

"ЗА ДУШЕВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА, СЕМЬИ, НАЦИИ"



**ПСИХОТЕРАПИЯ, СИМВОЛДРАМА, ПСИХОАНАЛИЗ,
ПРАКТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ,
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ.
ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**



**МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

14-15 ноября 2005 года

НОВОКУЗНЕЦК - 2005

УДК 615.851
ББК 55.57

ГОУ ДПО Новокузнецкий институт усовершенствования врачей
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и наркологии
Межрегиональная общественная организация содействия развитию символдрамы (МОО СРС)
МЛПУ «Центр медицинской профилактики» г. Новокузнецка
Национальная федерация психоанализа (НФП)
Сибирская ассоциация психоаналитиков (САП)

Главный редактор: А.И. Ковылин
Ответственный редактор: А.А. Зданович
Редколлегия: Я.Л. Обухов, О.И. Хвостова, А.Н. Басов,
Н.Б. Сосновская, Е.С. Манюкова, И.Л. Левина, С.А. Конищев

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАК МЕХАНИЗМ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

В.Н. Кожевников, К.С. Карташова, Я.В. Варлакова

Красноярский государственный университет (Красноярск)

Изучение остеохондроза позвоночника с позиции биопсихосоциального подхода [1] выявило связь между проявлениями заболевания и психологическим состоянием человека [2].

В основе этиопатогенеза этого заболевания лежит нарушение соотношения психического и физического тонуса, что запускает через активизацию миофасциальных триггерных точек локальный спазм мышц спины. Напряженные мышцы «формируют» неадекватный двигательный стереотип и затрудняют питание межпозвоночных дисков, в результате чего в них возникают и прогрессируют дегенеративно – дистрофические изменения.

Доказано, что основной клинический диагностический симптом остеохондроза – мышечно-болевого синдром имеет сложный двойной генез: вертеброгенный и психогенный [3]. Ряд исследователей (Григорьева В.Н. 1997-1998; Тюрина О.Г. 2002-2003) в этом контексте изучают личностные особенности, сопровождающие длительный болевой синдром, и подтверждают их влияние на хронизацию неврологических проявлений остеохондроза. При этом сравнения личностных особенностей при различной клинически выделенной локализации остеохондроза не проводилось.

Целью данного исследования явилось изучение психологических особенностей как механизма этиопатогенеза остеохондроза позвоночника различной локализации.

Исследование проводилось в неврологическом отделении Железнодорожной больницы г. Красноярска. В нем приняли участие 45 человек в возрасте от 19 до 67 лет с различной локализацией остеохондроза в отделах позвоночника: шейно-грудной, пояснично-крестцовой, распространенной (по 15 человек в каждой группе).

Исследование психологических особенностей проводилось с помощью опросника «Мини-мульти» [4], Томского опросника ригидности Залевского Г.В. [5], методики «Уровень невротизации» [6], «Опросника невротических расстройств» (личностных шкал) [7].

В ходе анализа результатов психологического исследования были выявлены группы характеристик общие для всех больных и особенности, специфичные для определенной локализации остеохондроза (шейной, пояснично-крестцовой и распространенной).

По результатам методики «Мини-мульти» у всех больных остеохондрозом позвоночника выявлена ориентация на соблюдение социальных норм (повышение показателей по 1 шкале до 81 Т-балла), наряду с тенденцией к стеничному отстаиванию собственной активной позиции (повышение или понижение значений по 9 шкале). У 24 человек в личностном профиле присутствует «конверсионная пятерка», что характерно для психосоматической клиники и отражает перевод эмоционального напряжения в соматические расстройства.

Личностные профили больных шейным остеохондрозом располагаются в рамках нормативного разброса. Выявлены следующие ведущие потребности у этих больных: избавиться от преобладающей пассивно-страдательной позиции, страхов и неуверенности (подавление 7 шкалы), выработать тип последовательного эмоционального реагирования (подавление 3 шкалы), действовать активно и гибко при внезапно меняющейся ситуации (подавление 6 шкалы). В целом же для больных шейным остеохондрозом характерна активная личностная позиция, высокая поисковая активность, ориентация на достижения.

