопротивление пациента, не зная наверняка, какое открытие ждет их впереди: содержание конфликта неизвестно обоим, оно раскрывается в этом диалоге. Катарсис нельзя запланировать, это — продукт совместного творчества: в АКТА катарсис переживается одновременно и терапевтом и пациентом. Терапевт стремится к тому, чтобы каждая сессия заканчивалась, как минимум, частичным катарсисом — осознанием и отреагированием отдельных аспектов проблемы пациента. Конечная цель терапии — достижение полного катарсиса — результат интеграции прежде разобщенных аспектов личности с последующей коррекцией нарушенных отношений.

DIALOGUE IN THE ANALITICAL-CATHARTIC THERAPY

Alexandrov Artur Alexandrovich, Professor of the Department of Psychology, North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРальной ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ У ЖЕНЩИН С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Бабарахимова Сайёра Бориевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан.

Аннотация: Целью исследования явилось изучение эффективности применения когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей. Объектом исследования были выбраны 60 пациенток закрытого отделения психиатрического стационара в возрасте от 29 до 52 лет. Все пациентки были разделены на две репрезентативные группы. В основную группу были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении Городской клинической психиатрической больницы (ГКПБ) города Ташкента, которым проводились краткосрочные сеансы когнитивно-бихевиоральной терапии в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. Методами исследования депрессивной патологии выбраны шкала оценки депрессии Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение двух месяцев по три сеанса в неделю. Комплексный подход к лечению больных с депрессивными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в процессе врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. В результате исследования определено, что применение в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств с учётом личностных особенностей в комбинации с психофармакотерапией оказывает положительное влияние на редукцию симптомов аффективной патологии. Быстрое выздоровление сокращает длительность пребывания пациентов в отделении стационара, способствует скорейшему возвращению в социум и восстановлению трудоспособности. Выводы: опыт применения в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания пациенток в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации. Пациентки с депрессивными расстройствами в процессе проведённой когнитивно-бихевиоральной терапии овладели рядом психотерапевтических установок, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля. К концу групповых тренингов положительная динамика отмечается у 88% пациенток, прошедших сеансы когнитивно-бихевиоральной терапии, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными патологией эмоциональной сферы.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, типологические особенности личности.

Актуальность: По данным ВОЗ, к 2020 году депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечно-сосудистой патологии [5]. Риск заболевания на протяжении жизни составляет 7-12% для мужчин и 20-25% для женщин. По данным немецких исследователей, каждая пятая женщина в течение жизни перенесла депрессивный эпизод. Факторами риска являются личностные особенности с преобладанием тормозимых вариантов, тимопатические колебания настроения, психосоматические расстройства, часто с сезонными колебаниями и склонность к депрессивным психогенным расстройствам на протяжении всей жизни больных [8]. Актуальность изучения депрессивных расстройств связана с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий [4]. Депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: снижает адаптационные возможности пациента, повышая риск развития суицидальных тенденций, может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации. Депрессии влияют на длительность пребывания больных в соматическом стационаре и на их трудоспособность [2]. Мощное развитие эры психофармакологии, однако, не решило проблему оказания помощи больным с аффективными нарушениями: до 30% характеризуются резистентностью или незначительной реакцией на терапию антидепрессантами. При этом стремительными темпами, учитывая возможности, предоставляемые в условиях всеобщей глобализации, развивается когнитивно-поведенческая терапия [16]. Традиционно Aaron Beck рассматривал депрессию как неправильное восприятие окружающей действительности и себя самого в этой ситуации (когнитивная триада депрессии), что легло в основу когнитивно-бихевиоральной терапии депрессий [11]. В настоящее время когнитивно-поведенческая терапия (когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ)), cognitive-behavioral treatment (CBT) является одним из наиболее распространенных методов психотерапии во всем мире [12]. Наряду с индивидуальной работой разработан и применяется групповой формат. По данным метаанализа, индивидуальная терапия в ближайшем периоде более эффективна, однако спустя 6 месяцев катамнестического наблюдения эти различия нивелируются [15]. Теория когнитивной терапии достаточно сложна и громоздка для применения в клинической практике, поэтому нуждается в адаптации к конкретному спектру психопатологических расстройств в направлении дифференцированного индивидуально-личностного подхода [14]. В качестве мишеней психотерапевтического воздействия рассматривались когнитивные дисфункциональные схемы, составляющие основу избыточно используемых стратегий совладания со стрессом, а также аффективных расстройств у пациентов с различной личностно-типологической картиной [13]. Основная часть когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) связана с определением и изменением негативных автоматических мыслей и глубинных убеждений, в терапевтическом процессе значимую роль также занимает идентификация и применение сильных сторон пациента [18,19]. Выбор методов психотерапии психически больных в стационаре определяется как особенностями патогенеза заболевания, так и ограниченными сроками госпитализации. Интенсифицировать психотерапевтический процесс возможно путем комплексности психотерапевтических усилий [6]. Применение краткосрочных методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, ориентированных на обучение больных и их родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы [1,10]. Традиционно выделяют триаду помощи пациентам: обучение распознавания стресса (recognize); обучение стратегиям избегания (avoid); обучение стратегиям совладания (cope) с психотравмирующими факторами и другими проблемными ситуациями [3,9]. В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются в основном на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект) [17]. Когнитивная терапия, основанная на осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) – это вид терапии «третьей волны», основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии [7]. В целом идеи специалистов в сфере КПТ указывают на актуальность создания новых альтернативных схем/моделей, создания новых впечатлений через воображение и подкрепление позитивного опыта, с целью повышения вероятности их возникновения и использования в будущем [20].

