

ПРОГРАММА «ПСИХИАТРИЯ ДЛЯ ПСИХОЛОГОВ»

По пятницам с 11 до 13 мск

Оглавление

8 мая Тема: Психическое здоровье и расстройства личности.....	3
15 мая Тема Астеническое расстройство /Неврастения	4
22 мая Нейроотличные	4
29 мая Ипохондрическое расстройство (Болезнь тревоги): перешло из соматоформных в обсессивно-компульсивный спектр.....	5
5 июня Специфические фобии: отличие от страха.	6
12 июня Социальное тревожное расстройство: избегание как основной механизм. Отличие от социопатии и шизоидности.	7
19 июня Паническое расстройство и Агорафобия: это разные диагнозы. Паническая атака — не диагноз, а симптом.	8
26 июня Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) —	8
11 сентября Избегающее и зависимое расстройство личности: роль невролога и психотерапевта в диагностике и терапии.....	11
18 сентября Обсессивно-компульсивное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство личности — в чём разница?.....	13
25 сентября Депрессию часто воспринимают упрощённо —	14
2 октября Рекуррентное депрессивное расстройство.	15
9 октября Биполярное расстройство (БАР)	17
30 октября Антисоциальное расстройство личности (АРЛ)	18
13 ноября Пограничное расстройство личности (ПРЛ)	19
27 ноября Истерическое (гистрионное) расстройство личности (ИРЛ)	21
18 декабря Нарциссическое расстройство личности (НРЛ).....	22
22 января Диссоциативные и конверсионные расстройства	23
5 февраля Посттравматические расстройства	25
19 февраля Шизотипическое расстройство личности.....	26
5 марта Расстройства пищевого поведения (РПП)	27

Мы создали большой информативный курс по психиатрии для психологов, который является не просто набором информации, переключением знаний, но и является готовым навигатором по всем расстройствам от невротического до психотического уровня.

Мы начинаем его с 8 мая и будем встречаться с вами каждую неделю, сделав перерыв на летние каникулы. В формате лекций также будет практический семинар. И к марту 2027 года психологу получится создать полную картину для понимания этиологии, клиники, диагностики и терапии сложных клиентов.

Преимущество направления психологических клиентов к врачу-неврологу или к психотерапевту, нежели напрямую к психиатру.

Первое преимущество заключается в том, что когда мы направляем пациента к соматическому специалисту, а именно к неврологу, то у нас более идет четкая дифференциальная диагностика. То есть мы можем исключить соматический аспект заболевания. Почему? Многие симптомы, похожие на психотические, например, галлюцинации, бред, резкие изменения личности, любые, могут быть вызваны органическим поражением мозга, такими как опухоль, эпилепсия, последствия черепно-мозговых травм, инфекциями, энцефалитом или дегенеративными заболеваниями нервной системы, такими как деменция или болезнь Альцгеймера. И невролог, собрав анамнез, назначив инструментальные методы исследования, МРТ, электроэнцефалограмму, может либо подтвердить органику, и направить пациента к нейрохирургу, эпилептологу, или к травматологу, хотя последствия травмы все равно будет лечить невролог. Либо исключит органическую природу поражения головного мозга, что косвенно укрепит версию о том, что заболевания или симптомы чисто психиатрического характера.

Устранить дефициты в организме — это тоже преимущество направления к неврологу. Он продиагностирует не только неврологическую патологию, но и дефициты, на фоне которых может возникать как неврологические, так и психологические симптомы.

Второе — это снятие стигмы или страха у клиента. То есть в странах постсоветского пространства, во многих других культурах в том числе, существует сильная стигматизация психиатрии. Фраза «я иду к психиатру» для многих звучит как что-то ужасающее, как приговор, и вызывает сопротивление. И поэтому предложение сходить к врачу неврологу, чтобы поисследовать какие-то соматические симптомы, физиологические, воспринимается гораздо спокойнее пациентом или клиентом. И это позволяет завести клиента без сопротивления в медицинское поле, где он начнет обследование и во многом даст нам основу в формировании общей картины по клиенту.

Еще один плюс при направлении к неврологу - это когда коррекция соматических масок, психоза, она помогает тоже лучше разглядеть проблему клиента, потому что иногда психотические процессы проявляются через телесные симптомы. Например, синестопатия, неприятные ощущения в теле, которые больные описывают, как переливание, шевеление, ползание внутри. Невролог, не найдя патологии по своему профилю, может более авторитетно для пациента сказать, что ваших неврологических проблем не вижу, и похоже это проявление тревоги. Или наоборот, я вижу, что это не сосудистая патология, а неврологическая. А может не неврологическая, а сосудистая, и направит к нужному специалисту. В общем, для психолога это поддержка, медицинская страховка.

Направление к психотерапевту. А если это смежный специалист и невролог-психотерапевт, это вдвойне хорошо. Врач-психотерапевт — это специалист с высшим медицинским образованием, который также имеет право назначать лекарства, но воспринимается менее пугающе для клиента, чем психиатр, особенно в государственном психоневрологическом диспансере. Психиатры часто пугают пациентов с нарушениями психики лечением в стационаре. Поэтому обращение к врачу психотерапевту это мягкое введение в фармакотерапию. Потому что часто бывает, что психокоррекция движется гораздо легче на фармакоподдержке, когда без нее не обойтись. Или когда обойтись можно, но очень сложно и энергозатратно для психолога и возможно даже травматично для клиента. Поэтому врач-психотерапевт может назначить лечение более легкими препаратами и следить за динамикой, а так же устранить дефициты в организме. Если состояние тяжелое и требует более серьезного вмешательства или госпитализации, он сам перенаправит клиента к психиатру. То есть получается, неврология и психотерапия — это промежуточное звено между психологом и психиатром, которое нельзя избежать, иначе цепочка будет разорвана.

Очень важно, что когда мы направляем к психотерапевту, к неврологу, то мы используем такой комплексный подход к решению вопроса. Психотерапевт может оценить, что первично: психологические процессы, тяжелая травма, вызывающая психотическую реакцию и назначить медикаментозную поддержку, а психолог будет совершать психокоррекцию.

Кстати, тоже очень важно сказать, что не бывает психических проблем или соматических. Они всегда психосоматические. То есть когда у нас есть соматическая проблема, это всегда отразится на психике. И если есть какое-то психическое расстройство или просто сильная эмоция, то она отражается на соматике. Это очень глубокий постулат телесно-ориентированной терапии, которая имеет место быть в доказательной медицине.

Еще стоит сказать, что направление не к психиатру, а к неврологу, психотерапевту позволяет обойти страх клиента перед учётом. Многие боятся, как это отразится, допустим, на дальнейшем построении карьеры, если где-то в медицинской карте клиента будет записано, что он был у психиатра, у него есть какие-то подозрения на психотический уровень нарушения, или он принимал психотропные препараты.

Работа в связке с другими специалистами позволяет обеспечить интегративный подход к лечению и психокоррекции, так как это позволит работать с пациентом, клиентом, на всех уровнях-соматическом, психическом. И сможет обезопасить психолога в страховом или юридическом плане, если прописать в контракте посещение определенных специалистов, если есть сомнение по клиенту.

8 мая Тема: Психическое здоровье и расстройства личности

Каждый практикующий психолог рано или поздно сталкивается с «темным стеклянным потоком» в терапии. То есть психолог работает с запросом, например, на тревогу, но она не уходит. Но паттерн поведения клиента в отношениях с социумом, в личных отношениях, в отношениях с самим собой, остаются разрушительными для него самого и для окружающих. И тогда можно задаться вопросом, имеем ли мы дело с тяжелым характером, или же это психотическое нарушение. На первой встрече мы как раз научим психологов перестать гадать, человек перед нами странный от своего характера или больной.

Мы поговорим о понятии нормы в психологии. Рассмотрим статистическую норму, рассмотрим культурную норму, рассмотрим адаптацию. И далее уже перейдем к расстройствам.

Затронем три основных аспекта, три диктора психопатологии. Это тотальность, стабильность и социальная дезадаптация. Далее мы также изучим эволюцию классификации, поговорим, что такое оценка черт характера, поговорим, почему акцентуант это еще не больной, но уже не совсем здоровый человек.

Поговорим, почему клиенты становятся такими, то есть осветим современный взгляд на природу расстройств. И здесь мы рассмотрим биологический фактор, психологический фактор, и теорию привязанности.

Рассмотрим социальный фактор, то есть как воспитание влияет также на развитие психологии.

Что получают в итоге психологи? Четкое представление, как на первой встрече дифференцировать клиента с психопатологией. Научатся говорить с психиатрами, с неврологами на языке современных психиатров. И, естественно, получают профессиональную уверенность.

15 мая Тема Астеническое расстройство /Неврастения

Неврастения и астенический синдром являются пограничным. Мы рассмотрим неврастению и астенический синдром как состояние, которое лежит на стыке неврологии, психиатрии и психотерапии.

Что такое астения?

Астения - это образ жизни или это клиническое состояние?

Какими симптомами оно сопровождается?

Разграничим обычную физическую усталость, психическое выгорание и астенический синдром.

Где находится сейчас астенический синдром и неврастения в новых пересмотрах классификации болезни? Где находилась ранее? Затронем МКБ.

Рассмотрим, где заканчивается невроз и начинается органическая психопатология. То есть какой астенический синдром может быть функциональный, органический.

Обсудим дифференциальную диагностику астенического синдрома с депрессивными расстройствами, соматоформными расстройствами, с начальными проявлениями деменции, особенно у пожилых. То есть основные нозологии, с которыми может переплетаться астенический синдром или путаться на начальных этапах проявления этих болезней.

Поговорим о этиологии, откуда берется это истощение, о биологических факторах, о психологических факторах. Разберем, что делать психологу - стратегии помощи и пределы компетенции, когда нужно направить к специалистам и к каким именно специалистам.

В итоге участники курса, психологи, получают четкую диагностическую карту. То есть смогут отличить клиента на первоначальном этапе с астенией от клиента с депрессией, с выгоранием или с соматическим заболеванием.