Повышение показателей по 3 шкале (в диапазоне 62-76 Т-баллов) и по 6 шкале до 74 Т-баллов свидетельствует о том, что для больных пояснично-крестцовым остеохондрозом характерны: демонстративное поведение и эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность и агрессивность. При таком смешанном типе реагирования высокий уровень притязаний сочетается с потребностью в зависимости и сдержанности, эгоистичность – с альтруизмом, а агрессивность – со стремлением нравиться.

У больных с распространенным остеохондрозом выявлено повышение показателей по 3 шкале (в диапазоне 62-77 Т-баллов), что указывает на неустойчивость эмоций, конфликтное

сочетание разнонаправленных тенденций. Трудности гибкого приспособления к окружающему миру (значения по 6 шкале располагаются в диапазоне 61-72 Т-баллов) сопровождаются у этих больных ярко выраженным стремлением к зависимости и избеганию неуспеха (повышение значений по 2 шкале в диапазоне 62-69 Т-баллов), активному контролю своего поведения и соответствию социальным нормам (у 13 человек значения первой шкалы находятся в диапазоне 61-71 Т-балл). Во всех личностных профилях данной группы выявлены акцентуации (от 1 до 5), отражающие личностную и социальную дезадаптацию этих больных.

По результатам методики «Уровень невротизации» у трех групп больных остеохондрозом выявлены существенные отличия. Для 12 больных шейным остеохондрозом характерен низкий уровень невротизации (эмоциональная устойчивость и положительный фон переживаний, инициативность, оптимизм, социальная смелость и независимость формируют хорошую стрессоустойчивость). В группе больных пояснично-крестцовым остеохондрозом 8 человек имеют низкий, 6 - высокий уровень невротизации (повышенная тревожность, раздражительность, легкая фрустрируемость формируют чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальную робость и зависимость и, в конечном итоге, дезадаптированность в общесоциальном плане). У 10 больных распространенным остеохондрозом выявлен высокий уровень невротизации, у 3 – неопределенный.

По результатам методики ГОРЗ для всех больных остеохондрозом характерен широкий спектр фиксированных форм поведения, проявляющихся особенно ярко в состоянии стресса, страха, болезни (значительно повышены значения по шкалам «симптомокомплекс ригидности» и «ригидность как состояние»). Для больных пояснично-крестцовым остеохондрозом также характерна выраженная эмоциональная реакция на ситуации, требующие изменения привычного поведения (у 12 человек высокие показатели по шкале «сенситивная ригидность»). Больные распространенным остеохондрозом неспособны изменить мнение, отношение, мотивы даже при объективной необходимости (у всех больных очень высокие показатели по шкале «ригидность как состояние» и высокие - по шкале «актуальная ригидность»).

По результатам методики «Опросник невротических расстройств» для всех больных остеохондрозом характерна тенденция к подавлению социально нежелательных качеств (выявлены значения ниже нормы по шкалам «неуверенность в себе», «познавательная и социальная пассивность», «невротический сверхконтроль поведения», «аффективная неустойчивость»).

Таким образом, по результатам психологической диагностики для больных остеохондрозом позвоночника характерен неадекватный способ реагирования на стресс в форме разнонаправленных поведенческих реакций, гиперсоциальности, избыточного контроля поведения и трудностей эмоционального реагирования. Хроническая тревожность, сниженный фон настроения, обостренное переживание сложных социальных ситуаций и жизненных неудач приводят к появлению у этих больных отдельных акцентуаций характера и становлению ригидного типа личности (с характерными чертами физической и психической скованности, трудностями установления теплых доверительных отношений, постоянным повышенным самоконтролем, консерватизмом во взглядах, эгоцентричностью и чувством неполноценности). Такое состояние неблагополучия усугубляет не только тяжесть неврологической патологии, но и социальную дезадаптацию больных остеохондрозом позвоночника.

По психологическим механизмам этиопатогенеза остеохондроза позвоночника: шейный, пояснично-крестцовый, распространенный были выявлены специфические особенности.