Цель исследования: определить эффективность применения когнитивно-бихевиоральной модели психотерапии, адаптированной для проведения в стационарных условиях у женщин с депрессивными расстройствами с учётом личностных особенностей.

Материал и методы исследования: объектом исследования были выбраны 60 пациенток закрытого отделения психиатрического стационара в возрасте от 29 до 52 лет. Все пациентки были разделены на две репрезентативные группы. Основную группу были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении Городской клинической психиатрической больницы (ГКПБ) города Ташкента, которым проводились краткосрочные сеансы когнитивно-бихевиоральной терапии в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение двух месяцев по три сеанса в неделю. Комплексный подход к лечению больных с депрессивными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в результате

врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. В группы отбирались пациентки с упорядоченным поведением и положительными установками на лечение и психокоррекцию, находящиеся на этапе формирующейся ремиссии. Метод психотерапевтической тактики являлся двухэтапным, применялись групповые и индивидуальные краткосрочные сессии, где пациентки могли получить возможность изменить своё поведение на более высоком адаптивном уровне с родственниками, другими пациентами и персоналом стационара. Начальный (инициальный) этап был направлен на эмоциональную стимуляцию, активацию общения, налаживание коммуникаций и установление межличностных взаимоотношений между участниками групповой психотерапии. Заключительный этап был направлен на восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработку социально одобряемых стереотипов адаптивного поведения и повышения уверенности в себе. Программа когнитивно-бихевиоральной терапии состояла из следующих задач: определить неадаптивное поведение, выработать мотивацию на трансформацию неадаптивных способов реагирования на адаптивное поведение для оптимизации лечения депрессий.