Также дадим понимание мишеней терапии, на что нужно первично воздействовать, на каком уровне работать - на когнитивном или на эмоциональном, с чего лучше начинать. Дадим рабочие инструменты, конкретные техники для работы с истощенными клиентами и рекомендации по организации их в повседневной жизни.

Психологи с помощью этого курса или лекции научатся различать усталость с клиническим состоянием и научатся эффективно помогать тем, у кого слияния. То есть нет сил даже на себя и на жизнь. Донесём, что любое патологическое состояние начинается с астении. То есть это как определенная ступенька к дальнейшему развитию всех других расстройств, о которых мы будем говорить на курсе.

22 мая Нейроотличные

Если ваш клиент странно реагирует на стресс или впадает в ступор от простых задач, а может жалуется на сенсорные перегрузки, такие как острая реакция на свет, звуки, телесные ощущения, например, чувствует и ощущает бирки на одежде, то это не всегда про сопротивление и психосоматику, ведь часто психологи ищут причину в психотравме, в сепарации, в личных границах. Но что, если мозг клиента просто иначе обрабатывает информацию? Или можно еще сказать, что неврологическая особенность клиента заключается в ином восприятии информации окружающей действительности.

Что получают психологи при прохождении курса? Это взгляд на мозг изнутри, как отличить СДВГ от некоторых видов тревожных расстройств, или аутистические черты от шизоидной акцентуации. Также психологи получают инструкцию по «технике

безопасности», какие психотерапевтические подходы могут навредить человеку с нейроотличием. Диагностические методы, которые смогут использовать без диплома врача, то есть научатся видеть красные флаги, чтобы вовремя направить клиента к психотерапевту, к неврологу или даже к психиатру.

Можно отметить, что так как курс ведет врач невролог, вы узнаете, какие симптомы требуют исключительно врачебного вмешательства (например, эпилептиформная активность, органические поражения головного мозга), а какие остаются в зонах компетентности психолога.

Психологи смогут говорить с клиентами на языке нервной системы. Получат конкретные техники для работы с перегрузками, прокрастинацией, социальной коммуникации, которые наблюдаются у нейроотличных людей, потому что у них своя специфика в работе мозга.

Уйдет страх, потому что часто, психологи боятся брать сложных клиентов, но их можно вести параллельно со смежным специалистом.

Тема нейроотличий с каждым годом набирает обороты по своей значимости, по частоте диагностики и по частоте случаев декомпенсации при нейроотличиях. И часто к психологу приходят уже с готовыми запросами, как нейроотличные, так и нейротипичные люди, с синдромом нейроотличности, что очень актуально для современного мира.

29 мая Ипохондрическое расстройство (Болезнь тревоги): перешло из соматоформных в обсессивно-компульсивный спектр.

Психологам очень важно научиться как невролог, как психотерапевт, говорить на языке телесности, который для ипохондрика является понятным и авторитетным.

Психологи часто боятся работать с ипохондрией, потому что не знают, где грань между действительно опасным состоянием и навязчивым компонентом. Важно направить к неврологу на обследование и убедиться в отсутствии опасности, а далее работать с навязчивым мониторингом тела клиента, создавать благоприятное поле для терапевтического воздействия, а это психолог сможет сделать только тогда, когда будет понимать некоторые аспекты в неврологии. И на наших лекциях врач невролог может дать это понимание!

Мы обсудим феномен ложного очага, искажение мозгом сигналов тела. Дадим понимание, что такое телесные ощущения или центральная сенситизация, которая может усиливаться на фоне тревоги. И поэтому, на фоне тревоги, без явного поражения, со всеми чистыми обследованиями, человек может ощущать определенные симптомы, которые характерны для опухоли мозга или другой болезни. Этот феномен действительно существует, клиент себя не накручивает, он ощущает эти симптомы, но это связано с определенным функционированием головного мозга, которое тоже можно нивелировать.

Например, пациент приходит с синдромом беспокойных ног и переживает, что у него боковой амиотрофический склероз (БАС), это очень сложное дегенеративное заболевание, и тут мы должны ему объяснить, как паника запускает эти фасцикуляции, подергивания, которые пациент интерпретирует, как БАС, хотя на самом деле это просто синдром беспокойных ног на фоне дефицитов.

Как невролог, могу объяснить, почему ипохондрия больше не является соматоформным расстройством, а перешла в спектр обсессивно-компульсивных, и чем классическая ипохондрия отличается от обсессивно-компульсивного расстройства.

При старом подходе, когда, ипохондрия считалась соматоформным расстройством, врачи и психологи, пытались лечить тело, то есть убедить его в том, что оно здорово, снизить тревогу. При новом подходе ипохондрия является расстройством обсессивно-

компульсивного спектра. И теперь мы понимаем, что проблемы не в телесных ощущениях, а в ритуале, и работаем уже над паттерном поведением.

Можно представить, что у человека есть компульсия – мыть руки, он тревожится из-за микробов. При ипохондрии работает тот же механизм, только вместо рук может быть учащение пульса, частоты дыхания, повышение температуры тела. Пациент не моет руки, а постоянно сканирует тело с помощью обследований, это называется ментальной компульсией.

Могу еще дать нейробиологию катастрофизации, которая является предиктором, катализатором ипохондрии. Мне, как неврологу, объяснить психологам, что им можно работать с телом не боясь. Объяснить, как развивается петля тревоги, то есть первое это сенсорный сигнал (например, легкое сердцебиение после кофе или легкой физической нагрузки), далее оценка, где активируется обсессивно-компульсивная реакция, обсессивно-компульсивный механизм, третьим идет развитие вегетативного ответа, выброс адреналина из-за страха, и далее идет усиление сигнала, потому что сердце бьется еще сильнее, при измерении давления пациент видит повышенный пульс, и это подтверждает, что «я умираю».

Существует простой тест с гипервентиляцией, который проводит невролог прямо в кабинете, если нет противопоказаний. Нужно будет сделать 20 глубоких вдохов и выдохов, спросить, что чувствует пациент, будет небольшое головокружение, онемение в руках, ощущение дереализации. Пациент с ипохондрией часто принимает это состояние за инсульт или рассеянный склероз, хотя это просто сдвиг Ph крови из-за дыхания, и мы на примере стресс импульса, стресс теста, показываем ему это.

Важно учить ипохондрика особому языку взаимодействия, потому что он часто оперирует медицинскими понятиями, например, «симптом» меняем на сигнал, «болезнь» на «состояние».

Желательно сотрудничать с неврологами и психиатрами, чтобы заранее давать свою оценку состояния пациента. В противном случае не знающий пациента врач может усилить симптом ипохондрика, направив на дополнительные обследования или поставив предварительный диагноз.

5 июня Специфические фобии: отличие от страха.

Психологи часто работают с фобией, как с мыслью или с поведением, а невролог и психиатр показывают, что мозг – это еще и анатомический орган, который живет по своим биологическим законам, имеет особую структуру, у которой свои правила. И фобия – это не особенность психики, а реальные, проводящие пути, которые нужно постепенно доращивать на нейрофизиологическом уровне. Экспозиционная терапия иногда может быть вредна с точки зрения неврологии, если у него есть склонность к сенсibilизации, потому что вначале терапии он будет очень остро и без оценочно на все слова, стимулы, сигналы, раздражители. В этом случае экспозицию нужно начинать чуть позже, после подготовки клиента к терапевтической работе.

Психолог проигрывает битву за клиента, если игнорирует всю нейроанатомию страха. Очень важно понимать, как работают миндалины, гиппокамп, структуры мозга, которые регулируют страх – это вентромедиальная префронтальная кора или дорзальная передняя поясная кора.

Невролог может показать психологу, что не всякое сопротивление клиента – это психологическая защита. Иногда это физиология работы мозга. Когда мы понимаем анатомию ужаса, а врач может показать на схемах, как выглядит фобический мозг, то это многое объясняет психологу, дает свои интерпретации.

Здесь можно рассказать про центральную миндальную, она является центром обработки эмоций, реагирует на угрозу, опережая кору головного мозга, и тогда психолог понимает, почему клиент не может просто успокоиться, даже если находится в безопасном месте. В этой ситуации нужно просто дать время клиенту и отслеживать момент, когда можно начинать воздействовать и совершать психокоррекцию.

Важная информация про вентральную префронтальную кору, которая обеспечивает торможение страха, и её отличие от дорсальной передней поясной корой - зона, которая обеспечивает панику. Почему у одних клиентов уже после двух сессий когнитивно-поведенческой терапии есть эффект, а у других это постепенно перерастает генерализованные тревожные расстройства? Часто это исходная нейропластичность и особенность функционирования головного мозга или работа тормозных механизмов головного мозга.

Что еще может дать невролог? Дифференциальную диагностику. Как отличить истинную фобию от неврологических синдромов, таких как вестибулярная пароксизмия? Она может маскироваться под агорафобию, боязнь открытых пространств. Знания в нейробиологии и использовании их в психокоррекции дают психологу больше возможностей для того, чтобы терапия шла более спокойно, успешно, безопасно.

Как психотерапевт, я могу объяснить феномен негативного научения. Почему посадить клиента в самолет при авиафобии без правильной нейробиологической подготовки часто приводит к генерализации фобии, а не к излечению?

Очень многое в психотерапии начинается с нейробиологических основ и телесных ощущений, только после мы с клиентами переходим в психокоррекцию.

12 июня Социальное тревожное расстройство: избегание как основной механизм. Отличие от социопатии и шизоидности.

На стыке неврологии и психотерапии рождается самое точное понимание социального тревожного расстройства. На лекции мы разберем избегание не как защиту, а как основной нейропсихологический механизм, внедренный в структуру мозга. Для чего это нужно? В практике психолога часто встречаются клиенты, которые исчезают, саботируют терапию или годами живут в самоизоляции, несмотря на то, что терапия продолжается.

Здесь очень важна точность в диагностике, нужно уметь различить социально тревожное расстройство, расстройство личности, шизоидный и антисоциальный спектр, потому что если их вовремя не различить, это может дорого обойтись и клиенту, и психологу.

На лекции мы рассмотрим избегание, как нейробиологический процесс. Почему воля бессильна и какие способы необходимы для психокоррекции?

Рассмотрим дифференциальную диагностику - чем социопатия отличается от тревожного расстройства?

Поговорим про шизоидный радикал и социофобию, научимся видеть разницу между аутистической самодостаточностью и социофобией. Почему это важно для психологов? Потому что психологи научатся без врача, без сторонней помощи четко различать диагнозы в сложных случаях и понимать, когда нужно направить к смежному специалисту - терапевту, неврологу, психотерапевту.

Расскажу о том, как не терять таких клиентов из-за саботажа и более грамотно, плавно, аккуратно выстраивать с ними психотерапевтическое взаимодействие.

19 июня Паническое расстройство и Агорафобия: это разные диагнозы.

Паническая атака — не диагноз, а симптом.

Психологи часто называют паническую атаку болезнью, расстройством или диагнозом. Приобщают пациентов с агорофобией к паническому расстройству и часто оперируют этими названиями. Это своего рода дезинформация клиента без четкой диагностики и правильной постановки диагноза врачом неврологом.

На начальном этапе диагностики паническая атака — это симптом, причину которого нужно найти. На лекции разберем, как не путать паническое расстройство и аэрофобию и правильно выстроить стратегию психотерапии. Разложим психотические симптомы «по полочкам», структурируем и сделаем их более понятными.

Для психологов я постараюсь рассказать не только про психологические механизмы, но и про то, что скрывается за симптомами с точки зрения неврологии и психиатрии. Рассмотрим, где скрывается диагноз, а где симптом. Узнаем, почему паническая атака — это не диагноз, а маркер, и как по почерку панической атаки отличить паническое расстройство от агорофобии или височной эпилепсии. Разберем случаи, когда психология бессильна без медицины.

Почему психологам нужно прийти? Потому что важно говорить с клиентом на одном языке, понимать психиатров, неврологов, уверенно определять границы своей компетенции, чтобы себе не навредить в первую очередь.

26 июня Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) —

один из самых «телесных» диагнозов в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), актуальный как для психиатрии, так и для неврологии.

Как проявляется ГТР на практике?

Клиент на сессии у психолога может:

- бесконечно прокручивать одни и те же мысли (**руминации**);
- жаловаться на напряжение во всём теле;
- отмечать невозможность расслабиться;
- испытывать мышечные зажимы, которые ощущаются как постоянная скованность или боль.

Из-за отсутствия видимой динамики на начальных этапах терапии многие психологи теряют таких клиентов уже на 3–

4-й сессии. Это связано с тем, что тревога имеет **два взаимосвязанных контура**:

- **психический** — навязчивые мысли, беспокойство «по любому поводу», ощущение надвигающейся угрозы;
- **неврологический** — телесные проявления: мышечное напряжение, учащённое сердцебиение, потливость, проблемы со сном.

Что будет рассмотрено на курсе?

На курсе мы детально разберём оба контура тревоги — с точки зрения врача-невролога и психотерапевта. Участники:

- узнают, что скрывается за мышечными зажимами и как они связаны с хроническим стрессом и дисрегуляцией нервной системы;
- освоят способы экологичного направления клиента к снятию телесного напряжения — без форсирования и травматизации;
- изучат алгоритмы **дифференциальной диагностики ГТР**, научатся отличать его от других состояний:
 - соматических заболеваний (например, гипертиреоза, сердечно-сосудистых патологий);
 - других тревожных расстройств (паническое расстройство, ОКР);
 - депрессивных состояний с тревожным компонентом.

Какие практические инструменты получают психологи?

Участники курса освоят конкретные техники, которые можно сразу применять в работе:

- **специфические методы остановки руминаций** — когнитивные и поведенческие стратегии для прерывания «мыслительных петель»;
- **телесные практики**, интегрированные в психотерапевтический процесс:
 - дыхательные техники;
 - прогрессивная мышечная релаксация;
 - элементы осознанности (mindfulness) для работы с телесными ощущениями;
- **протоколы работы с хроническими зажимами** — пошаговые алгоритмы, помогающие клиенту осознавать и отпускать мышечное напряжение;
- **доказательные методы на стыке неврологии и психотерапии** — подходы, учитывающие нейробиологические механизмы тревоги.

Почему это будет полезно для психологов?

Многие специалисты отмечают, что работа с клиентами с ГТР эмоционально затратна: психолог может неосознанно «заражаться» тревогой клиента, что снижает эффективность терапии и приводит к выгоранию.

Курс поможет:

- снизить эмоциональную нагрузку за счёт чётких протоколов работы;
- повысить результативность терапии на ранних этапах — и, как следствие, уменьшить число досрочных завершений сессий;
- сформировать комплексный подход, сочетающий работу с мыслями, эмоциями и телом;
- уверенно ориентироваться в дифференциальной диагностике и вовремя направлять клиента к неврологу или психиатру при необходимости.

Итог: курс даст психологам не только теоретические знания о генерализованном тревожном расстройстве, но и конкретные инструменты для работы с его ключевыми проявлениям

и —

руминациями и мышечными зажимами. Вы научитесь помогать клиентам снижать уровень тревоги через интеграцию телесных практик и когнитивно-поведенческих техник, повышая эффективность терапии и сохраняя собственные ресурсы.

Общий анонс по расстройствам

Роль невролога, психотерапевта и психолога в работе с расстройствами личности тесно взаимосвязана: комплексный подход позволяет не просто купировать симптомы, а работать с глубинными механизмами нарушений.

Невролог помогает понять биологические механизмы психических расстройств. Нарушения в работе центральной нервной системы формируют специфические паттерны поведения. Например, при пограничном и шизоидном расстройствах личности наблюдается разобщённость работы правого и левого полушарий мозга. Это приводит к алекситимии — состоянию, при котором человек не осознаёт свои эмоции, не может выразить их словами и испытывает трудности с формулировкой своих потребностей.

Ключевой фактор в таких случаях —

врождённый нейродефицит и особенности строения головного мозга, а не только влияние социума или психологических травм. Особое внимание стоит уделить лобным долям мозга: именно они отвечают за формирование личности, развитие характера, индивидуальные особенности и социализацию. Дисфункция лобных долей, в том числе органическая (не всегда заметная на МРТ), может приводить к нарушению контроля импульсов, трудностям в планировании и прогнозировании, а также к снижению эмпатии — основы «мягких навыков» (soft skills) и успешной социализации.

Нейропластичность работает в обе стороны: с одной стороны, она позволяет компенсировать некоторые нарушения, с другой —

может закреплять деструктивные паттерны, если человек находится в неблагоприятной среде. Это особенно важно учитывать при работе с пациентами: мозг подстраивается под окружение, и у людей с расстройствами личности активация психической дисфункции нередко возникает из-за неподходящей среды для нормального развития психики.

Иллюстрацией этого может служить пример из практики: пациентка 42 лет поступила с признаками расстройства личности —

аффективной нестабильностью и агрессивным поведением. Первоначально предполагалось пограничное расстройство личности. Однако после обследования у невролога была обнаружена сосудистая мальформация в базальных ганглиях. После оперативного вмешательства симптомы расстройства исчезли. Этот случай наглядно демонстрирует важность комплексного подхода (взаимодействие психолога, психиатра и невролога), динамического наблюдения и своевременной диагностики, включая МРТ головного мозга.

Психотерапевт, в свою очередь, анализирует процесс «здесь и сейчас»: он наблюдает перенос, сопротивление клиента и другие актуальные реакции. В отличие от психолога, который изучает историю развития психики (детские травмы, этапы созревания), психотерапевт фокусируется на текущем взаимодействии и использует особые диагностические инструменты. Например, феномен проективной идентификации: телесные и эмоциональные реакции терапевта (внезапная сонливость или агрессия) могут быть диагностическим признаком. При шизоидном расстройстве терапевт может ощущать сонливость —

клиент неосознанно транслирует свою отстранённость. При пограничном расстройстве может возникать неявная неприязнь или настороженность со стороны специалиста.

Ещё один важный аспект —

терапевтическая интоксикация: пациенты с истерическим расстройством могут демонстрировать быстрое улучшение после первой сессии и «влюбляться» в метод терапии. Это связано с дофаминовым откликом на внимание специалиста, но не означает реальных изменений

ий личности. Структура остаётся прежней, а паттерн поведения продолжает мешать улучшению качества жизни.

Также примером терапевтического тупика может служить работа с клиентом, страдающим нарциссическим расстройством личности. Внешне он может демонстрировать положительную динамику: карьерный рост, проработку детских травм, удовлетворённость достижениями. Однако при попытке исследовать зоны уязвимости (стыд, зависть к коллегам) клиент начинает критиковать терапевта, менять тему или даже нравоучать. В таких случаях терапия становится ареной для обесценивания, а не инструментом изменений. Нарциссическое расстройство личности в целом сложнее поддаётся коррекции, чем многие другие нарушения.

Психолог занимает позицию «сверху»: он изучает общую картину развития личности, но редко работает с расстройствами в одиночку —

требуется взаимодействие с психиатром, неврологом или психотерапевтом. При этом психологи нередко допускают ошибки. Одна из них —

предвзятость в диагностике: склонность ставить «любимый» диагноз, даже если клиника не полностью соответствует. Например, легко спутать биполярное и пограничное расстройство: в первом случае фазы длятся неделями или месяцами, во втором смена состояний происходит гораздо быстрее — в течение часов или дней.

Другая распространённая ошибка —

стереотипное представление о том, что люди с расстройствами личности —

это исключительно пациенты стационаров. На деле многие (например, с нарциссическим или шизоидным типом) достигают успеха в карьере (становятся топ-менеджерами, хирургами, политиками), но испытывают серьёзные трудности в личной жизни: их отношения часто формальны, лишены эмоциональной близости и не удовлетворяют значимых потребностей.

Кроме того, психологи порой стигматизируют клиентов, считая, что расстройства личности и обязательно связаны с агрессией. Однако чаще агрессия выступает как защита, а не как сущность. Статистика показывает, что около 80 %

людей с расстройствами личности пережили тяжёлую травму (в т. ч. сексуальное насилие) до 12 лет.

Ключевые рекомендации для психологов включают: не бояться работать с расстройствами личности, создавать доверительную атмосферу (это снижает риск агрессии со стороны клиента), учитывать биологические факторы (данные невролога) и актуальные процессы (анализ психотерапевта), а также направлять клиента на комплексную диагностику при подозрении на органическую патологию.

Таким образом, эффективная помощь при расстройствах личности требует междисциплинарного подхода: невролог выявляет органические причины, психотерапевт анализирует актуальные процессы, а психолог создаёт условия для доверительного взаимодействия и долгосрочной коррекции. Только такой синтез специалистов позволяет добиться устойчивых изменений и улучшить качество жизни пациентов.

11 сентября Избегающее и зависимое расстройство личности: роль невролога и психотерапевта в диагностике и терапии

Ключевая задача специалиста при работе с избегающим и зависимым расстройством личности — **дифференциальная диагностика**. Важно не спутать расстройство личности с неврозом, расстройствами аутистического спектра (которые нередко попадают к психологам без установленного диагноза) или органической тревогой.

Примеры диагностических сложностей:

- Клиент не выходит из дома не из-за страха перед людьми, а потому что его мозг воспринимает социальные сигналы исключительно как угрозу — это характерно для избегающего расстройства личности.
- Взрослый человек не может выбрать зубную пасту без помощи близкого — не из-за инфантилизма, а из-за потери воли на уровне базальных ганглиев. Этот аспект может подсветить невролог.

Три ключевых врачебных инсайта для дифференциальной диагностики

1. **Разграничение избегающего расстройства личности и аутизма:** где заканчивается социальная фобия и начинается сенсорная перегрузка, требующая не психотерапии, а неврологической поддержки?
2. **Отличие зависимого расстройства от алекситимии:** клиент «прилипаёт» к терапевту не из-за тревоги или привязанности, а из-за неврологически обусловленной неспособности ощущать базовые интерцептивные сигналы (голод, усталость, желания). В результате он нуждается во внешнем «навигаторе».
3. **Выявление тотальной социальной фобии:** важно замечать «красные флаги», указывающие на маскированную височную эпилепсию или вегетативную дисфункцию, которая может имитировать расстройство личности.

Актуальность темы в современных условиях

Сегодня эта тема особенно актуальна по нескольким причинам:

- **Постковидный шлейф.** Примерно у половины клиентов с жалобами на страх людей и избегающее поведение выявляются нарушения в лимбической системе. COVID-19 затрагивал обонятельные луковицы, а лимбическая система анатомически близка к зонам, поражаемым вирусом. Психолог без неврологической настороженности может затянуть терапию на годы или даже усугубить ситуацию. В то же время невролог способен отсеять органические причины за одну консультацию и назначить специфическое лечение.
- **Распространение удалённого образа жизни.** «Удалёнка» легализовала избегание: миллионы людей работают из дома и сводят социальные контакты к минимуму. Задача психолога — отличить сознательный выбор от патологического состояния, разрушающего личность.
- **Переосмысление диагноза комплексного посттравматического расстройства (КПТСР).** Около 40 % случаев, диагностируемых как КПТСР, на деле оказываются избегающим расстройством личности. При этом стандартные методы, такие как EMDR (десенсибилизация и переработка движением глаз), здесь неэффективны — требуются специфические поведенческие активации, иногда в сочетании с фармакотерапией.

Практическая польза для психологов

Понимание неврологических аспектов расстройств личности облегчит работу психологов:

- Позволит вовремя распознать ситуации, когда стандартные психотерапевтические методы (метафоры, работа с сопротивлением) неэффективны, а более действенными окажутся **транскраниальная магнитная стимуляция префронтальной коры** или малые дозы нейролептиков.
- Даст навыки быстрого скрининга: поможет отличать зависимого пациента от человека с истинной апатией (например, при поражении переднепоясной коры).
- Сформирует чёткий алгоритм действий — подскажет, в каких случаях необходимо направить клиента к специалисту (неврологу или психиатру).

Выводы

Междисциплинарный подход — залог успешной работы с избегающим и зависимым расстройством личности:

- **Невролог** выявляет органические причины нарушений (поражения базальных ганглиев, лимбической системы, височной доли и т. д.).

- **Психотерапевт** анализирует актуальные процессы в терапии, учитывает нюансы взаимодействия с клиентом.
- **Психолог** создаёт доверительную среду, применяет подходящие методы коррекции и вовремя направляет клиента на дополнительную диагностику.

Такой синтез позволяет не просто купировать симптомы, а работать с глубинными механизмами расстройств, улучшая качество жизни пациентов и предотвращая усугубление состояния.

18 сентября

Обсессивно-компульсивное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство личности — в чём разница?

Важно различать **обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)** и **обсессивно-компульсивное расстройство личности (ОКРЛ, также известное как ананкастное расстройство)** — это принципиально разные состояния.

Проведём метафору: ОКР — это как дизайн интерьера, а ОКРЛ — фундаментальная архитектура личности. То есть ОКР затрагивает отдельные проявления поведения, тогда как ОКРЛ формирует саму структуру личности, её ядро и базовые установки.

ОКР относится к невротическому спектру. Для него характерно:

- критическое отношение пациента к своему состоянию: человек понимает, что его поведение — симптом, «перебор»;
- ритуалы вызывают стыд, дискомфорт, нужду;
- осознание, что действия избыточны, но сопротивляться им сложно.

ОКРЛ же относится к расстройствам личности (психопатиям) и проявляется иначе:

- перфекционизм и педантичность воспринимаются не как симптом, а как добродетель;
- ритуалы и упорядоченность приносят самоудовлетворение;
- установка «мир должен подстраиваться под меня», а не наоборот — если что-то идёт не так, проблема не во мне, а в мире;
- самовосприятие: гордость за свою дисциплинированность, структурность, аккуратность.

Как это выглядит на практике?

Клиенты с признаками ОКРЛ часто обращаются с жалобами на:

- «потолок» в какой-либо сфере (карьера, отношения, самореализация);
- невозможность завершить проект;
- хроническую усталость.

При этом психолог может заметить характерные черты:

- пунктуальность «до скрежета зубов»;
- жёсткое планирование (например, на три года вперёд);
- педантичность в мелочах (даже ручки у них распределены по цветам);
- гордость за свою организованность и системность.

Опасность в том, что психолог может ошибочно принять это за ОКР и хвалить клиента за дисциплинированность и структурность. Однако такая похвала лишь подкрепляет паттерн поведения, который мешает человеку двигаться вперёд — он «буксует» на месте.

Почему важно различать ОКР и ОКРЛ?

Разница принципиальна для выбора стратегии помощи:

- **ОКР** — это невроз, который можно скорректировать: снизить интенсивность симптомов, уменьшить влияние компульсий, вернуть человеку комфорт в повседневной жизни.

- **ОКРЛ** вылечить полностью нельзя, поскольку оно затрагивает глубинные структуры личности. Здесь задача психолога — выработать тактику ведения клиента и при необходимости направить к профильному специалисту.

Что будет рассмотрено на лекции?

Мы разберём:

- нейробиологические основы такого поведения: роль базальных ганглиев, префронтальной коры и других структур мозга в формировании ригидности мышления и прокрастинации;
- механизмы неосознания критичности ситуации у клиентов с ОКРЛ;
- техники работы с ригидностью и развитием гибкости мышления;
- способы легализации спонтанности в жизни клиента;
- метод «запланированной ошибки» — специально смоделированной ситуации, где допустимо ошибиться, чтобы снизить страх несовершенства;
- как научиться видеть ананкастную структуру личности там, где обычно замечают «сильный характер» (и клиенты, и порой сами психологи).

Вывод

Различение ОКР и ОКРЛ критически важно для эффективной психологической помощи.

Понимание глубинных механизмов этих состояний позволяет:

- избежать ошибочной диагностики;
- не подкреплять дезадаптивные паттерны похвалой за «дисциплинированность»;
- подобрать корректную тактику работы;
- вовремя направить клиента к специалисту при необходимости.

В результате психологи получают не только теоретические знания, но и практические инструменты для работы с клиентами, демонстрирующими признаки обсессивно-компульсивных проявлений.

25 сентября Депрессию часто воспринимают упрощённо —

как состояние грусти, подавленности и плаксивости. Однако такой взгляд опасен: он может привести к пропуску тяжёлого заболевания и способствовать развитию более серьёзных психических расстройств.

В основе депрессии лежат три ключевых компонента —

тоска, апатия и ангедония. Разберём каждый из них подробнее.

Тоска —

это тягостное чувство опустошённости, нередко сопровождающееся физической болью в области груди и ощущением полной отрешённости от мира. Это один из первых сигналов, требующих внимания.

Апатия может маскироваться под «здоровый пофигизм» —

клиент может говорить: «Мне не плохо, мне просто всё равно». Из-за этого состояния человек может не обратиться за помощью или психолог может неверно интерпретировать его как норму.

На самом деле апатия —

возможный признак развивающейся депрессии. Обычно она возникает после периода тревоги: человек устаёт бороться с неприятными чувствами, и в результате наступает эмоциональное «выключение». Важно оценить:

- насколько часто проявляется апатия;
- является ли она адаптивной или дезадаптивной;
- какие сферы жизни затрагивает.

Ангедония —

потеря способности испытывать радость в сравнении с тем, что было раньше. Это особенно

о тревожный симптом, указывающий на хронизацию расстройства. В отличие от эпизодического опустошения или потери смыслов, ангедония постепенно встраивается в структуру личности и может стать пусковым механизмом для других нарушений — особенно при наличии генетической предрасположенности к расстройствам личности.

Ангедония имеет ряд особенностей, осложняющих работу с ней:

- слабо реагирует на стандартную антидепрессивную терапию;
- не поддаётся воздействию плацебо (в т. ч. биологически активных добавок, которые иногда назначают психологи);
- связана с нейробиологическими нарушениями — в частности, с дисфункцией **прилежащего ядра** и **дофаминергических цепей** мозга.

Это значит, что в таких случаях необходима помощь **психиатра или невролога**, а не только психолога.

Почему это важно для психологов?

При ангедонии и апатии клиент может прекратить терапию не из-за недовольства психологом или неэффективности методов, а потому что **не видит смысла** в работе:

- он не ощущает прогресса;
- утрачена мотивация;
- отсутствует предвкушение положительного результата («система предвосхищения награды» в мозге нарушена).

Такое поведение легко ошибочно принять за:

- лень;
- сопротивление;
- отсутствие вовлечённости.

Однако на деле это проявления **нейробиологической поломки**, а не сознательного выбора клиента.

Выводы и практические рекомендации

1. Депрессия — не просто «грусть», а комплексное расстройство с тремя ключевыми компонентами : тоской, апатией и ангедонией.
2. Апатия и ангедония могут маскироваться под «нормальное» состояние («мне всё равно», «я просто расслаблен»), что затрудняет своевременную диагностику.
3. Ангедония — неблагоприятный прогностический признак: она указывает на хронизацию процесса и требует специализированной помощи.
4. При подозрении на ангедонию психолог должен:
 - не интерпретировать отсутствие мотивации как лень или сопротивление;
 - оценить глубину и длительность симптомов;
 - при необходимости направить клиента к психиатру или неврологу для комплексной диагностики и терапии.
5. Раннее выявление и корректная оценка этих состояний позволяют предотвратить углубление расстройства и развитие более тяжёлых нарушений.

2 октября Рекуррентное депрессивное расстройство.

Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется цикличностью: периоды ремиссии чередуются с повторными депрессивными эпизодами.

Рассмотрим пример для психологов. Пациент приходит с тяжёлым депрессивным эпизодом —

ранее он уже был у психиатра, который порекомендовал психологическую поддержку. Пс

психолог работает с клиентом полгода, наблюдается прогресс, составляется успешный отчёт. Клиента либо направляют на поддерживающую терапию, либо он достигает такого уровня самоорганизации, что способен справляться без помощи специалиста.

Однако спустя какое-то время (например, через полгода) происходит повторный тяжёлый депрессивный эпизод. Так протекает рекуррентное расстройство — как чередование ремиссий и рецидивов.

Важные диагностические моменты:

1. **Дифференциальная диагностика с биполярным расстройством.** Необходимо чётко отличать рекуррентное депрессивное расстройство от биполярного: в первом случае отсутствуют фазы мании. При рекуррентном расстройстве между эпизодами происходит полное восстановление — это отличает его от биполярного расстройства, где полная нормализация состояния встречается реже.
2. **Влияние антидепрессантов.** Пациенты могут ориентироваться на опыт знакомых или самостоятельно начинать приём антидепрессантов (например, «Золофта»), отмечая улучшение состояния. Однако приём антидепрессантов без стабилизаторов настроения может:
 - укоротить фазы между ремиссиями и рецидивами;
 - усугубить течение рекуррентного расстройства.
3. **Нейробиологические механизмы рецидивов.** Можно выделить три ключевых механизма:
 - **Структурные изменения в гиппокампе («депрессивные шрамы»).** Каждый депрессивный эпизод вызывает изменения в этой области мозга. В результате снижается порог запуска новых эпизодов — мозг «учится» впадать в депрессию, укрепляются нейронные пути, ведущие к активации депрессивного состояния.
 - **Сенситизация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (стрессовой) системы.** Даже в период ремиссии уровень кортизола может оставаться повышенным.
 - **Снижение нейротрофического фактора.** Этот фактор отвечает за нейропластичность. Его уровень падает от эпизода к эпизоду, что может приводить к ухудшению когнитивных способностей даже у молодых пациентов.
4. **Распознавание предвестников рецидива.** Психологам важно научиться замечать продромальный период (за 2–4 недели до нового эпизода). К предвестникам относятся:
 - лёгкая ангедония — снижение радости от вещей, которые раньше приносили удовольствие (например, кофе уже не кажется таким вкусным);
 - нарушения сна — чаще всего гиперсомния (повышенная сонливость) или раннее пробуждение (без слезножностей с засыпанием или частых пробуждений ночью);
 - возвращение руминаций («мысленной жвачки»);
 - специфическая тревога — ощущение, что «что-то надвигается», хотя непонятно, что именно.
5. **Подходы к терапии.** Психологам следует учитывать следующее:
 - цель работы — не однократное «исцеление», а управление расстройством через постоянную терапевтическую коррекцию;
 - пациентам показана длительная, возможно пожизненная, психотерапия — не эпизодически, а по стабильному графику (например, курсы раз в 2–4 месяца);
 - эффективны когнитивно-поведенческая терапия, работа с руминациями, практики осознанности (майндфулнес);

- важно обсуждать с пациентом необходимость долгосрочной терапии, чтобы избежать обесценивания работы психолога при повторном эпизоде;
 - необходимо обучать пациентов распознавать ранние признаки рецидива и своевременно обращаться за помощью.
- б. **Профилактика выгорания у терапевта.** Работа с рекуррентным расстройством может вызывать чувство обесценивания труда: прогресс кажется достигнутым, но затем наступает рецидив. Осознание нейробиологических механизмов рецидивов помогает терапевту воспринимать ситуацию реалистично и сохранять профессиональную устойчивость.

9 октября Биполярное расстройство (БАР) — аффективное расстройство с чередованием депрессивных и маниакальных (гипоманиакальных) фаз. Разберём его особенности на клиническом примере и выделим «красные флаги» для ранней диагностики.

Представим клиента, который часто меняет терапевтов и рассказывает: «Никто до этого не мог помочь, а вы — справились». На фоне видимого прогресса у него вновь начинаются резкие колебания состояния: периоды высокой продуктивности, когда он спит всего 4 часа и полон идей, сменяются глубокой депрессией — в такие моменты он не может встать с кровати, теряет аппетит и погружается в самообвинения.

Есть ряд признаков, которые должны насторожить психолога и могут указывать на возможное БАР. Прежде всего это раннее начало расстройства — до 20 лет. Ещё один тревожный сигнал — гиперсомния в депрессивной фазе. Важен и семейный анамнез: если у родственников наблюдались психические расстройства, алкогольная зависимость или неординарные способности, это тоже может быть тревожным звоночком.

Особый «красный флаг» — быстрый эффект от приёма антидепрессантов, за которым следует не улучшение состояния, а индуцированная гипомания. В таких случаях клиент может принимать импульсивные решения: разводиться, увольняться, брать кредиты, при этом он почти не спит (например, проводит без сна трое суток) и проявляет гиперактивность. Важно понимать: это не «прорыв в терапии», а проявление расстройства.

Для БАР характерна цикличность состояний — своего рода «синусоидальный» паттерн, когда периоды гиперпродуктивности сменяются полной апатией. При диагностике важно отличать биполярное расстройство от других состояний. Например, при рекуррентном депрессивном расстройстве нет маниакальных фаз, а между эпизодами происходит полное восстановление. Пограничное расстройство личности проявляется эмоциональной нестабильностью без чётких фаз. Циклоидная акцентуация характера предполагает мягкие колебания настроения без нарушения функционирования, а циклотимия — более лёгкие и менее продолжительные колебания, чем при БАР.

Есть и ключевые отличия биполярной депрессии от униполярной. Они касаются характера нарушений сна, суточных колебаний тревоги (когда она наиболее выражена — утром или вечером), особенностей психомоторики и реакции на антидепрессанты.

С точки зрения нейробиологии, в основе БАР лежат несколько механизмов. Прежде всего — нарушение циркадных ритмов из-за генетически обусловленных поломок в системе, регулирующей биологические часы. Именно поэтому джетлаг или смена часовых поясов

могут спровоцировать эпизод. В этом контексте нормализация режима сна — не просто рекомендация, а часть нейробиологической терапии.

Ещё один механизм — дисбаланс нейромедиаторов. В депрессивной фазе снижены уровни дофамина и норадреналина, а в маниакальной их уровень повышается. Кроме того, наблюдается дестабилизация ГАМК-системы — той самой, что отвечает за успокаивающий эффект в нервной системе. Третий важный аспект — митохондриальная дисфункция: нарушается энергетический обмен в нейронах, что напрямую влияет на стабильность настроения.

БАР часто диагностируется с опозданием — спустя 7–10 лет после начала заболевания. Психолог может заподозрить расстройство на ранних стадиях, опираясь на «красные флаги», и своевременно направить клиента к психиатру. Оптимально организовать взаимодействие с психиатром и неврологом: это позволит провести точную диагностику, подобрать стабилизаторы настроения (а не ограничиваться только антидепрессантами) и контролировать медикаментозную терапию.

Важную роль играет работа с окружением клиента. Родственники могут предоставить ценные сведения о наличии гипоманиакальных эпизодов, которые сам клиент может не считать проблемой или не замечать. Психолог также занимается психообразованием: объясняет нейробиологическую природу расстройства (подчёркивая, что это не «слабость» или «капризы»), разъясняет необходимость приёма стабилизаторов, а не изолированного приёма антидепрессантов, и обучает клиента распознавать ранние признаки фаз.

Профилактика рецидивов включает стабилизацию режима сна и бодрствования, минимизацию стресса и регулярный контакт с терапевтом. Методы психотерапии нужно адаптировать под текущую фазу расстройства: в депрессии акцент делается на поддержке и работе с негативными убеждениями, в гипомании — на контроле импульсов, а в период ремиссии — на обучении навыкам саморегуляции.

Цель психолога в работе с клиентом с подозрением на БАР — не заменить врача, а стать связующим звеном между клиентом, психиатром и семьёй. Ранняя диагностика и комплексный подход, объединяющий медикаментозное лечение и психотерапию, значительно улучшают прогноз при биполярном расстройстве.

30 октября Антисоциальное расстройство личности (АРЛ) —

одно из тех состояний, с которыми психологи сталкиваются нередко, но при этом его легко о пропустить или неверно интерпретировать. Чаще всего клиенты с АРЛ приходят на терапию не по собственной инициативе, а по направлению родственников, коллег или даже по принуждению. Разберём особенности работы с такими клиентами на конкретном примере.

Представьте клиента, которого привели на первую сессию мама или коллеги. На первом приёме он производит впечатление жертвы обстоятельств, умело втирается в доверие. Психолог невольно начинает воспринимать его как человека, пострадавшего от несправедливости мира. Однако уже на второй сессии становится заметно: клиент откровенно врёт — например, опаздывает и приводит объяснения, которые явно не могут быть правдой. Со временем выясняется, что он использует полученные в терапии инсайты против близких, стремится нарушить профессиональные границы психолога и манипулирует ситуацией в своих интересах.

Одна из главных ловушек для специалиста — попытка оправдать манипулятивное поведение глубокой травмой. Хотя у клиента могут быть непростые жизненные обстоятельства, важно не подменять диагноз сочувствием: это мешает увидеть суть расстройства и выстроить корректную тактику работы.

В рамках лекции мы подробно разберём:

- диагностические критерии АРЛ согласно современным классификациям (DSM и МКБ-11), включая ключевые признаки и требования к постановке диагноза;
- распространённые мифы об антисоциальном расстройстве личности и их опровержение на основе научных данных;
- типы проявления АРЛ и типичные сценарии обращения за психологической помощью;
- истинные цели клиента с АРЛ в терапии: как правило, это не стремление к исцелению или изменению, а желание восстановить контроль над ситуацией и окружением — научимся замечать и интерпретировать эти мотивы;
- нейробиологические аспекты расстройства: какие зоны мозга демонстрируют сниженную активность или морфологические отличия, как это влияет на поведение и принятие решений;
- дифференциальную диагностику — чем АРЛ отличается от других расстройств с похожими проявлениями, чтобы избежать ошибочных выводов.

Особое внимание уделим практическим аспектам:

- структуре терапевтического контракта с клиентами с АРЛ — это основа безопасной и эффективной работы, позволяющая чётко обозначить границы и ожидания;
- методам психокоррекции, которые минимизируют риск манипуляций со стороны клиента и защищают психолога от эмоционального выгорания;
- тому, чему не стоит учить клиента с АРЛ, чтобы не усилить его антисоциальные паттерны;
- протоколам работы с последствиями поведения клиента — как помочь снизить риски криминализации, конфликтов в семье, на работе и в других сферах жизни.
-

Важный момент, который мы обсудим: в работе с АРЛ традиционный терапевтический альянс (союз психолога и клиента) невозможен. Вместо этого выстраиваются отношения контрагентов: психолог помогает клиенту снизить риски негативных последствий его поведения, не становясь при этом союзником в манипуляциях.

По итогам лекции психологи получат чёткий диагностический минимум для распознавания АРЛ, научатся отличать его от других состояний, выстраивать безопасную тактику взаимодействия и минимизировать риски в работе с такими клиентами.

13 ноября Пограничное расстройство личности (ПРЛ) —

состояние, которое вызывает у психологов особые сложности в работе: оно отличается эмоциональной лабильностью, резкими сменами отношения к терапевту и высоким риском самонавреждающего поведения. Начать можно с характерной фразы, типичной для клиента с ПРЛ: «Я тебя ненавижу... но не уходи» или «Я люблю тебя... вернись обратно». Такие противоречивые высказывания — не просто эмоциональная вспышка, а отражение глубинных нарушений в структуре личности.

На практике это выглядит так: на первой сессии клиент может боготворить психолога, говорить: «Вы мой последний шанс, только вы меня понимаете, только вы подобрали правильную терапию». Но уже через несколько встреч картина резко меняется — клиент заявляет: «Вы такой же, как все, я больше к вам не приду, я разочаровался в психологии». А через неделю цикл повторяется: «Только вы меня поняли, только вы меня приняли». Такие резкие колебания в отношении к терапевту вызывают у психолога тревогу, сомнения в правильности своих действий и часто побуждают обратиться за супервизией.

В рамках лекции мы подробно разберём:

- Ядро ПРЛ: четыре ключевых компонента, на которых строится расстройство — его «четыре кита». Понимание этой структуры поможет увидеть за эмоциональным и всплесками устойчивые паттерны поведения.
- Диагностические критерии согласно DSM-5 и МКБ-11: сравним, какая классификация проще и чётче в работе, выделим основные симптомы и дополнительные признаки.
- Дифференциальную диагностику с другими состояниями:
 - биполярным расстройством (различия в динамике фаз и стабильности самооценки);
 - комплексным посттравматическим расстройством (роль травмы и её влияние на симптоматику);
 - истерическим расстройством личности (отличия в стремлении к вниманию и способах его получения).
- Нейробиологические механизмы: какие зоны мозга гиперактивны, какие — гипоактивны, а какие демонстрируют морфологические изменения. Разберём, как эти особенности влияют на эмоциональную регуляцию, импульсивность и восприятие социальных сигналов.
- Сопутствующие состояния — «красные флаги» для психолога:
 - самоповреждающее поведение (намеренные действия, наносящие вред телу без суицидального намерения);
 - суицидальное поведение (мысли, планы, попытки) — обсудим, чем оно отличается от самоповреждения и как оценивать риск.

Особое внимание уделим практическим аспектам работы:

- Стратегии взаимодействия с клиентом в разные фазы: как сохранять профессиональные границы, не поддаваясь на эмоциональные манипуляции, но оставаясь эмпатичным.
- Тактике снижения риска самоповреждений и суицидальных действий: алгоритмы действий психолога при обнаружении опасных признаков.
- Структуре терапевтического контракта: как прописать правила взаимодействия, чтобы минимизировать стресс для обеих сторон и создать безопасную среду для терапии.
- Методам психокоррекции, доказавшим эффективность при ПРЛ: диалектическая поведенческая терапия (DBT), схема-терапия, элементы когнитивно-поведенческого подхода. Разберём, какие техники помогают стабилизировать эмоции, снизить импульсивность и развить навыки межличностной эффективности.
- Работе с контрпереносом: как психологу справляться с собственными реакциями (чувством вины, раздражением, беспомощностью), которые часто провоцируются клиентом с ПРЛ.
-

Важный акцент: мы обсудим, почему традиционные подходы к построению терапевтического альянса здесь требуют адаптации. Клиент с ПРЛ не всегда готов к «союзничеству» — его поведение может быть хаотичным, а доверие — хрупким. Задача психолога —

не «исправить» клиента, а помочь ему выработать устойчивые стратегии управления эмоциями и отношениями.

По итогам лекции психологи получают:

- чёткий диагностический алгоритм для распознавания ПРЛ и его отличий от схожих состояний;
- понимание нейробиологических основ расстройства, что снизит риск обесценивания симптомов («это просто каприз»);
- набор практических инструментов для работы с кризисными ситуациями (самоповреждения, суицидальные мысли);
- стратегии самоподдержки, помогающие избежать эмоционального выгорания при работе с эмоционально лабильными клиентами.

27 ноября

Истерическое (гистрионное) расстройство личности (ИРЛ) легко заметить по яркой демонстративности поведения, но сложно грамотно проработать без понимания глубинных механизмов. Его ключевая черта - «театр одного актёра»: человек получает внимание через театральность, а в основе лежит острая потребность быть в центре событий.

Как это проявляется на практике?

Представьте клиента, который с порога заявляет: «Посмотрите на меня, какой я!» Он может превозносить психолога —

называть его самым умным, привлекательным и особенным терапевтом в мире. Но уже через минуту способен обесценить: назвать скучным и бесполезным. В отличие от пограничного расстройства личности здесь нет яркой агрессии — обесценивание поверхностное и быстротечное.

На сессии такой клиент:

- говорит громко, активно жестикулирует;
- одевается ярко, эксцентрично;
- рассказывает душераздирающие истории с рыданиями, а через пять минут смеётся над шуткой;
- создаёт впечатление глубины чувств, но эмоции быстро исчезают, а детали истории меняются от раза к разу;
- склонен к «синдрому попутчика» — может мгновенно довериться едва знакомому человеку, будто знает его всю жизнь.

Речь клиента часто лишена деталей: он гиперболизирует («Это был очень сложный период!»), но затрудняется назвать конкретные трудности. Внушаемость тоже служит роли: человек подстраивается, чтобы удержать внимание, а не из-за наивности.

Что разберём на лекции

1. Ядро расстройства. Разберём метафору «театра одного актёра» и поймём, как потребность во внимании формирует поведение. Обсудим, почему скука и отсутствие «сцены» становятся триггерами для демонстративных реакций.
2. Диагностические критерии. Сравним подходы DSM-5 и МКБ-11:
 - дискомфорт при отсутствии внимания;
 - неуместное сексуализированное или соблазнительное поведение;
 - поверхностные, быстро меняющиеся эмоции;
 - театральность в речи и действиях;
 - внушаемость;
 - восприятие отношений как более близких, чем они есть.
3. Дифференциальная диагностика. Чётко разграничим ИРЛ и схожие состояния:

- Пограничное расстройство личности (ПРЛ). При ПРЛ эмоции хаотичны и сопровождаются страхом покинутости, самоповреждения — следствие внутренней боли. При ИРЛ эмоции поверхностны, а подобные действия чаще служат манипуляции.
 - Нарциссическое расстройство. Акцент на превосходстве и восхищении, а не на любом внимании.
 - Биполярное расстройство. Смена состояний циклична, а не ситуативна.
 - Зависимое расстройство. Нет демонстративности, есть страх одиночества и неспособность принимать решения.
4. Нейробиологические аспекты. Обсудим:
- активность префронтальной коры (отвечает за самоконтроль и регуляцию эмоций);
 - зоны социальной оценки (как мозг реагирует на внимание окружающих);
 - систему зеркальных нейронов (роль в имитации и эмпатии).
5. Ловушки для психолога. Разберём типичные сложности:
- Эротический перенос. Клиент может использовать флирт или сексуализированное поведение, что запутывает терапевта.
 - Эффект тщеславия. Преувеличенная похвала заставляет психолога чувствовать себя значимым, снижая объективность.
 - Трудности с границами. Резкие смены отношения клиента (от идеализации к обесцениванию) создают напряжение.
6. Тактика работы. Научимся:
- сохранять профессиональные границы, не поддаваясь на манипуляции;
 - распознавать и прорабатывать контрперенос;
 - адаптировать методы психотерапии (психодинамический подход, когнитивно-поведенческая терапия, схема-терапия);
 - помогать клиенту находить здоровые способы самовыражения без театральности.
7. Профилактика выгорания. Обсудим стратегии самоподдержки, чтобы избежать эмоционального истощения при работе с демонстративными клиентами.

Что получают участники

- чёткий алгоритм диагностики ИРЛ и его отличий от других расстройств;
- понимание нейробиологических механизмов, лежащих в основе поведения;
- набор практических инструментов для работы с манипуляциями и переносом;
- стратегии выстраивания терапевтического альянса без потери профессионализма;
- рекомендации по профилактике выгорания.

Лекция будет полезна психологам, психотерапевтам и всем, кто сталкивается с клиентами, демонстрирующими истерические черты.

18 декабря Нарциссическое расстройство личности

(НРЛ) проявляется в двух основных паттернах поведения, которые могут наблюдаться как у разных людей, так и у одного человека в разные периоды жизни.

Первый тип -

явно выраженный нарцисс. Он убеждён в собственной особенности: для него существует только два варианта —

либо грандиозность, либо ничтожность, третьего не дано. Такой пациент часто опаздывает без извинений, перебивает собеседника, обесценивает профессиональные интервенции и требует немедленного результата. При этом он искренне не понимает, почему окружающие отдалаются, коллеги не уважают его, а партнёр называет эгоистом.

Второй тип —

«тихий» нарцисс, сверхчувствительный и обидчивый. В отличие от первого типа, который убеждён, что с ним всё в порядке, такие люди чаще обращаются за психологической помощью. Они косвенно демонстрируют обиду, не озвучивая её прямо, и болезненно реагируют на любые замечания терапевта —

например, могут отменить следующую сессию или сослаться на внезапные дела. За застенчивостью, стыдом и хронической обидой они скрывают грандиозные фантазии о собственной гениальности и испытывают презрение к «обычным людям», хотя не выражают его открыто.

В процессе психологической работы с такими клиентами могут возникать специфические реакции: обесценивание поддержки при сниженной самооценке, холодная ярость или отстранённость в ответ на конфронтацию, а также осуждение и стигматизация родителей — нередко с формулировками вроде «не хочу их обсуждать».

Изучение нарциссического расстройства включает несколько важных направлений. Прежде всего —

анализ диагностических критериев по МКБ-11 и DSM-5, а также исследование скрытых форм нарциссизма, когда грандиозность замаскирована застенчивостью и обидой. Большое значение имеет изучение нейробиологических аспектов: особенностей работы островковой доли, отвечающей за эмпатию и interoцепцию, и гиперактивации префронтальной коры

зоны, связанной с самооценкой и самоанализом. Также важно понимать специфику дофаминергической системы, ориентированной на похвалу, и реакцию переднепоясной извилины на критику, которая может вызывать почти физическую боль. Эти механизмы тесно связаны с детской травмой и отсутствием безопасной привязанности: нарциссизм нередко выступает как способ выживания через самовозвеличивание.

Не менее важна дифференциальная диагностика с другими расстройствами личности — пограничным, шизотипическим и гистрионным. Отдельное внимание уделяется особенностям терапии: сложностям, с которыми сталкивается психолог, эффективным методам и техникам, а также действиям, которые противопоказаны в работе с нарциссами.

Ключевой вывод заключается в том, что нарциссизм —

это не любовь к себе, а отчаянная защита от ненависти к себе. Терапевтические отношения способны стать для клиента компенсирующим механизмом: они повышают качество жизни и социальную адаптацию без необходимости медикаментозного вмешательства. Взаимосвязь психолога и клиента формирует фундамент для самоактуализации, глубокого понимания себя и выстраивания гармоничных отношений с окружающим миром — как в социуме, так и в личной жизни, включая взаимодействие с близкими и детьми.

22 января Диссоциативные и конверсионные расстройства —

одни из самых загадочных и часто отрицаемых тем в психиатрии. Клиенты с такими состояниями приходят с необычными жалобами, которые на первый взгляд могут показаться симуляцией, но на самом деле отражают глубокий нейробиологический сбой.

Как это проявляется на практике? Клиенты описывают потерю времени: например, говоря, что ехали на работу, но не помнят, как это произошло, или планировали важное дело, но не могут восстановить детали в памяти. Нередко встречаются проявления деперсонализации или дереализации —

человек смотрит на свои руки и ощущает, будто они ему не принадлежат, возникает чувство отстранённости от собственного тела или реальности.

Кроме того, наблюдаются конверсионные симптомы: паралич при полностью сохранной нервной системе, слепота при здоровых глазах и нормальной работе зрительных мышц, судороги при чистой электроэнцефалограмме. Когда психолог пытается направить клиента к другому специалисту или указать на отсутствие органической причины симптомов, реакция может быть разной: кто-то обижается и прекращает терапию, а кто-то яростно настаивает на реальности своего состояния, обвиняя врача в некомпетентности.

Важно понимать: клиенты не притворяются. Их мозг буквально «забывает», как чувствовать тело, или стирает память о травме. Это не сознательный выбор, а нейробиологический механизм защиты —

диссоциация. Она представляет собой разрыв связей между обычно связанными психическими функциями: между памятью и осознанием событий, между телесными ощущениями и чувством принадлежности («это моё тело»), между эмоциями и контекстом, в котором они возникли.

В момент травмы мозг словно «отключает» переживание: человеку кажется, что происходит что-то не с ним, а с кем-то другим, кто наблюдает со стороны. На короткое время это спасает от невыносимых эмоций, но в долгосрочной перспективе такой механизм начинает разрушать жизнь человека. Среди примеров диссоциативных реакций можно выделить болевую диссоциацию, когда в ответ на боль человек теряет сознание, или эмоциональную отстранённость в стрессовой ситуации.

На лекции мы подробно разберём виды диссоциативных расстройств. В частности, обсудим диссоциативную амнезию —

состояние, при котором человек теряет важную личную информацию, например, забывает травматическое событие. Разберём, чем она отличается от неврологической амнезии. Так же рассмотрим диссоциативную фугу —

период потери памяти, во время которого человек может совершать необычные действия, пытаясь «стереть» свою прошлую идентичность. Например, мужчина в состоянии фуги может завести новую семью. Кроме того, затронем другие формы: деперсонализацию, дереализацию и диссоциативное расстройство идентичности.

Особое внимание уделим нейробиологическим механизмам: разберём, какие зоны мозга вовлечены в формирование диссоциации, как стресс и травма нарушают связи между отделами мозга и какую роль в развитии симптомов играют нейротрансмиттеры.

Мы также обсудим дифференциальную диагностику —

научимся отличать диссоциативные расстройства от неврологических заболеваний, таких как эпилепсия, инсульт или опухоли. Разграничим их с симуляцией и аггравацией, а также проследим связь с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и комплексными ПТСР.

Важной частью лекции станет разбор типичных ошибок диагностики. Часто специалисты недооценивают роль травмы, игнорируют конверсионные симптомы как «ненастоящие» или пытаются лечить только соматические проявления, не работая с психикой. Мы разберём, как избежать этих ошибок и выстроить комплексный подход.

Отдельно остановимся на тактике работы психолога. Обсудим, как создать безопасное пространство для проработки травмы, какие техники стабилизации можно использовать — например, методы заземления и работу с телесными ощущениями. Разберём поэтапный подход к восстановлению памяти и идентичности, а также поговорим о важности взаимодействия с психиатром и неврологом для оказания полноценной помощи.

Не обойдём стороной и профилактику ретравматизации. Разберём правила работы с травматическими воспоминаниями, обсудим границы вмешательства на ранних этапах терапии и научимся поддерживать клиента так, чтобы не подкреплять диссоциативные паттерны. По итогам лекции участники получат глубокое понимание механизмов диссоциации и конструируют версии как защитных реакций. Они научатся распознавать «красные флаги» диссоциативных расстройств, освоят алгоритм дифференциальной диагностики с органическими патологиями и получат набор техник для стабилизации состояния клиента. Кроме того, слушатели и освоят стратегии междисциплинарного взаимодействия — как эффективно сотрудничать с психиатром и неврологом, — и получат инструменты для предотвращения ретравматизации в процессе терапии.

Лекция будет полезна психологам, психотерапевтам, психиатрам, неврологам и всем, кто сталкивается с клиентами, демонстрирующими диссоциативные или конверсионные симптомы.

5 февраля Посттравматические расстройства —

широкий спектр состояний, развивающихся после травмирующих событий: ДТП, насилия, военных действий или длительного воздействия стресса. Разберём, как отличить острую реакцию на стресс от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР), а также научимся грамотно выстраивать терапию.

Как проявляются расстройства?

- **Острая реакция на стресс** возникает сразу после травмирующего события и длится до одного месяца. Характеризуется шоком, дезориентацией, физиологическими симптомами (дрожь, учащённое сердцебиение).
- **ПТСР** диагностируется, если симптомы сохраняются дольше месяца. В его основе лежат три блока проявлений по DSM:
 - **интрузии** (навязчивые воспоминания, кошмары);
 - **избегание** (уклонение от напоминаний о травме);
 - **гипервозбуждение** (раздражительность, бессонница, гипербдительность).

При этом базовое чувство себя и способность строить отношения сохраняются, хотя и находятся под угрозой.

- **КПТСР** формируется после длительных, повторяющихся травм, которых невозможно избежать (годы унижений, домашнего насилия, хронического стресса). Здесь к трём классическим блокам добавляются:
 - нарушение регуляции аффекта (вспышки гнева, эмоциональная нестабильность);
 - негативная Я-концепция (ненависть к себе, чувство никчёмности);
 - трудности в межличностных отношениях (недоверие, страх близости).

У клиентов с КПТСР часто наблюдаются суицидальные мысли — это не признак неэффективности терапии, а отражение тяжести переживаний. Им особенно тяжело выносить работу с травматическими воспоминаниями.

Нейробиология травмы

Травма оставляет след на уровне мозга:

- уменьшается объём **гиппокампа** (отвечает за память и ориентацию во времени);
- гиперактивируется **миндалевидное тело** (центр страха и тревоги);
- ослабевают связи между **префронтальной корой** (контроль эмоций) и лимбической системой.

Эти изменения объясняют, почему клиенты застревают в цикле «бей-беги» или теряют связь с реальностью.

Дифференциальная диагностика

Важно отличать КППТСР от других состояний:

- **Пограничное расстройство личности (ПРЛ).** Фокус на паттернах отношений (страхах покинутости, импульсивность), а не на конкретной травме.
- **Депрессия.** Преобладает стойкое снижение настроения без навязчивых воспоминаний о событии.
- **Тревожные расстройства.** Тревога не привязана к травматическому опыту.

Особенности терапии

Работать с КППТСР нельзя так же, как с однократной травмой (ПТСР). Попытки «быстро отпустить прошлое» сравнимы с требованием пробежать марафон человеку с переломом ноги. Здесь необходима **фазовая терапия**:

1. **Стабилизация.** Создание чувства безопасности, обучение навыкам саморегуляции (дыхательные техники, заземление), работа с суицидальными рисками.
2. **Проработка травмы.** Постепенное осмысление опыта через нарративные методы, EMDR или экспозицию — без ретравматизации.
3. **Интеграция.** Восстановление идентичности, формирование новых моделей отношений, профилактика рецидивов.

Что разберём на лекции

- диагностические критерии острой реакции на стресс, ПТСР и КППТСР (по DSM и МКБ-11);
- нейробиологические механизмы травмы и их влияние на поведение;
- алгоритмы дифференциальной диагностики (в т. ч. отличия КППТСР от ПРЛ);
- фазы терапии: конкретные техники для каждой стадии (от стабилизации до интеграции);
- работу с суицидальными мыслями и самоповреждающим поведением;
- стратегии взаимодействия с клиентами: как избежать ретравматизации и профессионального выгорания;
- роль междисциплинарного подхода (психолог + психиатр + социальный работник).

Что получат участники

- чёткое понимание различий между острой реакцией на стресс, ПТСР и КППТСР;
- навыки распознавания «красных флагов» КППТСР, включая скрытые формы (например, хроническое восприятие насилия как нормы у людей, выросших в токсичной среде);
- алгоритм фазовой терапии с конкретными техниками для каждого этапа;
- инструменты для работы с нейробиологическими последствиями травмы (регуляция аффекта, восстановление связей между префронтальной корой и миндалевидным телом);
- стратегии поддержки клиентов без усиления их виктимности;
- рекомендации по профилактике профессионального выгорания при работе с тяжёлыми травмами.

Лекция будет полезна психологам, психотерапевтам, психиатрам, социальным работникам и всем, кто сталкивается с последствиями психологической травмы в практике.

19 февраля

Шизотипическое расстройство личности проявляется через эксцентричное поведение и необычное восприятие мира. Человек может носить странную одежду, избегать визуального контакта, говорить немного невпопад — но при этом его речь сохраняет логическую связность. Для таких людей характерно магическое мышление: они верят в приметы, магию, могут трактовать сны как особые сообщения. Нередко наблюдается нарушение регуляции сексуального поведения и социальная тревога. При этом критическое мышление снижено лишь частично, а трудоспособность сохран

ена —

в отличие от шизофрении, здесь нет продуктивной симптоматики, то есть бреда и галлюцинаций. Согласно критериям DSM, проявления должны быть стабильными, возникать в определенном возрасте, а сам человек зачастую убежден, что с ним всё в порядке.

Шизофрения отличается наличием явных «красных флагов»: бреда, галлюцинаций, дезорганизованной речи с разрывом ассоциаций и перескакиванием мыслей. К симптомам также относятся апатия, абулия (отсутствие воли), уплощение эмоций и социальная изоляция. Заболевание носит эндогенный характер и сопровождается распадом психических процессов. Прогноз при шизофрении обычно неблагоприятный: наблюдается ранняя утрата трудоспособности и значительное снижение критического мышления.

Шизоаффективное расстройство представляет собой нечто среднее между шизофренией и аффективным расстройством (например, депрессией или биполярным расстройством). В картине болезни присутствуют бред и дезорганизованная речь, которые сочетаются с аффективными эпизодами —

депрессивными или маниакальными. Ключевое отличие от «чистых» аффективных расстройств заключается в том, что бред сохраняется даже вне периода аффекта. При биполярном расстройстве психотические симптомы обычно привязаны к фазе эпизода, тогда как при шизоаффективном расстройстве они могут проявляться и в относительно стабильные периоды.

При анализе этих состояний важно учитывать **нейробиологические аспекты**: изменения желудочков мозга и объема серого вещества, нарушения дофаминовой системы, а также связи между префронтальной корой и лимбической системой. Не менее значима и **психокоррекция**: выбор подходящих методов работы с пациентами и понимание противопоказаний —

какие вмешательства могут навредить, а какие принесут пользу. Это особенно актуально при сравнении подходов к терапии при ПТСР и рассматриваемых расстройствах.

Сравнительная характеристика

Параметр	Шизотипическое расстройство	Шизофрения	Шизоаффективное расстройство
Бред и галлюцинации	Отсутствуют	Присутствуют	Присутствуют, могут сохраняться вне аффективной фазы
Критическое мышление	Снижено частично	Полностью утрачено	Зависит от фазы, может быть снижено
Трудоспособность	Сохранена	Значительно снижена	Колеблется в зависимости от фазы
Структура мышления	Изменена, но логична	Дезорганизована	Дезорганизована в периоды психоза
Прогноз	Относительно благоприятный	Неблагоприятный	Зависит от частоты и тяжести аффективных эпизодов

5 марта Расстройства пищевого поведения (РПП) —

группа психических заболеваний, которые уносят больше жизней, чем любые другие психические расстройства. Смерть наступает не от голода или холода, а от последствий патологического поведения: электролитных нарушений, инфекций, осложнений на фоне ослабленного иммунитета или суицида. Часто пациент умирает медленно, будучи убежденным, что он улучшает себя, — и при этом испытывает стыд, не справляясь с эмоциями.

Среди основных видов РПП выделяют **нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание.**

Нервная анорексия чаще встречается у женщин. Её характерные признаки — критически низкий индекс массы тела (например, вес 42 кг при росте 170 см), навязчивый подсчёт калорий (вплоть до учёта в чае) и убеждённость, что нужно сбросить ещё немного веса («ещё 2 кг —

и будет достаточно»). У пациентов нередко наблюдаются нарушения сна, аменорея (отсутствие менструального цикла), выпадение волос, бледность или сероватый оттенок кожи. Ключевая особенность —

искажённое восприятие образа тела: человек видит себя толще, чем есть на самом деле. Главная сложность в работе с такими пациентами —

их низкая мотивация к лечению: они искренне считают, что с ними всё в порядке. Задача психолога —

замотивировать клиента на терапию, но при этом крайне важна мультидисциплинарная работа: участие диетолога, терапевта и психиатра. Психолог может обладать знаниями по ну трициологии, но врачебный контроль необходим из-за высокого риска соматических осложнений.

Нервная булимия проявляется циклом переедания с последующим «очищением». Человек может вызывать рвоту, нагружать себя чрезмерными физическими упражнениями (например, трёхчасовыми тренировками), принимать слабительные или диуретики. При этом он испытывает огромный стыд за своё поведение, но повторяет его снова и снова — словно на эмоциональных «качелях» между запретным действием и кратковременным наслаждением. По сути, булимия имеет черты пищевой зависимости (аддикции).

Компульсивное переедание —

наиболее распространённое из РПП. Человек ест бесконтрольно, «на все случаи жизни», часто используя еду как способ справиться с эмоциями. В отличие от булимии, здесь нет компенсаторного поведения (рвоты, слабительных), но вес постепенно растёт. При этом пациент чаще осознаёт проблему и хочет с ней бороться —

в отличие от анорексии, где сопротивление терапии выражено сильнее.

При диагностике важно обращать внимание на **ранние признаки РПП**: навязчивый контроль веса и питания, избегание социальных ситуаций, связанных с едой, ношение скрывающей одежды (часто —

признак анорексии), резкие колебания веса и эмоциональную нестабильность вокруг темы еды. Работа с искажённым восприятием образа себя —

важный элемент терапии, особенно при анорексии.

С точки зрения **нейробиологических аспектов** у каждого типа РПП есть свои особенности. При анорексии наблюдаются изменения в работе островковой доли мозга и нарушения серотониновой, норадреналиновой и дофаминовой систем. Булимия связана преимущественно с дофаминовыми нарушениями —

они затрагивают систему вознаграждения и способствуют импульсивному поведению. При компульсивном переедании отмечается дисрегуляция центров насыщения и тяги к высококалорийной пище.

Терапия РПП требует **мультидисциплинарного подхода**. Психолог работает с мотивацией, эмоциями и когнитивными искажениями, помогает формировать здоровые пищевые привычки и корректировать образ тела. Диетолог корректирует питание и восстанавливает правильные пищевые паттерны. Психиатр оценивает необходимость медикаментозной терапии. При работе с детьми особенно важно подключать родителей: они контролируют режим питания и поддерживают лечение на всех этапах.

Важно чётко понимать **границы компетенции психолога**. Он может проводить психотерапию (КПТ, ДБТ и другие виды), работать с самооценкой и образом тела, мотивировать на лечение. Однако в одиночку психолог не справится с тяжёлыми случаями РПП. Обязательно подключение врачей (психиатра, терапевта, эндокринолога), диетолога, а в случае нес

овершеннолетних —
родителей или опекунов. Такой комплексный подход повышает шансы на выздоровление
и снижает риск опасных осложнений.