Для больных шейным остеохондрозом характерна легкая психологическая нестабильность, повышенный уровень тревожности и подавление так называемых социально нежелательных качеств (неуверенности в себе, аффективной неустойчивости, социальной неадаптивности и т.д.) при общей хорошей адаптированности.

У больных пояснично-крестцовым остеохондрозом преобладающими психологическими характеристиками являются раздражительность, эмоциональная неустойчивость, появление отдельных акцентуаций характера и невротических реакций, приводящие к агрессивным тенденциям и предпочтению пассивных ригидных стратегий взаимодействия с окружающим миром.

Для больных распространенным остеохондрозом характерна выраженная психическая и социальная дезадаптация, состояние общего стресса, наличие личностных деформаций и невротических расстройств, обширная ригидизация поведения.

Заключение. В основе этиопатогенеза остеохондроза позвоночника лежат неадекватные психологические механизмы переработки стресса, приводящие через соответствующие локализации патологического процесса эмоциональные нарушения, акцентуации, невротические расстройства и механизмы ригидности к нарастанию личностной и социальной дезадаптации у этих больных.

Список литературы

1. Березин, Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Рус. мед. журн. – 1998. – №2. – С.43-49.
2. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: Мед-пресс-информ, 2005. – 432 с.
3. Хабиров, Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф.А. Хабиров. – Казань: Медицина, 2002. – 472 с.
4. Собчик, Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ / Л.Н. Собчик. – СПб.: Речь, 2002. – 219 с.
5. Залевский, Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г.В. Залевский. – Томск : Изд-во Томского университета, 1993. – 272 с.
6. Иовлев, Б.В. Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН): Методические рекомендации / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: Психоневрологический институт В.М. Бехтерева. Лаборатория клинической психологии, 1999. – 34 с.
7. Вассерман, Л.И. Психодиагностическая методика для определения невротических и невротоподобных нарушений (ОНР) / Л.И. Вассерман, Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков и др. – СПб.: Психоневрологический институт В.М. Бехтерева. Лаборатория клинической психологии, 1998. – 38 с.

ПСИХИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Я.В. Варлакова, В.Н. Кожевников, К.С. Карташова

Красноярский государственный университет (Красноярск)

Психическая ригидность является преимущественно прогностически неблагоприятным фактором терапии и реабилитации, а потому необходимо ее снижение [3]. Клинические примеры убеждают в необходимости интегративного биопсихосоциального подхода в вопросах диагностики и выбора лечебной тактики [2]. Отмечено, что смертность при ишемической болезни сердца зависит от показателей аффективной ригидности в остром периоде болезни и суммарного показателя качества жизни этих больных, то есть изначально определяется психологическими факторами [1].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в ЖД больнице г. Красноярска в кардиологическом отделении. Всего обследовано 50 человек. Диагноз был поставлен в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра, F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» [4]. Клиническая картина заболевания была представлена разнообразными невротическими проявлениями на фоне диагноза ишемической болезни сердца, выставленного врачами.

Проведенное исследование включало следующие этапы: 1) психологическое тестирование; 2) проведение психотерапии; 3) психологическое ретестирование. Больные, в соответствии с соматическими показаниями, лечились традиционными средствами, а психотерапия использовалась дополнительно. Все обследованные пациенты получали сеансы гетеросуггестивной психомышечной релаксации с положительной эмоциональной эмагинацией на выздоровление (ГСПМР) (автор Кожевников В.Н., 1996) [6]. Это метод психотерапии, в течение которого путем гетеросуггестии систематически моделируется оптимальное настроение и психофи-

физиологическое состояние, формируется определенная матрица долговременной памяти в мозге человека на запуск саногенетических процессов. На фоне сформированного за счет внушения пациенту положительных эмоций, приятных физических ощущений и чувства социального благополучия, состояния психомышечной релаксации, осуществляется процесс когнитивного, эмоционального, психофизиологического научения, пациент приобретает опыт «внутренней модели здоровья», необходимый для изменения поведения, т.е. выздоровления.

Параллельно с оценкой психологических показателей проводилась экспертная оценка врачей, работающих с этими больными.

Психическая ригидность в этиопатогенезе невротических расстройств при ИБС исследовалась с помощью: опросника ММРІ; Томского опросника ригидности (ТОРЗ) [3]; опросника «Уровень невротической астении» (УНА) [5]. Результаты исследований были обработаны согласно общепринятым методам статистического анализа.

Результаты: До ГСПМР средний уровень невротической астении (УНА) у больных ИБС был равен 47 %, что подтверждало наличие невротического расстройства. Средние результаты ММРІ у больных находились на пограничном уровне выраженности (50 – 75 Т-баллов), с пиками в шкалах ипохондрии, шизоидности, паранойи, реактивности. Это определяло состояние больных на грани психологической дезадаптации, с зависимой от внешних факторов активностью, склонностью к застреванию на негативных переживаниях, аффектам. Результаты опросника ТОРЗ свидетельствовали о высоком уровне психической ригидности у больных ИБС. Существенный процент больных оказались патологически ригидны по невротическому типу (24 % больных) [3]. Согласно проведенному корреляционному анализу, больные были разделены на две группы по виду ригидности. Результаты показали, что обе группы больных значительно различаются в профилях УНА и ММРІ.

В первой группе больных ИБС наиболее высокие показатели интенсивности имели шкалы «симптомокомплекс ригидности» (СКР) (179,26) и «установочная ригидность» (УР) (43,16) при умеренных показателях остальных шкал ТОРЗ. Высокие показатели экстенсивности (ЭПР-1 – 16,4±3,4, ЭПР-3 – 5,6±3,7) свидетельствовали о том, что ригидность очень сильно выражена по ширине и менее сильно – по глубине поражения психики [3]. Установочная ригидность больных расценивалась, как отражение патологически фиксированной интровертированной регуляции поведения без опоры на объективные признаки. Такая ригидность была частично осознанна, компенсирована и долговременна, болезнь имела высокий риск хронизации.

В этой группе больных были достоверно ($p < 0,01$) выше показатели депрессии (68Тб), истерии (64Тб), шизоидности (63Тб) по данным ММРІ, что выдавало пассивность, со склонностью к уходу от реальности. Болезнь носила демонстративный характер, использовалась для стимуляции активности других. Оставалась актуальной ориентация на социальные нормы, что лишь маскировало фрустрированные эгоцентрические тенденции. Полученные данные согласовывались с результатами исследований Г.В. Залевского [3], и расценивались, как астеническая форма ригидности у больных ИБС.

Во второй группе у больных ИБС в ТОРЗ высокие показатели имели шкалы, имеющие эмоционально-физиологическую интерпретацию при умеренных остальных показателях: «сенситивная ригидность» (СР) – чрезмерно высокий уровень (58,76), «ригидность как состояние» (РСО) – высокий уровень (14,66). Очень высокая интенсивность ригидности в совокупности с высокими ее проявлениями именно по глубине (ЭПР-3 – 7,1±3,3) при более низких значениях ширины поражения (ЭПР-1 – 12,5±3,2) говорила о том, что ригидность у этих больных сильно захватывает личность в стрессе, однако структуры личности в целом готовы к адекватной реакции вне стрессовых ситуаций.

Эта форма ригидности у больных ИБС по данным ММРІ (пики на шкалах паранойя (71Тб), ипохондрия (67Тб), реактивность (65Тб)) сопровождалась ярко выраженной тенденцией к формированию навязчивостей как сенестопатического, аффективного, так и когнитивного плана. Ригидизация в этом случае происходила из-за трудности осознания мотивов своего поведения и утяжеления состояния. Этот вариант ригидности у больных опасен накоплением отрицательных эмоций, которые могли выходить всплесками аффекта и приводить к инфаркту. Согласно данным литературы, эта ригидность характеризуется, как стеническая [3].

Больные ИБС со стенической формой ригидности оказались более дезадаптированы по невротическому типу (59% УНА), чем больные с астенической ригидностью (40% УНА).

Проведенная психотерапия позволила больным снизить психическое и мышечное напряжение, которое удерживало в долговременной памяти неадаптивные стереотипы реагирования и реализовывалось через нарушения сердечно-сосудистой функции: после ГСПМР больные отмечали улучшение своего состояния.

После ГСПМР у больных второй группы нами установлено снижение показателей всех шкал ТОРЗ до низких и умеренных. Положительная динамика регистрировалась по данным ММРІ (паранойя (51Тб), реактивность (50Тб), ипохондрия (55Тб)) и УНА (0,4-17%). Наиболее значимым прогностически следовало считать снижение паранойальности (враждебности), как фактора смертности при ИБС [1]. Также значимо снижение психастении, как фактора риска развития сердечной недостаточности [1].

Выявлена негативная динамика в группе больных с астенической ригидностью. В этой группе после ГСПМР повысилась психическая ригидность до высоких значений ТОРЗ (СР-476, СКР-1636, «преморбидная ригидность» (ПМР) -516). Произошло обострение тенденции к фиксации поведения. По ММРІ увеличились показатели истерии (62Тб от 56 исходных), психопатии (57 Тб от 52 исходных). То есть, под влиянием ГСПМР больные переживали эмоционально-физиологическую стимуляцию, что на фоне установки на экономию, воспринималось ими отрицательно. Однако и в этой группе после ГСПМР снизились паранойя, шизоидность и психастения (до 50-55 Тб в среднем), то есть наблюдался отсрочено позитивный эффект ГСПМР.

Заключение: Таким образом, влияние ГСПМР вызывало в организме у пациентов, страдающих ИБС, на фоне невротических отклонений психики оздоравливающий эффект, который регистрировался на уровне сердечно-сосудистой системы и наблюдался по результатам психологических методик.

Выявлена определяющая роль психической ригидности в этиопатогенезе ИБС и ее влияние на форму протекания этого заболевания, а также на скорость излечения и качество психотерапии, которые определяются видом ригидности больного. Отрицательным признаком в оценке перспективы излечения больного ИБС, согласно полученным нами данным, является формирование у него когнитивной, частично осознанной формы психической ригидности. Тенденция ригидной личности избегать минимальных стрессовых нагрузок создает установку «на катастрофу», заранее увеличивая тяжесть неизбежных ситуаций изменения и повышая риск невротизации и соматоформных проявлений.

Список литературы

1. Романова, И.В. Особенности клинического течения инфаркта миокарда, психологического профиля и прогноз исходов у мужчин различных соматотипов: Автореф. дис. ... док. мед. наук / И.В. Романова – Красноярск, 2000. – 41 с.
2. Гарганеева, Н.П. Паническое расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца / Н.П. Гарганеев // Клиническая медицина. – 2002. – №8. – С.29-33.
3. Залевский, Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г. В. Залевский. – Томск: Изд-во Томского университета, 1993. – 272 с.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр / – М. : Медицина, 1995.
5. Шкала для психологической диагностики уровня невротической астении (УНА) / Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев и др. – СПб., 1999. – 20 с.
6. Кожевников, В.Н. Психофизиологические корреляты адаптации спортсменов-саночников в условиях тренировочной и соревновательной деятельности: Дис. ... канд. мед. наук / В.Н. Кожевников. – Красноярск, 1996. – 198 с.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Обухов Я.Л. Развитие психотерапии по методу символдрамы в России</i>	3
<i>Ковылин А.И. «Профессиональное выгорание» – профессиональная деформация. Что первично?</i>	17
<i>Зданович А.А. Роль и место психотерапии в современном обществе</i>	21
<i>Зданович А.А. Священный столп. Огромный великан. Отвратительный урод. Новые символдраматические мотивы в лечении пограничных нервно-психических расстройств на фоне резидуально органической недостаточности ЦНС</i>	22
<i>Хвостова О.И., Хвостова И.С. Профилактика «Эмоционального выгорания» специалистов помогающих профессий методом психологического тренинга</i>	24
<i>Хвостова О.И., Лобыкина Е.Н. К вопросу о значении психотерапии в коррекции пищевого поведения</i>	26
<i>Москвитин П.Н. Психопрофилактические факторы позитивной психодрамы</i>	27
<i>Калашникова Т.В., Хвостова О.И. К вопросу о распространенности депрессивных и тревожных нарушений у телеутов кемеровской области</i>	30
<i>Тихонов С.И. Эффективная стратегия достижения цели</i>	32
<i>Любичева Н.И. Психокоррекция наркозависимых и созависимых</i>	33
<i>Лизунова Д.А. Психологическая коррекция с использованием метода символдрамы в работе с детьми, лишенными попечения родителей</i>	34
<i>Шановалова Т.С. Особенности символизации у пациентов пограничного отделения</i>	37
<i>Ветлугина Т.П. Проблема вторичной иммунной недостаточности при психических расстройствах</i>	40
<i>Решетников М.М. Кризисная интервенция и дебрифинг при массовой психической травме</i>	42
<i>Короленко Ц.П. Расширение терапевтических подходов при психических расстройствах</i>	44
<i>Юсан Е.В., Аксенов М.М. Особенности хронических психотравмирующих факторов у мужчин и женщин с расстройствами личности</i>	45
<i>Сарычева Ю.В., Ласовская Т.Ю. Возможности скрининговой диагностики синдрома эмоционального выгорания среди врачей</i>	46
<i>Загоруйко Е.Н. Тревожные и депрессивные расстройства в психиатрической и общесоматической практике</i>	47
<i>Ласовская Т.Ю., Брост Е.П., Джулай Л.В., Байкалов А.А. Социально-демографические характеристики больных с поясничным остеохондрозом</i>	51
<i>Виноградов А.З., Андриевский Б.П. Психогигиена и психопрофилактика для специалистов социальной медицины</i>	53
<i>Кожевников В.Н., Карташова К.С., Варлакова Я.В. Психологические особенности как механизм этиопатогенеза остеохондроза позвоночника</i>	55
<i>Варлакова Я.В., Кожевников В.Н., Карташова К.С. Психическая ригидность в этиопатогенезе и лечении невротических расстройств в кардиологической клинике</i>	57
<i>Басов А.Н., Басова Л.А. Сравнительный анализ содержания сценарных матриц больных основными формами невротических расстройств</i>	60
<i>Левина И.Л. Мониторинг психического здоровья детского населения</i>	61
<i>Сосновская Н.Б. Философско-духовная основа телефонного психологического консультирования</i>	66
<i>Никитинская Л.В. Супервизия – путь к себе</i>	68
<i>Манюкова Е.С. Акмеологическое консультирование – технология поддержки личностно-профессионального развития специалиста</i>	70
<i>Зданович О.В., Зданович А.А. Психологическая помощь в адаптации подростков. «Школа саногенного мышления»</i>	72
<i>Лебедькова Л.Н. Вопросы комплексной психологической помощи в девиантном материнстве</i>	75
<i>Штеле К.М. Пути восстановления и укрепления здоровья</i>	77
<i>Балабаева Н.А. Индивидуация, как цель юнгианского анализа, в образах начальных сновидений</i>	81

**ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
Кафедра психотерапии, медицинской психологии и наркологии**

**На кафедре проводится повышение квалификации
на циклах общего и тематического усовершенствования:**

- **Основы психотерапии, медицинской и практической психологии
{для врачей, психологов, социальных работников}**
- **Актуальные вопросы психотерапии, медицинской и практической психологии
{ для врачей, психологов}**
- **Психотерапия. Сертификационный
{для врачей психотерапевтов и психиатров со стажем работы более 5 лет}**
- **Наркология. Сертификационный
{для врачей, наркологов, психотерапевтов, и психиатров
со стажем работы более 5 лет}**
- **Основы семейной психотерапии
{для врачей психотерапевтов, психиатров, педиатров, терапевтов, психологов}**

На кафедре проводится профессиональная переподготовка

Подробная информация:

**654005, г. Новокузнецк, Кемеровской обл.,
пр. Строителей – 5, Новокузнецкий ГИУВ**

☎ (8-3843) 45-56- 01

E-mail-: postmaster@giduv.nkz.ru