Результаты и обсуждение: в результате исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3% пациенток, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) – у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 17% женщин и дистимия (F34.1) – у 3% обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток были зафиксирован конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничтожения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68% обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям. У больных основной и контрольной групп в анамнезе под влиянием психотравмирующих ситуаций наблюдались различные транзиторные психические расстройства: тревожно-фобические, истерические, депрессивные, дисфорические. Причем именно депрессии были наиболее частыми, так у 56% больных основной группы в прошлом наблюдались психогенные депрессии, у 20% обследованных депрессии отличались особо тяжестью и продолжительностью, выраженностью эмоциональных и конгруэнтных аффекту расстройств, достигали психотического уровня. При исследовании конституционально-личностных особенностей основной группы обследуемых женщин с помощью теста-опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациенток были выявлены: демонстративный тип личности – у 3 больных (10%), застревающий тип личности – у 8 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 5 больных (16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В зависимости от типа личности, пациенткам были присущи такие черты, как робость, застенчивость, склонность к пессимизму и фатализации, отсутствие толерантности к быстро меняющимся условиям социальной среды, трудности адаптации в условиях стресса. Пациентки предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе, на фоне которых легко формировалось чувство вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. После проведённой психокоррекционной работы в основной группе отмечено достоверно значимое различие в улучшении социального функционирования и адаптации к социуму по сравнению с контрольной группой. Основной мишенью психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии. В ходе проведения в стационарных условиях групповых сеансов психотерапии было выявлено, что пациентки с дистимическими и демонстративными типами акцентуации характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения депрессий. Пациентки с тревожно-боязливыми и застревающими типами личности труднее входили в контакт с психотерапевтом, не всегда усваивали предлагаемые инструкции, эффект от проводимой терапии не достигал положительных результатов.

Выводы: опыт применения в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания пациенток в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации. Пациентки с депрессивными расстройствами в процессе проведённой когнитивно-бихевиоральной терапии овладели рядом психотерапевтических установок, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля. Приобретенные навыки позволяли самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями, что в дальнейшем сопровождалось улучшением эмоционального состояния, достижением позитивных поведенческих изменений: расширением ресурсов личности и социальных связей, устранением изнурительных реакций тревоги, страха, паники, саморегулированием эмоциональных всплесков, обучением адаптивным поведенческим реакциям в различных психотравмирующих ситуациях быстро изменяющегося социума.

Список литературы

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199-204.
2. Бабарихимова С.Б., Искандарова Ж.М. Психотерапия депрессий у женщин с учётом личностных особенностей. // Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербург, 9-11 июня 2016г. - 219с.
3. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство- СПб., 2012. С.315
4. Винокур В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра» – 2015. – 46с.
5. Герасимчук М.Ю. Когнитивно-поведенческая терапия депрессивных расстройств: традиционный подход и инновации. // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии», Москва, апрель 2016. -10 с
6. Ковпак Д.В. «Третья волна» когнитивно-поведенческой терапии. Майндфулнес в терапии хронической боли // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра» – 2015. – 158с.
7. Краснов, В.Н. Место расстройств аффективного спектра в современной классификации // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М.: Российское общество психиатров, 2003. - С.63
8. Лайнен, Марша М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. сангл. – М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. – 592 с.
9. Макаров В.В. Психотерапия в лечении аффективных и шизоаффективных расстройств // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М.: Российское общество психиатров, 2003. - С.175
10. Ротштейн В. Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А. Б. Смугевича. - М., 1997 - - 308 с.
11. Шохайдарова Р.Ю., Бабарихимова С.Б. Опыт применения когнитивно-поведенческой терапии депрессий у женщин. // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии», Москва, апрель 2016. -39 с.
12. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // Europ, PsychiaL - 1994 - Vol. 9. - Suppl. 1. - P. 68
13. Bannick, F.P. Are you ready for positive cognitive behavioral therapy? The Journal of happiness & Well-Being 2013., 1(2), 65–73.
14. Bennett-Levy, Thwaites, Haarhoff, & Perr. Experiencing CBT from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists. 2015., The Guilford Press
15. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // Clinical Psychology Review. 2011. Vol.31. P. 1041–1056.
16. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2009 Jun; 16 (2): 200–7.
17. Padesky & Mooney. Strengths-Based Cognitive–Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. Clinical Psychology and Psychotherapy, 2012., 19, 283–290.
18. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K., Green J.S., Jasser S.A., Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. // J Psychosom Res. 2010. 68(1): 29–36.
19. Teasdale, J. D. Multi-level theories of cognition-emotion relations. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), Handbook of cognition and emotion. 1999., (pp. 665–681). Wiley
20. Wykes T., Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis – Cognitive Remediation therapy (CRT)? // Clin. Psychol. Review. – 2001. – Vol. 21 (8): 1227-1256.

EXPERIENCE OF USING COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN, TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL CHARACTERISTICS

Babarahimova Sayyora Borievna, Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy.