

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России**

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 65 (70)

Санкт-Петербург
2018

Редакционная коллегия

В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф., науч. ред.); С.Г. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Р. Мизерене (Литва, Паланга, д-р мед. наук); В.А. Мильчакова (Санкт-Петербург, канд. психол. наук доцент); Н.А. Мухина (Санкт-Петербург, канд. мед. наук доцент); В.Ю. Рыбников (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.)

Редакционный совет

С.С. Алексанин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); А.А. Александров (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Ю.А. Александровский (Москва, д-р мед. наук проф.); Г.В. Ахметжанова (Тольятти, д-р пед. наук проф.); Е.Н. Ашанина (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); С.М. Бабин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Т.Г. Бохан (Томск, д-р психол. наук проф.); Р.М. Грановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.В. Змановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.Л. Николаев (Чебоксары, д-р мед. наук проф.); И.А. Новикова (Архангельск, д-р мед. наук проф.); М.М. Решетников (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.И. Чехлатый (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.К. Шамрей (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 513-67-97, 592-35-79

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2018
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2018

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia**

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 65 (70)

St. Petersburg
2018

Editorial Board

V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor); S.G. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); R. Mizeriene (Palanga, Lithuania, Dr. Med. Sci.); V.A. Milchakova (St. Petersburg, PhD Psychol. Sci. Associate Prof.); N.A. Mukhina (St. Petersburg, PhD Med. Sci., Associate Prof.); V.Yu. Rybnikov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof.)

Editorial Council

S.S. Aleksanin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); A.A. Aleksandrov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); Yu.A. Aleksandrovskii (Moscow, Dr. Med. Sci. Prof.); G.V. Akhmetzhanova (Togliatti, Dr. Ed. Sci. Prof.); E.N. Ashanina (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); S.M. Babin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); T.G. Bohan (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); R.M. Granovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.V. Zmanovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshchikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); N.G. Neznanov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.L. Nikolaev (Cheboksary, Dr. Med. Sci. Prof.); I.A. Novikova (Arkhangelsk, Dr. Med. Sci. Prof.); M.M. Reshetnikov (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.K. Shamrey (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.)

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 513-67-97, 592-35-79

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2018

© International Institute of Human Potential Abilities, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Курпатов В.И., Осипова С.А.

Лонгитудинальное исследование формирования психогенно обусловленных расстройств и саногенетических механизмов 7

Ильченко Е.Г.

Формирование представлений о невротических расстройствах (неврозах) 31

Бабаева Е.Г., Пьянзин Ю.Ф., Попова С.В.

Создание терапевтической среды в медико-реабилитационном отделении: опыт работы милье-группы в системе современной амбулаторной психиатрической помощи 49

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

Психотерапия, психокоррекция и психологическое консультирование, или почему не может быть единого закона о психотерапии 59

Городнова М.Ю., Чехлатый Е.И.

Лечебная среда наркологического стационара: теоретико-методологический подход в ее изучении и оптимизации 73

Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В., Чехлатый Е.И.

Персонализированный подход в медико-психологическом сопровождении больных с рассеянным склерозом 86

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Андреева Г.О., Емельянов А.Ю., Евдокимов В.И.

Динамика астенических нарушений у больных с травмами и заболеваниями нервной системы 98

Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г.

Роль медицинского психолога в комплексном лечебно-реабилитационном процессе восстановления наркологических больных 110

Пятибрат Е.Д.

Психофизиологическое обоснование эффективности курортов северо-запада и средних широт России в нормализации функционального состояния организма человека 123

Содержание статей журнала № 61–64 за 2017 г. 133

Информация о конгрессе 140

Информация о журнале 142

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Kurpatov V.I., Osipova S.A. Longitudinal study of the formation of psychogenic disorders and sanogenetic mechanisms	7
Ilchenko E.G. Formation of ideas about neurotic disorders (neuroses)	31
Babayeva E.G., Pyanzin Yu.F., Popova S.V. Creation of the therapeutic environment in medico-rehabilitation office, experience is lovelier than group in the system of modern out-patient mental health services	49
Nosachev G.N., Nosachev I.G., Dubitskaia E.A. Psychotherapy, psycho-correction and psychological counseling, or why can't there be a single law on psychotherapy	59
Gorodnova M.Yu., Chekhlatyi E.I. Therapeutic environment narcological hospital: theoretical and methodological approach in her study and optimization	73
Nikolaev E.L., Karavaeva T.A., Vasileva N.V., Chekhlatyi E.I. The personalized approach in medical and psychological support of multiple sclerosis patients	86

MEDICAL PSYCHOLOGY

Andreeva G.O., Emelianov A.Yu., Evdokimov V.I. Dynamics of asthenic disorders at patients with traumas and diseases of nervous system	98
Smirnova N.N., Soloviev A.G. The role of medical psychologist in the integrated treatment process of drug abuse patients recovery	110
Pyatibrat E.D. Psychophysiological substantiation of efficiency of resorts of the Northwest and middle latitudes of Russia in the normalization of the functional state of the organism	123
Index of articles, 2017 N 61–64	133
Information about the Congress	140
Information about the Journal	142

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89 : 159.9

В.И. Курпатов^{1,2}, С.А. Осипова¹

ЛОНГИТУДИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ РАССТРОЙСТВ И САНОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ

¹ Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кашенко, психотерапевтический центр (Россия, Санкт-Петербург, ул. Канонерская, д. 12);

² Санкт-Петербургский медико-социальный институт (Россия, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 72 А)

Для изучения этиопатогенеза невротических расстройств под 5-летним динамическим наблюдением находились 3000 человек, в условиях экстремальных нагрузок, длительного хронического стресса. Выделены этапы и стадии патогенеза невротических расстройств, саногенетические механизмы заболевания. Описана специфика клинической картины на разных этапах и стадиях развития, знание которой способствует проведению целенаправленных лечебно-профилактических мероприятий. Выявлено, что мишенью первичной психопрофилактики должны стать навыки по преодолению стресса, поддержанию собственного здоровья, навыки межличностного взаимодействия, финансового планирования, конструктивного мышления.

Ключевые слова: психиатрия, клиническая (медицинская) психология, преневротическое состояние, невротические расстройства, саногенез, этиопатогенез.

Введение

Основные критерии психогении были сформулированы К. Ясперсом ещё в 1913 г. Заметьте, прошло уже более 100 лет, но эта тема остается на пике научного интереса. Исследования последних 10 лет показывают, что

✉ Курпатов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., президент Профессиональной медицинской психотерапевтической ассоциации; гл. внештатный специалист психотерапевт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга; проф. каф. клинич. медицины Санкт-Петерб. медико-соц. ин-та (Россия, 195271, Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 72А); зав. психотерапевтическим центром психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кашенко (Россия, Санкт-Петербург, ул. Канонерская, д. 12), e-mail: vikurpatov@mail.ru;

Осипова Светлана Анатольевна – канд. мед. наук, врач-психотерапевт психотерапевтического центра психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кашенко (Россия, Санкт-Петербург, ул. Канонерская, д. 12), e-mail: osswan@mail.ru.

психогении все так же часто встречаются в любом возрасте от психосоматических расстройств новорожденных [8] до патологической реакции горя в пожилом и старческом возрасте [3].

Исследования психогений продолжают проводиться по различным направлениям. С.Г. Ихсанова изучала личностные детерминанты невротизации, выделила «невротические» и «антиневротические» личностные факторы. К первым отнесла такие черты личности, как шизотимия (сниженная общительность), эмоциональная неустойчивость, озабоченность, идеализм, дипломатичность и тревожность. Вторую группу составили общительность и открытость, интеллект, эмоциональная стабильность, нормативность и социальная смелость [2].

О.И. Рожнов является представителем ученых физиологов, продолжающих изучать влияние стресса. В наблюдениях на больных, у которых психогенный стресс обусловлен постановкой онкологического диагноза, он выявил, что вначале изменяются параметры сердечно-дыхательного синхронизма и уровень β -эндорфинов в плазме крови, затем уровень адренкортикотропного гормона и лишь через 1 неделю – уровень кортизола. Что свидетельствует о том, что из двух звеньев регуляции ответа организма на стрессор реакции центральной нервной системы более тонко влияют, чем гуморальное звено [9].

В.Ц. Болотова и В.А. Крауз проводили экспериментальное моделирование невроза на крысах. При анализе динамики отобранных показателей была выявлена фазность поведения животных. Первая фаза стресса, связанная с необычными для животных внешними воздействиями длилась с 1-е по 4-е сутки и характеризовалась нарастанием эмоциональной лабильности в 1,5–2,0 раза, снижением ориентировочной активности животных на 10–35 % и избеганием стрессогенных зон. В период с 5-е по 11-е сутки протекала стадия формирования хронической стресс-реакции, крысы на 50 % чаще стали заходить в некомфортную для них зону, при этом частично восстанавливалась ориентировочная активность и уменьшалась эмоциональная лабильность. С 12-х суток у крыс начиналось формирование неврозоподобного состояния. Возрастали тревожность и ориентировочная активность, а эмоциональная лабильность продолжала снижаться [1].

Проведено несколько лонгитудинальных исследований. Сотрудники кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского университета дружбы народов обобщили результаты сорокалетнего изучения пациентов с нервной анорексией и нервной булимией. За этот период было изуче-

но более 1500 больных. Выявлены преморбид, течение и исходы болезни. Показана роль генетических, биологических, социальных факторов в возникновении болезни. Изучены основные проявления болезни. Прослежен отдаленный катамнез и связь нервной анорексии с другими психическими заболеваниями. Разработаны методы диагностики и лечения, создан первый и единственный в стране Центр по лечению заболевания. Отметим, что в данном случае были объединены результаты 10 исследований, а не наблюдение за одними и теми же пациентами в течение 40 лет [7].

Сотрудники Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург) проанализировали данные лонгитудинального, в среднем ($2,3 \pm 0,6$) года, изучения психического состояния 229 больных [10]. Результаты исследования позволили выделить четыре резидуально-дефицитарных симптомокомплекса: общедефицитарный, регрессивно-дефицитарный, когнитивно-дефицитарный и аффективно-дефицитарный. Учет данных синдромов предлагается использовать для дифференциации невротических расстройств от психологических реакций в рамках психической нормы и от органических психических нарушений, а также для формирования адекватных реабилитационных программ.

Авторы придерживаются мнения, что только лонгитудинальные исследования позволяют изучать патогенез заболевания, динамику его клинических проявлений.

Цель – представить этапы и стадии невротических расстройств, выделенные в лонгитудинальном исследовании.

Материал и методы

С целью изучения этиопатогенеза неврозов и психосоматических заболеваний, динамики развития и клиники невротических состояний под длительным динамическим наблюдением находилась группа лиц в количестве около 3000 человек, деятельность которых была связана с экстремальными нагрузками и длительным хроническим стрессом – необходимостью в течение нескольких месяцев или лет работать в условиях повышенного риска и ответственности при измененном ритме сна-бодрствования и нахождении в изолированном коллективе.

Систематическое и целенаправленное наблюдение в течение 5 и более лет за этими лицами, находящимися в сложных условиях жизнедеятельности, позволило проследить переходные состояния между здоровьем и болезнью, начальные проявления психогенно обусловленных заболеваний, выделить факторы, способствующие возникновению и хронизации

болезненного процесса, оценить изменение системы отношений личности под влиянием фрустрационных переживаний и нарастания болезненной симптоматики.

Помимо натуральных исследований, для изучения динамики формирования психогенных заболеваний обследовали также больных, находившиеся на лечении в отделении неврозов.

Ведущим методом исследования был клинико-психопатологический, результаты которого уточняли экспериментально-психологическими тестами и другими параклиническими методами. Основной принцип исследования базировался на системном анализе – концептуальном триединстве нозоцентрического, нормоцентрического и вероятностного подходов.

Результаты и их анализ

Как правило, при изучении неврозов у обследуемых выявлялись сложные синдромальные структуры проявления заболеваний, не имеющие классических очерченных форм неврозов (неврастении, истерического невроза, невроза навязчивых состояний). Преобладали так называемые «недифференцированные» смешанные формы невроза, в клинических проявлениях которых одновременно присутствуют признаки разных форм неврозов. Такой полиморфизм свидетельствовал о тенденции к многомерности личностных конфликтов в условиях изолированного коллектива и хронического стресса.

В связи с преобладанием «недифференцированных» форм неврозов чаще использовали термин «невротическое состояние» с указанием его выраженности и основных клинических синдромов.

В результате проведенного исследования установлено, что в большинстве случаев заболевание развивалось постепенно. Лишь в редких случаях, когда психическая травма была непомерно велика (авария с гибелью людей или серия психических травм – «конфликтное созвездие»), формировалось острое психогенное заболевание.

Клинические наблюдения, проводимые с позиций «психиатрии течения», позволили выделить этапы и стадии болезненного процесса:

1-й – преневротический (предболезненный) этап нервно-психического неблагополучия;

2-й – невротический (болезненный) этап со стадиями:

- кратковременных невротических реакций;
- устойчивой невротической симптоматики;
- затяжного невротического состояния;

3-й – завершающий этап со стадиями:

- переход болезни в невротическое развитие;
- резидуальное состояние;
- выздоровление с остаточными (резидуальными) явлениями.

По мере прогрессирования болезни в типичных случаях эти этапы сменяли друг друга, отражая тяжесть состояния. Остановимся на симптоматике, характерной для каждого этапа, подробнее.

Преневротический этап – несформировавшееся в очерченную нозологическую форму предболезненное состояние, переходное между крайними вариантами нормы и болезнью.

Преневротическое состояние возникало под воздействием психотравмирующих переживаний, выражалось в чрезмерной фиксации на психологических трудностях (длительном аффективном напряжении), как правило, связанных со служебными и бытовыми трудностями. Не приводя к качественным изменениям, это нервно-психическое неблагополучие снижало резистентность организма к психотравмирующим и другим патогенным воздействиям, отчего в случае дополнительных вредностей легко происходила дезорганизация психической и соматической деятельности, и тогда формировалось болезненное невротическое или психосоматическое состояние.

В клинической картине преневротического состояния выявлялся комплекс признаков, свидетельствующих о неустойчивости настроения и самочувствия, повышенной чувствительности к различного рода раздражителям, эмоциональной лабильности, повышенной истощаемости, отсутствии «психического комфорта». Возникла невыраженная астения, проявляющаяся в наличии субъективного чувства общей усталости, отсутствии бодрости и должного эмоционального тонуса. Формально сохранялась обычная для индивидуума работоспособность, но периодически качество работы ухудшалось. Отмечались сензитивность, ощущение подавленности с гиперболизацией трудностей в работе и в быту, при этом многие личностные переживания и конфликты связывались именно с этими трудностями.

На данном этапе нервно-психического неблагополучия нарушения (микросимптомы) преобладали в психической сфере, не затрагивая соматическую и вегетативную. Все перечисленные признаки (аналоги симптомов) при этом состоянии были нестойки, слабо выражены и не оформлены в структурную систему синдрома заболевания. Они ослабевали после нескольких дней отдыха. Полное восстановление наступало через 1–2 недели при благоприятном изменении условий существования и ликвидации пси-

хотравмирующих факторов или при изменении системы отношений личности к этим субъективным трудностям.

По результатам экспериментально-психологического метода исследования на данном этапе развития патологии объективизировали эмоциональные и поведенческие отклонения (микросимптомы), незначительную выраженность астенических проявлений, изменение структуры личностных отношений.

По данным Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММРП), характерным являлся «пограничный» личностный профиль. При сохранившейся системе психологической защиты намечалась тенденция больше выпячивать свои проблемы, болезненную симптоматику, имелась склонность к более легкому возникновению аффектов, наличию неудовлетворенности, более низкой конформности. В преневротическом состоянии проявлялись общая напряженность, тревожность, сниженное настроение, раздражительность, отсутствие внутреннего равновесия, некоторая замкнутость, возможно эмоциональная незрелость, более легко вспыхивающие агрессивные тенденции. В анализируемом периоде экспериментально-психологические методики подтверждали наличие раздражительности и отсутствие выраженных астенических явлений.

Преневротический этап нервно-психического неблагополучия отличался от переутомления, астении тем, что это было не легко проходящее состояние, возникшее от перегрузок, а компенсированное, предболезненное длительное психическое напряжение, как правило, обусловленное внутриличностным конфликтом в виде фиксации на психологических трудностях.

Опираясь на теоретические концепции психологии отношений, где личность рассматривается как система отношений индивида с окружающей социальной средой, представлялось возможным следующее обоснование преневротического психического неблагополучия.

При взаимодействии психотравмирующего (конфликтогенного) фактора и особенностей личности человека, находящегося в сложной для него, трудноразрешимой ситуации, формировалось фрустрационное переживание или длительное психическое напряжение, под воздействием которого начинала неадекватно меняться система отношений личности, особенно отношение к конфликтной ситуации, которая воспринималась гипертрофированно и становилась наиболее значимым для личности переживанием, принимая патогенное значение.

В структуре отношений данного индивидуума происходили переоценка ценностей, изменение иерархии в системе значимости, в которой одно из первых мест начинали занимать психологические трудности. Происходили фиксации на проблемах экологической обособленности, проблемах, возникающих в быту, на работе и т. д., в результате чего нарушался нормальный эмоциональный баланс и формировалось состояние длительного психического напряжения, что и давало основание утверждать о возникновении преневротического состояния.

По длительности преневротический этап продолжался от нескольких недель до месяцев. На основе этого неблагополучия при появлении дополнительных вредностей и нагрузок развивались неврозы и психосоматические заболевания. При возникновении же благоприятной обстановки или принятии лечебно-профилактических мер дальнейшее развитие болезненного процесса прекращалось и наступало полное восстановление физического и душевного здоровья.

Таким образом, преневротическое состояние – это состояние длительного психического напряжения, возникающее под влиянием психотравмирующих переживаний, приводящее к неадекватно измененной системе отношений личности с гиперболизацией индивидуально значимых психологических трудностей и разрозненным, кратковременным, слабо выраженным болезненным признакам, не оформленным в структурную систему синдрома заболевания [4].

Это состояние оценивалось как предболезненный этап развития психогенных заболеваний. Выделение данного состояния существенно для решения задач первичной психопрофилактики, так как при создании благоприятной обстановки (отдых или уменьшение психотравмирующих нагрузок) или при проведении лечебно-профилактических мероприятий наступало полное восстановление психического здоровья.

Около 80 % лиц с явлениями преневротического неблагополучия без применения специальных профилактических мероприятий спонтанно восстанавливались или же, сохраняя симптоматику преневротического состояния, не заболевали. Эта группа достоверно отличалась от группы заболевших прежде всего по механизмам первичного саногенеза, препятствующим переходу предболезни в болезнь.

В случае же длительного сохранения неразрешенного конфликтного состояния (психотравмирующих, фрустрационных переживаний) в системе отношений личности или при воздействии дополнительных вредностей и нагрузок нервно-психическое состояние ухудшалось и принимало качест-

венно новую форму – форму заболевания (невроз, психосоматические расстройства, аддиктивные расстройства).

Невротический болезненный этап. Под воздействием длительного психического напряжения – неразрешенного конфликтного положения в системе отношений личности и, как правило, под влиянием дополнительных нагрузок ухудшение нервно-психического состояния прогрессировало, принимая качественно новую форму – возникал невротический болезненный этап. Широко известны три основных типа клинической картины неврозов: неврастения, истерический невроз и невроз навязчивых состояний; в связи с этим не приводятся их описания. В наших наблюдениях преобладали смешанные формы неврозов (невротические состояния). Для невротического этапа была характерна определенная динамика, и в его развитии выделяли стадии.

Стадия кратковременных невротических реакций. Клиника начальной стадии невротического этапа складывалась из повторно возникающих невротических реакций и периодов относительного благополучия с явлениями астенического симптомокомплекса.

Для невротических реакций в этой стадии заболевания было характерно кратковременное течение. Они возникали на фоне эмоциональных нагрузок, характеризовались непосредственной связью с психотравмирующей ситуацией, быстротой развития, непродолжительностью течения и, как правило, имели благоприятный прогноз. После разрешения невротической реакции наступал период относительного благополучия – неустойчивая стабилизация нервно-психического состояния. Нередко реакции протекали в стертой, невыраженной форме, купировались без вмешательства врачей и расценивались больными и окружающими как естественные, ситуационно обусловленные, хотя и чрезмерные по силе реакции.

Продолжительность невротической реакции была от нескольких часов до 1–2 нед, затем наступала относительная стабилизация нервно-психического состояния.

При динамическом наблюдении в периоды «относительного благополучия» выявлялась умеренно выраженная симптоматика, свойственная астеническому синдрому: утомляемость, повышенная раздражительность, вспыльчивость; головные боли после умственных и эмоциональных нагрузок; нарушение сна, чаще в виде удлиненного периода засыпания, отсутствие чувства свежести, бодрости после пробуждения. Нередко сами пациенты не придавали значения общевевротической симптоматике и сообщали о подобных нарушениях только при целенаправленном расспросе.

Всегда имелась критическая оценка преходящих острых нарушений, невротические проявления не использовались в «защитных целях», не было «ухода в болезнь», вторичной невротической травматизации от сознания своей нервно-психической несостоятельности.

Имелось стремление волевыми усилиями компенсировать невротическую симптоматику, что не всегда удавалось. По мере углубления болезненной симптоматики происходила дальнейшая трансформация в системе отношений личности, еще более гиперболизировались трудности работы и повседневной жизни, в результате чего появлялись отрывочные идеи об «ущемленности», «неудавшейся судьбе», «о завышенных требованиях» со стороны руководства и окружающих, что нередко усложняло взаимоотношения в социальной группе.

В клиническом течении кратковременных невротических реакций отмечались общие закономерности. Как правило, вслед за психогенной травмой снижалось настроение, появлялись чувство тоски, безысходности, конфликт занимал доминирующее место в сознании больного. Этот период длился от нескольких минут и часов до 1–2 сут и условно мог быть назван дистимическим. В это время ухудшался аппетит, нарушался сон, наблюдались колебания пульса и других вегетативных показателей, иногда учащались позывы к мочеиспусканию. Затем на данном фоне развивалась та или иная невротическая симптоматика, по преобладанию которой выделяли истерические, депрессивные и смешанные реакции.

Истерические реакции выражались бурными эмоционально-вегетативными вспышками, протекающими нередко на фоне неглубокого сужения сознания, с речедвигательным возбуждением, плачем, нанесением себе незначительных повреждений, отказом от еды, невротическим мутизмом и т. д. Общими особенностями указанных нарушений были ситуационная обусловленность переживаний и определенная демонстративность поведения.

Основными компонентами депрессивной реакции являлись – сниженный фон настроения, нарушение сна, ухудшение аппетита, вялость, снижение работоспособности. В клинической картине всегда находило отражение психотравмирующая ситуация, которая приобретала доминирующее значение. В сознании навязчиво «проигрывался» конфликтный момент, воображению представлялись сцены, отрицательно окрашенные эмоционально. Больной понимал связь своего состояния с психотравмирующими моментами, которые трактовались с оттенком повышенной значимости и приобретали характер сверхценных.

Необходимо подчеркнуть, что между формами невротических реакций зачастую отсутствовали четкие клинические границы. Нередко реакция, начавшись как депрессивная, трансформировалась в истерическую и наоборот. В структуре истерических реакций встречались элементы невротической депрессии. Депрессия, в свою очередь, могла включать истерические симптомы – носить оттенок театральности и т. д. Далеко не всегда имела отчетливая клиническая симптоматика, часто реакции протекали в стертой, невыраженной форме, купировались без вмешательства медицинской службы и расценивались окружающими и больными как естественные, ситуационно обусловленные.

Дополнительные методы исследования объективизировали общевевротическую симптоматику и эмоциональную лабильность, выявляли наличие чувства дискомфорта, неудовлетворенности и психологических переживаний и вместе с тем проявления компенсаторных возможностей нервной системы. Подтверждалась периодичность в течение болезненного состояния с эпизодами агрессивных вспышек, периодами беспокойства и тревоги с возвратом симптоматики после периода улучшения.

Больные испытывали трудности в контактах узкого круга, отсутствие внутреннего равновесия, нервозность, интраспективность, отгороженность, склонность к конфликтам в своей социальной группе. На этом этапе имелись незначительно выраженные астенические проявления. При анализе признаков было видно, что основная астеническая симптоматика проявлялась несдержанностью, взрывчатостью, сложностью взаимоотношений в социальной группе. В соответствии с клиническими наблюдениями выявляли, что на этом астеническом фоне облегченно возникали невротические срывы, были затруднены тормозные процессы высшей нервной деятельности.

По имеющимся наблюдениям, стадия кратковременных невротических реакций длилась от 3 до 6 и более месяцев и ей была свойственна следующая динамика развития. В начальном периоде описываемой стадии для возникновения невротической реакции необходима довольно значимая психологическая травма; частота транзиторных эмоциональных нарушений относительно невелика и они скоротечны. В дальнейшем же с развитием болезненного состояния срывы учащались, укорачивался период относительного благополучия (ремиссии) между ними, не наступало «полное выздоровление», зачастую их провоцировали незначительные пусковые факторы. Течение невроза принимало как бы приступообразный характер,

когда вспышки чередовались со все ухудшающимися по качеству ремиссиями.

Течение невроза становилось менее зависимым от значимости психотравмирующих факторов и внешних условий, и болезнь переходила в следующую стадию.

Стадия устойчивой невротической симптоматики. Основными и наиболее характерными чертами данной стадии заболевания являлись: выраженность и устойчивость клинических проявлений, меньшая зависимость течения болезни от внешних условий и ситуационных моментов, наличие вегетативно-висцеральных нарушений.

Отличие данного периода заболевания от стадии кратковременных невротических реакций заключалось в большей стабильности болезненных проявлений и отсутствии межприступных состояний мнимого благополучия. Фазность, обусловленная повторными невротическими реакциями, сменялась непрерывным типом течения невротического процесса. Течение болезни менее зависело от внешних условий и ситуационных моментов. Невротическая симптоматика обуславливалась легкостью возникновения вторичных травмирующих воздействий. Отношение к невротическим проявлениям как к болезни входило в систему личностных отношений, и сам невроз становился психотравмирующим фактором. Менялась структура личностных отношений – все большее место занимали проблемы собственного благополучия, что проявлялось в виде переоценки тяжести болезненных симптомов и фиксированности на них. Нередко невротическая симптоматика закреплялась по «желательным мотивам», не было активного стремления восстановить здоровье и работоспособность, ответственность за это перекладывалось на окружающих. Попытки волевыми усилиями преодолеть собственную несостоятельность еще больше истощали и астенизировали психическое состояние пациентов или вовсе отсутствовали.

Клиническая картина невроза в этой стадии характеризовалась комплексом психических нарушений и висцерально-вегетативных расстройств. Наиболее типичны были следующие симптомы: повышенная утомляемость и неустойчивое настроение, повышенная раздражительность, нарушения сна, головные боли. Из общевевротических расстройств наблюдались упадок сил, снижение трудоспособности, эмоциональная лабильность, некоторое снижение основных психических функций – памяти и внимания.

На первый план выступали явления «раздражительной слабости», эмоциональной неустойчивости и лабильности настроения. Отрицательные

эмоции вызывались очень легко, а внешнее проявление их подавлялись с трудом. Одни больные по незначительному поводу приходили в состояние гневливости, несдержанности, повышенной возбудимости, склонности к конфликтам, столкновениям с окружающими, иногда довольно бурным аффективным разрядам. Другие переживали все внутри себя, замыкались, были склонны к легкому возникновению невротической депрессии. Настроение неадекватно повышалось при незначительной удаче и ухудшалось при малейшей неблагоприятной ситуации.

Отмечалась повышенная чувствительность больных к сенсорным раздражителям. Они с трудом выносили резкие звуки, запахи, яркий свет, были чрезмерно чувствительны даже к простому раздражению кожи. Привычная форменная одежда «непомерно трет плечи». Часто беспокоило ощущение «ползания мурашек» или жжения, эти ощущения были диффузными и не локализованы. Из-за того, что все звуки раздражали, снижались трудоспособность, способность концентрироваться на производимой деятельности.

Для страдающих этой стадией невроза пациентов были весьма типичны нетерпимость и плохая переносимость ожидания и неизвестности. Выражены явления физической и умственной астении. Часты жалобы на общую физическую слабость, отсутствие бодрости, энергии, невозможность выполнения привычного до болезни объема работы. Зачастую уже при пробуждении больной чувствовал себя утомленным – «разойтись, приступить к работе очень трудно». Повышенная истощаемость проявлялась в неустойчивости активного внимания, трудностях сосредоточиться на какой-либо задаче или вопросе. Почти все больные отмечали у себя трудности сосредоточения внимания, отвлекаемость. Больные также жаловались на ухудшение памяти, которое скорее являлось следствием нарушенного внимания, поскольку при выполнении ответственных задач не отмечались явления гипомнезии.

Работоспособность значительно колебалась в течение суток, зависела от многих субъективных и незначительных факторов: «Я недоспал час и теперь не могу нормально работать». Нередко самочувствие было хуже по утрам, а к вечеру оно постепенно улучшалось.

Частым симптомом невротического состояния являлась головная боль, возникновение которой было связано с эмоциональными нагрузками. Характер головных болей весьма разнообразен. Более часты жалобы на неострые головные боли, похожие скорее на тяжесть в голове, на неприятные ощущения в виде «несвежести», «пустой», «ватной» головы. В тяжелых

случаях беспокоили «пульсирующая», «давящая», «распирающая», «сжимающая» головная боль, ощущение давления, стягивания.

В 85 % встречались нарушения сна. Наиболее характерными были нарушения засыпания, расстройства глубины сна и легкие проявления диссомнии. Отмечалась недостаточность влечения ко сну, нередко к вечеру повышалась работоспособность. По словам больных в это время, «когда стихает напряжение рабочего дня», «хочется почитать книгу», «составить план работ на завтра», «выполнить наиболее ответственные дела». После такой активной деятельности спать не хотелось, не наступало мышечное и психическое расслабление. Период засыпания становился очень длительным.

Возникновение дремоты нередко сопровождалось гиперестезией к сенсорным раздражителям (чаще звуковым), при этом каждый шум вызывал болезненное раздражение. У больных отмечались вспышки гнева, зачастую направленного на виновников этих раздражителей. При засыпании сон поверхностный, часто тревожный с большим количеством сновидений. От незначительного шума легко возникало пробуждение, что также являлось показателем недостаточной глубины сна. Вследствие неглубокого ночного сна больные не высыпались, нередко была сонливость на протяжении дня.

С меньшей частотой регистрировались диссомнические расстройства, когда на фоне незначительно выраженных нарушений засыпания и собственно сна при пробуждении отсутствовали ощущения бодрости и отдыха, напротив, больные жаловались на чувство вялости, разбитости – сон не освежал. Относительно редко (у 6 % больных) встречалась форма невротической бессонницы в виде укороченного сна из-за раннего пробуждения.

В стадии устойчивой невротической симптоматики были отчетливо выражены (в сравнении с предыдущей стадией невроза) висцеро-вегетативные нарушения, которые проявлялись как в субъективных ощущениях, так и при объективном обследовании. Личностный профиль ММП у пациентов отражал наличие выраженной болезненной симптоматики, склонность к ипохондрической фиксации, с частыми жалобами на боли в эпигастральной области и другими соматическими проявлениями. Нередко в клинической картине регистрировались висцеральные ощущения различной интенсивности: жалобы на сердцебиение, чувство замирания сердца, перебои, боли в области сердца сжимающего и щемящего характера, изжогу, неприятные ощущения в эпигастральной области и т. д. У больных, как правило, была нестабильная масса тела. При объективном

исследовании в 68 % отмечали симметричное повышение сухожильных рефлексов, в 75 % – легкое дрожание вытянутых пальцев, в 84 % – усиление потоотделения, в 55 % – усиленный дермографизм.

Снижались «защитные свойства личности», появлялась тенденция к большей открытости, обнажению имеющейся симптоматики, даже желание несколько выпятить существующие болезненные проявления.

Экспериментально-психологические методы подтверждали у больных наличие нервозности, раздражительности, общей слабости, бессонницы, вялости, ипохондрических жалоб, сосредоточенности на своих болезненных переживаниях и личностных недостатках, интроспективности, склонности к волнениям, напряженности, внутренней дисгармонии, хронически установившегося ощущения неадекватности, озабоченности сексуальными проблемами, сензитивности. Отмечались также потеря продуктивности, инициативы, уверенности в себе; отход от социальных обязанностей, трудности во взаимоотношениях с окружающими, склонность к конфликтам в контактах узкого круга.

Шкала астении подтверждала наличие выраженного психического и физического утомления, повышенной истощаемости, упадка сил.

Выявление стадии устойчивой невротической симптоматики являлось прямым показанием к выводу пациента из психотравмирующих обстоятельств и оказанию врачебной помощи преимущественно в условиях смены обстановки, санаторно-курортного лечения или стационара.

Стадия затяжного невротического состояния. При длительном сохранении определяющих этиологических (психотравмирующих) факторов и несвоевременном проведении лечебных и организационно-профилактических мероприятий болезненные проявления постепенно трансформировались в стадию затяжного невротического состояния, которая являлась пограничной с невротическим развитием, но в то же время обладала коренным отличием в виде ситуационной обусловленности этого болезненного состояния, сохранением связи невроза с патогенной ситуацией.

Клиническая картина складывалась из пролонгированного на многие месяцы невротического состояния с отчетливыми психическими и соматовегетативными нарушениями.

У большинства пациентов, помимо невротической симптоматики, регистрировали сердечно-сосудистые заболевания и болезни желудочно-кишечного тракта.

В стадии затяжного невротического состояния существенно и стойко была изменена система отношений личности. Особо значимым в ее структуре являлось отношение к болезни. Подлинная психотравмирующая ситуация перестала звучать в клинической картине, защитные невротические механизмы (выработанные в процессе заболевания патологические формы защиты) становились основными.

Болезнь изменяла свойства личности и, как правило, приводила к хронически установившемуся сниженному фону настроения с ипохондрической фиксацией на имеющейся симптоматике.

Стойкие изменения личности и настроения были ситуационно обусловлены и являлись необратимыми только в случае продолжения психотравмирующего воздействия. При изменении же условий исчезало воздействие комплекса патогенных факторов психологической среды и появлялись реальные возможности реабилитации больного.

При изучении клинической симптоматики выявляли отчетливые нервно-психические и сомато-вегетативные нарушения. Отмечали снижение трудоспособности, повышенную истощаемость, вялость, неустойчивое настроение, раздражительную слабость, повышенную сенсорную чувствительность. Типичны расстройства сна в виде удлиненного периода засыпания, практически у половины больных бессонница была выраженная – сон неглубокий с частыми пробуждениями, после подъема они длительно ощущали состояние вялости, разбитости. Все больные с признаками затяжного невротического состояния отмечали тяжесть и неприятные ощущения в голове, некоторых больных беспокоили частые и «сильные» головные боли или периодические, менее выраженные. Пациенты страдали желудочно-кишечными расстройствами, часто встречались сердечно-сосудистые заболевания, нарушение половой функции, отмечались снижение полового влечения, у некоторых – преждевременная эякуляция.

В стадии затяжного невротического состояния наиболее выражены депрессивно-ипохондрические нарушения невротического уровня. При беседах с врачом больные охотно и многословно высказывали опасения по поводу имеющихся нарушений, были фиксированы на соматическом неблагополучии, говорили о «неудавшейся судьбе». Такие пациенты редко шутили, улыбались, у них преобладал сниженный фон настроения.

При объективном исследовании у 60 % больных определяли общий и дистальный гипергидроз, стойкие дермографические реакции, в 66 % случаев – симметричное повышение сухожильных рефлексов, в 48 % наблюдений – дрожание пальцев вытянутых рук.

По результатам сердечно-сосудистой пробы Руфье выявлялось снижение переносимости физических нагрузок, у 46 % больных – недостаточные адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы.

Личностный профиль ММРІ отражал наличие выраженной болезненной симптоматики, вскрывал тенденцию к ипохондрическому развитию. Экспериментально подтверждалось наличие психологических конфликтов, глубокие личностные изменения у страдающих 3-й стадией невротического состояния, неудовлетворенность своим положением и отсутствие отдаленных временных перспектив. В клинической картине отмечали подавленность, потерю продуктивности, ипохондрические жалобы, жалобы на повышенную утомляемость, усталость, боли. Обычно у пациентов наблюдали потерю инициативы, уверенности в себе, отсутствие внутреннего равновесия, отмечали сосредоточенность на своих болезненных переживаниях и личностных недостатках, на чувстве собственной неполноценности, на трудностях взаимоотношений с окружающими, плохую социальную приспособляемость.

Выявляли симптоматику выраженной астенизации. При этом не было преобладания выраженности психической астении над физической, что отчетливо прослеживалось в группах преневротического этапа и стадии кратковременных невротических реакций.

Итак, стадия затяжного невротического состояния по своим характеристикам приближалась к невротическому развитию, но отличалась от последнего ситуационной обусловленностью.

Завершающий этап затяжных невротических расстройств. Различали три варианта разрешения затяжных невротических состояний:

- выздоровление с остаточными (резидуальными) явлениями. Наиболее часто в качестве резидуальных проявлений сохранялась эмоциональная лабильность с преимущественно гипотимическими реакциями. В рамках наших исследований обнаружили, что даже при полном клиническом выздоровлении в системе отношений личности остаются стойкие изменения, поскольку личность, подстраиваясь к условиям стресса, претерпела реконструкцию;

- резидуальное состояние – характеризовалось более стойкой склонностью к гипотимическим и ипохондрическим проявлениям;

- переход болезни в невротическое развитие. По своим проявлениям затяжные невротические расстройства могут вносить стойкие изменения в структуру личности, приближаясь к клинической картине расстройства

личности. Данное состояние расценивалось нами, как и рядом других авторов, как невротическое развитие личности.

Диагноз невротического развития был правомерен тогда, когда один из невротических синдромов при воздействии патогенных факторов, подчиняясь законам синдромакинеза (при наблюдении закономерности формирования психических функций в онтогенезе), начинал «двигаться» от невротических проявлений к психопатическим. Этот развивающийся синдром в дальнейшем стал определять структуру патохарактерологических расстройств. Основное проявление негативной симптоматики при невротических развитиях – возникающая чрезмерная аффективность, которая приводила к конфликтам, нарушала адаптацию, лишала личность ранее выработанных форм поведения. Для невротического развития был характерен полиморфизм невротической симптоматики, причем только один из невротических синдромов мог развиваться в динамике, другие наблюдались на уровне невротических реакций, а патохарактерологические расстройства соответствовали основному невротическому синдрому.

Для улучшения понимания изложенного материала приводим схему, отражающую динамику формирования психогений.



Схема динамика формирования психогений

Экспериментально-психологические результаты. Для выявления саногенетических механизмов, способствующих сохранению здоровья у лиц, находящихся в преневротическом состоянии, вызванном воздействием хронического стрессора, провели дополнительное исследование. Изучили клинические, психопатологические и экспериментально-психологические различия между контрольной группой здоровых лиц ($n = 51$) и группой лиц с преневротическими состояниями ($n = 53$), вызванными воздействиями хронического стрессора. В группах преобладали женщины (немногим более 80 %), и они были сопоставимы по полу и возрасту.

В качестве стрессоров рассматривали жизненные события, которые систематизировали по интенсивности, направленности (негативной, позитивной, нейтральной) и времени, требуемому на реадaptацию. В зависимости от этого различали микрострессоры, критические жизненные события и хронические стрессоры. Хронические стрессоры представляли собой постоянно повторяющиеся трудности, которые продолжались минимум 4 нед.

В исследовании применяли клинико-анамнестический метод, клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования. Последний включал шкалу депрессии Гамильтона (HADRS), шкалу депрессии Бека (BDI), опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90), интегративный тест тревожности (ИТТ), Я-структурный тест Аммона (ISTA), копинг-тест Лазаруса (WOCQ), индекс жизненного стиля (ИЖС), опросник ресурсов совладания со стрессом (CRIS). Для количественной оценки данных использовали унифицированную карту обследования пациентов; для качественной и количественной оценки стрессоров в разных жизненных сферах применяли полуструктурированное интервью, разработанное на основе методики «Перечень жизненных событий и сложностей» (LEDS).

Полученные данные статистически обрабатывали в программе SPSS 11,5 путем сравнительного анализа. Приводятся только статистически достоверные различия в группах при $p < 0,05$.

Поскольку речь пойдет о состоянии предболезни, то необходимо уточнить, что описываемые далее клинические симптомы обследуемых не носили постоянный характер и не имели достаточной выраженности, чтобы быть включенными в структуру синдрома. Поэтому их обозначали как «микросимптомы» или «аналоги симптомов». Согласно клиническому методу исследования в анамнезе у обследуемых в преневротическом состоянии чаще встречали психические заболевания по прямой (30 в основной и 0 % в контрольной группе) и боковой линиям наследственности (20 и 0 %

соответственно), ананкастные или тревожные (50 и 4 % соответственно) черты личности.

Сравнительный анализ клинического опроса обследуемых в предболезненном состоянии (основная группа), вызванном воздействием хронического стрессора, и группы здоровых лиц (контрольная группа) выявил, что первые достоверно чаще упоминали о наличии следующих микросимптомов:

- подавленность, тоскливое настроение, представление прошлого и будущего в мрачных тонах (50 и 4 % соответственно);
- мысли о возможном предстоящем несчастье, боязливость, тревога, панические атаки (40 и 4 % соответственно);
- ощущение внутреннего напряжения и разнообразные телесные ощущения, которых не было ранее, уверенность в том, что окружающие недооценивают их переживаний (20 и 4 % соответственно);
- нарушения засыпания, поверхностный сон (50 и 0 % соответственно), реже ранние пробуждения, разбитость, физическая усталость (40 и 12 % соответственно);
- затруднение выполнения умственных и физических нагрузок в связи со снижением желания что-либо делать и рассеянностью внимания, сопровождающееся самообвинениями, чувством неполноценности (30 и 0 % соответственно);
- повышение аппетита, понижение массы тела (20 и 0 % соответственно).

Отметим, что при хроническом стрессе даже в предболезненный период микросимптоматика была многообразна, неустойчива, при этом обследуемые основной группы отмечали, что если возникает какая-либо производственная необходимость, то они способны «взять себя в руки» и все выполнить в срок.

Результаты экспериментально-психологического метода исследования со статистической достоверностью различий в группах при $p < 0,05$ представлены в таблице.

Отметим, что общие баллы по клинической шкале депрессии Гамильтона и шкале депрессии Бека не выходили за рамки нормы в обеих группах. В то же время, как видно из таблицы, имелись статистические различия по отдельным проявлениям депрессии.

Статистически значимые различия ($p < 0,05$) показателей психологических методик

Методика, шкала	Основная группа	Контрольная группа
Клиническая шкала депрессии Гамильтона (HADRS)		
общий балл	8,7 ± 0,5	1,40 ± 0,20
мысли о смерти	0,3 ± 0,1	0,04 ± 0,01
ранняя бессонница	0,8 ± 0,1	0,16 ± 0,01
поздняя бессонница	0,6 ± 0,1	0,04 ± 0,01
снижение работоспособности и активности	0,7 ± 0,2	0,12 ± 0,03
заторможенность	0,3±0,1	0
ажитация	0,5 ± 0,1	0
психическая тревога	1,0 ± 0,1	0,16 ± 0,04
желудочно-кишечные соматические симптомы	0,3 ± 0,1	0
общие соматические симптомы	0,6 ± 0,1	0,04 ± 0,1
суточные колебания настроения	0,5 ± 0,1	0
Шкала депрессии Бека (BDI)		
неудовлетворенность собой	1,1 ± 0,4	0,44 ± 0,07
раздражительность	0,8 ± 0,2	0,24 ± 0,09
утомляемость	0,6 ± 0,1	0,44 ± 0,03
когнитивно-аффективные проявления	6,6 ± 0,5	2,92 ± 0,05
соматические проявления	6,1 ± 1,1	2,80 ± 0,50
Интегративный тест тревожности		
астенический компонент ситуативной тревоги	6,6 ± 1,4	4,52 ± 0,20
Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90)		
обсессивно-компульсивные расстройства	1,10 ± 0,30	0,59 ± 0,08
депрессия	0,98 ± 0,10	0,51 ± 0,06
индекс дистресса	1,66 ± 0,40	1,27 ± 0,12
Я-структурный тест Аммона (ISTA)		
дефицитарная агрессия	57,4 ± 8,1	46,8 ± 7,2
Опросник ресурсов совладания со стрессом (CRIS)		
направленность на себя	34,5 ± 5,2	54,2 ± 6,7
уверенность	30,4 ± 5,6	54,6 ± 7,2
финансовая свобода	35,5 ± 3,2	50,6 ± 8,4
физическое здоровье	19,0 ± 5,2	41,1 ± 0,9
управление стрессом	54,8 ± 9,2	74,4 ± 12,1
решение проблем	35,5 ± 5,5	69,7 ± 10,0
когнитивное реструктурирование	41,3 ± 4,9	69,3 ± 7,7
социальная принужденность	29,0 ± 2,8	55,9 ± 5,4

Методика, шкала	Основная группа	Контрольная группа
эффективность копинг-ресурсов	29,1 ± 3,2	54,0 ± 5,5
Перечень жизненных событий и сложностей (микропозитивные события)		
в сфере образования	0,60 ± 0,10	1,60 ± 0,30
в сфере общения с друзьями	0,16 ± 0,02	1,16 ± 0,01
в сфере собственного имущества	0,16 ± 0,04	0,76 ± 0,02

Согласно опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90) показатели депрессии находились на верхней границе с нормой, а обсессивно-компульсивных расстройств превысили ее, что подтверждало наличие доминирующих идей на стадии предболезни, усиливающих состояние внутреннего психологического напряжения, воспринимаемого пациентами как дистресс.

Экспериментально-психологические статистические различия не затрагивали системы копинг-стратегий, защитных механизмов и ценностей, но имели существенное влияние на Я-структуру и ресурсы личности.

Я-структурный тест Аммона подсказал, что здоровые люди чаще умеют конструктивно выражать свою агрессию и тревогу, в то время как лица в преневротическом состоянии направляли свою агрессию на уменьшение количества социальных контактов, изоляцию от общества, что являлось отражением дефицитарной агрессии.

Опросник ресурсов совладания со стрессом показал, что хронический стресс сильно воздействует на ресурсы личности, снижая их выраженность и возможность использовать их для преодоления стрессовой ситуации.

В целом стрессогенный фон у здоровых лиц имел большее число позитивных хронических стрессоров, а также позитивных и негативных микрострессоров. Здоровые лица также отмечали негативную, на их взгляд, потребность длительно взаимодействовать с государственными инстанциями, что отмечалось как жизненно важное событие, поэтому не сказывалось на состоянии здоровья.

В заключении еще раз хотелось бы подчеркнуть, что произойдет ли переход из состояния здоровья в состояния предболезни и болезни или удастся сохранить здоровье, зависит от того, как взаимодействие патогенетических и первичных саногенетических факторов будет влиять на гомеостаз психической деятельности. В случае же заболевания включаются вторичные саногенетические механизмы, способствующие процессу выздоровления. В связи с этим важно понимать, что воздействие психотерапев-

тических программ должно усиливать саногенетические факторы на всех трех уровнях: биологическом, психологическом и социальном.

Выводы

Таким образом, возникновение и развитие психогенно обусловленных невротических расстройств имели очерченную стадийность (этапность) формирования, специфику проявлений на разных этапах и стадиях развития, знание которых способствовало проведению целенаправленных лечебно-профилактических мероприятий.

Выделение предболезненного этапа имело существенное значение для предупреждения заболеваний, так как установка на поиск состояний с повышенной вероятностью возникновения нездоровья служила ведущим принципом целенаправленной и обоснованной первичной профилактики. Опираясь на тот факт, что наибольшему изменению подвергаются ресурсы личности, мишенью первичной психопрофилактики должны стать навыки по преодолению стресса, поддержание собственного здоровья, навыки межличностного взаимодействия, финансового планирования, работа с иррациональными установками.

Литература

1. Болотова В.Ц., Крауз В.А. Экспериментальное моделирование невроза // Биомедицина. 2014. № 3. С. 95.
2. Ихсанова С.Г. Индивидуально-психологические предпосылки невротизации личности // Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. 2014. № 3/4. С. 148–150.
3. Корнилов В.В. Патологическая реакция горя в пожилом и старческом возрасте (обзор литературы) // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2014. № 1. С. 35–39.
4. Курпатов В.И. Профилактика, лечение и реабилитация психогенно обусловленных расстройств у плавсостава Военно-морского флота : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб. 1994. 41 с.
5. Курпатов В.И. Динамика клинических проявлений психогенно обусловленных расстройств // Современные методы лечения пограничных расстройств : материалы ежегод. науч.-практ. симпоз. / под ред. В.И. Курпатова. СПб. : СПбМАПО, 2008. С. 2–14.
6. Курпатов В.И., Осипова С.А. Формирование психогенно обусловленных расстройств : учеб.-метод. пособие. СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2011. 32 с.
7. Марилев В.В., Артемьева М.С., Сулейманов Р.А., Брюхин А.Е. Результаты длительного лонгитудинального исследования нарушений пищевой поведения // Вестник РУДН. Сер. Медицина. 2006. № 2 (34). С. 129–133.
8. Окорочкова Е.В. Психосоматические расстройства у новорожденных // Науч.-исслед. публ. 2014. № 5 (9). С. 71–79.

9. Рожнов О.И. Динамика параметров сердечно-дыхательного синхронизма в сопоставлении с уровнем гормонов стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем при психогенном стрессе // Кубан. науч. мед. вестн. 2008. № 6 (105). С. 68–70.

10. Шамрей В.К., Марченко А.А., Абриталин Е.Ю. [и др.]. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра // Соц. и клинич. психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 14–18.

Поступила 10.11.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Курпатов В.И., Осипова С.А. Лонгитудинальное исследование формирования психогенно обусловленных расстройств и саногенетических механизмов // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 7–31.

LONGITUDINAL STUDY OF THE FORMATION OF PSYCHOGENIC DISORDERS AND SANOGENETIC MECHANISMS

Kurpatov V.I^{1,2}, Osipova S.A.¹

¹ Saint Petersburg psychiatric hospital № 1 P.P. Kashchenko
(Kanonerskaya Str., 12, St. Petersburg, Russia);

² Saint-Petersburg Medico-Social Institute
(Kondratyevsky Ave., 72 A, St. Petersburg, Russia)

✉ Vladimir Ivanovich Kurpatov – Dr. Med. Sci. Prof., President of the Professional Psychotherapeutic Medical Association; chief part-time specialist therapist of the health Committee of St. Petersburg; Prof. of clinical medicine (the course "Psychiatry") Saint-Petersburg Medico-Social Institute (Kondratyevsky Ave., 72 A, St. Petersburg, 195271, Russia); head of the psychotherapy centre of Saint Petersburg psychiatric hospital № 1 P.P. Kashchenko (Kanonerskaya Str., 12, St. Petersburg, 190121, Russia), e-mail: vikurpatov@mail.ru;

Svetlana Anatoljevna Osipova – PhD Med. Sci., doctor-psychotherapist of the psychotherapy centre of Saint Petersburg psychiatric hospital № 1 P.P. Kashchenko (Kanonerskaya Str., 12, St. Petersburg, 190121, Russia), e-mail: osswan@mail.ru.

Abstract. To study the etiopathogenesis of neurotic disorders under 5 years of dynamic observation were 3000 people under extreme stress, prolonged chronic stress. The stages and stages of the pathogenesis of neurotic disorders, sanogenetic mechanisms of the disease. The specificity of the clinical picture at different stages and stages of development, knowledge of which contributes to the targeted therapeutic and preventive measures. It is revealed that the target of primary psychoprophylaxis should

be skills to overcome stress, maintain their own health, skills of interpersonal interaction, financial planning, constructive thinking.

Key words: psychiatry, clinical (medical) psychology, penetrationthe condition, neurotic disorders, sanogenesis, etiopathogenesis.

References

1. Bolotova V.Ts., Krauz V.A. Eksperimental'noe modelirovanie nevroza [Experimental modeling of neurosis] *Biomeditsina* [Biomedicine]. 2014. N 3. P. 95. (In Russ.)
2. Ihsanova S.G. Individual'no-psikhologicheskie predposylki nevrotizatsii lichnosti [Individual psychological background of neuroticism personality]. *Austrian Journal of Humanities and Social Sciences*. 2014. N 3/4. Pp. 148–150. (In Russ.)
3. Kornilov V.V. Patologicheskaya reaktsiya gorya v pozhilom i starcheskom vozraste (obzor literatury) [Bereavement in old age (overview research works)]. *Sovremennaya terapiya v psikhiiatrii i nevrologii* [Modern therapy in psychiatry and neurology]. 2014. N 1. Pp. 35–39. (In Russ.)
4. Kurpatov V.I. Profilaktika, lechenie i reabilitatsiya psikhogenno obuslovlennykh rasstroistv u plavstostava Voennno-morskogo flota [Prevention, treatment and rehabilitation of psychogenic disorders in the swimming composition of the Navy] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1994. 41 p. (In Russ.)
5. Kurpatov V.I. Dinamika klinicheskikh proyavlenii psikhogenno obuslovlennykh rasstroistv [Dynamics of clinical manifestations of psychogenic-related disorders] *Sovremennye metody lecheniya pogranychnykh rasstroistv* [Modern methods of treatment of borderline disorders]: Scientific. Conf. Proceedings. Ed. V.I. Kurpatov. Sankt-Peterburg. 2008. Pp. 2–14.
6. Kurpatov V.I., Osipova S.A. Formirovanie psikhogenno obuslovlennykh rasstroistv [The formation of due to psychogenic disorders]. Sankt-Peterburg. 2011. 32 p. (In Russ.)
7. Marilov V.V., Artem'eva M.S., Souleimanov R.A., Brioukhin A.E. Rezultaty dlitel'nogo longitudinal'nogo issledovaniya narushenii pishchevogo povedeniya [Longitudinal study of eating disorders]. *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya Meditsina* [Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series Medicine]. 2006. N 2. Pp. 129–133. (In Russ.)
8. Okorochkova E.V. Psichosomaticheskie rasstroistva u novorozhdennykh [Psychosomatic disorders of newborn infants]. *Nauchno-issledovatel'skie publikatsii* [Journal of Scientific Research Publications]. 2014. N 5. Pp. 71–79. (In Russ.)
9. Rozhnov O.I. Dinamika parametrov serdechno-dykhatel'nogo sinkhronizma v sopostavlenii s urovnem gormonov stress-realizuyushchei i stress-limitiruyushchei sistem pri psikhogenom stresse [Dynamics of cardiorespiratory synchronism parameters in comparison with hormone level of stress-realizing and stress-limitinsystems at psychogenic stress]. *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik* [[Kuban Scientific Medical Bulletin]]. 2008. N 6. Pp. 68–70. (In Russ.)
10. Shamrei V.K., Marchenko A.A., Abritalin E.Yu. [et al.]. Rezidual'no-defitsitarnye sostoyaniya pri rasstroistvakh nevroticheskogo spektra [Residual deficitary conditions in neurotic spectrum disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2013. Vol. 23, N 4. Pp. 14–18. (In Russ.)

Received 10.11.2017

For citing. Kurpatov V.I., Osipova S.A. Longitudinal'noe issledovanie formirovaniya psikhogenno obuslovlennykh rasstroivt i sanogeneticheskikh mekhanizmov. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 65. Pp. 7–31. (In Russ.)

Kurpatov V.I., Osipova S.A. Longitudinal study of the formation of psychogenic disorders and sanogenetic mechanisms. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. Pp. 7–31.

УДК 616.85/9 (048)

Е.Г. Ильченко

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (НЕВРОЗАХ)

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Представлены основные этапы развития представлений о невротических расстройствах и меняющиеся взгляды на механизмы их возникновения, патогенеза, подходов к диагностике и лечению. Дается обзор понимания неврозов в трех основных психологических направлениях: психогенетического, биогенетического и социогенетического. Приведен детальный анализ научных исследований с отражением ключевых аспектов патогенеза невротических расстройств и терапевтических воздействий при этой нозологии. Полученные исследовательские данные свидетельствуют о том, что зачастую невротические расстройства рассматриваются односторонне, выделяя конкретный психологический, биологический или социальный базис, а дискуссионность в вопросе этиопатогенеза неврозов указывает на целесообразность применения знаний о невротических расстройствах, затрагивающих все три сферы с учетом их взаимного влияния с точки зрения актуальной сегодня биопсихосоциальной концепции развития заболеваний. При этом отраженное представление о ведущей патогенетической значимости психогенетической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики не противоречит биопсихосоциальной концепции в отношении психических расстройств, а логично вытекает из нее.

Ключевые слова: невротическое расстройство, невроз, этиология, патогенез, биопсихосоциальная концепция, патогенетическая психотерапия, психогенез.

✉ Ильченко Евгений Геннадьевич – врач-психотерапевт, аспирант отдела лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: Dr_ilchenko@mail.ru.

Введение

Термин «невроз» впервые был употреблен в XVIII в. шотландским ученым и врачом Уильямом Калленом для обозначения нарушений, при которых невозможно зафиксировать соматические причины. В своем труде У. Каллен описывал данные состояния как «те поражения чувств и движений, которые зависят не от местного поражения самого органа, а от более общего страдания, от которого зависят все вообще движения» [4]. В связи с этим понятие включало широкий спектр патологии от мигреней, которые находятся в настоящее время в компетенции неврологии, до собственно неврозов. Таким образом, в этом смысле невроз был синонимом термина функциональное нервное заболевание, продержавшегося до 1930-х годов [13].

Представления о неврозе изменились с течением времени, что связано с научно-техническим прогрессом в целом, а также с развитием психиатрии в частности.

Учение о неврозах развивалось в трех направлениях – психогенетическом, биогенетическом, социогенетическом. Данные пути отражали различные взгляды исследователей как на механизмы возникновения, причину, так и на роль объективного и субъективного, а также представления о способах терапевтического воздействия при этих заболеваниях [10]. По каждому из этих направлений были разработаны различные подходы к диагностике и лечению неврозов.

Психогенетическое направление базируется на изучении психологии личности и включает в себя психоаналитическую, психодинамическую, поведенческую, когнитивную, когнитивно-бихевиоральную, гуманистическую концепции.

Психоаналитическая концепция, предложенная Зигмундом Фрейдом в 1893–1894 гг. и разрабатываемая его последователями [9, 14], была одной из первых теорий психологического направления. Данная группа исследователей придерживалась мнения о ведущей роли психического конфликта как следствия реально существовавших в ранней истории субъекта психологических проблем.

По этой теории невроз представляет собой компромисс запретного влечения, обусловленного врожденными инстинктами в противовес моральным принципам, сформированным под воздействием социума. При этом реализуется данная реакция по принципу психологической защиты [12, 22].

Последователи психоаналитического направления [3, 15] считают, что формирование конфликтов, приводящих к появлению неврозов, происходит в трехсторонней системе отношений. Суть возникновения конфликтов состоит в стремлении удовлетворения влечений или нарциссиче-

ских потребностей с помощью желаний автономии и зависимости, противоречащих друг другу. При этом данные формы интеракции, связанные с невротическими попытками решения проблемы, являются по своей сути регрессивными [14].

Психоанализ и представленная психоаналитическая концепция в целом стали подвергаться критике уже в период становления. Дискуссия о применимости данного подхода актуальна и сейчас, в частности критикуется такими авторами и учеными, как К. Ясперс, Г.Й. Вайтбрехт, К. Шнайдер и др. [5, 7, 13].

Неофрейдисты, заложив основы *психодинамической концепции* [24], отказались от идей обусловленности психики биологическими влечениями и отводили ведущую роль в патогенезе неврозов нарушениям базовых внутренних потребностей, специфике культуры и социальных условий.

Разрабатываемая В.Н. Мясищевым патогенетическая концепция (относящаяся к психодинамической) рассматривает невроз как психогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых для личности отношений и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Нарушения отношений в самом общем виде характеризуются как искажение когнитивного компонента вследствие его неосознанности или недостаточной степени осознания и чрезмерное преобладание эмоционального компонента, что приводит к неадекватности отношения, и в силу чего отношение уже не может обеспечивать адекватную регуляцию поведения [14, 18]. Понимание невроза как психогенного заболевания, в этиопатогенезе которого прослеживается психологически понятная связь между возникновением нарушений, клинической картиной и ее динамикой, с одной стороны, и особенностями системы отношений, личностными особенностями, а также характером и динамикой психотравмирующей патогенной ситуации – с другой, определяет ориентацию психотерапевтических воздействий на коррекцию личности и реконструкцию ее нарушенных отношений [10].

Поведенческая концепция. Наряду с психоаналитическим и психодинамическим подходами было сформировано иное психологическое направление – это поведенческая концепция, основанная на теории научения [2, 7]. Данная концепция предполагала, что симптомы обязаны своим происхождением неверно сформированным навыкам, и ставила своей задачей устранение симптоматики с помощью техник, которые направлены на отказ от старых и выработку новых навыков. Ее теоретическая основа резко отличалась от психоаналитической базы тем, что в ней отвергалась идея о наличии болезни или скрытого процесса, симптомы которых являются лишь их внешним проявлением. Напротив, она утверждала, что симптом и есть болезнь. Актуальным остается тенденция к значительному расшире-

нию теоретической и инструментальной базы поведенческого подхода, при этом может быть использован любой метод, эффективность которого доказана экспериментально. Такой подход Арнольд Лазарус назвал «Поведенческой терапией широкого спектра» или «мультимодальной психотерапией» [22].

Позиции, аналогичные поведенческой трактовке патологии, разрабатывались с начала XX в. и в Советском Союзе, при этом долгое время эти взгляды основывались на «условно-рефлекторной теории». Еще в 1915 г. В.М. Бехтеревым был предложен метод «сочетательно-рефлекторной терапии», а И.П. Павлов в 1920-е гг. основал теорию условных и безусловных рефлексов и их подкрепления, при этом отмечал, что, благодаря выработке желательных или подавлению нежелательных условных рефлексов, может быть изменено поведение [17]. И.П. Павловым была впервые разработана экспериментальная модель невротических расстройств, и, опираясь на свою концепцию, он заключил, что состояния, подобные неврозам, можно наблюдать под воздействием сверхинтенсивных или сверхдлительных раздражителей, приводящих к срыву высшей нервной деятельности, а также вследствие перенапряжения таких основных нервных процессов, как возбуждение и торможение [18, 21].

Именно эти идеи И.П. Павлова получили развитие в исследованиях американского психолога Джона Уотсона (1878–1958 гг.), который заключил, что классическое обусловливание у животных присуще и людям, и именно оно является этиологическим фактором возникновения фобий.

Когнитивная концепция. Наряду с поведенческим подходом, в отношении этиологии невротических нарушений исследовалось предположение о том, что причины нервно-психических расстройств заключаются в ошибках мышления, и тут выделялся когнитивный подход, направленный на изменение нецелесообразных или нелогичных мыслей и убеждений человека, а также дисфункциональных стереотипов его восприятия и мышления. По мнению сторонников когнитивного направления А. Бек, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, М. Davis, E.R. Eshelman, М. McKay [8, 16], классические для психоанализа техники, такие как метод свободных ассоциаций, не применимы в работе с пациентами, страдающими депрессией, так как они «еще больше погружаются в трясину своих негативных мыслей».

Если рассматривать когнитивную теорию как дополняющую поведенческую модель неврозогенеза, то проблемы невротической личности вытекают в основном из неких искажений реальности, основанных на ошибочных предположениях и допущениях. Аномальные представления возникают в результате неправильного научения в процессе познавательного или когнитивного развития личности. Например, в теории А. Эллиса [21]

появление невротических нарушений является следствием функционирования иррациональных установок, представляющих собой жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, абсолютного характера.

Когнитивно-ориентированный подход, так же как и поведенческий, основан на психологической модели «научения». «Эмоциональные нарушения» – это не неврозы в клиническом понимании, это – тревожные или депрессивные реакции, которые, наряду с сексуальными отклонениями и расстройствами поведения, относят к так называемым «проблемам жизни». Следует отметить, что в своей работе А. Эллис фактически избегал понятия «невроз», употребляя такие неточные и не вполне клинические понятия, как «эмоциональное состояние», «эмоциональное расстройство», «эмоциональный дистресс», «эмоциональные проблемы». Следовательно, речь скорее идет о «концепции эмоциональных проблем», рассматриваемых с психологических позиций, нежели о «концепции невроза», основанной на клинко-психологическом подходе. Согласно такой модели, понимание психогенеза несущественно для реализации изменений в поведении, поэтому лечение, как и в поведенческой терапии, состоит в «многократном переосмыслении и множественных, регулярно повторяющихся действиях, направленных на погашение иррациональных убеждений».

А. Бек [7] исходил из положения, что психологические нарушения, предвещающие этап нейрофизиологических расстройств, связаны с абберацией мышления, под которой он понимал сбой на когнитивной стадии переработки информации, искажающий видение объекта или ситуации и являющийся причиной ложных представлений, самосигналов и неадекватных эмоциональных реакций [3] – *базис когнитивно-поведенческого направления*. В своей работе Ю.В. Захарова, Л.В. Кан, Н.В. Чернов [8], рассматривая ключевые этапы когнитивно-поведенческой терапии, приводят критический взгляд М. Мэхони на основные положения когнитивно-поведенческой концепции и терапии, которые он считал по сути рационалистическими, так как при этом допускается, будто видение реальности терапевтом правильно, а пациенту остается только принять этот взгляд.

В исследовательских работах Д.В. Ковпака, И.С. Головкина, М.В. Бурдина, И.Н. Агамамедовой, М.В. Голубева, и А.В. Ялтонской [9, 12] когнитивно-поведенческое направление рассматривается в качестве комбинированного и комплексного варианта для лечения как невротических расстройств, так и смежных нозологий, преимущественно заболеваний пограничного регистра. Однако этиопатогенетическое понятие, а соответственно, и подход к терапии заболеваний разного регистра остается одним и заключается в том, что пациент владеет ключом к пониманию своего эмоционального расстройства и его разрешению в рамках собственного созна-

ния [6]. Это отличает когнитивно-поведенческое направление от психодинамической концепции, где источник эмоциональных нарушений лежит вне сознания человека (неосознанные переживания). В когнитивно-поведенческой модели предполагается, что начало проблем лежит в искажении реальности, они основаны на ошибочных представлениях пациента и возникают в результате так называемого «неправильного научения» в процессе когнитивного развития личности.

Гуманистическая концепция. Еще одним ракурсом рассмотрения причин и механизмов невротических расстройств в рамках психологического направления являлась экзистенциально-гуманистическая концепция. С точки зрения большинства ее представителей, таких как К.Р. Роджерс, Л. Хьелл, Д. Зиглер, И. Ялом, Р. Мэй, Ф. Роберт, Ф. Джеймс, Л.Ф. Шеховцова, В.Б. Шумский [4, 9, 17], восприятие, мышление, чувства, переживания и поведение человека определяются через Я-концепцию, которая понимается как сумма всех субъективных знаний как о самом себе, так и о своем внутреннем опыте.

Одним из основателей гуманистического направления является А. Маслоу [4], разработавший иерархическую модель мотивации. Согласно этой теории, у человека с рождения последовательно появляются базовые потребности, а затем при взрослении они дополняются новыми, более сложными. Всего было выделено семь классов потребностей, организованных автором в виде пирамиды. По мнению А. Маслоу, вышележащие потребности могут начать реализовываться только при предварительном удовлетворении нижележащих, и поэтому процент достижения самоактуализации людьми небольшой (около 1 %). Позже А. Маслоу отказался от столь жесткой иерархии, выделяя только два класса потребностей: нужды и развития [5, 7]

Согласно гуманистической концепции, неврозы развиваются вследствие отсутствия мотивации к реализации своих потребностей. В. Франкл [12] указывает, что в основе неврозов лежит не психогения, а экзистенциальный вакуум, образующийся в силу различных причин и проявляющийся утратой цели жизни, блокировкой стремления к поиску конкретного смысла личного существования. Такие неврозы В. Франкл называет нозогенными. В качестве их причины он указывает двойную утрату – утрату базисных животных инстинктов и разрушение многовековых традиций [2]. Неврозы, по представлениям экзистенциалистов [13, 22, 25], это особые формы отчужденного существования человека. По В. Франклу [4], основной потребностью человека является потребность в смысле жизни, а невозможность ее удовлетворения определяется как экзистенциальная фрустрация.

К.Р. Роджерс [2] в своей теории определял человека как неповторимую личность, которая стремится к самореализации и преодолевает отрицательное влияние социума. Наиболее радикальной концепцией данного направления является позиция «антипсихиатрии» [4]. Как отмечает А. Якубик [22], различают три варианта антипсихиатрии, и к первому из них относят объединяющий совокупность концепций, предложенных Р. Лэйнгом, Д. Купером и А. Эстерсоном [13, 22] – авторами феноменологически-экзистенциалистской ориентации, которые строили свои основные идеи (особенно Р. Лэйнг) на теории патологии внутрисемейной коммуникации, разработанной так называемой калифорнийской школой из Пало-Альто. Ко второму варианту относятся идеи В. Базальи, обращенные к вопросам политики, идеологии, а также революционных общественных преобразований; третий же включает в себя теоретические взгляды Т. Саса, сформированные под влиянием фрейдизма и Л. Бинсвангера [14].

При ориентации на гуманистические ценности эти концепции в большей или меньшей степени игнорируют клиническое своеобразие болезни, не учитывают нозологическую специфичность и, более того, не проводят существенных различий между больным и здоровым человеком, а следовательно, не определяют целей и механизмов лечебного воздействия [15].

Одним из базовых утверждений концепции является то, что потенциал выздоровления есть у каждого человека. Так, при определенных условиях пациент может самостоятельно и полноценно реализовать свой потенциал. Следовательно, основной задачей гуманистического психолога в процессе терапевтического курса становится прежде всего создание благоприятной среды для реинтеграции пациента. Данная позиция игнорирует верификацию диагноза психопатологических нарушений в рамках общепринятых нозологий, поскольку ориентирована на уникальность каждого индивидуума и аутентичное, безоценочное, непредвзятое отношение к больному. Так, центральное положение теории нарушений К. Роджера [7] – восприятие пациентом неконгруэнтности между переживанием, поведением и Я-концепцией [2, 12].

Биогенетическое направление базируется на изучении биологических причин неврозов. Развитие биологических концепций невротических расстройств тесно связано с ходом технического прогресса. Если изначально представления развивались в гипотетическом направлении, то в настоящий момент активно изучается роль нейрогуморальных, иммунных, биохимических факторов. Биологические детерминанты исследуются различными генетическими, биохимическими, нейроанатомическими и психофизиологическими методами, направленными на определение специфичности соответствующих нарушений при той или иной патологии. Согласно

ключевым детерминантам, в биогенетическом направлении выделяют конституциональную, патофизиологическую, биохимическую, нейроанатомическую концепции.

Конституциональная концепция. Первой биологической концепцией была конституциональная, в первоначальном виде она представляла собой исключительно генетическую обусловленность динамики личностной аномалии и полностью нивелировала значения психогенных воздействий для формирования картины соответствующих патологических процессов [23].

Представители конституционального подхода, основанного на учении о дегенерации, полагали, что ведущая роль в возникновении неврозов принадлежит патологической наследственности, а психогенные вредности имеют лишь вид видимых причин, пускового фактора, при этом в действительности им принадлежит вспомогательная роль, которая заключается в активации и ускорении проявлений конституциональных тенденций [6].

В дальнейших исследованиях Ф. Гальтон и его соратники показали, что коррелирующие признаки имеют общий источник или причину [15]. Это предположение заложило основу факторного анализа, ведущими теоретиками которого позже стали Ганс Айзенк [12] и Реймонд Кеттелл [15] – основоположники 3-факторной модели личности и патологии.

Патофизиологическая концепция. Другой биологической концепцией является патофизиологический подход, в основу которого легло учение И.П. Павлова [4], создавшего модель невротических расстройств на основе условнорефлекторной теории. Этиологическим фактором в развитии невроза является «сшибка» – то есть столкновении двух условных рефлексов или формирование очень тонких дифференцировок, которые способствуют срыву высшей нервной деятельности, и в результате приводят к перенапряжению основных нервных процессов торможения и возбуждения.

Так, основываясь на данных модельных представлениях, И.П. Павлов выделил несколько типов неврозов и их представленность, зависящих от типа высшей нервной деятельности человека (а в дальнейшем – от профиля полушарных отношений) [15].

П.К. Анохин [1, 4], в отличие от И.П. Павлова, ключевым механизмом в происхождении невротических расстройств считал не борьбу основных нервных процессов возбуждения и торможения, а конкуренцию между двумя системами возбуждения, опосредующими два целостных, при этом взаимоисключающих вида деятельности. То есть условное торможение появляется в результате столкновения двух систем возбуждения. Данная теория ближе к современным нейрофизиологическим представлениям о ведущей роли тормозных систем (и прежде всего систем возвратного и лате-

рального торможения) в организации целостной адаптивной деятельности организма [1].

Согласно *нейроанатомической концепции*, различные формы невротических расстройств можно гипотетически связать с истощением тормозных систем на уровне внутрикорового (меж- и внутрислоевого) или корково-подкоркового, а именно кортико-лимбического взаимодействия [4, 6]. Последующие исследования включают данные об электроэнцефалографических корреляциях функционального состояния мозга, при этом авторы [19] отмечают ряд особенностей на уровне коры и лимбико-ретикулярных структур мозга, повышенную степень активации (т. е. дефицит торможения) в виде десинхронизации ЭЭГ, угнетения – ритма, повышение активности и низкоамплитудных альфа-волн при невротических и тревожных расстройствах [20], то есть появляется возможность нейровизуализации психических расстройств.

Усложнение технологий позволяет приводить новые доказательства биологической основы неврозов. Несмотря на это, полученные данные в результате исследований далеко не всегда могут дать ответ на вопрос о причинно-следственной связи: являются ли выявленные нарушения причиной или следствием заболевания? Видный мировой эксперт в области систематизации психических расстройств Алан Фрэнсис [4, 23] в своих работах критикует крен психиатрии в биологические науки, причем не только в методологическом аспекте, но и с точки зрения его пользы для практики лечения различных расстройств. На примере Национального института психического здоровья (NIMH) США, объявившего 1990-е годы десятилетием головного мозга и прилагающего немало усилий по внедрению биологических программ в клинические и фундаментальные исследования, А. Фрэнсис [4] показывает, что даже уникальные исследования этой области не всегда приносят практическую помощь пациентам, при этом нарушают ход устоявшихся и структурированных разработок [22].

Согласно взглядам *биохимического направления* установлено, что многие генетические воздействия опосредствованы биохимическими процессами [6]. Изменения могут происходить и под воздействием внешней среды. Накопление современных научных данных делает очевидным, что биологические факторы находятся в сложных, системных взаимосвязях как с психологическими механизмами, так и с факторами окружающей среды, следовательно, изучать их в отдельности некорректно. Последующее изучение психических и пограничных состояний, доказавшее ошибочность представлений об автономности развития личности от окружающей среды, привело к тому, что сугубо биологическое направление постепенно потеряло актуальность, но стало базой для развития учения о психобиологической модели личности Роберта Клонингера [20], по которому три из

четырёх факторов темперамента коррелируют с биохимическими (медиаторными) системами мозга и полиморфизмом определенных генов.

Социогенетическое направление изучения неврозов основано на мнении, что в поведении человека врожденные паттерны не имеют существенного значения и каждое его действие или патологическое проявление – лишь продукт внешнего, социального воздействия, а следовательно, манипулируя внешними факторами, можно добиться изменения поведения. Родоначальниками данного направления были Дж. Локк, Дж. Уотсон, В. Штерн [12, 16]. Также в основу данных концепций легла теория Курта Левина [3], связывающая проблемы юности с факторами окружающей среды, считая поведение человека функцией одновременно личности и ее среды.

Экологическая концепция. К социогенетическому направлению относится экологическая модель развития, предложенная американским психологом У. Бронфенбреннером и развитая Г. Крайгом [15]. Согласно этой концепции, развитие человека – это динамический процесс, идущий в двух направлениях. С одной стороны, человек сам реструктурирует свою жизненную среду, а с другой – испытывает воздействие со стороны факторов этой среды. При этом, так же как и в биогенетическом направлении, нивелируется собственная активность развивающегося человека, ему отводится лишь пассивная роль существа, который приспосабливается к окружающей обстановке.

Стрессогенная концепция. Помимо экологической модели, активно развивается стрессогенная теория неврозов [1, 5, 8], связанная с концепцией психологической защиты. Согласно данной теории, при невротических состояниях отмечается нарушение регуляторных систем, участвующих в осуществлении стрессовых реакций [6].

В современной зарубежной литературе часто указывается, что неврозы преимущественно развиваются вследствие влияния окружающего мира и являются психогенными заболеваниями, вызывающими нарушения психического и/или телесного и/или личностного плана [23]

По определению Г. Селье [13], стресс – это стереотипная, неспецифическая, филогенетически древняя реакция организма в ответ на различные стимулы среды, готовящая его к физической активности (например, к борьбе, бегству и т. п.). Если стрессорные нагрузки чрезмерны или социальные условия не позволяют реализовать адекватный физический ответ, то это возможный путь к физиологическим и даже структурным нарушениям. Следовательно, если человек систематически подвержен глубокому стрессу, то со временем у него может появиться нарушение функций регуляторных систем, а это первооснова для формирования невротических расстройств. Глубокие и частые переживания нередко ведут к развитию нев-

роза, а тот, в свою очередь, служит причиной многих заболеваний, имеющих психосоматическую природу [5, 7].

Согласно взглядам А. Б. Смулевича [4], невротические расстройства (неврозы) – это группа болезненных состояний, связанных с воздействием психотравмирующих факторов (события, требующие сложных альтернативных решений, ситуации, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего). Значимость конфликта в патогенезе невроза обозначается и в ряде других определений: невроз — психогенное заболевание, возникающее на фоне особенностей личности и недостаточности психической защиты с формированием невротического конфликта, проявляющегося функциональными нарушениями в эмоциональной, вегетативной и соматической сферах [5].

Адаптационная концепция. В последние десятилетия в исследовательских работах представления о неврозах рассматриваются как следствие нарушения адаптации [1, 5, 11], это дало основание для формирования современного взгляда на проявления расстройств невротического характера как результата сложной психической деятельности на различных уровнях [13, 16].

В.И. Гарбузов [17], говоря о причинах невротизации, особое внимание уделял адаптивности и адаптированности. Адаптивность – это уровень врожденных и приобретенных психофизических возможностей человека, обеспечивающих готовность к адаптации. Адаптированность – успешная адаптация, удовлетворяющее индивида самоутверждение. Дальнейшие исследования представлений об адаптивности и структуре адаптационных механизмах личности привели к выделению понятия «копинг-стратегия».

Впервые данный термин употребил Л.Б. Мерфи в 1962 г. при изучении способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. Р.С. Лазарус и Р. Линер [1, 4] рассматривают стрессовую реакцию как результат отношений между особенностями выдвинутого требования и имеющимися в распоряжении человека ресурсами. Разработки с расширением когнитивно-феноменологических перспектив [7, 11] привели к следующему выводу: преодоление стресса – это процесс, в котором индивидуумом совершаются попытки: а) изменить или ликвидировать проблему; б) уменьшить интенсивность проблемы, изменив точку зрения на нее; в) облегчить ее воздействие отвлечением на что-либо.

В многочисленных проведенных исследованиях [10, 12, 23, 25] отмечается, что при недостаточном развитии конструктивных форм совладающего поведения увеличивается патогенность жизненных событий, которые могут выступить «пусковым механизмом» в процессе возникновения психосоматических и других заболеваний.

В масштабном исследовании, проведенном в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (в настоящее время – Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева) Б.Д. Карвазарским и соавт. (1999), а также при последующем изучении копинг-механизмов [9, 14] было выявлено, что пациенты с невротизмом пассивны в разрешении конфликтов и трудностей и часто используют неадаптивное поведение по сравнению со здоровыми.

Исследования копинг-поведения у больных невротизмом подтверждают гипотезу, что такие больные, в отличие от здоровых, используют адаптивные формы копинг-поведения значительно реже. При этом невротические больные чаще склонны выбирать копинг-поведение по типу изоляции и социального отчуждения, избегания проблемы и подавления эмоций, они легко впадают в состояние безнадежности и покорности, склонны к самообвинению, о чем в своих исследованиях указывают Е.И. Чехлатый [15], И.В. Веселова [8].

Восприятие, переживание и переработка болезненных расстройств у больных невротизмом определяются особенностями их личностных свойств, Я-концепцией, психологическим конфликтом, психотравмирующей ситуацией, способами психологической защиты и совладения с болезнью и ее последствиями [2, 5]. В патогенезе невротизма ведущую роль играет реакция личности на психотравмирующие обстоятельства жизни. В.М. Бехтерев [18] относил к патогенным факторам не только жизненные обстоятельства, но и восприятие, отношение к ним больного, обусловленные его индивидуальностью и прошлым жизненным опытом. Эрнст Кречмер [13] относил переживания, способные вызывать характерные для личности реакции, к ключевым и отмечал, что характер и базисное переживание подходят друг к другу, как ключ к замку. И.М. Балинский [4] считал, что «у каждого человека есть свой круг идей и чувствований, в которых преимущественно легко вызываются душевные волнения».

Заключение

Анализ приведенных концепций показывает, что зачастую невротические расстройства рассматриваются односторонне, выделяя конкретный психологический, биологический или социальный базис. Дискуссионность в вопросе этиопатогенеза невротизма указывает на целесообразность применения знаний о невротических расстройствах, затрагивающих все три сферы с учетом их взаимного влияния с точки зрения актуальной сегодня биопсихосоциальной модели развития заболеваний.

Развивая идеи В.М. Бехтерева о необходимости сочетания аналитического принципа, свойственного физиологии, с синтетическим, неотъемлемым при изучении личностных, психических и психосоматических обра-

зований, В. Н. Мясищев смог обогатить это сочетание корректной интеграцией в анализ некоторых психодинамических положений, а также психологией отношений А. Ф. Лазурского [10, 13, 18]. Разработанная еще в 30–40 гг. прошлого столетия психология отношений В.Н. Мясищева и сформулированная им в 1939 г. клинко-патогенетическая концепция неврозов уже тогда соответствовала биопсихосоциальному подходу в изучении невротических расстройств.

Ученики В.Н. Мясищева, внесшие наибольший вклад в дальнейшее развитие идей – Е.Я. Яковлева, Р.А. Зачепиский, А.Я. Страумит, Б.Д. Карвасарский [14], Ю.Я. Тупицын, В.М. Шкловский, Т.А. Немчин, С.С. Либих, В.А. Мурзенко, В.К. Мягер, Г.Л. Исурина, В.А. Ташлыков [10, 13], В.А. Абабков [1], А.А. Александров [2], Т.А. Караваева, С.А. Подсадный, Е.И. Чехлатый [12, 15], В.А. Ананьев, А.В. Васильева, Р.К. Назыров, и В.И. Курпатов [7, 8, 14] – сохраняют и разделяют взгляды в определении невроза как «психогенного (как правило, конфликтогенного) нервно-психического расстройства, возникающего в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляющегося в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений» [13] и подчеркивают, что на сегодняшний день психологическая платформа является доминирующей как в западной, так и в отечественной психиатрической и психологической литературе. Она, так же как и нейрофизиологическая, не единообразна и не монолитна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров, а также социогенетические и биогенетические аспекты, объединяя последние представлением о принципиальной патогенетической значимости психогенетической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики [14]. Широкий спектр выделяемых существенных психологических феноменов, при этом не наблюдается противопоставления одних другим, что соответствует принятой биопсихосоциальной концепции в отношении психических расстройств.

Литература

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб. : Речь, 2004. 166 с.
2. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. 2-е изд. СПб. : СпецЛит, 2017. 231 с.
3. Александров А.А., Ильченко Е.Г. Диалог в аналитико-катартической терапии с позиций феноменологической герменевтики // Вестн. психотерапии. 2017. № 64 (69). С. 92–105.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М. : Медицина, 2000. 496 с.

5. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1992. № 2. С. 5–10.
6. Бабурин И.Н., Васильева А.В., Дагаев С.Г. [и др.]. Биохимические аспекты невротических и неврозоподобных расстройств // Неврол. вестн. Журн. им. В.М. Бехтерева. 2011. Т. XLIII, вып. 3 С. 30–35.
7. Бек Дж. С. Когнитивная терапия : полн. руководство. М. : И.Д. Вильямс, 2006. 400 с.
8. Белогорцев Д.О., Васильева А.В., Карвасарский Б.Д. [и др.]. Сравнительный анализ стресс-преодолевающего поведения (копинга) у больных острым и хроническим невротическим расстройств // Вестн. психотерапии. 2010. № 33 (38). С. 71–76.
9. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторац С.В. Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии // Обзор психиатрии и мед. психологии. 2012. № 4. С. 81–87.
10. Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А. Развитие патогенетической концепции невротических расстройств и психотерапии В.Н. Мясищев на современном этапе // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии : сб. науч. тр. Л., 1994. С. 100–109.
11. Караваева Т.А., Бабурин И.Н., Колотильщикова Е.А. [и др.]. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств (сообщение 1) // Психич. здоровье. 2011. № 8 (63). С. 48–53.
12. Караваева Т. А., Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б. Изменение психологических характеристик у больных с невротическими расстройствами в последние три десятилетия // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2010. № 3. С. 62–65.
13. Карвасарский Б.Д. Неврозы : руководство для врачей. М. : Медицина, 1990. 573 с.
14. Карвасарский Б.Д. Патогенетическая психотерапия невротических расстройств: основные направления и результаты исследований последнего периода // Физиология человека. 1995. Т. 21, № 2. С. 5–9.
15. Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Подсадный С.А., Чехлатый Е.И. Теория и практика психотерапии в России // Психиатрия и психофармакология. 2001. Т. 2, № 1. С. 12–14.
16. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Лысенко И.С. [и др.]. Сравнительный анализ механизмов психологических защит больных с острым и хроническим течением невротических расстройств // Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. 12 Психология. Социология. Педагогика. 2010. Вып. 4. С. 209–215.
17. Мизинова Е.Б., Караваева Т.А., Полторац С.В., Белан Р.М. Иррациональные когнитивные установки больных с тревожно-фобическими невротическими расстройствами как мишени психотерапии // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 53–58.
18. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. 428 с.
19. Шульц Е.В., Бабурин И.Н., Караваева Т.А. [и др.]. Особенности фрактальной динамики ЭЭГ альфа-ритма у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами // Психиатрия и психофармакология. 2017. № 1. С. 12–14.

добными расстройствами // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. № 10. С. 51–53.

20. Шульц Е.В., Караваева Т.А. Пространственная синхронизация ЭЭГ у больных с невротическими расстройствами (по данным когерентного анализа) // Вестн. психотерапии. 2015. № 56 (61). С. 98–111.

21. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. СПб. : Речь, 2002. 352 с.

22. Юдин Т. И. Психопатические конституции. М. : Издание М. и К. Сабашниковых, 1926. 168 с.

23. Vasileva A., Karavaeva T., Lyashkovskaya S. Typology of psychotherapeutic targets and changes in state of patients with neurotic disorders in the course of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2017. N 4. P. 22–31.

24. Lacan J. Ecrits. W.W. Norton & Company. NY; L., 2006. 878 p.

25. Ogden J. The Rhetoric and Reality of Psychosocial Theories of Health // Journal of Health Psychology. 1997. Vol. 2, N 1. P. 17–21.

Поступила 12.02.2018

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Ильченко Е.Г. Формирование представлений о невротических расстройствах (неврозах) // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 31–48.

FORMATION OF IDEAS ABOUT NEUROTIC DISORDERS (NEUROSES)

Ilchenko E.G.

National medical research center of psychiatry and neurology
named after V.M. Bekhterev (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, Russia)

✉ Evgenii Gennadievich Ilchenko – psychotherapist, PhD Student of the Department of treatment of borderline mental disorders and psychotherapy, National medical research center of psychiatry and neurology named after V.M. Bekhterev (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: Dr_ilchenko@mail.ru.

Abstract. The article reflects the main stages in the development of ideas about neurotic disorders and changing views on the mechanisms of their occurrence, pathogenesis, approaches to diagnosis and treatment. A review of the understanding of neuroses in three main psychological directions is given: psychogenetic, biogenetic and sociogenetic. A detailed analysis of scientific research with reflection of key aspects of the pathogenesis of neurotic disorders, and therapeutic effects in this nosology is car-

ried out. Obtained research data indicate that often neurotic disorders are considered unilaterally, highlighting a specific psychological, biological or social basis, and the debate on the issue of etiopathogenesis of neuroses indicates the appropriateness of applying knowledge about neurotic disorders affecting all three spheres, taking into account their mutual influence from the point of view the current biopsychosocial development of diseases. Moreover, the reflected idea of the leading pathogenetic significance of the psychogenetic component for the emergence and manifestation of neurotic symptoms does not contradict the biopsychosocial concept with respect to mental disorders, but logically follows from it.

Keywords: neurotic disorders, neurosis, etiology, pathogenesis, biopsychosocial concept, pathogenetic psychotherapy, psychogenesis.

References

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress. Fundamentals of theory, diagnosis, therapy]. Sankt-Peterburg. 2004. 166 p. (In Russ.)
2. Aleksandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emotsional'nykh narushenii [Analytic-cathartic therapy of emotional disorders]. Sankt-Peterburg. 2017. 231 p. (In Russ.)
3. Aleksandrov A.A., Il'chenko E.G. Dialog v analitiko-katarticheskoi terapii s pozitsii fenomenologicheskoi germenevtiki [Dialogue in Analytic-cathartic therapy from positions of phenomenological hermeneutics]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 64. Pp. 92–105. (In Russ.)
4. Aleksandrovskii Yu.A. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva [Borderline mental disorders]. Moskva. 2000. 496 p. (In Russ.)
5. Aleksandrovskii Yu.A. Sotsial'no-stressovye rasstroistva [Socially-stressful disorders]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 1992. N 2. Pp. 5–10. (In Russ.)
6. Baburin I.N., Vasil'eva A.V., Dagaev S.G. [et al.]. Biokhimicheskie aspekty nevroticheskikh i nevrozopodobnykh rasstroistv [Biochemical aspects of neurotic and neurosis-like disorders]. *Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal imeni V.M. Bekhtereva* [Neurological bulletin. Named after V.M. Bekhterev]. 2011. T. XLIII, N 3 Pp. 30–35. (In Russ.)
7. Bek Dzh. S. Kognitivnaya terapiya [Cognitive therapy]. Moskva. 2006. 400 p. (In Russ.)
8. Belogortsev D.O., Vasil'eva A.V., Karvasarskii B.D. [et al.]. Sravnitel'nyi analiz stress-preodolevayushchego povedeniya (kopinga) u bol'nykh ostrym i khronicheskim nevroticheskim rasstroistv [The comparative analysis of stress-overcoming (coping) behavior in patients with acute and lingering forms of neurotic disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2010. N 33 (38). Pp. 71–76. (In Russ.)
9. Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Poltorak S.V. Zatyazhnye formy nevroticheskikh rasstroistv: kliniko-psihopatologicheskie aspekty i voprosy terapii [Lingering forms of neurotic disorders: clinical-psychopathological aspects and therapy issues]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M.

Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2012. N 4. Pp. 81–87. (In Russ.)

10. Isurina G.L., Karvasarskii B.D., Tashlykov V.A. Razvitie patogeneticheskoi kontseptsii nevrozov i psikhoterapii V.N. Myasishcheva na sovremennom etape [Development of the pathogenetic concept of neuroses and psychotherapy. Myasishcheva at the present stage]. *Teoriya i praktika meditsinskoj psikhologii i psikhoterapii* [Theory and practice of medical psychology and psychotherapy] : collection of scientific works. Leningrad. 1994. Pp. 100–109. (In Russ.)

11. Karavaeva T.A., Baburin I.N., Kolotil'shchikova E.A. [et al.]. Klinicheskie i biosotsial'nye kharakteristiki differentsial'noi diagnostiki nevroticheskikh i nevrozopodobnykh rasstroistv (soobshchenie 1) [Clinical and biosocial characteristics of differential diagnosis of neurotic and neurosis-like disorders. The Message 1]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [The Russian mental health]. 2011. N 8. Pp. 48–53. (In Russ.)

12. Karavaeva T. A., Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B. Izmenenie psikhologicheskikh kharakteristik u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami v poslednie tri desyatiletija [The Change in the Psychotherapeutic and Rehabilitation Strategies in the Treatment of Neurotic Disorders in the Time of Socio-economic Changes Part II. The Dynamic of Psychological Characteristics of the Neurotic Disorders Patients in the Last 3 Decades]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2010. N 3. Pp. 62–65. (In Russ.)

13. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moskva. 1990. 573 p. (In Russ.)

14. Karvasarskii B.D. Patogeneticheskaya psikhoterapiya nevrozov: osnovnye napravleniya i rezul'taty issledovaniia poslednego perioda [Pathogenetic psychotherapy of neuroses: the main directions and results of studies of the last period]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 1995. Vol. 21, N 2. Pp. 5–9. (In Russ.)

15. Karvasarskii B.D., Nazyrov R.K., Podsadnyi S.A., Chekhlatyi E.I. Teoriya i praktika psikhoterapii v Rossii [Theory and practice of psychotherapy in Russia]. *Psikhiatriya i psikhofarmakologiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2001. Vol. 2, N 1. Pp. 12–14. (In Russ.)

16. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Lysenko I.S. [et al.]. Sravnitel'nyi analiz mekhanizmov psikhologicheskikh zashchit bol'nykh s ostrym i khronicheskim techeniem nevroticheskikh rasstroistv [Comparative analysis of psychological defence mechanisms in patients with acute and chronic neurotic disorders] *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12 Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 12. Psychology. Sociology. Education]. 2010. N 4. Pp. 209–215. (In Russ.)

17. Mizinova E.B., Karavaeva T.A., Poltorak S.V., Belan R.M. Irratsional'nye kognitivnye ustanovki bol'nykh s trevozno-fobicheskimi nevroticheskimi rasstroistvami kak misheni psikhoterapii [On irrational beliefs among patients with neurotic level anxiety and panic disorders as the targets for psychotherapy]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2017. N 1. Pp. 53–58. (In Russ.)

18. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy [Personality and Neuroses]. Leningrad. 1960. 428 p. (In Russ.)

19. Shul'ts E.V., Baburin I.N., Karavaeva T.A. [et al.]. Osobennosti fraktal'noi dinamiki EEG al'fa-ritma u bol'nykh s nevrolicheskimy i nevrozopodobnyimi rasstroistvami [Features of fractal dynamics EEG of alpha-rhythm in patients with neurotic and neurosis-like disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2011. N 10. Pp. 51–53. (In Russ.)

20. Shults E.V., Karavaeva T.A. Prostranstvennaya sinkhronizatsiya EEG u bol'nykh s nevrolicheskimy rasstroistvami (po dannym kogerentnogo analiza) [Spatial synchronization of the electrical signals of the brain in patients with neurotic disorders (according to coherence analysis)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. Pp. 98–111. (In Russ.)

21. Ellis A., Draidon U. Praktika ratsional'no-emotsional'noi povedencheskoi terapii [The practice of rational-emotional behavioral therapy]. Sankt-Peterburg. 2002. 352 p. (In Russ.)

22. Yudin T. I. Psikhopaticheskie konstitutsii [Psychopathic Constitutions]. Moskva. 1926. 168 p. (In Russ.)

23. Vasileva A., Karavaeva T., Lyashkovskaya S. Typology of psychotherapeutic targets and changes in state of patients with neurotic disorders in the course of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2017. N 4. Pp. 22–31.

24. Lacan J. *Ecrits*. W.W. Norton & Company. NY-L. 2006. 878 p.

25. Ogden J. The Rhetoric and Reality of Psychosocial Theories of Health. *Journal of Health Psychology*. 1997. Vol. 2, N 1. Pp. 17–21.

Received 12.02.2018

For citing. Ilchenko E.G. Formirovanie predstavlenii o nevrolicheskih rasstroistvakh (nevrozakh). *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 65. P. 31–48. (In Russ.)

Ilchenko E.G. Formation of ideas about neurotic disorders (neuroses). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. P. 31–48.

СОЗДАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В МЕДИКО- РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ: ОПЫТ РАБОТЫ МИЛЬЕ-ГРУППЫ В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Психоневрологический диспансер № 6»
(Россия, Санкт-Петербург, Колпино, пр. Ленина, д. 1/5).

Представлены результаты психокоррекционной работы с больными с психическими расстройствами различной нозологии в амбулаторных условиях, основанные на современных достижениях развитой психиатрической амбулаторной службы. Материал статьи базируется на 10-летнем опыте работы авторов в сфере медико-социальной реабилитации, с акцентом на создании терапевтической среды и внедрении работы милье-группы как неотъемлемой части оказания эффективной помощи пациентам с психическими расстройствами в амбулаторных условиях. Особое внимание уделено описанию работы милье-группы, состоящей из 28 человек, приводится описание конкретной программы оказания психотерапевтической помощи, успешно функционирующей на протяжении 10 лет в рамках амбулаторной психиатрической службы Колпинского района Санкт-Петербурга.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, амбулаторная медицинская реабилитация, терапевтическая среда, милье-группа.

Введение

Суть реабилитации психических больных – их ресоциализация, восстановление (сохранение) их индивидуальной и общественной ценности, личного и социального статуса [8].

До недавнего времени лишь единичные лечебные учреждения страны обладали возможностью проводить реабилитационные и психотерапев-

✉ Бабаева Екатерина Геннадьевна – мед. психолог, медико-реабилитационное отделение, СПб ГБУЗ «Психоневрологич. диспансер № 6» (Россия, 196653, Санкт-Петербург, Колпино, пр. Ленина, д. 1/5), e-mail: k-a-t-t-y@yandex.ru;

Пьянзин Юрий Федорович – зав. медико-реабилитационным отделением, СПб ГБУЗ «Психоневрологич. диспансер № 6» (Россия, 196653, Санкт-Петербург, Колпино, пр. Ленина, д. 1/5), e-mail: pyanzin.1950@mail.ru;

Попова Светлана Владимировна – специалист по соц. работе, медико-реабилитационное отделение, СПб ГБУЗ «Психоневрологич. диспансер № 6» (Россия, 196653, Санкт-Петербург, Колпино, пр. Ленина, д. 1/5), e-mail: svetdestiny8@mail.ru.

тические мероприятия применительно к психически больным [2]. Одним из ведущих учреждений в этом плане являлся Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, где в отделениях восстановительной терапии психически больных и внебольничной терапии создана целостная система комплексной реабилитации душевнобольных. Согласно концепции реабилитации, разработанной в институте им. В.М. Бехтерева, реабилитация – не только профилактика, лечение и восстановление трудоспособности, но и интегративный подход к больному человеку, охватывающий все параметры его жизнедеятельности и опосредующий терапевтические воздействия через его личность [7].

Наличие в диспансере, оказывающем амбулаторную помощь, дневного стационара и медико-реабилитационного отделения сегодня – характерная особенность развитой психиатрической службы. Подобная форма психиатрической службы представляла частичную альтернативу стационарного лечения, а для некоторых пациентов вообще исключала больничный этап оказания помощи. Система оказания психиатрической помощи в условиях дневного стационара и медико-реабилитационного отделения при амбулаторной службе – это не только психиатрия с акцентом на децентрализацию помощи и выведение ее за стены больших больниц в менее масштабное социальное окружение, но и лечение в тесной связи со всем диапазоном социальных факторов (семьей, жилищной и рабочей средой, экономической ситуацией, социокультурным окружением). Таким образом, возросло число пациентов с упорядоченным поведением, занятых в последующем в различных программах психосоциальной реабилитации, в том числе и трудовой составляющей [5].

Концепция терапевтической среды, или терапии средой, предполагала создание такой системы взаимоотношений в терапевтическом коллективе, в которой сотрудничеству между больными и персоналом придавалось первостепенное значение. Основным в этой концепции являлось стремление привнести в распорядок психиатрических больниц социальные нормы обычной жизни, для чего был необходим соответствующий уровень психологической готовности различных категорий медицинских работников к положительному контакту с больными [9]. Р.Н. Рапопорт [6] постулирует: в терапии средой большое значение придается духу терпимости, чувству общности, принадлежности к группе и свободной и открытой коммуникации. Терапия средой позволяла включить ресурсы пациента, опираясь на его сильные (сохранные) стороны.

Психосоциальная медицинская реабилитация, восстановление психических функций, навыков, знаний, умений, форм поведения, социальной компетентности, необходимых для возвращения к тому или иному уровню социального функционирования, как одна из современных медицинских технологий применяемая в Санкт-Петербургском городском психоневрологическом диспансере № 6, выступала как объемный процесс. В составе диспансера с 2001 г. работает реабилитационное отделение, в 2008 г. открыт дневной стационар. В рамках работы медико-реабилитационного отделения, а также дневного стационара реализуется биопсихосоциальная модель помощи пациентам, страдающими психическими расстройствами. Объединение медицинской, психологической и социальной моделей представляет собой методологическую установку в понимании целей лечения и реабилитации [3].

Реабилитационная работа отделения была построена согласно основным положениям современной социальной психиатрии, которые подробно описаны И.Я. Гуровичем и соавт. [4]. Организационную основу составила полипрофессиональная бригада, в которую входили заведующий отделением врач-психиатр, клинические психологи, специалист по социальной работе, социальный работник и были вовлечены трудовые инструктора, инструктор лечебной физкультуры. Создание психотерапевтической среды в отделении, комбинация индивидуальной и групповой форм работы, терапии занятостью, движением – это далеко не полный перечень задач, решаемых специалистами медико-реабилитационного отделения. Важнейшим условием успешного взаимодействия в бригаде специалистов являлись высокая квалификация и эмпатийность персонала, взаимная осведомленность о методах лечения и тесное сотрудничество в процессе лечения, которое возможно только в рамках регулярного совместного еженедельного обсуждения больных членами бригады. Раннее начало реабилитационного процесса, создание терапевтической среды, возможно только при работе подобной бригады, – основные этапы эффективного ведения больных, поступавших в отделение.

Пациенты отделения медицинской реабилитации диспансера представляли собой стабильно существующее терапевтическое сообщество, которое было организовано вокруг трудовых процессов под руководством врачей, психологов, специалистов по социальной работе, мастеров и инструкторов по трудовой терапии. Осуществлялась трудовая терапия по следующим направлениям: швейный участок, картонажный участок, участок по изготовлению бахил, мини-прачечная, мини-типография. Специалисты

отделения составляли программу реабилитации в соответствии с рекомендациями бюро медико-социальной экспертизы. Врач психиатр устанавливал клинический диагноз больному, который включал преимущественно нозологическую принадлежность болезни, основной и факультативный синдромы, тип течения болезни, характер состояния, а также необходимость обращения за психиатрической помощью.

При помощи медицинских психологов, специалистов по социальной работе полипрофессиональная бригада устанавливала так называемый «функциональный» диагноз. Он представлял собой подсистему клинического диагноза, системообразующим фактором которой выступали адапционно-компенсаторные возможности больного (адапционный потенциал) [1]. В рамках бригадной формы работы проводились занятия по психобразованию, тренинги социальных и когнитивных навыков, группа проблемно-решающего поведения, занятия танцевально-двигательной терапией, арттерапией, адаптивной физкультурой, работала группа «Театрально-музыкальная студия», творческая мастерская «Мир вдохновения», лепка из соленого теста «Не хлебом единым», издавался ежеквартальный журнал «Зебра».

Преимущества внедрения милье-группы. Милье-терапия (от франко-англ. milieu therapy – лечебное воздействие среды, лечение средой) – один из методов социотерапевтического воздействия, близко примыкает к коллективной психотерапии.

Важной особенностью милье-группы, отличающей ее от других вариантов терапии средой, является то, что больной включен не в случайную занятость, а в конкретный проект, выбранный им по собственному желанию, который отвечает его интересам и возможностям, причем осуществляется максимальное предоставление пациентам статуса самостоятельности. Необходимостью и преимуществами внедрения милье-группы являлись:

- создание психотерапевтической атмосферы, направленной на формирование более качественных взаимоотношений с окружающими, получение полноценного опыта в сфере отношений, улучшение навыков сотрудничества;
- раскрытие новых способностей и возможностей личности, более полное использование реабилитационного потенциала, личных ресурсов;
- создание доверительной непринужденной обстановки, способствующей быстрому снятию психологических защит, формированию доверия к окружающим, повышению комплаентности;

- повышение эмпатийности, передача опыта между различными возрастными и нозологическими группами пациентов;
- эмоциональное отреагирование пациентами через творчество, актуальных для них на данный момент жизни чувств и переживаний, коррекция психоэмоционального состояния;
- ощущение общности, востребованности, повышение самооценки;
- овладение новыми техниками работы, подбор которых осуществляется индивидуально для каждого пациента, исходя из его желания и возможностей, развитие креативности.

Состав милье-группы. Милье-терапевтическая группа медико-реабилитационного отделения диспансера состояла из 28 пациентов, клинический статус представлен в таблице.

Шифр по МКБ-10	Диагноз	n (%)
F 20.0	Параноидная непрерывно-текущая шизофрения	9 (32,3)
F 20.01	Параноидная шизофрения с нарастающим дефектом	2 (7,1)
F 06.822	Органическое поражение головного мозга в связи с эпилепсией	6 (21,5)
F 06.828	Органическое поражение головного мозга смешанного генеза (с когнитивным снижением)	4 (14,2)
F 70.71	Умственная отсталость: легкая и умеренная степени	3 (10,7)
F 40.43	Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформными расстройствами	2 (7,1)
F 60.8	Смешанное расстройство личности	2 (7,1)

Формирование психотерапевтической группы осуществили с помощью заведующего реабилитационным отделением врача-психиатра и клинического психолога отделения.

Милье-проект: подготовка к празднованию Нового года (создание костюмов, реквизита и декораций для «артистов» театрально-музыкальной студии, которые участвуют в постановке новогоднего спектакля, праздничное оформление коридора и мастерских реабилитационного отделения, подарки для близких своими руками).

Согласно нашему опыту, наиболее целесообразно проводить занятия ежедневно, для того чтобы усилить групповую динамику, способствовать более полному погружению в процесс. Работа группы была ориентирована на поддержку и помощь личности такой, какая она есть, снижение стигматизации, развитие коммуникативных навыков, укрепление и поддержку защитных сил пациента, снабжение его инструментами самопомощи. В ходе терапии последовательно решались проблемы повышения автономности

больных с учетом их возможностей, адаптационного потенциала с опорой на сохранные стороны личности.

Особенности и развитие группового процесса. На этапе планирования обсуждались роль каждого пациента в группе, ответственность за совместные решения, его вклад в реализацию проекта, возникающие проблемы и трудности, создавалась мотивация для работы.

В отделении придерживались позиции ведения группы двумя специалистами – клиническим психологом и котерапевтом – квалифицированным специалистом по социальной работе, который являлся создателем и руководителем творческой мастерской. Куратором проекта был заведующий отделением врач-психиатр. Особенностью данной группы являлось то, что состав представлен различными нозологическими группами пациентов, а также гетерогенен и в отношении других характеристик (возраст, пол, образование, социальный статус). Работа группы проходила ежедневно в течение 3 мес.

В процессе работы использовали множество методик и смешанных техник, что позволило подобрать «свою» технику индивидуально для каждого пациента.

Групповая динамика характеризовалась незначительным сопротивлением и напряжением на фазе ориентации и зависимости, сглаженной фазой агрессии и достаточно быстрым переходом к фазе сплоченности. Исходя из наблюдений, в процессе групповых занятий имело место эмоциональное сплочение членов группы, принятие друг друга, общая вовлеченность в процесс. Поддержка и передача своего личного опыта одними пациентами другим участникам группы, принятие выражаемых мыслей и чувств способствовали быстрому снятию тревоги и напряжения. Так как специалист по социальной работе и клинический психолог были в партнерской позиции по отношению к пациентам, обстановка на группе сложилась неформальная, что способствовало снятию психологических защит, быстрому раскрытию пациентов, созданию атмосферы доверия, самоуважения при общении с авторитетами, получению положительного подкрепления. Проводилась психокоррекционная работа поведенческих реакций пациентов в процессе группового взаимодействия, развитие способности анализировать различные актуальные ситуации, поиск оптимальных путей выхода из конфликтных ситуаций.

Отдельно хочется отметить 100-процентную посещаемость занятий, повышение комплайентности.

При клинико-психологической беседе после завершения проекта пациенты высказывали большую удовлетворенность проделанной работой, отмечали снижение тревоги и напряжения, стабилизацию общего фона настроения, повышение уверенности и самооценности, улучшение взаимоотношений и психологического самочувствия во время взаимодействия с другими людьми, расширение круга общения, что находит подтверждение при оценке социального функционирования и в сфере клинических оценок.

На основе проделанной работы можно сделать следующие выводы:

1) отмечается положительное влияние милье-терапии и терапевтической среды на стабилизацию психического состояния, мобилизацию когнитивных функций и личностных ресурсов пациентов, преодоление негативных последствий болезни, связанных с «синдромом госпитализма», потерей трудоспособности и ограничением социальных контактов; присутствует положительная динамика в коммуникативной, познавательной и эмоционально-волевой сферах;

2) внедрение милье-терапии значительно обогащает арсенал психотерапевтической коррекции в системе медицинской реабилитации пациентов, способствует более глубокому осмыслению и повышению эффективности других методов психотерапии в комплексном лечении психических расстройств в амбулаторных условиях.

Заключение

Разработанная программа милье-группы психически больных различной нозологии, имеющих группу инвалидности по психиатрическому заболеванию, установленную Бюро медико-социальной экспертизы, включающая проведение сессий с котерапевтом, снижала уровень тревоги и актуальность переживаний, повышала адаптивные способности и социальную состоятельность больных в более короткие сроки.

Создание терапевтической среды и внедрение милье-терапии в психокоррекционный процесс с большими психическими расстройствами различной нозологии позволяют в амбулаторных условиях добиться повышения комплаентности в более короткие сроки, снижают уровень стигматизации, дают возможность расширить социальную сеть и использовать адаптационный потенциал в полном объеме.

Литература

1. Аддингтон Д. [и др.] Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. М. : Медпрактика-М, 2007. 355 с.

2. Бабин С.М. Психотерапия психозов : практ. руководство. СПб. : Спец-Лит, 2012. 334 с.

3. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. СПб. : Фолиант, 2002. 255 с.

4. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. М. : Медпрактика-М, 2001. С. 138–158.

5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М. : Медпрактика-М, 2004. 491 с.

6. Джоунс М., Рапорт Р.Н. Терапия средой: терапевтическое сообщество // Техники консультирования и психотерапии. Тексты : [пер. с англ.] / ред. и сост. У.С. Сахакиан. М. : Апрель Пресс : Эксмо-Пресс, 2000. С. 153-184.

7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998. 255 с.

8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 2-е изд. Л. : Медицина, 1985. 216 с.

9. Кабанов М.М., Воловик В.М., Горелик Б.М., Фельдес Д. Отношения различных профессиональных групп к психически больному // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. М. : Медицина, 1980. С. 267–272.

Поступила 05.02.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Бабаева Е.Г., Пьянзин Ю.Ф., Попова С.В. Создание терапевтической среды в медико-реабилитационном отделении: опыт работы милье-группы в системе современной амбулаторной психиатрической помощи // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 49–58.

CREATION OF THE THERAPEUTIC ENVIRONMENT IN MEDICO-REHABILITATION OFFICE, EXPERIENCE IS MILIEU THAN GROUP IN THE SYSTEM OF MODERN OUT-PATIENT MENTAL HEALTH SERVICES

Babayeva E.G., Pyanzin Yu.F., Popova S.V.

Saint-Petersburg Psychoneurologic Dispensary N 6
(Ave. Lenina, 1/5, Kolpino. St. Petersburg, Russia)

✉ Ekaterina Gennad'evna Babayeva – medical psychologist Saint-Petersburg Psychoneurologic Dispensary N 6 (Ave. Lenina, 1/5, Kolpino. St. Petersburg, 196653, Russia), e-mail: k-a-t-t-y@yandex.ru;

Pyanzin Yury Fedorovich – the manager, the psychiatrist, Saint-Petersburg Psychoneurologic Dispensary N 6 (Ave. Lenina, 1/5, Kolpino. St. Petersburg, 196653, Russia), e-mail:pyanzin.1950@mail.ru;

Popova Svetlana Vladimirovna – specialist in social work, Saint-Petersburg Psychoneurologic Dispensary N 6 (Ave. Lenina, 1/5, Kolpino. St. Petersburg, 196653, Russia), e-mail: svetdestiny8@mail.ru.

Abstract: The results of psychocorrectional work with patients with mental disorders of various nosology in out-patient conditions based on modern achievements of the developed psychiatric out-patient service are presented in article. Material of article is based on 10 summer experience of authors in the sphere of medico-social rehabilitation, with emphasis on creation of the therapeutic environment and introduction of work in milieu than group as integral part of rendering the effective help to patients with mental disorders in out-patient conditions. Special attention is paid to the description of work in milieu than the group consisting of 28 people the description of the specific program of rendering the psychotherapeutic help which is successfully functioning for 10 years within out-patient psychiatric service of Kolpino district of St. Petersburg is provided.

Keywords: clinical (medical) psychology, out-patient medical rehabilitation, the therapeutic environment, milieu group.

References

1. Addington D. [et al.]. *Sovremennye tendencii razvitiya i novye formy psichiatricheskoj pomoshhi* [Current trends and new service models in mental health care]. Eds: I.Ja. Gurovich, O.G. N'jufel'dt. Moskva. 2007. 355 p. (In Russ.)

2. Babin S.M. *Psihoterapija psihozov* [Psychotherapy of psychoses]. Sankt-Peterburg. 2012. 334 p. (In Russ.)

3. Vojtenko R.M. *Social'naja psichiatrija s osnovami mediko-social'noj jekspertizy i reabilitologii* [Social psychiatry with bases of medico-social examination and rehabilitation]. Sankt-Peterburg. 2002. 255 p. (In Russ.)

4. Gurovich I.Ya., Storozhakova Ya.A. *Psichosotsial'naja reabilitatsiya v psichiatrii* [Psychosocial rehabilitation in psychiatry]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psichiatrija* [Social and clinical psychiatry]. Moskva 2001. Pp. 138–158. (In Russ.)

5. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. *Psihosotsial'naja terapija i psichosotsial'naja reabilitatsija v psichiatrii* [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moskva. 2004. 491 p. (In Russ.)

6. Jones M., Rapoport R.N. *Terapija sredoi: terapevticheskoe soobshchestvo* [Therapy environment: therapeutic community]. *Tekhniki konsul'tirovaniya i psichoterapii* [Techniques of counseling and psychotherapy]. Teksty Ed. U.S. Sakhakian. Moskva. 2000. Pp. 153–184. (In Russ.)

7. Kabanov M.M. *Psihosotsial'naja reabilitatsija i social'naja psichiatrija* [Psychosocial rehabilitation and social psychiatry]. Sankt-Peterburg. 1998. 255 p. (In Russ.)

8. Kabanov M.M. *Reabilitatsija psichicheski bol'nyh* [Rehabilitation of mentally sick]. Leningrad. 1985. 216 p. (In Russ.)

9. Kabanov M.M., Volovik V.M., Gorelik B.M., Fel'des D. *Otnoshenija razlichnyh professional'nyh grupp k psichicheski bol'nomu* [The relations of various

professional groups to mentally sick]. Klinicheskie i organizacionnye osnovy reabilitacii psihicheskikh bol'nyh [Clinical and organizational bases of rehabilitation of mental patients]. Eds.: M.M. Kabanov, K. Vajze. Moskva. 1980. Pp. 267–272. (In Russ.)

Received 05.02.2018

For citing. Babaeva E.G., P'janzin Ju.F., Popova S.V. Sozdanie terapevticheskoy sredy v mediko-reabilitacionnom otdelenii: opyt raboty milie-gruppy v sisteme sovremennoj ambulatornoj psichiatricheskoy pomoshhi. *Vestnik psichoterapii*. 2018. N 65. P. 49–58. (In Russ.)

Babayeva E.G., Pyanzin Yu.F., Popova S.V. Creation of the therapeutic environment in medico-rehabilitation office, experience is lovelier than group in the system of modern out-patient mental health services. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. P. 49–58.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ИЛИ ПОЧЕМУ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ЕДИНОГО ЗАКОНА О ПСИХОТЕРАПИИ

¹ Самарский государственный медицинский университет
(Россия, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89);

² Самарский психоневрологический диспансер
(Россия, г. Самара, ул. Арцыбушевская, д. 102)

С опорой на парадигмальные различия медицинской и психологической моделей психотерапевтического метода и методологию науки делается попытка выделения психотерапии и психологической коррекции как самостоятельных аксиологических метанаук. Обсуждаются основные положения медицинского права для повседневной работы врача-психотерапевта и клинического психолога в психотерапевтическом кабинете, которые ни в коем случае не распространяются на практическую деятельность психолога, работа которого юридически не регламентируется.

Ключевые слова: психотерапия, психологическая коррекция, парадигма, аксиология, метанаука, медицинское право.

Введение

Психотерапевтическое сообщество в течение ряда лет обсуждает вопрос об отдельном законе по психотерапии (предварительные модели) [1–3, 7]. Желание профессионалов понятно, так как законодательство, с одной стороны, вводит их в правовое пространство со всеми вытекающими привилегиями и защитой, а с другой – должно защищать права потребителей услуги [17]. Данный правовой подход поддерживается взглядами европей-

✉ Носачев Геннадий Николаевич, д-р мед. наук проф., специализир. консультативно-диагностич. центр клиник, Самарский гос. мед. ун-т (Россия, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89), e-mail: nosachev.g@mail.ru;

Носачев Игорь Геннадиевич – канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии, наркологии, психотерапии и клинич. психологии, Самарский гос. мед. ун-т (Россия, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89), e-mail: jpl2259@yandex.ru;

Дубицкая Екатерина Андреевна – канд. мед. наук, зам. гл. врача по клинико-экспертной работе, Самарский психоневрол. диспансер (Россия, 443001, г. Самара, ул. Арцыбушевская, д. 102), e-mail: megre66@yandex.ru.

Прим. ред. Приглашаем научных работников и практикующих специалистов к обсуждению данной статьи.

ской лиги психиатров [20] и Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой на психотерапию как самостоятельную науку и дисциплину [3, 7, 12].

Причин кризиса психотерапии как теоретического, так и практического можно назвать несколько. 1-я причина – это, на наш взгляд, идеи о психотерапевтическом методе [12, 14] как объединяющем концепты и принципы с позиций методологии и философии науки [8]. 2-я причина теоретического кризиса – это кризис психологии [9, 10, 15], который одновременно является и кризисом психотерапии, виды, методики и техники которой основаны на направлениях («империях») психологии (психоанализ, бихевиоризм и др.). 3-я причина – неспособность психотерапевтической общественности признать самостоятельность моделей психотерапии как аксиологических наук [6]. Кризис практической психотерапии – это, с одной стороны, споры: «Что есть психотерапия?», с другой – противостояние направлений и методик психотерапии. Ответов же на вопрос «Что есть психотерапия?» великое множество: психотерапия – практика, духовная практика, бизнес, искусство, «хлам» [2, 7, 8], наука, использующая интервенцию, влияние, вмешательство, воздействие, манипулирование, управление, изменение сознания и т. д.

По мнению большинства исследователей психологии, «душа», «психика» считаются предметом психологии. Но есть и другие взгляды на предмет психологии: «регулируемое поведение» (И.М. Сеченов, В.М. Бехтерев), «сознание» (М. Вундт, В. Дильтей, Ф. Брентано), «принципы гештальттеории» (К. Коффка), «сознание человеческой практики, жизнедеятельности» (А.Н. Леонтьев), «саморефлексия» (В.М. Аллахвердов).

Следовательно, практически в разных психологических направлениях есть «свой» предмет психологии, а соответственно, и психотерапии.

Так, Г.Л. Исурина в наличии дифференциального клинико-психологического вмешательства при психотерапии и психологическом консультировании по существу рассматривает их в единстве (медицинской и психологической моделей). И, будучи психологом, жалеет, что не может заниматься клинической психотерапией и возлагает надежду в преодолении этих трудностей на «Закон о психотерапии» [3].

Еще в 1970-е годы польский психиатр и психотерапевт С. Ледер, а вслед за ним в России М.М. Кабанов [4], Б.Д. Карвасарский [11], Г.Н. Носачев и В.В. Макаров [8] выделяли четыре концепции в психотерапии: медицинскую, психологическую, социальную и философскую. Возможно, психотерапевтический метод способен наметить переход на позицию еди-

ного теоретического обобщения знаний (общая теория психотерапевтического метода).

Цель – изучить методологические и организационно-правовые вопросы обоснования самостоятельности медицинской и психологической аксиологических метанаук в период постмодернизма.

Материал и методы

Проанализировали методологические и философские данные медицинской и психологической моделей в публикациях отечественных психотерапевтов-профессионалов за последние 35–40 лет с позиций принципов демаркации и инвариантности.

Объект исследования составили книжные издания, представленные в электронных каталогах Российской государственной библиотеки [<https://www.rsl.ru/>] и Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова [<http://www.scsmr.rssi.ru/>]. Журнальные статьи изучили при помощи Российского индекса научного цитирования Научной электронной библиотеки [<https://elibrary.ru/defaultx.asp>].

Результаты и их анализ

В отечественной психотерапии идеи С. Ледера были озвучены М.М. Кабановым (1973), который определял психотерапию как форму человеческого вмешательства и общения, отмечая одновременно спорность и противоречивость позиций в понимании психотерапии как метода лечения, влияющего на психические и соматические функции организма (формулировка основана на медицинской модели), как метода влияния, связанного с обучением (психологическая модель), как инструмент социального контроля (социальная модель); как явления коммуникации между людьми (модель, связанная с философскими системами) [4]. Только к концу XX в. эти идеи стали разделяться рядом отечественных психотерапевтов (Карварский Б.Д., 1985–2012; Носачев Г.Н., 1987–2017; Макаров В.В. 1996–2015 и др.).

В «Психотерапевтической энциклопедии» (2000) даются следующие определения четырех моделей психотерапии: 1-е – как метод лечения, влияющий на состояние функционирования организма в сферах психической и соматической деятельности; 2-е – как метод влияния или воздействие, приводящие в движение процессы научения; 3-е – как метод инструментального манипулирования, служащий целям социального контроля;

4-е – как комплекс явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей. 1-е определение основывается на медицинской модели, 2-е – связано с психологическими концепциями, 3-е – с социологическими, 4-е – с философией [11, с. 656].

В.В. Макаров [8] к перечисленным моделям добавляет (и сразу разделяет) педагогическую и эклектическую (непрофессиональную) модели. В педагогической модели предполагается направленность на обучение, воспитание и перевоспитание, когда терапевт работает с обучаемыми, с учителями, с семьями. К сожалению, эклектической моделью (технологией) пользуются не только дилетанты, но и профессионалы.

Для отечественной психотерапии осталась мало известной и недооцененной статья В.Е. Кагана «Грани психотерапии» [5] в которой, опираясь на парадигмальный подход, автор разделил медицинскую и психологическую модели (парадигмы) по основным параметрам (таблица).

Парадигмы медицинской и психологической модели психотерапии

Параметр	Парадигма	
	медицинская	психологическая
Философия	Гносеологическая	Онтологическая
Методология	Методологический эссенциализм	Методологический номинализм
Соотношение теория/практика	Прикладная психология	Психологическая практика
Этика	Коллективистская. Нормативная. Антропологическая	Индивидуальная. Теоретическое превращение этического. Экологическая
Картина мира	Объективная	Субъективная
Ведущая стратегия мышления	Анализ	Синтез
Интерпретация человеком	Органно-системная. В терминах функционирования и адаптации	Холистическая. В терминах развития и совладания
Обращенность	К нарушению здоровья. К болезни. К несостоятельности. К фактам. К функционированию	К проблеме. К человеку. К потенци. К значению и смыслу. К бытию
Диагностика	Симптомов. Болезни. Экспериментальная. Статистическая	Актуального состояния. Проблемы. Экспериментальная. Индивидуальная
Диагноз	Психиатрический	Психологический

Параметр	Парадигма	
	медицинская	психологическая
Цели терапии	Ликвидация симптомов. Возврат к «норме». Нормализация социального функционирования	Решение проблемы. Развитие, рост. Оптимизация индивидуального бытия
Вектор времени	Прошлое – будущее	Настоящее
Позиция терапевта	Здоровый. Защита. Воздействие. Знание. Наблюдение. Изучение. Патернализм. Монопольность. Расспрос. Ответственность за результат	Осознающий себя. Совладание. Взаимодействие. Сопереживание. Включенность. Принятие. Паритетность. Конкретность. Слушание. Ответственность за процесс
Позиция пациента	Больной	Клиент
Отношения	В системе логики. Субъект/объект. Через методику. Я – оно	В системе переживаний. Субъект/субъект. Через опыт. Я – ты
Фокусировка отношений	На болезни. На результате	На ресурсах. На процессе. Терапевт работает собой
Цель методики	На методике	Структурирование процесса
Методологическая организация	Результат. Нарушения/механизмы – мишени	Трансметодичность
Решение об окончании терапии	Монотерапия или полипрагмазия. Дискретность. Принимает терапевт	Континуальность. Принимают совместно или клиент
Критерии эффективности	Объективные. Внешние. Степень восстановления здоровья	Субъективные. Внутренние. Качество жизни

В.Е. Кагану удалось на методологическом, содержательном и практическом уровнях с опорой на теоретические и практические знания медицины и психологии показать различия двух основных практических моделей психотерапии (психотерапии и психологической коррекции) [5]. Следует помнить, что те или иные направления психологии эмпирически и практически создали свои методики и виды психотерапии, основанные на теоретических знаниях психологического направления. Главное здесь – вывод В.А. Канке: «При определении предмета психологии следует учитывать соотносительность психологического направления.

Психология – это наука об оптимизации тех концептов, которые входят в ее состав и не повторяются ни в одной другой науке» [6, с. 173].

В медицинской психотерапии отражаются основные медицинские закономерности – учение о нозологии и синдромологии, динамике развития основных соматических и психических заболеваний, включая невроты и наркомании, где чаще применяются как психотерапия, так и психологическая коррекция. Ясно одно: психотерапия (медицинская психотерапия, медицинская модель) и психологическая коррекция (психологическая модель) существенно различны как прямая и обратная интернаучная символизация между моделями.

Следовательно, существует несколько параметров (парадигм, фактов), четко разделяющих понятия (определения) медицинской модели (психотерапии, клинической психотерапии) и психологической модели (психологической коррекции), что весьма принципиально:

– во-первых, потому, что развитие науки идет от понятий к законам (направлениям психологии, медицины, в частности, психиатрии), к науке, где законы выступают как связь переменных, которая выводится из принципов. Отсюда принципы становятся самими содержательными концептами;

– во-вторых, их разделение на психотерапию (медицинскую модель использования психотерапевтического метода) и психологическую коррекцию (психологическую модель) существенно увеличивает их самостоятельную практическую значимость.

Отсюда следует, что психотерапия и психологическая коррекция – самостоятельные смежные, в первую очередь практические смежные науки, пользующиеся психотерапевтическим методом, относящиеся к группе аксиологических наук, метанаукам, каждая из них имеет свой предмет науки.

Исходя из данного методологического подхода, авторы данной статьи предложили следующие определения психотерапии и психологической коррекции. Попробуем сформулировать их определения.

Психотерапия – самостоятельная аксиологическая (ценностная) метанаука, личностно-ориентированная на физическое и психическое здоровье человека, где ценностью выступает физическое и психическое здоровье человека (индивида, субъекта, личности) [13], целью которой является восстановление, поддержание, сохранение и другие факторы (параметры), относящиеся к диаде «здоровье – болезнь».

Все остальные параметры, упоминаемые в различных определениях клинической психотерапии [2, 5, 7, 8], являются конкретными целями, за-

дачами, вытекающими из базовой ценности – здоровье человека. В реабилитационном процессе (на этапе реадaptации и собственно реабилитации) естественно присоединение клинического психолога (ко-психотерапевта) с психологической коррекцией проблем пациента-клиента, что в медицинской психотерапии предусмотрено приказами Министерства здравоохранения РФ (приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи», приказ Минздрава РФ от 19.01.2004 г. № 8 «О мерах дальнейшего развития психотерапевтической помощи»).

Психологическая коррекция – самостоятельная аксиологическая (ценностная) метанаука личностно-ориентированная на всестороннее развитие, обучение, совладание, профессиональное и гармоничное формирование гражданина (индивида, субъекта, личности, универсума [13]) в параметрах диад: «норма – патология», «адаптация – дезадаптация», «компенсация – декомпенсация.

Цели и задачи психологической коррекции схематично отражены в таблице.

Базовым методом обеих метанаук – психотерапии (клинической психотерапии, медицинской модели психотерапии) и психологической коррекции (психологической модели психотерапии) – является психотерапевтический метод (практическая деятельность профессионала с использованием методик, видов, техник, приемов) [14]. Психологическое консультирование, по нашему мнению, не пользуется видами, методиками и техниками психотерапевтического метода и является самостоятельной практикой.

Можно продолжать теоретическое обоснование указанных моделей, практическая деятельность давно приобрела организационно-правовое и нормативно-правовое сопровождение, в первую очередь в здравоохранении. Правовой нигилизм среди профессионалов в области психотерапии, включая клинических психологов, общеизвестен, несмотря на то что медицинское право и биоэтика давно стали учебными дисциплинами. Не являются исключением и врачи-психотерапевты (тем более психологи), в наши дни имеющие базовую психиатрическую подготовку и умудряющиеся не знать (или делать вид, что не знают) Федеральный закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – ЗОПП) и не руководствоваться им.

Основа Конституции РФ (далее КРФ) (ст. 2) – это постулат: «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства». Среди прав и свобод ведущими являются «достойная жизнь и свободное развитие человека» (п. 1 ст. 7 КРФ), «гарантии социальной защиты» (п. 2 ст. 7), «равенство перед законом и судом» (п. 1 ст. 19), «право на жизнь» (п. 1 ст. 20), «право на свободу и личную неприкосновенность» (п. 1 ст. 22), «личную и семейную тайну» (п. 1 ст. 23), «информационную личную безопасность» (п. 1 ст. 24), «свобода мысли и слова» (п. 1 ст. 29), «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» (п. 1 ст. 41 КРФ). Ограничимся упоминаниями этих базовых прав и свобод человека и гражданина, гарантируемых КРФ, применительно к деятельности врача и психолога, к получению услуг пациентом и клиентом.

Законодательство РФ дает достаточно четкое определение специалисту (ст. 58 Уголовно-процессуального кодекса (УПК) РФ), медицинскому работнику (ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее – ЗОЗГ)), лечащему врачу (ст. 70 ЗОЗГ).

В УПК: «Специалист – обладающий специальными знаниями...», естественно, подтвержденными документами государственного образца. «Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста» (ст. 69 ЗОЗГ). Следовательно, психолог, будучи специалистом, не может осуществлять медицинскую деятельность (проводить клиническую психотерапию), не получив медицинского образования, даже будучи при этом медицинским психологом.

Основным физическим и юридически ответственным лицом и в ЗОЗГ, и ЗОПП является лечащий врач. Лечащим врачом является любой специалист, в том числе и врач-психотерапевт. Но им не может быть психолог, в том числе клинический (медицинский). «Лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и лечения» (п. 15 ст. 2 ЗОЗГ).

Врач-психотерапевт имеет базовое специальное образование не только по психотерапии, но и по психиатрии (психиатрии-наркологии), подтвержденное соответствующими сертификатами (аккредитацией). Следовательно, строит свою деятельность с учетом требований как ЗОЗГ, так

и ЗОПП. Таким образом, медицинская деятельность врача-психотерапевта (лечащего врача) не может быть безличной, т. е. всегда есть конкретный пациент (личность, субъект, индивид), конкретная болезнь (синдром, состояние), на которые направлена методика (вид, техника, прием) медицинской деятельности (услуги) врача, т. е. взаимодействие в системе «врач – пациент».

Как же законодательство определяет профессиональную деятельность врача-психотерапевта (как лечащего врача)? «Медицинская деятельность (п. 10 ст. 2 ЗОЗГ) – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи...». «Медицинская помощь (п. 3 там же) – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и восстановление здоровья и включающая в себя представление медицинских услуг». «Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение». «Медицинское вмешательство (п. 5 там же) – выполняемые медицинским работником по отношению пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность, виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций...».

Не следует перечислять все основные понятия, используемые в ФЗ (ст. 2 ЗОЗГ), включая понятия «пациент», «диагноз», «состояние» и др. Их знанием, владением и умением пользоваться может заинтересоваться и прокурор, а врач обязан ими пользоваться, давая пояснения прокурору [16, 18].

Более подробные организационные и организационно-административные вопросы оказания психотерапевтической помощи в психотерапевтическом отделении (кабинете) регламентируются приказами Минздрава РФ.

Правовой нигилизм особенно свойственен врачам, в первую очередь врачам-психотерапевтам и клиническим психологам, в том числе и работающим в психиатрических учреждениях. И этот нигилизм проявляется не только в отношении медицинского законодательства, а в первую очередь в отношении ведения медицинской документации в системе «врач – пациент (родственники)». Именно в этой системе могут возникнуть конфликтные отношения (ситуации), за которыми может последовать прокурорская проверка деятельности врача. К сожалению, психологи, занимающиеся лече-

нием, чаще всего не ведут документации, особенно медицинской, несмотря на психодиагностическую деятельность.

Общение с пациентом психиатра (психотерапевта) начинается с неотъемлемого права пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ на него (ст. 29 ЗОЗГ) и на психиатрическое освидетельствование (ст. 13 ЗОПП). Психиатрическое освидетельствование (психиатр и психотерапевт в 100 % случаев обращения к ним обследуемого проводят именно психиатрическое освидетельствование) осуществляется для определения, «страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи» (ст. 23 ЗОПП), включая психотерапевтическую помощь. Нет нужды доказывать, что медицинская психотерапия относится к психиатрической помощи, а следовательно, врач-психотерапевт просто обязан соблюдать законодательство.

Ясно одно: в настоящее время существует медицинское право, регламентирующее работу врача-психотерапевта, психотерапевтического кабинета, включая участие в его работе медицинского психолога (копсихотерапевта), в работе полипрофессиональной бригады психиатрического учреждения, но нет четко законодательства по профессиональной деятельности психолога.

Отсюда понятно, что надеждам Г.Л. Исуриной [3] и других психологов (к сожалению, и многих врачей-психотерапевтов) о едином «Законе о психотерапии» не суждено сбыться. Хотя во введении была использована часть названия статьи Г.Л. Исуриной, авторы обсудили только психотерапию и психологическую коррекцию как самостоятельные метанауки и уклонились от обсуждения консультирования в медицине и психологии – это тема для других статей.

Заключение

Итак, психологи убеждены, что нельзя корректно сформулировать «каноническое» определение (понятие) психотерапии и психологической коррекции для профессионала, как это попытались сделать авторы. Но в дискуссию оппоненты не вступают. При этом следует признать, что на административно-организационном и нормативно-правовом уровнях в здравоохранении профессионалом в психотерапии является врач-психотерапевт, обладающий правами и обязанностями лечащего врача в рамках медицинского права, а в психологической коррекции – практический психолог, пользующиеся психотерапевтическим методом.

Этих профессионалов (специалистов) объединяет использование ими в профессиональной деятельности психотерапевтического метода, а разделяют образование, предметы метанаук (психотерапии и психологической коррекции) и направленность на разные системы ценностей потребителя услуг. Отсюда следует, что существование современного единого самостоятельного «Закона о психотерапии, психологической коррекции и психологическом консультировании», т. е. объединяющего медицинскую и психологическую модели, невозможно, так как медицинское право, регламентирующее деятельность врача-психотерапевта, уже существует и развивается, а психологическое право специалиста еще следует создавать.

Литература

1. Бабин С.М. Российская психотерапия в эпоху перемен // Школа В.М. Бехтерева от истоков до современности : Всерос. науч.-практ. конф. [Электронный ресурс]. СПб. : Альта астра, 2017. С. 377–378. URL: <http://nkscp.ru/userfiles/>.
2. Завьялов В.Ю. Определение психотерапии: для прокурора, для пользователя и для специалиста // Теория и практика психотерапии. 2015. № 7 (11). С. 2–11.
3. Исурина Г.Л. Психотерапия и психологическое консультирование как клиничко-психологическое вмешательство // Школа В.М. Бехтерева от истоков до современности : Всерос. науч.-практ. конф. [Электронный ресурс]. СПб. : Альта астра, 2017. С. 387–388. URL: <http://nkscp.ru/userfiles/>.
4. Кабанов М.М. Психотерапия и реабилитация в современной клинической медицине // Руководство по психотерапии. 2-е изд. Ташкент : М., 1979. С. 30–43.
5. Каган В.Е. Границы психотерапии // Независимый психиатрический журнал. М., 1995. № 2. С. 11–17.
6. Канке В.А. Философия науки. Краткий энциклопедический словарь. М. : Омега-Л, 2008. 328 с.
7. Катков А.Л. Базисная исследовательская программа и параметрический ряд предметного поля психотерапии // Психотерапия. 2015. № 2 (146). С. 2–19.
8. Макаров В.В. Вызовы эпохи и ответ профессионального сообщества психотерапевтов // Психотерапия. 2015. № 3 (147). С. 2–5.
9. Мазилов В.А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века // Психологический журнал. 2006. Т. 27, № 1. С. 23–34.
10. Мироненко И.А. Кризис психологии: перманентный и системный или локальный // Вопросы психологии. 2008. № 4. С. 119–127.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб. [и др.] : Питер, 2000. 1024 с.
12. Психотерапия – новая наука о человеке : [сб. ст.]. М. : Екатеринбург : Деловая книга : Акад. проект, 1999. 397 с.
13. Сводобчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. Введение в психологию субъективности. Москва. 1995. 387 с.

14. Узлов Н.Д. Психотехнологии: к проблеме определения понятия // Психотерапия. 2015. № 2 (146). С. 59–67.

15. Юревич А.В., Психология и методология. М. : Изд-во ИП РАН, 2005. 310 с.

Поступила 21.02.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. Психотерапия, психокоррекция и психологическое консультирование, или почему не может быть единого закона о психотерапии // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 59–72.

PSYCHOTHERAPY, PSYCHO-CORRECTION AND PSYCHOLOGICAL COUNSELING, OR WHY CAN'T THERE BE A SINGLE LAW ON PSYCHOTHERAPY

Nosachev G.N. ¹, Nosachev I.G. ¹, Dubitskaia E.A. ²

¹ Samara State Medical University (Chapayevskaya Str., 89, Samara, Russia);

² Samara psychoneurological dispensary
(Artsybushevskaya Str., 102, Samara, Russia)

✉ Gennady Nikolaevich Nosachev – Dr. Med. Sci. Prof., Specialized consultative and diagnostic center of clinics of Samara State Medical University (Chapayevskaya Str., 89, Samara, 443099, Russia), e-mail: nosachev.g@mail.ru;

Igor Gennadievich Nosachev – PhD Med. Sci. Associate Prof., Department of psychiatry, narcology, psychotherapy and clinical psychology of Samara State Medical University (Chapayevskaya Str., 89, Samara, 443099, Samara,), e-mail: jpl2259@yandex.ru;

Ekaterina Andreevna Dubitskaia – PhD Med. Sci., Deputy chief physician for clinical and expert work of Samara psychoneurological dispensary (Artsybushevskaya Str., 102, Samara, 443001, Russia), e-mail: megre66@yandex.ru.

Abstract. Based on paradigmatic differences between medical and psychological models of psychotherapeutic technique and the methodology of science is an attempt of selection of psychotherapy and psychotherapy as an independent axiological metascience. The article discusses the basic provisions of medical law for the daily work of a psychotherapist and a clinical psychologist in a psychotherapeutic office, which in no case does not apply to the practical activities of a psychologist whose work is not legally regulate.

Keywords: psychotherapy, psychological correction, paradigm, axiology, metascience, medical law.

References

1. Babin S.M. Rossiiskaya psikhoterapiya v epokhu peremen [Russian psychotherapy in an era of change]. *Shkola V.M. Bekhtereva ot istokov do sovremennosti* [School V.M. Bekhterev from the origins to the present] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2017. Pp. 377–378. URL: <http://nkscp.ru/userfiles/>. (In Russ.)
2. Zav'yalov V.Yu. Opredelenie psikhoterapii: dlya prokurora, dlya pol'zovatelya i dlya spetsialista [Defining psychotherapy for the public prosecutor, the user and the expert]. *Teoriya i praktika psikhoterapii* [Theory and practice of psychotherapy]. 2015. N 7. Pp. 2–11. (In Russ.)
3. Isurina G.L. Psikhoterapiya i psikhologicheskoe konsul'tirovanie kak kliniko-psikhologicheskoe vmeshatel'stvo [Psychotherapy and psychological counseling as clinical and psychological intervention]. *Shkola V.M. Bekhtereva ot istokov do sovremennosti* [School V.M. Bekhterev from the origins to the present] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2017. Pp. 387–388. URL: <http://nkscp.ru/userfiles/>. (In Russ.)
4. Kabanov M.M. Psikhoterapiya i reabilitatsiya v sovremennoi klinicheskoi meditsine [Psychotherapy and rehabilitation in a modern clinical medicine]. *Rukovodstvo po psikhoterapii* [Manual therapy]. 2nd ed. Tashkent : Moskva. 1979. Pp. 30–43. (In Russ.)
5. Kagan V.E. Granitsy psikhoterapii [The Boundaries of psychotherapy]. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal* [Independent Psychiatric Journal]. 1995. N 2. Pp. 11–17. (In Russ.)
6. Kanke V.A. Filosofiya nauki. Kratkii entsiklopedicheskii slovar [Philosophy of science. Short encyclopedic dictionary]. Moskva. 2008. 328 p. (In Russ.)
7. Katkov A.L. Bazisnaya issledovatel'skaya programma i parametriceskii ryad predmetnogo polya psikhoterapii [Basic research program and parametric series of the subject field of psychotherapy]. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2015. N 2. Pp. 2–19. (In Russ.)
8. Makarov V.V. Vyzovy epokhi i otvet professional'nogo soobshchestva psikhoterapevtov [Challenges of the era and the response of the professional community of psychotherapists]. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2015. N 3. Pp. 2–5. (In Russ.)
9. Mazilov V.A. Metodologicheskie problemy psikhologii v nachale XXI veka [Methodological problems of psychology in the beginning of the XXI century]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2006. Vol. 27, N 1. Pp. 23–34. (In Russ.)
10. Mironenko I.A. Krizis psikhologii: permanentnyi i sistemnyi ili lokal'nyi [The Crisis of psychology: a permanent and systemic or local]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 2008. N 4. Pp. 119–127. (In Russ.)
11. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [The psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg [et al.]. 2000. 1024 p. (In Russ.)
12. Psikhoterapiya – novaya nauka o cheloveke [Psychotherapy – a new science of man: the Lane with it] : collection of scientific works. Moskva : Ekaterinburg. 1999. 397 p. (In Russ.)
13. Svodobchikov V.I., Isaev E.I. Psikhologiya cheloveka. Vvedenie v psikhologiyu sub"ektivnosti [Psychology of the person. Introduction to the psychology of subjectivity]. Moskva. 1995. 387 p. (In Russ.)

14. Uzlov N.D. Psikhotehnologii: k probleme opredeleniya ponyatiya [Psychotechnologies: to the problem of definition of the concept]. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2015. N 2. Pp. 59–67. (In Russ.)

15. Yurevich A.V. Psikhologiya i metodologiya [Psychology and methodology]. Moskva. 2005. 310 p. (In Russ.)

Received 21.02.2018

For citing. Nosachev G.N., Nosachev I.G., Dubitskaia E.A. Psikhoterapiya, psikhokorreksiya i psikhologicheskoe konsul'tirovanie, ili pochemu ne mozhet byt' edinogo zakona o psikhoterapii. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 65. P. 59–72. (**In Russ.**)

Nosachev G.N., Nosachev I.G., Dubitskaia E.A. Psychotherapy, psycho-correction and psychological counseling, or why can't there be a single law on psychotherapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. P. 59–72.

ЛЕЧЕБНАЯ СРЕДА НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЕЕ ИЗУЧЕНИИ И ОПТИМИЗАЦИИ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41)

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

³ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Предложен новый теоретико-методологический подход в изучении лечебной среды. Теоретическая концепция разработана на основе теории поля в гештальт-подходе, принципов экзопсихологии, отдельных элементов теории поля К. Левина и теории параллельных процессов. Процессуальная парадигма рассматривает любое действие в лечебной среде как производную ситуации межличностного взаимодействия, подчеркивая динамичный и взаимообусловленный характер наблюдаемых феноменов. Новый подход в изучении позволил автору дать новое определение приверженности в лечебной среде и выделить ее типы, предложить в соответствии с ними критерии эффективности лечения и связать их с уровнями оказания полипрофессиональной наркологической помощи. Данный подход может быть использован в изучении любой лечебной среды, принимая во внимание процессуальный характер изучаемых феноменов.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, наркология, лечебная среда, наркологический стационар, теория поля, приверженность, эффективность.

Разработанная нами в полевой парадигме теоретическая концепция психологии лечебной среды рассматривается как значимое дополнение к знаниям, способам и средствам в оказании помощи и в интересах каждого участника лечебной среды [1]. В ее основе лежат современные представле-

✉ Городнова Марина Юрьевна – д-р мед. наук, проф. каф. детской психиатрии, психотерапии и мед. психологии Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: mgorodnova@yandex.ru;

Чехлатый Евгений Иванович – д-р мед. наук проф., вед. науч. сотр., Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); руководитель, науч.-клинич. и образоват. центр «Психотерапия и клиническая психология», Санкт-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: chekhlaty@mail.ru.

ния теории поля в гештальт-подходе [9, 13–15] методология экопсихологии [7, 8, 11] отдельные положения теории поля К. Левина и теория параллельных процессов [2]. Концепция базируется на 11 постулатах:

1) лечебная среда – это поле, «порождающее» ситуацию, представляющее собой процесс;

2) «порождение» ситуации происходит совместно при взаимодействии с «другим», что является обязательным и необходимым условием;

3) «другой» – это любой участник лечебной среды, присутствующий в её поле: медицинский персонал, пациент, волонтер, исследователь;

4) действия участников среды – это функция среды (ситуации), то есть поведение пациента и специалиста является производной совместно созданного поля;

5) действие возникает в результате диалога, в ситуации «здесь и сейчас» дифференцируется фигура потребности, определяющая актуальный выбор и реализацию принятого решения;

6) действие меняется постоянно и непрерывно от ситуации к ситуации;

7) диалог определяет возможность «встречи», ведущей к новому опыту каждого из ее участников (субъект-порождающий тип взаимодействия);

8) приближение к субъективному опыту «Другого» и создание возможности «встречи», обуславливающей новый опыт, возможно только с помощью эмпатии, понимания, интуиции или иного подобного способа;

9) лечебная среда как поле имеет определенные свойства: конфликтность, дружелюбность, эмпатичность, обоюдные ожидания, доверие;

10) диалогическая позиция – это приобретенный, специально тренируемый навык;

11) в среде нет объекта исследования, не зависящего от действия, которое осуществляется с ним, исследователь непосредственный участник эксперимента.

Таким образом, любое действие порождается полем лечебной среды в ситуации межличностного взаимодействия. Теория поля процессуальна по своей сути, и отсутствие процессуального языка подвигло нас обратиться к терминологии наиболее близкого нам теоретического подхода – экопсихологии, в центре внимания которой стоит изучение «зазора» между организмом и средой [8]. Мы воспользовались следующими тремя принципами, принятыми в описании эколого-психологических исследований: экологическим, деятельностным и функциональным.

Согласно экологическому принципу, лечебная среда рассматривается как жизненная среда, представляющая возможность (или препятствующая)

удовлетворению жизненных потребностей человека. Таким образом, профессиональная деятельность есть не что иное, как способ удовлетворения потребности в самоактуализации. Исходя из актуальных потребностей пациента и членов его семьи, мы также выделяем пять уровней оказания специализированной помощи наркологическим пациентам и их семьям. Признание актуальной потребности не означает необходимости ее удовлетворения, но создает возможность формирования иных потребностей, в том числе потребности в отказе от потребления психоактивных веществ, что совпадает с основной задачей, стоящей перед системой оказания наркологической помощи. Каждый уровень соответствует актуальной потребности пациента в отношении потребления психоактивного вещества (ПАВ), и объем, форма и содержание мультипрофессиональной помощи пациенту и семье будут определяться их актуальными неудовлетворенными потребностями.

Данный подход соответствует концепции ориентированности на клиента как системной философии «услуг» J. Schweitzer (1995), что предполагает ориентированность на то, что субъективно желает пациент, а не на представления профессионалов о том, что ему необходимо [10, с. 135–137]. Помощь, ориентированная на пациента, помогает сэкономить излишние усилия, особенно тогда, когда настоящие требования у пациентов отсутствуют, а к профессионалу предъявляют требования третьи лица (родственники, органы социальной защиты или правоохранительные органы). Оказываясь в ситуации «невозможных заказов», специалист находится в зоне противоречий видения ситуации пациентом и своим или противоречий, когда «внешние» заказчики не имеют общего мнения относительно того, что могли бы сделать специалисты. Их профессиональные и личные ценности вступают в конфликт с этической и практической ориентированностью государственных и коммерческих организаций здравоохранения, бюрократическим аппаратом, что повышает риск выгорания. Критерий оценки эффективности наркологического лечения с позиции отказа пациента от потребления ПАВ не только противоречит сути наркологического заболевания [4–6], но и поддерживает ситуацию «невозможных заказов».

Согласно деятельностному принципу, лечебная среда предстает как пространство возможностей для овладения различными видами человеческой деятельности, необходимыми для социализации и индивидуализации человека. Это овладение специалистами необходимыми профессиональными компетенциями в лечебной среде, а пациентами – необходимыми навыками в сохранении приверженности лечению и лечебной среде. Фоку-

сом нашего внимания являются эмпатические способности как необходимый навык помогающего специалиста и приверженность к долгосрочному лечению и к лечебной среде как необходимая деятельность пациента в эффективном совладании с болезнью и ее проявлениями.

Согласно функциональному принципу, лечебная среда рассматривается из той функциональной роли, которую она играет в качестве компонента системы «человек – окружающая среда»: фактор, демонстрирующий средовое воздействие на психику человека; как условие осуществления жизнедеятельности человека и средовые возможности удовлетворения его потребностей; как объект профессиональной деятельности.

Факторами лечебной среды, оказывающими воздействие на деятельность ее участников и обеспечивающими привлекательность лечебной среды для пациента, являются: наличие реабилитационной программы, профессионализм врача, доброжелательность специалистов, условия пребывания, наличие знакомых в отделении и др. Нами исследована взаимосвязь этих факторов с процессом приверженности пациентов к долгосрочному лечению [3].

К условиям осуществления жизнедеятельности человека в лечебной среде мы относим эмпатию, рассматривая ее как полевую характеристику, как свойство поля. Эмпатическая насыщенность среды определяет облегчающие условия для приближения к осознанности актуальной потребности пациента и его выбора в дальнейшем действии.

Средовые возможности удовлетворения потребностей пациентов в лечебной среде проявляются в возможности найти временное жилье, облегчить страдания, избежать судебного наказания, улучшить здоровье, в целом улучшить качество жизни, что является, на наш взгляд, важным критерием эффективности лечения наркологических больных.

Рассмотрение лечебной среды с позиции объекта профессиональной деятельности сфокусировано на выявлении синдрома профессионального выгорания у специалистов и взаимосвязи его с эмпатическими способностями. Отсутствие проявлений эмоционального истощения, деперсонализации, редукции личных достижений и эмпатические способности лежат в основе эффективности профессиональной деятельности и сохранения профессионального здоровья специалиста, а также влияют на формирование приверженности к лечению у пациента.

В лечебной среде наркологического стационара представлены все типы взаимодействия, описанные в экпсихологических исследованиях.

Объект–объектный тип имеет место в тех случаях, когда взаимодействие имеет сугубо абстрактный и формальный характер, пассивно-ролевая позиция каждого из участников определяется следованием предписанным ролям (пациент, специалист) и игре «специалист–пациент», без учета истинных потребностей и намерений каждого из участников. Пассивное отношение к изменению ситуации с обеих сторон.

Объект–субъектный тип взаимодействия соответствует ситуации пассивной роли специалиста, следующего за активностью пациента в его требованиях, пациент активен в анализе, оценке и действиях по преобразованию лечебной среды, ее компонентов и субъектов. Это может проявляться в требовании конкретных диагностических и лечебных процедур, изменения условий пребывания в среде и даже в поставке ПАВ.

Субъект–объектный тип взаимодействия характеризуется активной позицией специалиста, воспринимающего пациента как объект своего воздействия, требующей беспрекословного подчинения. Пациент занимает пассивную позицию без должного участия в своем выздоровлении.

Субъект–субъектный тип отличается взаимной активностью, но проявляется разными аспектами взаимодействия и имеет три подтипа:

– субъект–обособленный тип характеризуется взаимным убеждением участников в правильности своего решения проблемного вопроса, не принимая во внимание субъектность другого, его мнение и потребности, при отсутствии общей цели. Диалог между участниками невозможен, и конструктивное решение не может быть найдено ни для одной из сторон. Примером может служить стремление специалиста удержать пациента в лечебной среде, а когда пациент активно стремится уйти из нее, что может быть представлено как борьба за право обладать собственным мнением;

– субъект–совместный тип взаимодействия определяется конструктивным диалогом между специалистом и пациентом при уважительном отношении друг к другу, наличием совместной цели, но при отсутствии изменений субъектности. Общей целью может быть приверженность лечебной среде без обязательного длительного пребывания в ней, что позволяет пациенту неоднократно обращаться за специализированной помощью даже при продолжении потребления ПАВ;

– субъект–порождающий тип взаимодействия определяется активностью позиции и действий всех участников по достижению общей цели, что приводит к изменению субъектности участников. Примером может служить участие в реабилитационных программах, в которых посредством

диалога и встречи происходит изменение каждого участника: и специалиста, и пациента. Это пример понятия «встречи» в гештальт-подходе.

Приверженность пациентов к лечению и синдром эмоционального выгорания мы рассматриваем как взаимообусловленные посредством эмпатии производные лечебной среды. Таким образом, приверженность пациентов – это полевой растянутый во времени динамический процесс, порождаемый от ситуации к ситуации диалогическим взаимодействием с другим [1, 12]. Говоря о приверженности в наркологической практике, на наш взгляд, следует говорить о двух видах приверженности: приверженность к долгосрочному лечению и приверженность к системе оказания многопрофильной помощи, ориентированной на улучшение качества жизни наркологического больного. При таком взгляде на проблему приверженность может быть представлена как последовательный процесс вовлечения и удержания пациента в существующей системе полипрофессиональной помощи, формирующей потенциальную возможность дальнейшего изменения совладающего поведения пациента с заболеванием и его последствиями, также возможность формирования установки на трезвость. В этом случае «вход в систему» (или «первый этап») есть не что иное, как пребывание в среде наркологического стационара, вовлечение его в систему оказания помощи. Наличие приверженности к стационарному лечению (пусть очень непродолжительному) у больных с низкой мотивацией к долгосрочному лечению указывает на формирование доверия к существующей системе, в которой имеется возможность удовлетворения актуальных потребностей и возможность формирования иной установки в отношении употребления ПАВ. Каждому типу приверженности соответствует свой критерий эффективности наркологической полипрофессиональной помощи: «отказ от употребления ПАВ» и «улучшение качества жизни пациента».

К свойствам или характеристикам поля лечебной среды относим эмпатическую насыщенность, доверие, конфликтность, ожидания от лечения и установки участников лечебной среды на критерии эффективности лечения. Наши эмпирические наблюдения позволяют отметить высокую конфликтность лечебной среды наркологического стационара и низкий уровень доверия в ней. Отмечено недоверие не только между специалистами и пациентами, но и между самими специалистами, что не позволило создать супервизионную группу непосредственно в отделении. Специалисты ссылались на отсутствие безопасности: страх оценки, наказания и даже опасения в плане преследования. Для создания атмосферы доверия требуется продолжительное время. Зависимость от ПАВ можно назвать не только

болезнью потери контроля и границ, но и болезнью утраты доверия к себе и окружающему миру, что свойственно всем участникам лечебной среды. Показанные нами различия в установках на лечение и пребывание в лечебной среде, в оценке его успешности и в критериях эффективности лечения у участников среды поддерживают объект–объектный и субъект–объектный тип отношений, препятствуя формированию приверженности как к долгосрочному лечению, так и к системе оказания помощи [1, 3].

Представляем таблицу, в которой кратко отражены основные фокусы и объем полипрофессиональной наркологической помощи (ППНП) в соответствии с уровнем ее оказания, а также преобладающие типы взаимодействия в лечебной среде, формирующийся тип приверженности и соответствующий ему критерий оценки эффективности лечения (таблица).

Пациенты 1-го и 2-го уровней преобладают в лечебной среде наркологического стационара. С их окружением следует работать на преодоление сопутствующего феномена созависимости, укрепляя их собственные границы и способствуя идентификации их потребностей, ценностей и смыслов. Следует признать, что отсутствие ресурсов лечебной среды не позволяет осуществлять данный вид деятельности в полной мере.

Понимание и принятие потребностей членов семьи на каждом уровне позволяет специалисту избежать искушения вылечить пациента согласно собственным представлениям о его благе и необходимости отказа пациента от употребления наркотиков, а также позволит членам семьи сохранить уважение к себе, несмотря на существующую тяжелую социальную проблему и их причастность к этому.

Уровень, фокус и объем оказания полипрофессиональной наркологической помощи

Преобладающий тип взаимодействия	Фокус и объем помощи		Тип приверженности и критерий эффективности лечения
	пациенту	семье	
1-й уровень. Активные потребители ПАВ, не нуждающиеся в наркологической помощи. Обращение в наркологический стационар связано с удовлетворением иных потребностей			
Объект–объектный, объект–субъектный, субъект–объектный	Предоставление возможности удовлетворения актуальных базовых потребностей (безопасности, сохранения жизни и здоровья)	Сохранение организации и оптимального функционирования семьи: защиты семьи от последствий наркотизации ее члена и сохранение возможности обращения пациента к семейной системе в случае его решения принять специализированную помощь	Приверженность к системе оказания ППНП, этап вовлечения. «Улучшение качества жизни пациента»
2-й уровень. Активные потребители ПАВ, обращение в наркологическую службу связано с желанием облегчить страдания, обусловленные употреблением, но не прекратить его. Мотивация на отказ от употребления ПАВ отсутствует			
Объект–субъектный, субъект–объектный, субъект–обособленный, субъект–совместный	Наркологическая помощь направлена на облегчение последствий употребления. Признание права пациента на выбор жизненного пути позволяет сформировать приверженность к системе оказания ППНП	Поддержка и создание функциональных адаптивных семейных механизмов, сохраняющих психическое и физическое здоровье ее членов, побуждая к удовлетворению личных потребностей, придавая этому значимость и ценность. Осознание «ложно совпадающих ценностей лечения»: стремление пациента не к отказу от употребления, а продолжение контролируемого потребления	Приверженность к системе ППНП, этап вовлечения. «Улучшение качества жизни пациента»
3-й уровень. Пациенты, стремящиеся к отказу от употребления наркотиков и обращающиеся за многоплановой помощью. Потребность в отказе от наркотика находится в стадии формирования, носит неустойчивый характер			
Субъект–обособленный, субъект–совместный	Поддержка формирующейся потребности к отказу от употребления ПАВ и принятие разноплановой помощи. Основной вопрос: «Как можно прекратить употребление? Что нужно для этого сделать?»	Объединение всех членов семьи вокруг формирующейся потребности к отказу от ПАВ и вовлечение их в лечебно-реабилитационные мероприятия. Актуализация существующих семейных и вне семейных ресурсов, поиск ответа на вопрос: «Как и чем мы можем помочь пациенту отказаться от употребления?»	Приверженность к системе ППНП, этап удержания. «Улучшение качества жизни пациента»

Преобладающий тип взаимодействия	Фокус и объем помощи		Тип приверженности и критерий эффективности лечения
	пациенту	семье	
4-й уровень. Пациенты, которые приняли решение прекратить употребление и сохранять трезвость			
Субъект–порождающий	Помощь в сохранении трезвости, формирование установок трезвого образа жизни. Основной вопрос: «Как сохранить трезвость?»	Помощь семье в поддержании трезвого образа жизни своего члена, в совладании с неизбежным семейным кризисом	Приверженность к долгосрочному лечению, этап удержания. «Отказ от употребления ПАВ»
5-й уровень. Пациенты, находящиеся в устойчивой ремиссии более 2–3 лет			
Субъект–порождающий	Помощь в осознании и удовлетворении потребностей напрямую не связанных с проблемой употребления ПАВ	Не отличается от семейной психотерапии с семьей, имеющей трудности в преодолении горизонтальных и вертикальных семейных кризисов, стрессовых событий жизни.	Приверженность к трезвому образу жизни. «Длительность трезвости»

Заключение

Разработанная концепция психологии лечебной среды носит прикладной характер, побуждая специалиста сохранять интерес и переживание новизны каждой ситуации контакта с пациентом, уникальности «обыденного» случая, что не только обеспечивает эффективность взаимодействия в построении рабочего альянса, но и сберегает профессиональное здоровье специалиста. Признание ответственности каждого участника лечебной среды за решения и действия в ней, позволяет разделить ответственность за эффективность лечения между всеми участниками лечебной среды.

Данный теоретико-методологический подход может быть использован в изучении любой лечебной среды, принимая во внимание процессуальный характер изучаемых феноменов. Полученные результаты могут быть положены в основу мероприятия по оптимизации поля лечебной среды, обеспечивая рост эффективности оказания помощи больным.

Литература

1. Городнова М.Ю. Психология лечебной среды наркологического стационара // Наркология. – 2015. – № 9. – С. 62–69.
2. Городнова М.Ю. Теория поля в современной психологии и психотерапии // Психич. здоровье. – 2016. – № 1. – С. 56–65.
3. Городнова М.Ю. Эффективность наркологического лечения глазами пациента и специалиста // Наркология. – 2014. – № 5 (149). – С. 75–78.

4. Илюк Р.Д., Торбан М.Н., Хаймер Р.И. [и др.] Изучение мнений врачей-наркологов об эффективности наркологической службы по оказанию помощи пациентам с наркотической зависимостью // Неврол. вестн. – 2013. – Т. XLV, вып. 2. – С. 30–38.

5. Крупицкий Е.М., Илюк, Р.Д., Торбан М.Н. [и др.] Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опийной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение // Вопр. наркологии. – 2012. – № 9. – С. 69–77.

6. Менделевич В.Д. Концепция «патологического влечения к ПАВ» сквозь призму канонов современной клинической психиатрии и принципов доказательной медицины // Вопр. наркологии. – 2013. – № 1. – С. 133–143.

7. Панов В.И. Ноосфера – психическая реальность или метафора? (Экопсихологическая гипотеза) // Вестн. Ярослав. гос. ун-та им. П.Г. Демидова. Сер. Психология. – 2006. – № 1. – С. 21–28.

8. Панов В.И. Экологическая психология, экпсихология развития, экпсихологические взаимодействия. Экологическая психология: основные направления и понятия // Экопсихологические исследования-2: к 15-летию лаборатории экпсихологии развития : моногр. сб. / под ред. В.И. Панова. – М. : Психол. ин-т ; СПб. : Нестор-История, 2011. С. 236–248.

9. Сименс Х. Практическое руководство для гештальттерапевтов. СПб. : Изд-во Пирожкова, 2008. – 168 с.

10. Шлиппе А., Швайтцер Й. Учебник по системной терапии и консультированию. – М. : Ин-т консультирования и систем. решений, 2011. – 368 с.

11. Шмелева И.А. Проблема взаимодействия человека с окружающей средой: области и аспекты психологического исследования // Вестн. МГУ. Сер. 14: Психология. – 2010. – № 3. – С.105–120.

12. Brownell P. Gestalt Therapy for Addictive and Self-Medicating Behaviors. – New York : Springer Publishing, 2012. – 224 p.

13. Dastur F. The Importance of the Concept of Form in Psychopathology // International Gestalt Journal. – 2007. – Vol. 30, N 1. – P. 9–30.

14. Robine J.-M. Social change begins with two. – Milano : Instituto di Gestalt ; Franco Angeli, 2015. – 286 p.

15. Spanguolo L.M. The Therapeutic Relationship in Gestalt Therapy // Relational Approaches in Gestalt Therapy / eds.: L. Jabobs, R. Hucher. – Santa Crus : New York, 2010. – P. 111–129.

Поступила 17.10.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Городнова М.Ю., Чехлатый Е.И. Лечебная среда наркологического стационара: теоретико-методологический подход в ее изучении и оптимизации // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 73–85.

**THERAPEUTIC ENVIRONMENT NARCOLOGICAL HOSPITAL: THEORETICAL
AND METHODOLOGICAL APPROACH IN HER STUDY AND OPTIMIZATION**

Gorodnova M.Yu.¹, Chekhlaty E.I.^{2,3}

¹ North-Western State Medical University named after I.I Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, Russia);

² National medical research center of psychiatry and neurology
named after V.M. Bekhterev (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, Russia);

³ Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb. 7/9, St Petersburg, Russia)

✉ Marina Yurievna Gorodnova – Dr. Med. Sci., Prof. Department of child psychiatry, psychotherapy and medical psychology, North-Western State Medical University named after I.I Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: mgorodnova@yandex.ru;

Chekhlaty Evgeny Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., Leading research associate, National medical research center of psychiatry and neurology named after V.M. Bekhterev (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia); Head, "Psychotherapy and Clinical Psychology" Research, Clinical and Educational Center, Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb. 7/9, St. Petersburg 199034, Russia), e-mail: chekhlaty@mail.ru.

Abstract. This article proposes a new theoretical and methodological approach to the study of the therapeutic environment. The theoretical concept is based on the field theory in the Gestalt-approach, the principles of Ecopsychology, the individual elements of the field theory of K. Lewin and the theory of concurrent processes. The processual paradigm considers any action in the medical environment as a derivative of the situation of interpersonal interaction, emphasizing the dynamic and interdependent nature of the observed phenomena. A new approach to the study allowed the author to give a new definition of adherence to treatment in the medical environment and to allocate its types, to offer in accordance with the criteria of efficiency of treatment and associate them with levels of provision polyprofessional medical care. This approach can be used in the study of any therapeutic environment, taking into account the processual nature of the studied phenomena.

Keywords: medical (clinical) psychology, narcology, healing environment, drug hospital, field theory, adherence to treatment, efficiency.

References

1. Gorodnova M.Yu. Psikhologiya lechebnoi sredy narkologicheskogo stacionara [Psychology of the medical environment of the narcological hospital]. *Narkologiya* [Narcology]. 2015. N 9. Pp. 62–69.

2. Gorodnova M.Yu. Teoriya polya v sovremennoi psikhologii i psikhoterapii [Psychology of the medical environment of the narcological hospital]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [The Russian mental health]. 2016. N 1. Pp. 56–65.

3. Gorodnova M.Yu. Effektivnost' narkologicheskogo lecheniya glazami pacienta i spetsialista [Effectiveness of drug dependence treatment through the eyes of a specialist and the patient]. *Narkologiya* [Narcology]. 2014. N 5. Pp. 75–78.

4. Ilyuk R.D., Torban M.N., Khaimer R.I. [et al.] Izuchenie mnenii vrachei-narkologov ob effektivnosti narkologicheskoi sluzhby po okazaniyu pomoshchi pacientam s narkoticheskoi zavisimost'yu [Study of attitudes of russian addiction psychiatrists (narcologists) towards drug treatment system]. *Nevrologicheskii vestnik* [Journal of Neurology]. 2013. Vol. XLV, Issue 2. Pp. 30–38.

5. Krupitskii E.M., Ilyuk, R.D., Torban M.N. [et al.] Dinamicheskaya mnogofaktornaya otsenka klinicheskikh i psikhosotsial'nykh karakteristik u bol'nykh s opiinnoi zavisimost'yu, prokhodyashchikh reabilitatsionnoe lechenie [Dynamic assessment of clinical, social, and psychological characteristics of opioid addicts in drug treatment rehabilitation]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2012. N 9. Pp. 69–77.

6. Mendelevich V.D. Kontsepsiya «patologicheskogo vlecheniya k PAV» skvoz' prizmu kanonov sovremennoi klinicheskoi psikiatrii i printsipov dokazatel'noi meditsiny [The concept of "pathological craving to psychoactive substances": glance over prism of canons of the contemporary clinical psychiatry and principles of evidence-based medicine]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2013. N 1. Pp. 133–143.

7. Panov V.I. Noosfera – psikhicheskaya real'nost' ili metafora? (Ekopsikhologicheskaya gipoteza) [Noosphere – the mental reality or metaphor? (Ecopsychological hypothesis)]. *Vestnik Yaroslavskogo gosudarstvennogo universiteta imeni P.G. Demidova. Seriya Psikhologiya* [Bulletin of the Yaroslavl state University of name P.G. Demidov. Series Psychology]. 2006. N 1. Pp. 21–28.

8. Panov V.I. Ekologicheskaya psikhologiya, ekopsikhologiya razvitiya, ekopsikhologicheskie vzaimodeistviya. Ekologicheskaya psikhologiya: osnovnye napravleniya i ponyatiya [Environmental psychology, Ecopsychology of development, ecopsychological engagement. Environmental psychology: trends and concepts]. *Ekopsikhologicheskie issledovaniya-2: k 15-letiyu laboratorii ekopsikhologii razvitiya* [Ecopsychological study-2: to the 15th anniversary of the laboratory of Ecopsychology development]. Moskva : Sankt-Peterburg, 2011. Pp. 236–248.

9. Simens Kh. Prakticheskoe rukovodstvo dlya geshtal'terapevtov [Practical guide for gestalttherapie]. Sankt-Peterburg, 2008. 168 p.

10. Shlippe A., Shvaittser I. Uchebnik po sistemnoi terapii i konsul'tirovaniyu [Textbook of systemic therapy and counselling]. Moskva, 2011. 368 p.

11. Shmeleva I.A. Problema vzaimodeistviya cheloveka s okruzhayushchei sredoi: oblasti i aspekty psikhologicheskogo issledovaniya [The Problem of human interaction with the environment: the areas and aspects of psychological research]. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya* [Moscow state university bulletin. Series 14: Psychology]. 2010. N 3. Pp. 105–120.

12. Brownell P. Gestalt Therapy for Addictive and Self-Medicating Behaviors. New York : Springer Publishing, 2012. 224 p.

13. Dastur F. The Importance of the Concept of Form in Psychopathology. *International Gestalt Journal*. 2007. Vol. 30, N 1. Pp. 9–30.

14. Robine J.-M. Social change begins with two. Milano : Istituto di Gestalt ; Franco Angeli, 2015. 286 p.

15. Spanguolo L.M. The Therapeutic Relationship in Gestalt Therapy. Relational Approaches in Gestalt Therapy. Eds.: L. Jabobs, R. Hycher. Santa Crus : New York, 2010. Pp. 111–129.

Received 17.10.2017

For citing. Gorodnova M.Yu., Chekhlatyi E.I. Lechebnaya sreda narkologicheskogo stacionara: teoretiko-metodologicheskii podkhod v ee izuchenii i optimizatsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 65. Pp. 73–85. **(In Russ.)**

Gorodnova M.Yu., Chekhlatyi E.I. Therapeutic environment narcological hospital: theoretical and methodological approach in her study and optimization. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. Pp. 73–85.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

¹ Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
(Россия, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15);

² Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

³ Республиканская клиническая больница Минздрава Чувашской Республики
(Россия, г. Чебоксары, Московский пр., д. 9);

⁴ Медицинский факультет, Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

В работе представлена модель медико-психологического сопровождения больных рассеянным склерозом, основанная на персонализированном подходе, который предполагает разработку индивидуального маршрута с выбором конкретных программ и методов психологического воздействия. В основе каждой программы и метода лежит конкретный психотерапевтический метод, вид психологического тренинга или метод психосоциального воздействия, проводимый в индивидуальной, групповой или семейной форме одним или несколькими специалистами. Дифференцированная и скоординированная работа специалистов в рамках данной модели позволяет наиболее полно учитывать специфику клини-

✉ Николаев Евгений Львович – д-р мед. наук доц., зав. каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15), ORCID 0000-0001-8976-715X, e-mail: pzdorovie@bk.ru;

Караева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр., руков. отделения лечения пограничных психич. расстройств и психотерапии, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: tania_kar@mail.ru;

Васильева Надежда Валентиновна – канд. мед. наук, врач-психотерапевт, Респ. клин. больница Минздрава Чувашской Республики (Россия, 428018, г. Чебоксары, Московский пр., д. 9), nadezhda1973vas@mail.ru;

Чехлатый Евгений Иванович – д-р мед. наук проф., вед. науч. сотр., Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); руков. науч.-клинич. и образоват. центра «Психотерапия и клиническая психология» Санкт-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9) e-mail: chekhlaty@mail.ru.

ческого состояния больного РС, особенности его психосоциального статуса и клинико-психологического профиля, задачи и ожидаемые результаты на каждом из четырех этапов медико-психологического сопровождения.

Ключевые слова: неврология, психиатрия, клиническая (медицинская) психология, рассеянный склероз, медико-психологическое сопровождение, психотерапия, персонализированный подход.

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы аутоиммунного характера, специализированное лечение которого проводится врачом-неврологом с обязательным привлечением к процессу терапии и реабилитации других медицинских специалистов – офтальмолога, уролога, физиотерапевта, врача лечебной физкультуры, психиатра, других специалистов [2]. В то же время, клиническая тяжесть заболевания, индивидуально-личностные особенности, специфика характерных для больных с РС когнитивных и эмоциональных нарушений, необходимость включения в систему помощи больным с РС социальных ресурсов диктует необходимость разработки системных подходов [1], опирающихся на учет уникальной для каждого больного с РС клинической, личностной и социальной ситуации.

В связи с чем опыт сотрудничества специалистов Чувашского Республиканского клинико-диагностического центра (Республиканская клиническая больница Минздрава Чувашской Республики, г. Чебоксары) и Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова (г. Чебоксары) с отделением лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург) и Научно-клиническим и образовательным центром «Психотерапия и клиническая психология» (Санкт-Петербургский государственный университет) позволил разработать и реализовать модель медико-психологического сопровождения больного с РС, базирующуюся на персонализированном подходе к пациенту и его потребностям.

Данный опыт, представленный в серии научных публикаций и апробированный на отечественных и международных конгрессах по психиатрии и психологии, отражает понимание медико-психологического сопровождения больного с РС как систему мер медицинского и психологического характера, направленных на когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы пациента не только с целью его психологической поддержки, но и стимулирования адаптивных возможностей личности и организма в ситуации болезни с учетом клинической специфики и динамики патологического процесса.

Выделение четырех организационных этапов в системе медико-психологического сопровождения больных с РС (информационно-диагностического, психокоррекционного, психотерапевтического и психореабилитационного), которые предполагают различную направленность в работе специалистов, способствует более последовательному решению задач, связанных с лечением и реабилитацией больных с РС.

Персонализированный подход в психотерапии и медико-психологическом сопровождении больного предполагает разработку индивидуального маршрута с выбором конкретных программ и методов психологического воздействия. Дифференцированная и скоординированная работа специалистов в рамках определенных программ и методов позволяет наиболее полно учитывать специфику клинического состояния пациента, особенности его психосоциального статуса и клинико-психологического профиля, задачи и ожидаемые результаты на данном этапе [8, 9].

В основе каждой программы и метода при медико-психологическом сопровождении больного с РС лежит определенный психотерапевтический метод, вид психологического тренинга или метод психосоциального воздействия, проводимый в индивидуальной, групповой или семейной форме одним или несколькими специалистами (табл. 1).

Таблица 1

Общая характеристика программ и методов медико-психологического сопровождения больных с РС на его различных этапах

Этап	Программа и метод	Задача
Информационно-диагностический	Психобразовательная программа	Информирование о биологических основах заболевания. Информирование о психосоциальных факторах риска заболевания. Помощь в принятии болезни
Психокоррекционный	Программа нейрокогнитивного тренинга	Знакомство с неврологическими основами когнитивных нарушений. Диагностика когнитивных функций. Содействие замедлению нарастания когнитивного дефицита
	Программа тренинга социальных навыков	Улучшение понимания намерений других людей, снижение напряжения в общении с больными и здоровыми. Общее улучшение коммуникации
	Программа поведенческого тренинга	Улучшение самоконтроля состояний. Управление стрессом через изменение поведения. Поддержание навыков самообслуживания
Психотерапевтический	Метод когнитивно-поведенческой терапии	Улучшение саморегуляции. Уменьшение проявлений депрессии, тревоги, нарушений сна.

Этап	Программа и метод	Задача
		Предупреждение дезадаптивных реакций на стресс. Повышение активности, частоты и качества социального взаимодействия
	Метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии	Поощрение осознания внутриличностного конфликта. Разрешение внутриличностного конфликта. Формирование адекватного самосознания и расширение его сферы
	Метод семейной психотерапии	Коррекция внутрисемейных отношений. Уменьшение эмоциональных нарушений у пациента
Психо-реабилитационный	Метод суппортивной психотерапии	Эмоциональная поддержка. Помощь в эмоциональной экспрессии. Активизация продуктивной активности

Так, в ходе информационно-диагностического этапа предусмотрена реализация психообразовательной программы. Она осуществляется совместными усилиями невролога, медицинской сестры и медицинского психолога. Работа ведется в индивидуальной и групповой формах. Для информирования пациента о биологических основах заболевания и психосоциальных факторах риска работает специальная «Школа больного с рассеянным склерозом». Во время этой школы пациенты в доступном виде получают от специалистов в форме групповой беседы, дискуссии, лекции полную информацию о своей болезни и необходимом образе жизни.

Для самостоятельного изучения и обсуждения на групповых занятиях пациентам предлагается специальная литература, подготовленная специалистами и освещающая практические вопросы, возникающие у больных в связи с диагнозом РС [10]. Все это в совокупности помогает больным принять свою болезнь, создает условия для формирования в дальнейшем приверженности лечению.

Групповая форма работы является желательной, но не обязательной. Возможны программы образовательных занятий, ведущихся специально подготовленными медицинскими сестрами. Также возможны индивидуальные беседы с пациентом и его родственниками специалистов-медиков и психолога на те же темы, которые обсуждаются в группе.

Имеет определенный смысл открытие специальных психообразовательных школ для родственников больных с РС, на которых близкие отдельно от пациентов могут обсуждать свои трудности в уходе за больным, возможности построения с ним продуктивных отношений, пути сохранения собственного здоровья и профилактики эмоционального выгорания.

В рамках психообразовательной программы пациентов медицинским психологом также проводится психодиагностическая работа, направленная

на выявление личностных особенностей пациента, определение нарушенных сфер социального функционирования и наличие адаптационных ресурсов и адаптационного потенциала личности. Совместно с пациентом обсуждается, как РС влияет на психику, как психика человека влияет на болезнь и как можно научиться жить с болезнью [10].

Психокоррекционный этап медико-психологического сопровождения больных с РС представлен тремя программами – нейрокогнитивным тренингом, тренингом социальных навыков и поведенческим тренингом (см. табл. 1, табл. 2).

Их тренинговая часть реализуется, как правило, в групповой форме. Ведущим специалистом на данном этапе является медицинский психолог, который хорошо владеет знаниями и практическими навыками в области клинической нейропсихологии и нейрореабилитации.

Данные программы могут применяться в разной последовательности в отношении всех больных с РС, так как для каждого больного с РС в той или иной мере становятся актуальными задачи сохранения когнитивных функций, улучшения социального функционирования и управления стрессом.

В ходе проводимого медицинским психологом нейропсихологического тренинга больной знакомится с неврологическими основами имеющихся у него когнитивных нарушений, проходит в индивидуальной форме нейропсихологическую диагностику когнитивных функций с составлением индивидуального нейропсихологического профиля (см. табл. 1, табл. 2).

Помимо этого, нейропсихологический тренинг содержит специальные упражнения на тренировку памяти, внимания, восприятия, вербальной продуктивности, выполнение которых пациентом способствует замедлению нарастания когнитивного дефицита.

Следующей программой на психокоррекционном этапе является тренинг социальных навыков (см. табл. 1, табл. 2). Этот тренинг, проводимый в группе других пациентов, нацелен на помощь больному с РС в межличностном взаимодействии – улучшении понимания намерений других людей, снижении напряжения в общении с больными и здоровыми, общем улучшении коммуникации.

Поставленные задачи решаются путем тренировки уверенного поведения, развития навыков самопрезентации, участия в ролевых играх, обсуждения характера проявляемых социальных взаимодействий. Очень важной в ходе тренинга становится ориентация на обратную связь со стороны

других пациентов, участвующих в тренинге, а также обязательное выполнение специальных «домашних заданий».

Таблица 2

Содержательная характеристика программ и методов
медико-психологического сопровождения больных РС

Программа и метод	Содержание и основная техника	Форма проведения
Психобразовательная программа	Индивидуальная беседа, групповая беседа, дискуссия, лекция, «Школа пациента», «Школа родственников больного с рассеянным склерозом»	Индивидуальная, групповая
Программа нейрокогнитивного тренинга	Нейropsychологическая диагностика, упражнения на тренировку памяти, внимания, восприятия, вербальной продуктивности	Индивидуальная, групповая
Программа тренинга социальных навыков	Развитие асертивности, самопрезентация, ролевые игры, обсуждение социальных взаимодействий, обратная связь, домашние задания	Групповая
Программа поведенческого тренинга	Ежедневная самооценка, прогрессивная мышечная релаксация, визуализация, моделирование поведения, развитие копинг-навыков	Индивидуальная, групповая
Метод когнитивно-поведенческой терапии	Выявление иррациональных суждений, интерпретация негативных состояний, поощрение позитивного мышления, позитивная определение достижимых целей, дневниковые записи	Индивидуальная, групповая
Метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии	Коррекция концепции болезни, расширение сферы самоосознания пациента, реконструкция нарушенных отношений личности, коррекция дезадаптивных форм поведения	Индивидуальная, групповая
Метод семейной психотерапии	Присоединение к семье, семейная дискуссия, формулировка семейного запроса, выявление ресурсов семьи	Семейная
Метод суппортивной психотерапии	Активное слушание, определение доступных жизненных радостей, дистантное консультирование (Интернет, телефон)	Индивидуальная, групповая

Еще одной программой медико-психологического сопровождения больных РС является поведенческий тренинг (см. табл. 1, табл. 2). Он проводится медицинским психологом как в индивидуальной, так и в групповой формах. В ходе поведенческого тренинга решаются задачи улучшения самоконтроля физических и эмоциональных состояний, управления стрессом через обращение к более эффективным копинг-стратегиям, поддержание навыков самообслуживания. Больные самостоятельно оценивают свое поведение в течение дня, отслеживают степень своей занятости, отмечают успехи и неудачи. Также используются такие техники, как прогрессивная

мышечная релаксация по Джекобсону, аутогенная тренировка, направленная позитивная визуализация, моделирование желаемого поведения.

Прохождение больным с РС психотерапевтического этапа медико-психологического сопровождения предполагает обращение к одному или нескольким методам – когнитивно-поведенческой терапии, семейной психотерапии и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Данные методы реализуются при руководстве процессом психотерапевтом и активной помощи со стороны медицинского психолога. Приоритеты выбора метода определяются актуальным клинико-психологическим состоянием больного с РС.

К примеру, метод когнитивно-поведенческой терапии реализуется при доминировании в клинической картине у больных с РС тревожно-депрессивных нарушений и нарушений сна. Он проводится в индивидуальной или групповой форме и нацелен на улучшение саморегуляции, предупреждение дезадаптивных реакций на стресс, повышение активности, частоты и качества социального взаимодействия.

Работа с пациентом строится на выявлении у него иррациональных суждений, совместной интерпретации его негативных состояний, поощрении опыта позитивного мышления, развитии позитивной интерпретации негативных симптомов, определению значимых реально достижимых целей. Больные ежедневно ведут дневниковые записи, в которых они отслеживают появление иррациональных и депрессогенных мыслей и противопоставляют им мысли саногенного характера. При необходимости делятся содержанием своих записей со специалистом или другими пациентами.

Наиболее глубинным методом медико-психологического сопровождения больных с РС является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (табл. 1, табл. 2), которая проводится при наличии у больного в клинической картине признаков невротических нарушений, чаще астеноневротического синдрома.

Теоретической основой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является концепция отношений личности и учение о неврозах В.Н. Мясищева, согласно которым, система отношений личности к разным сторонам действительности проявляется в типичных способах и выражениях этих отношений в повседневном поведении [3, 5, 6]. К задачам данного вида психотерапии у больного с РС относится: поощрение осознания им внутриличностного конфликта с его последующим разрешением, а также формирование адекватного самосознания и расширение его сферы, что носит адаптирующий для личности характер.

Решение этих задач в индивидуальной или групповой форме чаще всего достигается через активное проговаривание больным с РС своих конфликтов, коррекцию существующей у него концепции заболевания, коррекцию дезадаптивных форм его реагирования на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях, расширение сферы его самоосознания и реконструкцию нарушенных отношений личности [3, 7].

Метод семейной психотерапии реализуется при преобладании в клинико-психологической картине у больного РС признаков нарушенных семейных отношений. Он проводится в семейной форме, нацелен на оптимизацию внутрисемейных отношений у больного РС и снижение за счет этого эмоциональных нарушений.

Достигается все это в ходе семейной психотерапии за счет правильной формулировки семейного запроса, опоры на эмоциональное «присоединение» к семье, направленного ведения семейной дискуссии, выявлении глубинных ресурсов семьи. Семейная психотерапия позволяет изменить взгляды членов семьи на проблему больного РС, создать альтернативные модели ее разрешения, прервать дисфункциональные стереотипы поведения, имеющие трансгенерационные истоки, улучшить систему внутрисемейных коммуникаций [4].

Метод суппортивной психотерапии соответствует решению задач психореабилитационного этапа медико-психологического сопровождения больных РС. Его задачи носят менее специфический характер. Это прежде всего эмоциональная поддержка. Далее следует помощь пациенту в эмоциональной экспрессии и не теряющая своей актуальности для больных РС задача стимулирования продуктивной активности во всех возможных сферах (когнитивной, эмоциональной, поведенческой). Проводится суппортивная психотерапия в индивидуальной и групповой форме, чаще во вне-стационарных условиях. Применение специалистом приемов активного слушания, совместное с пациентом определение доступных ему жизненных радостей направлено на достижение поставленных задач. Современные технические возможности позволяют решать эти задачи через принципы дистантного консультирования (телефон, Интернет).

Метод суппортивной психотерапии может реализовываться в условиях трех типов клинических ситуаций. *Первая ситуация* – когда больной с РС успешно прошел все предшествующие этапы и в данный момент нуждается в закреплении и поддержании полученных положительных результатов лечения. Для него очень важно периодическое продолжение контактов со специалистом, наблюдение и получение от него дальнейших

рекомендаций по образу жизни и разрешению конкретных трудностей (не реже, чем ежемесячно).

Вторая ситуация наблюдается тогда, когда пациент территориально лишен возможности непосредственного общения с психотерапевтом или психологом. Здесь приходится прибегать к возможностям дистанционного общения со специалистом по телефону или через систему Интернет. Дистанционные контакты могут продолжать общение с уже известным специалистом, с которым сформировались отношения доверия. В рамках дистанционных технологий могут строиться новые отношения со специалистом, если он достаточно компетентен и проявляет эмпатию к больному. Такой подход успешно реализуется через анонимную круглосуточную службу экстренной психологической службы телефона доверия, которая действует в Чувашской Республике на протяжении более чем двух десятилетий.

Третья ситуация в большей мере характерна для больных, находящихся в тяжелом клиническом состоянии, когда они нуждаются в интенсивном фармакологическом лечении и медицинской реабилитации. Эти больные могут находиться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Возможность продуктивного взаимодействия с психотерапевтом или психологом может быть также резко снижена из-за выраженной когнитивной дисфункции пациента. Именно в таком случае максимально возрастает роль непосредственной эмоциональной поддержки, не требующей никакого обсуждения чего бы то ни было, а непосредственного принятия человека физического и эмоционального «пробывания рядом».

Заключение

Обобщая, стоит заметить, что задачи описанных программ и методов на начальном и завершающем этапах медико-психологического сопровождения больных с РС практически полностью соответствуют собственным задачам этих этапов. Содержание психокоррекционного и психотерапевтического этапов значительно шире. Однако это не означает, что больной с РС должен обязательно пройти все этапы и все программы и методы. Персонализированный подход в медико-психологическом сопровождении больного с РС предполагает разработку индивидуального маршрута с выбором программ и методов, позволяющих наиболее полно учитывать специфику клинического состояния пациента, особенности его психосоциального статуса и клинико-психологического профиля.

Литература

1. Власов Я.В., Повереннова И.Е., Кузнецова Н.И. [и др.]. Система оказания медико-социальной и реабилитационной помощи пациентам с рассеянным склерозом в Самарской области // Мед. альманах. 2011. № 1. С. 169–172.
2. Есауленко И.Е., Чернов А.В., Ульянова О.В., Куташов В.А. Основные принципы оказания неврологической помощи больным с рассеянным склерозом в условиях многопрофильного городского стационара (30-летний опыт) // Вестн. неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2016. № 7. С. 37–41.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985. 303 с.
4. Кулаков С.А. Практикум по интегративной психотерапии психосоматических расстройств. СПб. : Речь, 2007. 294 с.
5. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960. 426 с.
6. Мясищев В.Н. Психология отношений. Воронеж : МОДЭК, 1995. 75 с.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб. [и др.] : Питер, 2006. 944 с.
8. Тукаев Р.Д. Психотерапия: теории, структуры, механизмы. М. : Мед. информ. аг-во, 2007. 392 с.
9. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М. : Медпрактика-М, 2011. 480 с.
10. Maida E. Der große TRIAS-Ratgeber Multiple Sklerose. Stuttgart: TRIAS Verlag in MVS, 2005. 272 p.

Поступила 11.02.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Николаев Е.Л., Караваева Т.А., Васильева Н.В., Чехлатый Е.И. Персонализированный подход в медико-психологическом сопровождении больных с рассеянным склерозом // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 86–97.

THE PERSONALIZED APPROACH IN MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

Nikolaev E.L.¹, Karavaeva T.A.^{2,4}, Vasileva N.V.³, Chekhlaty E.I.^{2,4}

¹ Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, Russia);

² V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Bekhterev Str.. 3. St. Petersburg, Russia);

³ Republican Clinical Hospital of the Health Ministry of Chuvashia (Moskovskii Ave., 9, Cheboksary, Russia);

⁴ Center Psychotherapy and Clinical Psychology, Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, Russia)

✉ Evgeni Lvovich Nikolaev – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Head of the Department of Social and Clinical Psychology, Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, 428015, Russia), e-mail: pzdorovie@bk.ru. ORCID 0000-0001-8976-715X

Tatiana Arturovna Karavaeva – Dr. Med. Sci., Principal Research Associate, head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Bekhterev Str.. 3. St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: tania_kar@mail.ru;

Nadezhda Valentinovna Vasilieva – PhD Med. Sci., psychotherapist, Republican Clinical Hospital of the Health Ministry of Chuvashia (Moskovskii Ave., 9, Cheboksary, 428018, Russia), nadezhda1973vas@mail.ru;

Evgeniy Ivanovich Chekhlaty – Dr. Med. Sci Prof., Leading Research Associate of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Bekhterev Str.. 3. St. Petersburg, 192019, Russia); head of the Center Psychotherapy and Clinical Psychology, Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: chekhlaty@mail.ru.

Abstract. The paper presents a model of medical and psychological support for patients with multiple sclerosis, based on a personalized approach that involves the development of an individual route with the selection of specific programs and methods of psychological intervention. At the heart of each program and method is a specific psychotherapeutic method, the kind of psychological training, or the method of psychosocial intervention, conducted in individual, group or family form by one or more specialists. The differentiated and coordinated work of specialists within the framework of this model allows most fully take into account the specificity of the clinical condition of the patient with MS, the peculiarities of his psychosocial status and clinical and psychological profile, tasks and expected results in each of the four stages of medical and psychological support.

Keywords: neurology, psychiatry, clinical (medical) psychology, multiple sclerosis, medical and psychological support, psychotherapy, personalized approach.

References

1. Vlasov Ya.V., Poverennova I.E., Kuznetsova N.I. [et al.]. Sistema okazaniya mediko-sotsial'noi i reabilitatsionnoi pomoshchi patsientam s rasseyannym sklerozom v Samarskoi oblasti [The system of providing medical-and-social and rehabilitation help to patients with multiple sclerosis in the Samara Region]. *Meditsinskii al'manakh* [Medical almanac]. 2011. N 1. Pp. 169–172.
2. Esaulenko I.E., Chernov A.V., Ul'yanova O.V., Kutashov V.A. Osnovnye printsipy okazaniya nevrologicheskoi pomoshchi bol'nym s rasseyannym sklerozom v usloviyakh mnogoprofil'nogo gorodskogo statsionara (30-letnii opyt) [Basic principles for neurological care patients with multiple sclerosis in a multi-city hospitals (30 years experience)]. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i neirokhirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2016. N 7. Pp. 37–41.
3. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Moskva. 1985. 303 p.

4. Kulakov S.A. Praktikum po integrativnoi psikhoterapii psikhosomaticheskikh rasstroistv [Workshop on integrative psychotherapy of psychosomatic disorders]. Sankt-Peterburg. 2007. 294 p.
5. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy [Personality and neuroses]. Leningrad. 1960. 426 p.
6. Myasishchev V.N. Psikhologiya otnoshenii [Psychology of relations]. Voronezh. 1995. 75 p.
7. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. BD. Karvasarskii. Sankt-Peterburg. 2006. 944 p.
8. Tukaev R.D. Psikhoterapiya: teorii, struktury, mekhanizmy [Psychotherapy: theories, structures, mechanisms]. Moskva. 2007. 392 p.
9. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroistv affektivnogo spectra [Integrative psychotherapy of affective spectrum disorders]. Moskva. 2011. 480 p.
10. Maida E. Der große TRIAS-Ratgeber Multiple Sklerose. Stuttgart : TRIAS Verlag in MVS, 2005. 272 p.

Received 11.02.2018

For citing. Nikolaev E.L., Karavaeva T.A., Vasil'eva N.V., Chekhlaty E.I. Personalizirovannyi podkhod v mediko-psikhologicheskom soprovozhdenii bol'nykh s rasseyannym sklerozom. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 65. Pp. 86–97. **(In Russ.)**

Nikolaev E.L., Karavaeva T.A., Vasileva N.V., Chekhlaty E.I. The personalized approach in medical and psychological support of multiple sclerosis patients. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. Pp. 86–97.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.83 : 616.891.4

Г.О. Андреева¹, А.Ю. Емельянов¹,
В.И. Евдокимов^{2,3}

ДИНАМИКА АСТЕНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины

им. А.М. Никифорова МЧС России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

³ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Проведено обследование и лечение 388 больных с заболеваниями и травмами нервной системы. Астенические нарушения выявлены у 65 % больных с последствиями легкой закрытой черепно-мозговой травмы и у 70,1 % больных с травмами и хроническими заболеваниями периферической нервной системы. Выявлено, что частота встречаемости астении у больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы с течением времени уменьшается, а у больных с травмами и хроническими заболеваниями периферической нервной системы – нарастает, при этом клиническая выраженность астенических расстройств достоверно не меняется. Этиопатогенетические факторы не влияют на характер и значения показателей астении. Решающее значение в успехе терапии имеют дифференцированный комплексный подход и соблюдение сроков лечения.

Ключевые слова: неврология, клиническая (медицинская) психология, астения, психодиагностика, шкала астении, MFI-20, иглотерапия, психотерапия, психофармакотерапия.

✉ Андреева Галина Олеговна – д-р мед. наук, каф. нервных болезней, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: galinandreev@yandex.ru;

Емельянов Александр Юрьевич – д-р мед. наук проф., каф. нервных болезней, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); проф. центра «Психотерапия и клиническая психология», Санкт-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб./, д. 7/9), e-mail: 9334616@mail.ru.

Введение

Распространенность астенических жалоб среди пациентов общесоматической сети по данным разных авторов составляет от 9,2 до 65 % [3, 7], среди больных неврологического профиля достигает 80 % [1].

Люди экстремальных профессий (сотрудники МЧС России, военнослужащие), испытывающие зачастую чрезмерное эмоциональное напряжение при выполнении поставленных задач, находящиеся по роду деятельности в необычных условиях труда с частой сменой часовых поясов, нарушением суточного ритма сна и бодрствования, испытывают явления десинхроноза, предрасполагающие к развитию астении [5]. Длительное нахождение в неблагоприятных условиях, особенно в обстановке, сопровождающейся угрозой для жизни, выраженными физическими нагрузками, может вызывать перенапряжение и истощение систем регуляции и приводить к частому травматизму.

Материалы и методы

Обследовали и провели лечение 388 больных с заболеваниями и последствиями травм нервной системы – 292 (75,3 %) мужчины и 96 (24,7 %) женщин, в возрасте от 19 до 60 лет, средний возраст составил $(39,2 \pm 10,4)$ года. Больных разделили на две группы:

1-я – 120 больных с последствиями легкой закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ): сотрясение головного мозга (S06.0 по МКБ-10), ушиб легкой степени тяжести (S06.2 по МКБ-10);

2-я – 268 больных с травмами и хроническими заболеваниями периферической нервной системы (ПНС) (54 больных с компрессионно-ишемическими невропатиями периферических нервов (G56–G57 по МКБ-10), 214 – с радикулопатиями и выраженным корешковым или корешково-ишемическим синдромом (G54 –G55 по МКБ-10)).

Диагноз выставляли на основании данных клинического неврологического, нейровизуализационного, электрофизиологического методов исследования. Для определения характера и выраженности астенического синдрома применяли субъективную шкалу оценки астении MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory) [11], которая позволяла оценить психический, физический компоненты и уровень активности и мотивации пациента. Критериями исключения из исследования считали органическое повреждение головного мозга, полный анатомический перерыв периферического нерва либо спинномозгового корешка.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с

использованием пакета Statistica for Windows, а также блока статистической обработки данных табличного редактора Excel. Результаты исследования проверили на нормальность распределения. В тексте статьи приведены показатели средних арифметических величин и ошибки средней величины ($M \pm m$). Заключение о статистической значимости давалось при уровне вероятности ошибочного значения при $p < 0,05$.

Результаты и их анализ

Клинически значимая астения с выраженностью более 12 баллов (по шкале MFI-20) имела место у 78 (65 %) больных 1-й группы и у 194 (72,4 %) больных 2-й группы.

Астенический синдром развивался практически во всех случаях травм к концу острого периода и характеризовался состоянием повышенной утомляемости и истощаемости, ослаблением или утратой способности к продолжительному умственному и физическому напряжению [2]. Длительно существующий посттравматический астенический синдром занимал ведущее место в клинической картине и сопровождался невротической симптоматикой в виде тревожности, ипохондрии, депрессивности в различных сочетаниях.

Выделяли простой и сложный типы астенического синдрома и в рамках каждого типа гипостенический и гиперстенический варианты. В отдаленном периоде травмы мозга чаще проявлялся простой тип астенического синдрома, определяющийся собственно астеническими явлениями в виде психической и физической истощаемости, резким снижением эффективности умственной деятельности, нарушением сна.

Гипостенический вариант астенического синдрома характеризовался преобладанием слабости, вялости, адинамии, резко повышенной утомляемости, истощаемости, дневной сонливости, как правило, он развивался сразу после травмы и нередко сохранялся длительное время, определяя клиническую картину последствий травмы. Проявлениями гиперстенического варианта астенического синдрома явились преобладание повышенной раздражительности, аффективной лабильности, гиперестезии, выступающих на фоне истинно астенических явлений. Прогностически была благоприятна динамика астенического синдрома в том случае, когда гипостенический его вариант менялся на гиперстенический, а сложный тип – на простой.

Проанализировали астенические расстройства у больных 1-й группы с последствиями ЧМТ и 2-й группы с травмами и хроническими заболева-

ниями ПНС при разных сроках заболевания: 3–6 мес, 6–12 и более 12 мес. Выявлено, что у больных 1-й группы с увеличением времени от момента травмы частота встречаемости астенических нарушений уменьшалась, а у больных 2-й группы – возрастала (рис. 1). Так, при длительности заболевания от 3 до 6 мес клинически выраженные астенические расстройства отмечались у 43 (55 %) больных 1-й группы и у 39 (20 %) – 2-й, от 6 до 12 мес – у 21 (27 %) и 54 (28 %) соответственно, более 12 мес – у 14 (18 %) и 101 (52 %) соответственно.

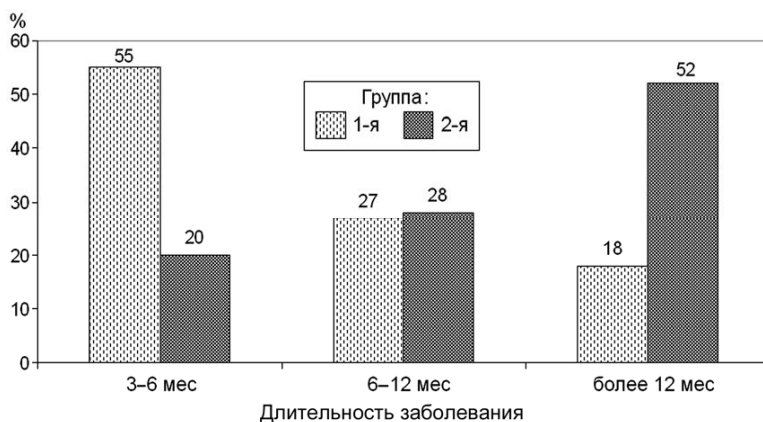


Рис. 1. Частота встречаемости астенических расстройств у больных с различной длительностью заболевания

В процессе формирования и дальнейшего развития астенического синдрома у части больных отмечалась повышенная ранимость, вялость, постоянная фиксация на состоянии своего здоровья, предположениях о возможности плохого прогноза, о грозящей «физической несостоятельности», утрата способности к разрешению проблем, планированию своих действий, снижение памяти, концентрации внимания, в дальнейшем присоединялись нарушения эмоциональной сферы.

У больных с клинически значимыми астеническими расстройствами чаще всего выявляли следующие жалобы: головную боль – у 58 (78 %) больных 1-й группы и у 146 (75 %) больных 2-й группы, головокружения – у 40 (51 %) и 96 (49,5 %) пациентов соответственно, повышенную утомляемость – у 62 (79,5 %) и 132 (68 %) больных соответственно, нарушения сна – у 32 (41 %) и 73 (37,6 %) больных соответственно. Достоверной раз-

ницы по характеру и частоте встречаемости астенических симптомов, выраженности психического, физического компонентов астении, уровней активности и мотивации между группами не обнаружено.

Представляется целесообразным выделение различных клинических вариантов астений (астенодинамического, астенодепрессивного, тревожно-астенического, астеноипохондрического, истеро-астенического, астеносенситивного) [6], которые имеют разное структурное соотношение при разных типах рассматриваемой патологии и нуждаются в индивидуальном подборе комплексной терапии (рис. 2).

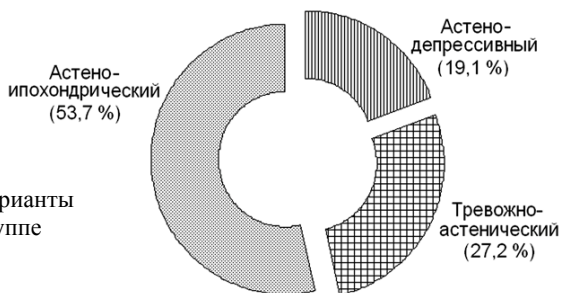


Рис. 2. Клинические варианты астении в общей группе

У части больных отчетливые явления двигательной и идеаторной заторможенности развивались на фоне выраженного, в той или иной степени, снижения настроения. Эти пациенты выделялись своей отгороженностью, пассивностью, склонностью к уединению. Они редко обращались к медицинскому персоналу с вопросами или просьбами, не стремились к общению с другими больными. На задаваемые им вопросы отвечали односложно. Наличие неприятных ощущений со стороны внутренних органов, нарушения сна нередко удавалось выявить лишь при активном расспросе. Пессимистическая оценка настоящего и будущего сочеталась с негативной самооценкой. Описанный вариант симптомокомплекса квалифицировался нами как астенодепрессивный, и он был выявлен у 52 (19,1 %) больных.

В ряде наблюдений психическое состояние больных характеризовалось наличием, наряду с «осевыми» признаками астенического синдрома, явлений эмоциональной напряженности, раздражительности, конфликтности, иногда настороженности и мнительности в отношении лечебных назначений. Больные этой группы, в противоположность предыдущей, активно интересовались ходом лечения, стремились узнать, какими именно препаратами их лечат и с какой целью они назначены. Они охотно и детально описывали свои ощущения не только врачам, но и другим больным.

Рисунок их поведения определялся активным поиском общества больных, с которыми можно делиться своими сомнениями и переживаниями, в беседах они нередко выступали инициаторами обсуждений назначений врача, высказывали «удивление» по поводу тех или иных назначений, иногда рассматривали их как «ошибочные». В некоторых случаях, наоборот, фиксация на своем самочувствии сочеталась со склонностью больных к постоянному анализу и контролю своих поступков, высказываний. Больные сообщали, что они «устали от переживаний, но никак не получается отвлечься: все время возвращаются одни и те же мысли». Описанный вариант астенических нарушений рассматривался нами как тревожно-астенический и был выявлен у 74 (27,2 %) больных (см. рис. 2).

Наибольшую группу больных составили пациенты с астеноипохондрическим вариантом течения заболевания 146 (53,7 %) больных (см. рис. 2). Как и в предыдущей группе больных, особенностью клинических проявлений явилась стабильная акцентуированность внимания на своих болезненных переживаниях. Больные данной группы предъявляли большое количество жалоб с подробным их описанием, особенно на снижение работоспособности, настроения, потенции, нарушение сна, проявляли повышенное внимание к своему самочувствию, фиксацию на своих болезненных ощущениях. Пациенты этой группы оценивали свое самочувствие как неудовлетворительное, настаивали на проведении разнообразных методов обследования, часто не имеющих отношения к изучаемой патологии, проявляли достаточную активность в лечении и значительный интерес к проводимым обследованиям.

Всем больным проводили комплексную патогенетическую медикаментозную терапию с учетом основной неврологической патологии. В подборе противоастенической терапии ориентировались на клиническую картину астенических эмоционально-мотивационных нарушений, наличие сопутствующих тревожных и депрессивных симптомов. Всем пациентам с выявленными астеническими расстройствами с целью улучшения энергетических процессов проводили неспецифическую медикаментозную терапию: комплексную витаминотерапию, антиоксидантную, иммуностимулирующую, адаптогенную терапию [5, 9].

Пациентам с аффективными расстройствами назначалась консультация психиатра. При выявлении депрессивных нарушений у пациентов с астеническими расстройствами в комплексную терапию включали антидепрессанты различных фармакологических групп (трициклические, СИОЗС) в зависимости от ведущего симптома. В случаях сочетания астенических и

тревожных расстройств назначали антидепрессанты с анксиолитическими свойствами (амитриптилин, флуоксетин) в комбинации с небензодиазепиновыми транквилизаторами. При астении с наличием в клинической картине фобических, сенесто-ипохондрических проявлений назначали антидепрессанты с небольшими дозами нейролептиков. При ведущих признаках физической астении и снижении активности предпочтение отдавали назначению селективных анксиолитиков небензодиазепинового ряда (афобазол), агонистов ГАМК-рецепторного комплекса (фенибут, баклофен). Пациентам с астеноипохондрическим синдромом, жалобами на вялость, сонливость, снижение жизненного тонуса рекомендовали длительный прием общеукрепляющих средств растительного происхождения (настойку элеутерококка, жень-шеня, лимонника китайского).

В комплексное лечение астенических расстройств включали немедикаментозные методы воздействия: иглотерапию, рациональную психотерапию. Иглотерапия оказывала влияние на основные звенья патогенеза заболеваний нервной системы, нормализуя регуляторные процессы, что способствовало устранению психопатологических нарушений [2, 4, 8, 10]. При проведении процедур применяли дифференцированный подход в зависимости от клинического варианта астении [6]. При преобладании астенодепрессивного варианта астении применяли воздействие на точки верхней части канала почек (R22–R27), болезненные при пальпации, при астенотревожном варианте астении – точки P1 (Чжун-фу), P2 (Юнь-мэнь), P3 (Тянь-фу). При астеноипохондрическом варианте проводили иглоукалывание точек канала селезенки RP6 (Сань-инь-цзяо), RP20 (Да-бао). При преобладании истероастенического варианта астении воздействовали на точки MC7 (Да-лин), MC8 (Лао-гун) и C1 (Цзи-цюань). При преобладании астеносенситивного варианта астении применяли точки C3 (Шао-хай), C4 (Лин-дао), C6 (Инь-си) [2]. Во всех случаях воздействие оказывали нейтральным методом с экспозицией игл 15–20 мин. Вначале осуществляли воздействие на точки головы и конечностей с применением патогенетического подхода традиционной китайской медицины с целью коррекции неврологических нарушений. Методики, направленные на лечение астенических расстройств, применяли с 3-4 процедуры, 2–4 раза за курс лечения. Иглотерапию проводили ежедневно, на курс лечения – 10–12 процедур.

Психотерапевтическое воздействие было направлено на купирование тревожной, депрессивной и астенической симптоматики, коррекцию неадекватного отношения к соматическому заболеванию, дезактуализацию конкретных симптомов и смягчение страданий, мобилизацию естествен-

ных возможностей пациента, обучение методам аутотренинга. Рациональная психотерапия включала в себя: обучение больного более оптимистичному восприятию себя и окружающего мира, изменение у него негативного аффекта на позитивный, что реализовалось в повышении общей активности пациентов, постановке перед ними реалистических задач и применении терапии «малыми успехами».

В результате лечения наблюдали выраженную положительную динамику в виде улучшения как неврологического статуса, так и психофизиологического состояния, что подтверждалось результатами клико-неврологического обследования, данными психометрических шкал. Хорошие результаты лечения отмечали у 68 % больных, удовлетворительные – у 24 %, без динамики – у 8 %.

До лечения средние значения астенических нарушений по шкале MFI-20 в подгруппах с разной длительностью заболевания были высокими – более 15 баллов (таблица). В процессе лечения отмечалось достоверное уменьшение астенических показателей через 4 нед ($p < 0,001$) и 8 нед ($p < 0,001$) терапии (рис. 3).

Динамика уровня астении по шкале MFI-20 при различной длительности заболевания

Длительность заболевания / количество наблюдений	Очередность обследования	(M ± m), балл
До 6 мес (n = 53)	До лечения	15,3 ± 0,2
	Через 4 нед	12,0 ± 0,2
	Через 8 нед	10,0 ± 0,2
6–12 мес (n = 75)	До лечения	15,2 ± 0,2
	Через 4 нед	12,3 ± 0,2
	Через 8 нед	10,6 ± 0,2
Более 12 мес (n = 144)	До лечения	15,2 ± 0,1
	Через 4 нед	12,3 ± 0,1
	Через 8 нед	11,0 ± 0,1

Дисперсия уровня астении оказалась детерминированной в основном временем, прошедшим от начала лечения, доля влияния которого составила 50,1 %. Влияние же на дисперсию длительности заболевания и его взаимодействия со временем от начала заболевания оказалось не существенным и составило 0,4 и 0,6 % соответственно.

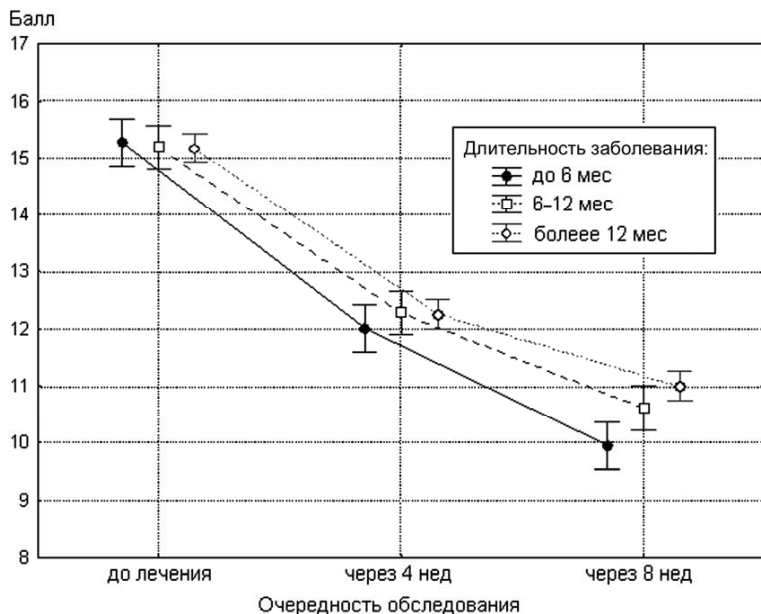


Рис. 3. Динамика показателей астении по шкале MFI-20 у больных с различной длительностью заболевания

Выводы

На основании приведенных результатов исследования можно заключить, что выраженность и характер астенических расстройств не зависят от этиопатогенетических факторов заболевания нервной системы. С увеличением сроков заболевания частота встречаемости астенических расстройств у больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы уменьшается, а у больных с травмами и хроническими заболеваниями периферической нервной системы возрастает, при этом их выраженность существенно не меняется.

Астенические нарушения требуют дифференцированного подхода и назначения комплексной терапии, определяющейся вариантом психопатологических нарушений, наличием и характером сопутствующих аффективных расстройств. Фактором, определяющим результат лечения, является адекватная длительность терапии.

Литература

1. Акарачкова Е.С. Хроническая усталость и подходы к ее лечению // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. № 10, ч. 2. С. 48–54.
2. Андреева Г.О., Емельянов А.Ю. Комплексная терапия больных с хроническими болевыми радикулопатиями // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2012. № 1. С. 22–25.
3. Андрищенко А.В., Романов А.В. Пограничные психические и психосоматические расстройства в общей медицине (эпидемиологические аспекты) // Психические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. М. : МЕДпресс-информ, 2011. С. 100–229.
4. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия. 2004. № 1 (08). С. 7–19.
5. Одинак М.М., Шамрей В.К., Софронов А.Г. [и др.]. Астенические состояния : пособие для врачей. СПб.: ВМедА, 2003. 63 с.
6. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Семиотика и диагностика психических расстройств : учеб. пособие / под ред. В.В. Нечипоренко. СПб. : ВмедА, 1995. 79 с.
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М. : Мед. информ. аг-во, 2005. 784 с.
8. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии : учеб. пособие. 2-е изд., испр. и доп. М. : МЕДпресс-информ, 2004. 440 с.
9. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Астенические расстройства в практике невролога : учеб.-метод. пособие. СПб. : Тактик-студио, 2017. 44 с.
10. Шапкин В.И. Рефлексотерапия. М. : ГЭОТАР-Мед, 2016. 640 с.
11. Smets E.M., Garssen B., Bonke B. [et al.]. The Multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue // J. Psychosom. Res. 1995. Vol. 39, N 3. P. 315–325.

Поступила 05.12.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Андреева Г.О., Емельянов А.Ю., Евдокимов В.И. Динамика астенических нарушений у больных с травмами и заболеваниями нервной системы // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 98–109.

DYNAMICS OF ASTHENIC DISORDERS AT PATIENTS WITH TRAUMAS AND DISEASES OF NERVOUS SYSTEM

Andreeva G.O.¹, Emelianov A.Yu.¹, Evdokimov V.I.^{2,3}

¹Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia);

²Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);

³Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, Russia)

✉ Galina Olegovna Andreeva – Dr. Med. Sci., Department of Nervous Diseases, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: galinandreev@yandex.ru;

Alekandr Yurevich Emelianov – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Nervous Diseases, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia);

Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia); Prof. Center Psychotherapy and Clinical Psychology, Saint Petersburg University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: 9334616@mail.ru

Abstract. 388 patients with diseases and traumas of nervous system have been surveyed and treated. Asthenic disorders were found at 65 % of patients with traumatic brain injuries and at 70.1 % of patients with traumas and chronic diseases of peripheral nervous system. Was revealed, that frequency of occurrence asthenia at patients with traumatic brain injuries eventually decreases, but at patients with traumas and chronic diseases of peripheral nervous system – eventually increases; thus clinical expressiveness of asthenic disorders does not vary authentically. Etiopathogenetic factors do not render influence on character and expressiveness of asthenic parameters. The differentiated complex approach and duration of treatment have crucial importance in success of therapy.

Keywords: neurology, clinical (medical) psychology, asthenia, psychodiagnosics, a Multidimensional fatigue inventory scale MFI-20, acupuncture, psychotherapy, psychopharmacotherapy.

References

1. Akarachkova E.S. Hronicheskaja ustalost' i podhody k ee lecheniju [Chronic fatigue syndrome and an approach to its treatment]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2010. N 10, Pt. 2. Pp. 48–54. (In Russ.)

2. Andreeva G.O., Emelianov A.Yu. Kompleksnaja terapija bol'nyh s hronicheskimi boleвыми radikulopatijami [Complex therapy in patients with chronic painful radiculopathies]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2012. N 1. Pp. 22–25. (In Russ.)

3. Andrjushhenko A.V., Romanov A.V. Pogranichnye psihicheskie i psihosomaticheskie rasstrojstva v obshhej medicine (jepidemiologicheskie aspekty) [Boundary mental and psychosomatic disorders in the common medicine (epidemiological aspects)]. *Psihicheskie rasstrojstva v klinicheskoy praktike* [Mental frustration in a clinical practice]. Ed. A.B. Smulevich. Moskva. 2011. Pp. 100–229. (In Russ.)

4. Vasilenko A.M. Nejrojendokrinoimmunologija boli i refleksoterapija [Neuroendocrinology of pains and reflexotherapy]. *Refleksoterapija* [Reflexotherapy]. 2004. N 1. Pp. 7–19. (In Russ.)

5. Odinak M.M., Shamrej V.K., Sofronov A.G. [et al.]. Astenicheskie sostojanija [Asthenic conditions: the manual for doctors.]. Sankt-Peterburg. 2003. 63 p. (In Russ.)

6. Rustanovich A.V., Shamrej V.K. Semiotika i diagnostika psihicheskikh rasstrojstv [Semiotics and diagnostics of mental frustration]. Ed. V.V. Nechiporenko. Sankt-Peterburg. 1995. 79 p. (In Russ.)

7. Smulevich A.B., Syrkin A.L. Psihokardiologija [Psychocardiology]. Moskva. 2005. 784 p. (In Russ.)

8. Tabeeva D.M. Prakticheskoe rukovodstvo po iglorefleksoterapii [Practical guidance on acupuncture]. Moskva. 2004. 440 p. (In Russ.)

9. Chutko L.S., Surushkina S.Ju. Astenicheskie rasstrojstva v praktike nevrologa. [Asthenic disorders in neurology practice] Sankt-Peterburg. 2017. 44 p. (In Russ.)

10. Shapkin V.I. Refleksoterapija [Acupuncture]. Moskva. 2016. 640 p. (In Russ.)

11. Smets E.M., Garssen B., Bonke B. [et al.]. The Multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J. Psychosom. Res.* 1995. Vol. 39, N 3. Pp. 315–325.

Received 05.12.2017

For citing. Andreeva G.O., Emelianov A.Yu., Evdokimov V.I. Dinamika astenicheskikh narushenij u bol'nyh s travmami i zabojevanijami nervnoj sistemy. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 65. Pp. 98–109. (In Russ.)

Andreeva G.O., Emelianov A.Yu., Evdokimov V.I. Dynamics of asthenic disorders at patients with traumas and diseases of nervous system. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. Pp. 98–109.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Северный государственный медицинский университет
(Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51)

Создание реабилитационных центров в структуре наркологической учреждений привело к необходимости использования бригадного метода работы в лечебно-реабилитационном процессе. В соответствии с биопсихосоциальной природой заболеваний, связанных с зависимостью, специфика процесса лечения и восстановления пациентов привела к усилению психологического компонента лечебно-реабилитационной помощи. Обоснована роль медицинского психолога в комплексном лечебно-реабилитационном процессе восстановления наркологических больных. Показано, что оптимальная модель оказания наркологических услуг, состоящая из нескольких последовательных этапов – с постепенным расширением роли специалистов гуманитарного профиля, предполагает оказание психологической помощи с восстановительного этапа стационарного периода лечения и позволяет реализовать постепенный переход от медицинской помощи к социально-психологической и социальной реабилитации пациента. Обобщены данные о специфике работы клинического психолога в наркологической практике, представлены направления психологического сопровождения на каждом этапе лечебно-восстановительного процесса. Показано, что психологические технологии значительно расширяют и дополняют представления о больном, его реабилитационном потенциале, активизируют внутренние и внешние ресурсы, позволяя оптимально формулировать и последовательно решать задачи лечебно-реабилитационного процесса различной степени сложности. Обосновано, что квалифицированная психологическая помощь является важнейшим системообразующим фактором в процессе лечения и восстановления наркологических больных в структуре комплексной этапной лечебно-реабилитационной помощи и активно способствует гуманизации данного процесса. Определена перспективность дальнейших научных разработок в сфере психологического сопровождения наркологической помощи, а также в расширении возможностей профессиональной востребованности и личностной реализации специалистов гуманитарных отраслей знаний.

Смирнова Наталья Николаевна – канд. биол. наук, доц. каф. психиатрии и клинич. психологии, Сев. гос. мед. ун-т (Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: nsmirnova-71@yandex.ru;

✉ Соловьев Андрей Горгоньевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии и клинич. психологии (Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: asoloviev1@yandex.ru.

Ключевые слова: наркология, аддикция, медицинская (клиническая) психология, психологическое сопровождение, лечебная реабилитация.

Введение

Реорганизация наркологической службы в виде создания ее нового звена в организационной структуре наркологических учреждений – реабилитационных центров – подняла на качественно иной уровень оказание наркологической помощи населению за счет усиления ее специализированного компонента и активного привлечения дополнительных мер по восстановлению социального и психологического статуса выздоравливающих пациентов [2]. Переход от собственно медицинской модели наркологической помощи к ее медико-социальному варианту обусловил внедрение бригадного метода работы, когда в процессе реабилитации больного одновременно с врачом психиатром-наркологом участвуют специалисты гуманитарного профиля: медицинский психолог, психолог, специалист по социальной работе [8], их совместный профессиональный вклад в процесс выздоровления и восстановления пациента значительно эффективнее действует на стимуляцию развития его положительных качеств, активизирует как собственные внутренние ресурсы пациента, так и внешние ресурсы – его референтного социального окружения [4].

Условное разделение лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП) на три взаимосвязанных компонента – медицинский, психологический и социальный – констатируют единство двух последних в качестве основы реабилитации, одновременно являясь и следствием процесса гуманизации наркологической помощи. Деятельность субъектов оказания лечебно-реабилитационной помощи направлена в целом на стимуляцию положительных качеств больного, поиск ресурсов в преодолении зависимости и предполагает совместную кропотливую систематическую работу, психологическая составляющая которой – с привлечением специалистов гуманитарного профиля – имеет самостоятельную ценность.

Цель – обосновать роль медицинского психолога в комплексном ЛРП восстановления наркологических больных.

Этапы лечебно-реабилитационного процесса

ЛРП является сложной медико-социальной системой, опирающейся на ряд принципов, которые состоят во взаимосвязанных функциональных отношениях. В качестве одной из хорошо разработанных систем может служить терапевтическая многоэтапная модель, согласно которой ЛРП условно подразделяется на восстановительный, социально-психологический

и социально-реабилитационный этапы. Последовательный этапный путь лечения и восстановления наркологического пациента сопровождается квалифицированной помощью медицинского психолога (см. рисунок).



Психологическое сопровождение наркологических пациентов на этапах ЛРП

Оптимальная модель оказания наркологических услуг, предусматривающая все большее вовлечение в нее специалистов гуманитарного профиля, предполагает востребованность психологической помощи с восстановительного (преимущественно медицинского) этапа стационарного периода лечения, реализуя последовательный переход от медицинской помощи к социально-психологической и социальной реабилитации пациента. С учетом высокой степени психологизации ЛРП деятельность специалистов гуманитарных областей знаний все более актуальна. Каждый из них выполняет необходимый объем работы, направленный на максимально возможное восстановление различных сторон жизнедеятельности пациента.

Восстановительный период является первым этапом ЛРП и предполагает работу в триаде: врач – психолог – зависимый. Указанный период направлен на лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической алкогольной/наркотической интоксикацией. Здесь решаются задачи терапии неотложных состояний, нивелирования соматоневрологических

осложнений при коморбидных соматических, травматологических нарушениях [5], подавления патологического влечения к алкоголю или наркотикам, восстановление психических функций. На этом этапе медицинский психолог призван оказывать психологическую помощь в переживании физической (абстинентной) и душевной боли, проводить предварительные психологические консультации. Диагностическая работа проводится с помощью бесед, изучения анамнеза, общих биографических данных, дифференциальной диагностики для определения основных личностных характеристик больного с последующим формированием карты личности и подбора реабилитационной программы и выявления имеющихся патопсихологических симптомов, например в виде нарушения протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики.

Для больных наркологическими заболеваниями характерна «анозогнозия» – отторжение факта наличия заболевания, отрицания связанных с ним медицинских и социальных последствий. Следовательно, важной составляющей наркологической помощи является повышение мотивации больного на лечение и последующее социальное восстановление. Эффективность используемых в ЛРП медицинских технологий во многом зависит как от тяжести основного заболевания, так и от уровня реабилитационного потенциала (РП) наркологических больных. Медицинский психолог определяет уровень РП пациента, оказывает помощь в формировании предварительной установки на окончательный отказ от употребления психоактивных веществ (ПАВ), мотивации на дальнейшее лечение.

Оценка РП предусматривает определение соматических и личностных особенностей, свойственных зависимому, социально-средовых и профессиональных факторов, сохранившихся вопреки заболеванию и способных служить предпосылкой для восстановления его статуса, а также прогнозирования уровня возможности восстановления/компенсации утраченных функций. Важнейшую составляющую РП больного – совокупность сохранных функций и личностных особенностей – специалистам необходимо целенаправленно поддерживать и развивать в процессе проведения ЛРП. В практическом отношении РП – это терапевтическая и медико-социальная перспектива лечения и реабилитации больных [11].

В результате психологического обследования врач психиатр-нарколог получает достаточно полное представление об особенностях пациента, об определенных нарушениях в интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой и морально-этической сферах, о признаках дезадаптации и уровне деградации. Все это помогает уточнить уровень РП больного

и четко обозначить стратегическую позицию, позволяющую оптимально и дифференцированно использовать его адаптационные и компенсаторные возможности, т. е. индивидуальный РП. После проведенного психологического обследования члены наркологической бригады составляют индивидуальную лечебно-реабилитационную программу [3].

На этом этапе лечебно-реабилитационная тактика заключается в объединении усилий специалистов для перевода больного из состояния пассивного отношения к своей болезни к активному «сопротивлению», в обучении его умению сказать «нет» зависимости при различных жизненных обстоятельствах. Разделение наркологических больных по уровням РП – с высоким, средним и низким уровнями – позволяет соблюсти принцип индивидуального подхода и дифференцированной помощи и является важнейшим критерием для построения патогенетически обоснованного ЛРП.

Для устойчивости и высокой результативности терапии больные последовательно готовятся к участию в длительных реабилитационных программах, где применяются методы психосоциальной работы, индивидуальные и групповые методы психотерапии, занятия в группах взаимопомощи. Кроме того, данный этап направлен на адаптацию больных к условиям пребывания и распорядку работы наркологического учреждения.

Социально-психологический, преимущественно психокоррекционный, этап направлен на восстановление соматического здоровья и психического состояния больного и представляет собой вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты.

На этом этапе медицинский психолог внедряет реабилитационную программу, сформированную на предыдущем этапе с учетом личностных особенностей пациента, проводит индивидуальную консультационную и коррекционную работу, привлекает больного к групповой коррекционной деятельности, начинает психоконсультационную работу с его родственниками и терапию созависимости [1]. Акцент переносится на психосоциальный аспект ЛРП, преследующий достижение основных задач – восстановления, коррекции или формирования нормативных личностных и социальных качеств больного, возвращения его в семью и общество.

Построение реабилитационных мероприятий осуществляется с учетом активного участия самого пациента в лечебно-восстановительном процессе, поощрения его стремления к саморазвитию, самостоятельности, максимально возможного привлечения к участию в восстановлении утра-

ченных функций и социальных связей, семейных, бытовых, трудовых отношений и др. Все это вырабатывается в ситуации постоянного взаимодействия – бесед с врачом, медицинским психологом, групповых дискуссиях с участием членов семьи, родственников, психотерапевтических сессиях, трудовой терапии, и именно здесь необходима помощь специалистов гуманитарных областей знаний.

На данном этапе реабилитации важнейшую помощь способно оказать ближайшее окружение больного – члены семьи, другие значимые лица. Однако это довольно уязвимая категория лиц, зачастую являющаяся созависимой от означенной проблемы и страдающая порой не меньше, чем сам больной [10]. Тем не менее известно, что эффективность любого процесса обеспечивается высокой мотивацией на достижение результата, соответствующими знаниями и навыками. Следовательно, психологическую поддержку и обучение со стороны специалистов должны получить родственники и близкие зависимых, что актуализирует необходимость оказания и для них квалифицированной психологической помощи.

Согласно одной из наиболее распространенных концепций психогенеза наркологических заболеваний, зависимость от ПАВ понимается не как патология индивидуума, а как результат взаимодействия между собой всех членов семьи («ближайшего окружения») или как часть их структур взаимодействия, которые сохраняют семейный гомеостаз. Работа медицинского психолога в контексте семейной психотерапии ориентирована на помощь больным и их семьям в разрешении семейных проблем, связанных с употреблением ПАВ кем-либо из членов семьи, на нормализацию внутрисемейных отношений, предотвращение рецидивов заболевания, регуляцию поведения больных, стабилизацию их социального статуса. При этом изучаются типы семей, в которых есть употребляющие ПАВ, типы конфликтов (внутриличностных, межличностных, прямых, опосредованных), способы их разрешения, индивидуальные особенности членов семьи, степень созависимости и др. [7].

Работа медицинского психолога с семьей зависимого от ПАВ включает в себя два основных направления. Первоочередным из них является снятие аффективной напряженности в семье, формирование адекватного отношения членов семьи (созависимых) к предстоящему терапевтическому процессу, улучшение взаимопонимания, которое в перспективе должно привести к взаимной помощи, поддержке. Особое внимание уделяется снятию невротизации с созависимых, при этом психотерапия проводится как индивидуально – с зависимым от ПАВ и каждым членом его семьи, так и

со всей семьей, в групповом варианте. Важным направлением семейной психотерапии является конструкция новых или реконструкция старых семейных отношений, нарушенных в процессе заболевания. Внимание обращается на изменение ролевой структуры семьи, углубление понимания созависимыми проблем, перспектив и трудностей жизни больного, коррекцию неадекватных форм его поведения по отношению к близким, а также на осознание и коррекцию негативных сторон и индивидуально-психологических особенностей членов семьи (например, поведенческих стереотипов, сформированных в результате общения с больным).

Для предупреждения созависимости необходима помощь специалиста референтным, значимым для пациента лицам в избавлении от мыслей о невозможности больного справиться с болезнью, а также содействие в прекращении их стремлений оберегать его от жизненных проблем, вызванных зависимостью.

При оказании наркологической помощи наиболее эффективным является бригадный метод работы. Добиться устойчивого состояния длительной ремиссии можно только при успешной личностной реадaptации и ресоциализации больного, поэтому на этом этапе к триаде подключается специалист по социальной работе. Реабилитация подразумевает не только освобождение от зависимости и устранение негативных болезненных последствий хронической алкогольной/наркотической интоксикации, но и возвращение больного в семью, общество, где он вновь способен адекватно отвечать за свои поступки, выполнять социально полезные функции, к примеру как член семьи, родитель, трудящийся, гражданин и пр. Задача данного этапа заключается в восстановлении личностного статуса и социальной ценности больного. Медицинский психолог совместно со специалистом по социальной работе участвует в разработке и осуществлении социально-психологических мероприятий, дает консультации по участию больного в учебных, спортивных занятиях, мероприятиях трудовой терапии. Специалист по социальной работе выполняет свою деятельность в рамках плана ЛРП, координирует свою работу с врачом-психиатром-наркологом и медицинским психологом [9].

Социально-реабилитационный (или стабилизационный) – третий этап реабилитации. Он направлен на стабилизацию соматического и психического состояния больного. На этом этапе, особенно в процессе адаптации к полноценной жизни после лечения, необходимую помощь и поддержку продолжает оказывать ближайшее окружение больного – члены семьи (микросоциум), другие значимые лица (макросоциум) – друзья, зна-

комые, ведущие здоровый образ жизни, коллеги, сослуживцы, соседи, поддерживающие и мотивирующие, например собственным примером и участием, на трезвый, активный и созидательный образ жизни. Медицинский психолог продолжает наблюдение за динамикой изменений в личностной сфере пациента (относительно мировоззренческих, поведенческих аспектов), индивидуальную и групповую консультационную и коррекционную деятельность, психоконсультационную работу с родственниками выздоравливающего, терапию созависимости, а также участвует в проведении мероприятий по восстановлению социального статуса реабилитанта. Стимулируется профессиональная ориентация, увеличивается объем физического и интеллектуального труда, проводится вовлечение в работу различных групп и сообществ по само- и взаимопомощи (например, анонимных алкоголиков).

Важное место в реабилитации и ресоциализации наркологических больных занимает трудовая терапия, содержание и дозированность которой курируют специалисты в области социальной работы. В наркологическом восстановительном учреждении совместное участие больных в трудовых процессах и коллективных психотерапевтических мероприятиях способствует формированию у пациента новых смысловых установок, в том числе на продуктивную трудовую деятельность, новых способов межличностных взаимоотношений, укреплению установки на здоровый и активный образ жизни.

Лечащий врач совместно с медицинским психологом и специалистом по социальной работе определяют индивидуально для каждого больного те или иные социотерапевтические и трудовые рекомендации, при этом предоставляется возможность для его успешной адаптации и ресоциализации в качестве полноценного субъекта общества, которая закрепляется комплексом методов и технологий лечебно-реабилитационного учреждения. В результате комплексных медицинских и социально-психологических мероприятий у больных преодолевается пагубная зависимость, формируется стойкая мотивация преодоления нездорового и ведения здорового образа жизни, закрепляются положительные социально-психологические, моральные установки, уверенность в результатах лечения, осуществляется успешное возвращение к полноценной семейной, трудовой, профессиональной и общественной деятельности.

После завершения программы интенсивной реабилитации реконвалесцент включается в профилактические (постреабилитационные) программы поддерживающей реабилитации, направленные на усиление моти-

вов личностного и социального роста, на профилактику срывов и рецидивов заболевания в ходе амбулаторных встреч с ним [6].

Заключение

Специфика оказания наркологической помощи заключается в ее разнопрофильности, этапности и мультисубъектности, достигаемых в условиях комплексной этапной модели реабилитационной помощи наркологическому больному, где психологическая помощь является ее необходимым компонентом. Психологические технологии значительно расширяют и дополняют представления о больном, позволяя оптимально формулировать и решать задачи лечебно-реабилитационного процесса. Бригадный метод работы является системообразующим фактором в процессе лечения и восстановления наркологического пациента, способствуя его гуманизации. Восстановление личности больного происходит гораздо быстрее и эффективнее благодаря совместному усилию специалистов, в том числе гуманитарных отраслей знаний.

Важным является создание дополнительных рабочих мест в ситуации затяжного экономического кризиса в стране, что также привлечет в наркологическую сферу деятельности высококлассных специалистов гуманитарных отраслей знаний, одновременно расширяя сферу их интересов, повышая возможности профессиональной и личностной самореализации. Тем не менее важнейшим в настоящее время является социальный и экономический эффект от возвращения к активной полноценной социальной жизни лиц, имеющих стойкую терапевтическую ремиссию, что отражается на уровне и качестве их жизни. Актуальными остаются и профилактические аспекты зависимости, при этом ведущую роль играет достойная социализация человека, воспитание и развитие его личности, где определяющей также является соответствующая помощь специалистов гуманитарных областей, среди которых в первую очередь профессионально востребованы психологи и медицинские психологи.

Таким образом, тенденции современной медицины, направленные на процесс повышения эффективности лечебно-реабилитационной работы с одновременной оптимизацией затраченных средств, могут быть успешно реализованы с помощью предложенной этапной комплексной модели наркологической помощи. Привлечение на различных ее этапах специалистов гуманитарного профиля – медицинских психологов, психологов, субъектов социальной работы – позволит существенно повысить мотивационные и иные реабилитационные ресурсы больного за счет максимально полного

использования как его собственных возможностей, так и ресурсов социального значимого общественного окружения, обладающих большим реабилитационным потенциалом и составляющих дополнение к усилиям коллектива медицинского учреждения. Кроме того, особенностью комплексной лечебно-реабилитационной модели является ее перспективность для дальнейших научных разработок в профилактическом направлении наркологических исследований, а также расширении возможностей как профессиональной востребованности, так и личностной реализации специалистов гуманитарных отраслей знаний, например медицинских психологов, получающих образование в медицинских учреждениях нашей страны.

Литература

1. Баранок Н.В., Крупицкий Е.М. Влияние психотерапии созависимости родственников на стабилизацию ремиссии больных опийной наркоманией // *Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева*. 2012. № 4. С. 21–25.
2. Баркова Н.П., Ванкон И.Г. Стандарты реабилитации / под общ. ред. О.В. Зыкова. М. : РБФ НАН, 2012. 222 с. (Серия «Правовая наркология» вып. 3).
3. Дудко Т.Н., Райзман Е.М., Белокрылов И.В. [и др.]. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров : метод. рекомендации. М., 2005. URL: http://nncn.ru/2_267.html/.
4. Дудко Т.Н., Райзман Е.М., Котельникова Л.А. [и др.]. Социальная работа в наркологии : метод. рекомендации. М., 2007. URL: http://nncn.ru/2_268.html.
5. Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Вязьмин А.М. [и др.]. Потребление алкоголя накануне смерти и смертность от травм, отравлений и других последствий действия внешних причин // *Экология человека*. 2014. № 9. С. 24–29.
6. Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)» : Приказ Минздрава РФ от 22.10.2003 г. № 500. URL: <http://base.garant.ru/4179842/>.
7. Сахаров А.В., Вертопрахова Н.Ю., Москалев К.Е. Родственники больных алкоголизмом: социально-демографические, личностные и клинические характеристики // *Наркология*. 2016. № 6. С. 67–71.
8. Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г. Психологическая подготовка специалистов как залог успешности непрерывного профессионального образования в наркологии // *Вестн. психотерапии*. 2017. № 62 (67). С. 123–136.
9. Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г. Социально-психологические аспекты реабилитации наркологических больных // *Непрерывное мед. образование и наука*. 2017. Т. 12, № 3. С. 39–41
10. Стоянова И.Я., Мазурова Л.В. Психологическая работа с проблемами алкогольной зависимости и созависимости (гендерные аспекты) // *Вестн. Томского гос. ун-та*. 2009. № 322. С. 223–224
11. Шмелева С.В. Медико-социальная реабилитация. М. : Изд-во РГСУ, 2013. 208 с.

Поступила 21.02.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г. Роль медицинского психолога в комплексном лечебно-реабилитационном процессе восстановления наркологических больных // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 110–122.

**THE ROLE OF MEDICAL PSYCHOLOGIST IN THE INTEGRATED TREATMENT
PROCESS OF DRUG ABUSE PATIENTS RECOVERY**

Smirnova N.N., Soloviev A.G.

Northern State Medical University (Troitskiy Ave, 51, Arkhangelsk, Russia)

Natalya Nikolaevna Smirnova – PhD Biol. Sci., Associate Professor, Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University (Troitskiy Ave, 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: nsmirnova-71@yandex.ru;

✉ Andrey Gorgonievich Soloviev – Dr. Med. Sci. Prof., Head, Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University (Troitskiy Ave, 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: asoloviev1@yandex.ru.

Abstract. The creation of rehabilitation centers in the structure of narcological institutions has led to the need to use the brigade method of work in the treatment and rehabilitation process. In accordance with the biopsychosocial nature of diseases associated with addiction, the specifics of the treatment process and recovery of patients has led to the strengthening of the psychological component of treatment and rehabilitation assistance. The article substantiates the role of a medical psychologist in the complex treatment and rehabilitation process of narcological patients recovery. It is shown that the optimal model of narcological services provision, consisting of several successive stages – with the gradual expansion of the role of humanitarian specialists – involves the provision of psychological assistance from the recovery stage of inpatient treatment and allows for a gradual transition from medical care to socio-psychological and social rehabilitation of the patient. The data on the specifics of the work of a clinical psychologist in narcological practice are summarized, the directions of psychological support at each stage of the treatment and recovery process are presented. It is shown that psychological technologies significantly expand and complement the patient's overview, his rehabilitation potential, activate internal and external resources, allowing optimally formulate and consistently solve the problems of treatment and rehabilitation process of varying complexity. It is proved that the qualified psychological help is the most important system-forming factor in the process of treatment and narcological patients recovery in the structure of the complex stage of treatment and rehabilitation assistance and actively contributes to the process humanization. The prospects of further scientific developments in the field of psychological support of nar-

cological care, as well as in expanding the possibilities of professional demand and personal implementation of specialists in the Humanities are determined.

Keywords: drug treatment, treatment and rehabilitation process, psychological support.

References

1. Baranok N.V., Krupitskii E.M. Vliyanie psikhoterapii sozavisimosti rodstvennikov na stabilizatsiyu remissii bol'nykh opiinoy narkomaniei [The effect of treatment of co-dependence in relatives on relapse prevention in opiate addicts] *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2012. N 4. Pp. 21–25.

2. Barkova N.P., Vankon I.G. Standarty reabilitatsii [The standards of rehabilitation]. Ed. O.V. Zykov. Moskva. 2012. 222 p. (Seriya Pravovaya narkologiya. Issue 3) [Series Legal narcology. Issue 3].

3. Dudko T.N., Raizman E.M., Belokrylov I.V. [et al.]. Reabilitatsiya narkologicheskikh bol'nykh v usloviyakh statsionarov [Rehabilitation of drug patients in the hospital]. Moskva. 2005. URL: http://nncn.ru/2_267.html/.

4. Dudko T.N., Raizman E.M., Kotel'nikova L.A. [et al.]. Sotsial'naya rabota v narkologii [Social work in narcology]. Moskva. 2007. URL: http://nncn.ru/2_268.html/.

5. Mordovskii E.A., Solov'ev A.G., Vyaz'min A.M. [et al.]. Potreblenie alkogolya nakanune smerti i smertnost' ot travm, otravlenii i drugikh posledstviy deistviya vneshnikh prichin [Alcohol consumption the day before death and mortality from traumas, intoxications and other effects of external causes]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014. N 9. Pp. 24–29.

6. Ob utverzhdenii protokola vedeniya bol'nykh «Reabilitatsiya bol'nykh narkomaniei (Z 50.3)»: prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossii ot 22.10.2003 g. N 500 [On approval of the Protocol of maintaining patients «Rehabilitation of patients with drug addiction (Z 50.3)»: Order of the Ministry of health of the Russian Federation, 22.10.2003 N 500]. URL: <http://base.garant.ru/4179842/>.

7. Sakharov A.V., Vertoprakhova N.Yu., Moskalev K.E. Rodstvenniki bol'nykh alkogolizmom: sotsial'no-demograficheskie, lichnostnye i klinicheskie kharakteristiki [Relatives of patients with alcohol dependence: socio-demographic, personal and clinical characteristics]. *Narkologiya* [Narcology]. 2016. N 6. Pp. 67–71.

8. Smirnova N.N., Solov'ev A.G. Psikhologicheskaya podgotovka spetsialistov kak zalog uspešnosti nepreryvnogo professional'nogo obrazovaniya v narkologii [Psychological preparation of the experts as a key to the success of continuing professional education in narcology]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 62. Pp. 123–136.

9. Smirnova N.N., Solov'ev A.G. Sotsial'no-psikhologicheskije aspekty reabilitatsii narkologicheskikh bol'nykh [Social and psychological rehabilitation aspects of drug abuse patients]. *Nepreryvnoe meditsinskoe obrazovanie i nauka* [Continuing medical education and science]. 2017. Vol. 12. N 3. Pp. 39–41

10. Stoyanova I.Ya., Mazurova L.V. Psikhologicheskaya rabota s problemami alkogol'noi zavisimosti i sozavisimosti (gendernye aspekty) [Psychological work with alcohol dependence and co-dependence problems (gender aspects)]. *Vestnik Tomskogo*

gosudarstvennogo universiteta [Tomsk State University Journal]. 2009. N 322. Pp. 223–224

11. Shmeleva S.V. Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya [Medical and social rehabilitation]. Moskva. 2013. 208 p.

Received 21.02.2018

For citing. Smirnova N.N., Solov'ev A.G. Rol' meditsinskogo psikhologa v kompleksnom lechebno-reabilitatsionnom protsesse vosstanovleniya narkologicheskikh bol'nykh. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 65. P. 110–122. (In Russ.)

Smirnova N.N., Soloviev A.G. The role of medical psychologist in the integrated treatment process of drug abuse patients recovery. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. P. 110–122.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРОРТОВ СЕВЕРО-ЗАПАДА И СРЕДНИХ ШИРОТ РОССИИ В НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Влияние антропогенных изменений окружающей среды на организм человека требует совершенствования курортного отдыха для полноценного восстановления нервно-эмоционального статуса и функционального состояния организма. Для оценки эффективности влияния на функциональное состояние организма курортного отдыха в различных климатических зонах было обследовано 98 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Обследования с помощью оценки показателей гемодинамики, подвижности нервных процессов и актуального психического состояния проводились 3 раза: перед отдыхом, сразу после отдыха и через 5 сут после отдыха. Полученные результаты свидетельствуют, что у мужчин в возрасте от 20 до 35 лет, отдохавших в речном круизе по территории Северо-запада и средних широт России, в отличие от мужчин той же возрастной группы, отдохавших в низких широтах, уменьшилось напряжение функциональной системы кровообращения, увеличилась подвижность нервных процессов и улучшилось актуальное психическое состояние. Мужчины в возрасте от 20 до 35 лет, отдохавшие в низких широтах, через 5 сут после возвращения с курорта демонстрировали восстановление показателей гемодинамики, нейродинамических свойств нервной системы и актуального психического состояния до фоновых значений. В возрастной группе от 35 до 50 лет мужчины, отдохавшие в речном круизе, также демонстрировали стойкое снижение напряжения функциональной системы кровообращения, увеличение подвижности нервных процессов, и улучшение актуального психического состояния. В то же время мужчины аналогичного возраста, отдохавшие на курортах низких широт, характеризовались увеличением напряжения функциональной системы кровообращения, снижением подвижности нервных процессов, самочувствия, активности, настроения и повышением уровня тревожности, эти негативные изменения сохранялись и через 5 сут после возвращения из курортной зоны. Таким образом, для восстановления функционального состояния организма эффективным оказался отдых в речном круизе по территории Северо-запада и средних широт России, что наиболее выражено у мужчин старше 35 лет.

✉ Пятибрат Елена Дмитриевна – д-р мед. наук., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: e5brat@yandex.ru.

Ключевые слова: рекреация, курортный отдых, климатическая адаптация, функциональное состояние организма, сердечно-сосудистая система, актуальное психическое состояние.

Введение

В нынешнем постиндустриальном урбанизированном обществе стресс стал повседневным состоянием людей, проживающих в городах. В крупных городах наиболее сильно изменяются естественная среда обитания, ритм жизни, нервно-эмоциональная обстановка труда и быта, нарушается и климат. В городах на порядок ниже интенсивность солнечной радиации, чем в прилегающей местности, при этом среднегодовая температура здесь выше, суточные и сезонные колебания температуры менее значительны, больше осадков, также ниже и атмосферное давление. Представитель городского населения должен решать задачи, требующие больших психологических усилий, что вынуждает его удлинять свое рабочее время, таким образом сокращая отдых. Это вызывает необходимость качественного отдыха и восстановления регуляции функциональных систем организма [4, 9].

Помимо санаторно-курортного лечения, на сегодняшний день все большую популярность приобретает лечебный оздоровительный туризм, известный с античных времен.

Целью оздоровительного туризма является профилактика заболеваний и отдых. Наиболее эффективным методом первичной и вторичной профилактики развития нарушений здоровья представляется речной круиз, так как он объединяет в себе ландшафто- и климатотерапию, а также длительное нахождение на свежем воздухе при умеренных физических нагрузках [3, 6, 8].

Стоит отметить, что для многих людей имеются противопоказания резкой смены климатических зон и часовых поясов, например для людей после 45–50 лет, за исключением абсолютно здоровых [1]. В то же время речной круиз в пределах Восточно-европейской равнины отличается постепенной незначительной сменой климатических зон и не несет отрицательного воздействия на здоровье [9, 10]. Учитывая, что в других географических поясах присутствуют отличные от «домашних» штаммы облигатных микроорганизмов, резкое перемещение в другую климатическую зону вызывает высокий уровень напряжения системы иммунитета и может привести к декомпенсации [2, 5]. Поэтому последовательная и медленная перемена климатических и ландшафтных зон во время речного круиза при

комфортной температуре воздушной среды оптимизирует регуляцию иммунной системы и умеренно ее стимулирует [10].

Цель исследования – провести сравнительную характеристику изменений показателей функционального состояния организма и актуального психического состояния мужчин в зависимости от вида курортного отдыха.

Материал и методы

Обследовали 98 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет, проводивших летний отдых от 8 до 12 дней в различных климатических зонах. Из них 51 человек (24 мужчины I возрастной подгруппы (от 20 до 35 лет) и 27 мужчин II возрастной подгруппы (от 35 до 50 лет)) в течение 8–12 дней отдыхал в речном круизе (РК) в средней и северо-западной части России, а 47 человек (22 мужчины I возрастной подгруппы (от 20 до 35 лет) и 25 мужчин II возрастной подгруппы (от 35 до 50 лет)) – в зонах низких широт (НШ) включающих Российское побережье Кавказа (Краснодарский край), Турцию, Тунис, Марокко, Грецию и Испанию. Обследованные мужчины постоянно проживали в Северо-Западном и Центральном регионах России.

Обследование проводили с 2014 по 2017 г., оно включало: регистрацию частоты пульса (ЧП), систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) по методу Н.С. Короткова, оценку корректурной пробы с кольцами Ландольта и реакции на движущийся объект (РДО), определение уровня тревожности по методу Спилбергера–Ханина и методику «Самочувствие, активность, настроение» (САН).

У всех респондентов получено информированное согласие, а обследования проводились неинвазивными методами в соответствии с Хельсинской декларацией.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 13.0. Группы предварительно сравнивали с помощью непараметрического теста Крускала–Уоллиса, а затем значимость различий уточняли с помощью теста Манна–Уитни. В случаях нормальности распределения данных использовали t-критерий Стьюдента для независимых групп [7]. В таблицах представлены средние арифметические величины и их средние ошибки.

Результаты и их анализ

Перед летним отдыхом по показателям центральной гемодинамики (табл. 1, 2), нейродинамических свойств нервной системы (табл. 3, 4) и актуального психического состояния (табл. 5, 6) достоверных различий между возрастными подгруппами не выявлено.

После отдыха в I возрастной подгруппе, отдохавших в низких широтах, выявлено достоверное повышение показателей ЧП, САД и ДАД. В то время как в подгруппе отдохавших в средних широтах и на северо-западе эти показатели достоверно снизились. Через 5 суток после отдыха в обеих группах показатели восстановились до фоновых значений (см. табл. 1).

Таблица 1
Центральная гемодинамика у мужчин I возрастной подгруппы

Показатель	Фон		После отдыха		Через 5 сут	
	РК	НШ	РК	НШ	РК	НШ
ЧП, уд./мин	71,4±1,2	71,6±1,3	68,8±1,7* ^{&}	75,6±1,3*	68,6±2,5	71,3±1,7 [#]
САД, мм рт. ст.	122,8±1,7	123,2±1,5	116,1±1,4* ^{&}	131,2±1,3*	117,4±2,1	120,2±1,7 [#]
ДАД, мм рт. ст.	73,2±1,2	72,8±1,2	70,2±1,3* ^{&}	77,2±1,6*	71,2±1,5	70,8±1,2 [#]

Здесь и в табл. 2–6 различия при $p < 0,01$: * – в аналогичной группе относительно фонового периода; [#] – в аналогичной группе относительно обследования после отдыха; [&] – относительно группы мужчин, отдохавших в низких широтах

После отдыха у мужчин II возрастной подгруппы, отдохавших в низких широтах, выявлено достоверное повышение показателе ЧП, САД и ДАД, в то время как у мужчин, отдохавших в средних широтах и на северо-западе, эти показатели достоверно снизились. Через 5 суток после отдыха у мужчин, отдохавших в низких широтах, показатели гемодинамики оставались достоверно повышенными относительно фонового периода, в то время как у мужчин, отдохавших в средних широтах и северо-западе России, показатели оставались ниже фоновых (см. табл. 2).

Таблица 2
Центральная гемодинамика у мужчин II возрастной подгруппы

Показатель	Фон		После отдыха		Через 5 сут	
	РК	НШ	РК	НШ	РК	НШ
ЧП, уд./мин	74,3±1,6	74,4±1,5	70,8±1,3* ^{&}	77,3±1,4*	70,6±1,6* ^{#&}	76,2±1,5 [#]
САД, мм рт. ст.	126,9±2,1	127,1±1,9	122,1±2,3* ^{&}	138,4±1,7*	123,2±4,3* ^{#&}	137,6±1,6* [#]
ДАД, мм рт.ст.	75,7±1,5	76,1±1,4	72,5±1,6* ^{&}	86,5±1,7*	72,9±1,4* ^{#&}	85,9±1,6* [#]

У мужчин I возрастной подгруппы после отдыха в речном круизе отмечалось достоверное повышение скорости переработки информации и точных попаданий в реакции на движущийся объект. В то же время мужчины, отдыхавшие в низких широтах, демонстрировали снижение показателей скорости переработки информации и точных попаданий в реакции на движущийся объект. Через 5 сут у мужчин, отдохнувших в средних широтах и на северо-западе России в речном круизе, повышение показателей нейродинамических свойств относительно фонового периода сохранилось. У мужчин, отдыхавших в низких широтах, через 5 сут после прибытия домой показатели скорости переработки информации и точных попаданий в реакции на движущийся объект достоверно возросли как относительно фонового периода, так и относительно периода сразу после прибытия (см. табл. 3).

Таблица 3
Нейродинамические показатели у мужчин I возрастной подгруппы

Показатель	Фон		После отдыха		Через 5 сут	
	РК	НШ	РК	НШ	РК	НШ
Корректурная проба, бит/с	1,22±0,21	1,21±0,19	1,49±0,16* ^{&}	0,94±0,18*	1,47±0,15	1,38±0,16 [#]
РДО (точность), %	48,7±2,1	49,1±2,4	54,5±2,2* ^{&}	38,1±2,4*	53,3±1,4	55,3±1,4 [#]

После отдыха в средних широтах мужчины II возрастной подгруппы демонстрировали увеличение показателей скорости переработки информации по корректурной пробе и точных попаданий в реакции на движущийся объект. В то же время лица, отдыхавшие в низких широтах, демонстрировали снижение всех изучаемых показателей нейродинамических свойств нервной системы (см. табл. 4).

Таблица 4
Нейродинамические показатели у мужчин II возрастной подгруппы

Показатель	Фон		После отдыха		Через 5 сут	
	РК	НШ	РК	НШ	РК	НШ
Корректурная проба, бит/с	1,16±0,17	1,16±0,18	1,46±0,16* ^{&}	0,82±0,18* [#]	1,44±0,15* ^{&}	0,96±0,16* [#]
РДО, %	46,5±1,8	47,1±1,6	52,7±2,2* ^{&}	32,4±1,8	51,5±1,5* ^{&}	32,6±1,4*

В I возрастной подгруппе мужчин, отдыхавших в средних широтах и на северо-западе России, к концу отдыха достоверно снизились показатели

реактивной тревожности и возросли показатели активности, самочувствия и настроения. В то же время у отдохавших в низких широтах, наоборот, возросли показатели реактивной тревожности и достоверно снизились показатели самочувствия методики САН. Через 5 сут после возвращения у мужчин, отдохавших в средних широтах, показатели актуального психического состояния не изменились относительно периода сразу после возвращения. Мужчины, отдохнувшие в низких широтах, демонстрировали повышение показателей методики САН и снижение реактивной тревожности (см. табл. 5).

Таблица 5

Актуальное психическое состояние у мужчин I возрастной подгруппы

Показатель	Фон		После отдыха		Через 5 сут	
	РК	НШ	РК	НШ	РК	НШ
Личностная тревожность	53,1±3,7	52,8±4,1	51,4±2,1	52,6±2,4	51,2±2,6	53,5±3,4
Реактивная тревожность	54,5±3,2	54,7±2,4	41,1±3,1* ^{&}	59,9±2,1*	41,4±2,8	42,6±2,3 [#]
Самочувствие	5,2±0,3	5,1±0,2	6,1±0,6* ^{&}	4,2±0,1*	6,1±0,5	6,4±0,2 [#]
Активность	4,1±0,1	4,3±0,2	5,9±0,3* ^{&}	3,8±0,2*	6,2±0,4	6,3±0,3 [#]
Настроение	3,9±0,3	4,1±0,3	6,3±0,2* ^{&}	3,7±0,5*	6,1±0,2	6,5±0,4 [#]

После отдыха у мужчин II возрастной подгруппы, отдохавших в низких широтах, выявлено достоверное повышение показателей реактивной тревожности и снижение показателей методики САН, в то время как у мужчин, отдохавших в средних широтах и на северо-западе, эти показатели достоверно снизились. Через 5 сут после отдыха у мужчин, отдохавших в низких широтах, показатели актуального психического состояния не изменились относительно периода сразу после возвращения, за исключением показателей шкалы «активность», которые достоверно увеличились относительно фонового периода, в то время как у мужчин, отдохавших в средних широтах и на северо-западе России, показатели актуального психического состояния относительно времени возвращения из круиза достоверно не менялись (см. табл. 6).

Таблица 6

Актуальное психическое состояние у мужчин II возрастной подгруппы

Показатель	Фон		После отдыха		Через 5 сут	
	РК	НШ	РК	НШ	РК	НШ
Личностная тревожность	56,2±3,4	55,7±3,2	52,1±2,4	51,7±1,8	52,5±2,3	52,7±3,1
Реактивная тревожность	55,7±3,1	56,2±2,7	42,4±2,7* ^{&}	61,7±2,6*	42,5±2,4 ^{&}	58,4±2,5
Самочувствие	4,3±0,3	4,2±0,3	6,1±0,6* ^{&}	4,1±0,1*	6,2±0,4 ^{&}	4,4±0,4
Активность	3,8±0,3	3,7±0,2	6,2±0,3* ^{&}	3,5±0,2*	6,3±0,3 ^{&}	4,5±0,5 [#]
Настроение	3,6±0,3	3,7±0,4	6,4±0,2* ^{&}	3,3±0,5*	6,3±0,4 ^{&}	4,1±0,2 [#]

Заключение

Мужчины в возрасте от 20 до 35 лет, отдыхавшие в речном круизе по территории северо-запада и средних широт России, в отличие от мужчин той же возрастной группы, отдыхавших в низких широтах, характеризовались стойким снижением напряжения функциональной системы кровообращения, увеличением подвижности нервных процессов, повышением настроения, самочувствия, активности и снижением уровня реактивной тревожности. В возрастной группе от 35 до 50 лет мужчины, отдыхавшие в речном круизе, также демонстрировали стойкое снижение напряжения функциональной системы кровообращения, увеличение подвижности нервных процессов и улучшение актуального психического состояния.

Через 5 сут после возвращения с курорта мужчины в возрасте от 20 до 35 лет, отдыхавшие в низких широтах, демонстрировали восстановление показателей гемодинамики, нейродинамических свойств нервной системы и актуального психического состояния до фоновых значений. В то же время у мужчин в возрасте от 35 до 50 лет эти негативные изменения сохранялись и через 5 дней после прилета из курортной зоны.

Таким образом, для восстановления функционального состояния организма для жителей Северо-западного и Центрального регионов России более эффективным оказался отдых в речном круизе по территории северо-запада и средних широт России, что наиболее актуально для старшей возрастной группы.

Литература

1. Алехина Е.Ю. К вопросу о состоянии нормативно-правового обеспечения курортной сферы // Здоровоохранение Российской Федерации. 2003. № 3. С. 49–50.

2. Беганова Т.В. К вопросу совершенствования управления лечебным процессом в санаторно-курортном учреждении // Агрокурорт. 2001. № 4. С. 10–13.
3. Боголюбов В.М., Улащик В.С. Комбинирование и сочетание лечебных физических факторов // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. 2004. № 5. С. 39–46.
4. Дехтяр Б.С. Как защитить себя от стресса. М. : Фаир-Пресс, 2015. 176 с.
5. Кусков А.С., Лысикова О.В. Курортология и оздоровительный туризм. Ростов н/Д : Феникс, 2004. 317 с.
6. Маришук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб. : Сентябрь, 2001. 260 с.
7. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учеб. пособие. СПб. : Речь, 2004. 388 с.
8. Семенов П. Как защититься от стресса? Практические методики и рекомендации. М. : Феникс, 2014. 160 с.
9. Чубик М.П. Экология человека : учеб. пособие. Томск : Изд-во ТПУ, 2006. 147 с.
10. Швыдская О.В. Рынок рекреационного продукта в России // Агрокурорт. 2001 № 4. С. 5–10.

Поступила 17.01.2018

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Пятибрат Е.Д. Психофизиологическое обоснование эффективности курортов северо-запада и средних широт России в нормализации функционального состояния организма человека // Вестн. психотерапии. 2018. № 65 (70). С. 123–132.

**PSYCHOPHYSIOLOGICAL SUBSTANTIATION OF EFFICIENCY OF RESORTS
OF THE NORTH-WEST AND MIDDLE LATITUDES OF RUSSIA IN THE NORMALIZATION
OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE ORGANISM**

Pyatibrat E.D.

Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia)

✉ Elena Dmitryevna Pyatibrat – Dr. Med. Sci, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: e5brat@yandex.ru.

Abstract. The influence of anthropogenic environmental changes on the human body requires improving the resort for the full recovery of neuro-emotional status and

functional state of the organism. Intention to compare changes in indicators of functional status and current mental state of the men, depending on the view resort. To assess the effectiveness of influence on the functional state of the organism resorts in different climatic zones were surveyed, and 98 men aged from 20 to 50 years. Examination with assessment of hemodynamic parameters, the mobility of the nervous system and current mental status was performed 3 times: before the rest, after rest and after 5 days of rest. The results show that men aged 20 to 35 years vacationing in a river cruise on the North-West and mid-latitudes of Russia, unlike men in the same age group vacationing in low latitudes, decreased tension of the functional system of blood circulation, increased mobility of nervous processes, and improve current mental state. Men aged 20 to 35 years vacationing in the low latitudes of 5 days after returning from the resort showed the restoration of hemodynamic, neural properties of the nervous system and current mental status to baseline values. In the age group from 35 to 50 men, resting in a river cruise, also showed a persistent decrease of the voltage of the functional system of blood circulation, increase the mobility of nervous processes, and improve current mental state. At the same time men of a similar age vacationing in the resorts of the low latitudes was characterized by increase in voltage of a functional circulatory system, a decrease in mobility of nervous processes, being, activity, mood increased levels of anxiety, these negative changes persisted 5 days after arrival from the resort. Thus, to restore the functional state of the organism were found to be effective in relaxing river cruise on the North-West and mid-latitudes of Russia, which are most pronounced in men older than 35 years.

Key words. Recreation, resort, the climate adaptation, functional state of the organism, cardiovascular system, current mental state.

References

1. Alehina E.Ju. K voprosu o sostojanii normativno-pravovogo obespechenija kurortnoj sfery [To the question about the status of normative-legal support of the resort sector]. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii* [Public Health of the Russian Federation]. 2003. N 3. Pp. 49–50. (In Russ.)
2. Beganova T. V. K voprosu sovershenstvovanija upravlenija lečebnym processom v sanatorno-kurortnom uchrezhdenii [To the issue of improving the management of the medical process in sanatorium – resort institution]. *Agrokurort* [Agrocomert]. 2001. N 4. Pp. 10–13. (In Russ.)
3. Bogoljubov V.M., Ulashhik V.S. Kombinirovanie i sochetanie lečebnyh fizicheskikh faktorov [The Combination, and the combination of therapeutic physical factors]. *Fizioterapija, bal'neologija, reabilitacija* [Physiotherapy, balneology, rehabilitation]. 2004. N 5. Pp. 39–46. (In Russ.)
4. Dehtjar B. S. Kak zashhitit' sebja ot stressa [How to protect yourself from the stress]. Moskva. 2015. 176 p. (In Russ.)
5. Kuskov A.S., Lysikova O.V. Kurortologija i ozdorovitel'nyj turizm [Balneology and health tourism]. Rostov na Donu. 2004. 317 p. (In Russ.)
6. Marishhuk V.L., Evdokimov V.I. Povedenie i samoreguljacija čeloveka v uslovijah stressa [Behaviour and self-control of a person under stress]. Sankt-Peterburg. 2001. 260 p. (In Russ.)

7. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovanija. Analiz i interpretacija dannyh [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data: textbook. allowance]. Sankt-Peterburg. 2004. 388 p. (In Russ.)

8. Semenov P. Kak zashhitit'sja ot stressa? Prakticheskie metodiki i rekomendacii [How to protect yourself from stress? Practical techniques and recommendations]. Moskva. 2014. 160 p. (In Russ.)

9. Chubik M.P. Jekologija cheloveka [Human Ecology textbook]. Tomsk. 2006. 147 p. (In Russ.)

10. Shvydskaja O.V. Rynok rekreacionnogo produkta v Rossii [The Market of recreational products In Russia]. *Agrokurort* [Agrocomert]. 2001. N 4. Pp. 5–10. (In Russ.)

Received 17.01.2018

For citing. Pjatibrat E.D. Psihofiziologicheskoe obosnovanie jeffektivnosti kurortov severo-zapada i srednih shirot Rossii v normalizacii funkcional'nogo sostojanija organizma cheloveka. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 65. P. 123–132. **(In Russ.)**

Pyatibrat E.D. Psychophysiological substantiation of efficiency of resorts of the North-west and middle latitudes of Russia in the normalization of the functional state of the organism. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 65. P. 123–132.

СОДЕРЖАНИЕ

журнала «Вестник психотерапии» № 61–64 за 2017 г.

Психиатрия и психотерапия

Абрамов Э.М. Спешите делать людям добро: 100-летию со дня рождения психотерапевта Александра Романовича Довженко посвящается. № 64. С. 7–24.

Александров А.А., Ильченко Е.Г. Диалог в аналитико-катартической терапии с позиций феноменологической герменевтики. № 64. С. 92–105.

Андреев В.А. Слово ученика об Учителе – Александре Романовиче Довженко. № 64. С. 25–48.

Андреев В.А., Евдокимов В.И., Андреев А.В. Медико-социальные показатели пациентов и эффективность стрессовой психотерапии, проводимой в Республиканском наркологическом психотерапевтическом центре им. А.Р. Довженко. № 64. С. 65–91.

Бибчук М.А. Командная работа с семьей – необходимое условие организации качественной помощи душевнобольному ребенку. № 61. С. 22–31.

Григорьев Г.И., Григорьева А.Г., Мизерене Р., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Мизерас С. Повторные обращения больных алкоголизмом за психотерапевтической помощью. № 62. С. 7–26.

Григорьев Г.И. О стрессопсихотерапии А.Р. Довженко. № 64. С. 49–64.

Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И. Анализ отечественных изобретений по психопрофилактике и психотерапии алкоголизма (1994–2016 гг.). № 64. С. 115–133.

Еремеева А.А. Организационно-методические аспекты совершенствования профилактической наркологической помощи детям и подросткам архангельской области. № 61. С. 32–41.

Еричев А.Н. Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при шизофрении: описание клинического случая. № 61. С. 7–21.

Зиновьев С.В., Синенченко А.Г. Клинико-эпидемио-логические и клинико-психопатологические особенности психических расстройств, ассоциированных с употреблением психоактивных веществ (по данным соматопсихиатрического отделения многопрофильного стационара). № 61. С. 41–50.

Клайман В.О., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П. Применение техник осознанности (mindfulness) в терапии больных шизофренией (обзор иностранной литературы). № 63. С. 23–35.

Копытин А.И. Экотерапия: теория, методология, практика. № 61. С. 50–73.

Куликов В.О., Курасов Е.С., Шамрей В.К. Феномен транса в психотерапии (анализ состояния проблемы). № 63. С. 7–22.

Лобачев А.В., Никольская С.А., Корнилова А.А. Айтрекинг в диагностике психических расстройств. № 61. С. 98–112.

Миткевич В.А., Соловьев А.Г. Междисциплинарно-интегративный подход в психотерапевтической помощи детям и подросткам с невротическими расстройствами. № 62. С. 27–35.

Слабинский В.Ю., Воищева Н.М., Шарт А.Е. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства, осложнённого приёмом алкоголя. № 64. С. 106–114.

Токарева Г.М., Дубинский А.А., Кабанова Т.Н. Факторы, сдерживающие риск насилия у психически больных с различной степенью общественной опасности. № 64. С. 134–145.

Торгаилов М.Н. Возрастные особенности психопатологических последствий боевого стресса и принципы лечения. № 63. С. 36–43.

Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сиващенко П.П., Григорьев С.Г., Лобачев А.В. Показатели психического здоровья военнослужащих-женщин (2003–2016 гг.). № 61. С. 74–98.

Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Лобачев А.В., Григорьев С.Г., Сиващенко П.П. Медико-статистические показатели психических расстройств у военнослужащих по контракту (рядовые, сержанты, старшины) в 2003–2016 гг. № 62. С. 36–60.

Медицинская психология

Ашанина Е.Н., Крийт Е.Е. Механизмы психологической защиты бакалавров, магистрантов и аспирантов высшего учебного заведения. № 63. С. 44–52.

Герцев А.В., Ицук В.Н. Оценка эффективности применения импульсной электротерапии (электросонотерапии) в комплексном лечении артериальной гипертензии, протекающей на фоне астеноневротических нарушений, у мужчин молодого возраста экстремальных профессий. № 62. С. 61–73.

Горьковская И.А., Мартынова А.А. Совладающее поведение осужденных с расстройствами приспособительных реакций в первоначальный период отбывания наказаний. № 63. С. 53–63.

Гурьев В.С., Малкова Е.Е. Базовые эмоции в свете системно-эволюционной теории. № 61. С. 113–130.

Дубинский А.А., Лысенко Н.Е., Ковалева М.Е. Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей и параметров саморегуляции у лиц, совершивших неагрессивные правонарушения. № 63. С. 125–139.

Змановская Е.В., Миропольская О.В. Диагностика склонности к зависимому поведению на основе теста Роршаха. № 62. С. 74–86.

Кукишина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А. Скрининговое использование опросников SCL-90-R, SF-36 и визуальной аналоговой шкалы в процессе психокоррекции у пациентов с нарушениями двигательных функций. № 62. С. 110–122.

Кукишина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А. Прединдикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции. № 63. С. 64–76.

Лакомская А.В. Психологическое благополучие у больных, перенесших операцию на сосудах сердца. № 62. С. 87–98.

Мельничук А.С. Эмоциональное выгорание и перфекционизм у учителей: особенности взаимосвязи. № 63. С. 77–94.

Мефодий (Зинковский), Кирилл (Зинковский), Баразенко К.В. Догматы веры и высшая нервная деятельность. № 63. С. 95–112.

Панков М.Н., Соловьев А.Г., Грибанов А.В. Изменения энергетического метаболизма головного мозга у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью при функциональном ЭЭГ-биоуправлении. № 61. С. 131–141.

Проничева М.М., Булыгина В.Г. Влияние типа семейных эмоциональных коммуникаций на дизонтогенез социализации телесных функций у подростков. № 63. С. 113–124.

Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г. Психологическая подготовка специалистов как залог успешности непрерывного профессионального образования в наркологии. № 62. С. 123–136.

Федоряка Д.А., Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. Изучение субъективных ощущений у больных паническими атаками в структуре внутренней картины болезни. № 62. С. 99–109.

Фисенко Д.Н. Ценностно-смысловые уровни личности в консультативном процессе. № 62. С. 136–148.

CONTENTS
Journal Vestnik psikhoterapii [The Bulletin of Psychotherapy].
2017 N 61–64.

Psychiatry and psychotherapy

Abramov E.M. Speshite delat' lyudyam dobro: 100-letiyu so dnya rozhdeniya psikhoterapevta Aleksandra Romanovicha Dovzhenko posvyashchaetsya [Hurry to make people feel good: the 100th anniversary of the psychotherapist Alexander Romanovich Dovzhenko]. N 64. P. 8–24.

Andreev V.A. Slovo uchenika ob Uchitele – Aleksandre Romanoviche Dovzhenko [The Word of the Disciple about the Teacher – Aleksander Romanovich Dovzhenko]. N 64. P. 25–48.

Andreev V.A., Evdokimov V.I., Andreev A.V. Mediko-sotsial'nye pokazateli patientov i effektivnost' stressovoi psikhoterapii, provodimoi v Respublikanskom narkologicheskom psikhoterapevticheskom tsentre im. A.R. Dovzhenko [Medico-Social Indicators of Patients and the Effectiveness of Stress Psychotherapy Conducted at the A.R. Dovzhenko Republican Narcological Psychotherapeutic Center]. N 64. P. 65–91.

Aleksandrov A.A., Ilchenko E.G. Dialog v analitiko-katarticheskoy terapii s pozitsiy fenomenologicheskoy germeneytiki [Dialogue in Analytic-cathartic therapy from positions of phenomenological hermeneutics]. N 64. Pp. 92–105.

Bebchuk M.A. Komandnaya rabota s sem'ej – neobhodimoe uslovie organizatsii kachestvennoj pomoshhi dushevnobol'nomu rebenku [Teamwork with family – a necessary condition for the organization of quality care mentally ill child]. N 61. Pp. 22–31.

Evdokimov V.I., Chekhlatyi E.I. Analiz otechestvennykh izobreteniy po psikhoprofilaktike i psikhoterapii alkoholizma (1994–2016 gg.) [The analysis of domestic inventions on prevention and psychotherapy for alcoholism (1994–2016)]. N 64. Pp. 115–133.

Erichev A.N. Ispol'zovanie kognitivno-povedencheskoi psikhoterapii pri shizofrenii: opisanie klinicheskogo sluchaya [Application of cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: description of a clinical case study]. N 61. Pp. 7–21.

Eremeeva A.A. Organizatsionno-metodicheskie aspekty sovershenstvovaniya profilakticheskoi narkologicheskoi pomoshchi detyam i podrostkam Arkhangel'skoi oblasti [Organizational and methodical aspects of preventive drug treatment perfection to children and adolescents of Arkhangel'sk region]. N 61. Pp. 32–41.

Grigor'ev G.I., Grigor'eva A.G., Mizerene R., Grigor'ev S.G., Mil'chakova V.A., Mizeras S. Povtornye obrashheniya bol'nykh alkoholizmom za psikhoterapevticheskoy pomoshh'ju [Patients with alcoholism repeatedly seeking psychotherapy]. N 62. Pp. 7–26.

Grigor'ev G.I. O stressopsikhoterapii A.R. Dovzhenko [On stress-psychotherapy by A.R. Dovzhenko]. N 64. Pp. 49–64.

Klaiman V.O., Erichev A.N., Kotsyubinskii A.P. Primenenie tekhnik osoznannosti (mindfulness) v terapii bol'nykh shizofreniei (obzor inostrannoi literatury) [Application of mindfulness in therapy of patients with schizophrenia (review of foreign literature)]. N 63. P. 23–35.

Kulikov V.O., Kurasov E.S., Shamrei V.K. Fenomen trasa v psihoterapii (analiz sostoyanii problemy) [The phenomenon of trance in psychotherapy (Analysis of the problem)]. N 63. Pp. 7–22.

Kopytin A.I. Ekoterapiya: teoriya, metodologiya, praktika [Ecotherapy: theory, methodology, practice]. N 61. Pp. 50–73.

Lobachev A.V., Nikol'skaya S.A., Kornilova A.A. Aitrekning v diagnostike psikhicheskikh rasstroistv [Eyetracking in the diagnosis of mental disorders]. N 61. Pp. 98–112.

Mitkevich V.A., Soloviev A.G. Mezhdistsiplinarno-integrativnyi podkhod v psihoterapevticheskoi pomoshchi detyam i podrostkam s nevroticheskimi rasstroistvami [Interdisciplinary and integrative approach to the psychological care of children and adolescents with neurotic disorders]. N 62. Pp. 27–35.

Slabinsky V.Yu., Voishcheva N.M., Shart A.E. Psikhoterapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva, oslozhnennogo priemom alkogolya [Psychotherapy for posttraumatic stressful disorder complicated by alcohol consumption]. N 64. Pp. 106–114.

Torgashov M.N. Vozrastnye osobennosti psikhopatologicheskikh posledstviiv boevogo stressa i printsipy lecheniya [Age peculiarities of the psychopathological effects of combat stress and treatment principles]. N 63. Pp. 36–43.

Tokareva G.M., Dubinskii A.A., Kabanova T.N. Faktory, sderzhivayushchie risk nasiliya u psikhicheskii bol'nykh s razlichnoi stepen'yu obshchestvennoi opasnosti [Factors restraining the risk of violence in mentally ill with varying degrees of public danger]. N 64. Pp. 134–145.

Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Grigor'ev S.G., Lobachev A.V. Pokazateli psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh-zhenshchin (2003–2016 gg.) [Indicators of mental health of female servicemen (2003–2016)]. N 61. Pp. 74–98.

Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V., Grigor'ev S.G., Sivashchenko P.P. Mediko-statisticheskie pokazateli psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh po kontraktu (ryadovye, serzhanty, starshiny) v 2003–2016 gg. [Medical and statistical indicators of mental disorders for contract servicemen (privates, sergeants, petty officers) in 2003–2016]. N 62. Pp. 36–60.

Zinoviev S.V., Sinenchenko A.G. Clinical and epidemiological, clinical and psychopathological features of mental disorders associated with substance use (according somatopsychiatry department of general hospital) [Clinical and epidemiological, clinical and psychopathological features of mental disorders associated with substance use (according somatopsychiatry department of general hospital)]. N 61. Pp. 41–50.

Medical psychology

Ashanina E.N., Kriit E.E. Mekhanizmy psikhologicheskoi zashchity bakalvrov, magistrantov i aspirantov vysshego uchebnogo zavedeniya [Psychological defense mechanisms of bachelors, masters and post-graduate students in higher educational institution]. N 63. Pp. 44–52.

Dubinskii A.A., Lysenko N.E., Kovaleva M.E. Vzaimosvyaz' individual'notipologicheskikh osobennostei i parametrov samoregulyatsii u lits, sovershivshikh neagressivnye pravonarusheniya [The relationship between individual characteristics

of self-regulation and temperament traits in criminals with non-aggressive delicts]. N 63. Pp. 125–139.

Fedorikha D.A., Reznikova T.N., Seliverstova N.A. Izuchenie sub"ektivnykh oshchushchenii u bol'nykh panicheskimi atakami v strukture vnutrennei kartiny bolezni [The study of subjective sensations in patients with panic attacks in the structure of the internal representation of disease]. N 62. Pp. 99–109.

Fisenko D.N. Tsenostno-smyslovye urovni lichnosti v konsul'tativnom protsesse [Value-semantic levels of personality in the consultative process]. N 62. Pp. 136–148.

Gertsev A.V., Ischuk V.N. Otsenka effektivnosti primeneniya impul'snoi elektroterapii (elektrosoterapii) v kompleksnom lechenii arterial'noi gipertenzii, protekayushchei na fone astenonevroticheskikh narushenii, u muzhchin molodogo vozrasta ekstremal'nykh professii [Evaluating the effectiveness of impulse electrotherapy (electrosotherapy) in combined treatment of arterial hypertension, been accompanied by an asthenoneurotic violations in young men of intensive professions]. N 62. Pp. 61–73.

Gor'kovaya I.A., Martynova A.A. Sovladayushchee povedenie osuzhdennykh s rasstroistvami prisposobitel'nykh reaksii v pervonachal'nyi period otbyvaniya nakazanii [Coulduse behavior of prisoners with disorders of adaptive reactions in the initial period of punishment]. N 63. P. 53–63.

Gur'ev V.S., Malkova E.E. Bazovye emotsii v svete sistemno-evolyutsionnoi teorii [Basic emotions in light of systemic-evolutionary theory]. N 61. Pp. 113–130.

Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Verechshagina D.A., Tkachenko G.A. Skrinigovoe ispol'zovanie oprosnikov SCL-90-r, SF-36 i vizual'noi analogovoi shkaly v protsesse psikhokorreksii u patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii [Screening use of questionnaires SCL-90-R, SF-36 and visual analogue scale in the process of psychocorrection of the patients with movement disorders]. N 62. Pp. 110–122.

Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Vereshchagina D.A., Tkachenko G.A. Prediktory vkluyecheniya patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii v razlichnye programmy psikhokorreksii [Predictors of the inclusion of patients with movement disorders in various psychocorrection programs]. N 63. Pp. 64–76.

Lakomskaya A.V. Psikhologicheskoe blagopoluchiye u bol'nykh, perenesshikh operatsiyu na sosudakh serdtsa [Psychological well-being in patients undergoing surgery on the blood vessels of the heart]. N 62. Pp. 87–98.

Melnichuk A.S. Jemocional'noe vygoranie i perfekcionizm u uchitelej: osobennosti vzaimosvjazi [The emotional burnout and perfectionism among teachers: the specific of interrelation]. N 63. Pp. 77–94.

Methody (Zinkovskiy), Kirill (Zinkovskiy), Barazenko K.V. Dogmaty very i vysshaya nervnaya deyatel'nost' [The doctrines of the faith and higher nervous activity]. N 63. P. 95–112.

Pankov M.N., Solov'ev A.G., Griбанov A.V. Izmeneniya energeticheskogo metabolizma u detei s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu pri funktsional'nom EEG-biupravlenii [Changes in energy metabolism in children with attention deficit disorder Hyperactivity in functional EEG Biofeedback]. N 61. Pp. 131–141.

Pronicheva M.M., Bulygina V.G. Vliyanie tipa semejnykh jemocional'nykh kommunikacij na dizontogenez socializacii telesnykh funktsij u podrostkov [Influence of the

family emotional communications on the dysontogenesis of the socialization of bodily functions among adolescents]. N 63. Pp. 113–124.

Smirnova N.N., Solov'ev A.G. Psikhologicheskaya podgotovka spetsialistov kak zalog uspeshnosti nepreryvnogo professional'nogo obrazovaniya v narkologii [Psychological preparation of the experts as a key to the success of continuing professional education in narcology]. N 62. Pp. 123–136.

Zmanovskaya E.V., Miropol'skaya O.V. Diagnostika sklonnosti k zavisimomu povedeniyu na osnove testa Rorshakha [Dependent Behavior Diagnosis based on the Rorschach Test]. N 62. Pp. 74–86.

 <p>ПМПА ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ</p> <p>Адрес: 191119, Санкт-Петербург Ул. Достоевского, д.19/1, литера Б, ОКОПО 04317538 ОКОГУ 4210014 ОГРН 1167800054311 ИНН/КПП 7840056185/784001001 e-mail: pmpaspb@mail.ru</p>	<p>Петербургский психотерапевтический форум</p> <p>31 мая – 1 июня 2018 г. международный конгресс</p> <p>«Эволюция и интеграция в психотерапии. Психотерапия в сохранении здоровья населения»</p> <hr/> <p>Место проведения: Санкт-Петербург, Дворец Белосельских-Белозерских, Невский пр., д. 41</p>
--	---

Организаторы:

- Профессиональная медицинская психотерапевтическая ассоциация (ПМПА)
- Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
- Межрегиональная общественная организация «Петровская академия наук и искусств»
- Санкт-Петербургская региональная научно-просветительская общественная организация «Психосоматика»
- Санкт-Петербургский «Городской центр медицинской профилактики»
- Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга»
- Санкт-Петербургский медико-социальный институт
- Психотерапевтический центр Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кашенко.

В ходе конгресса с международным участием «Эволюция и интеграция в психотерапии» будут обсуждаться следующие вопросы:

- актуальные вопросы организации оказания психотерапевтической помощи в России и Германии;
- современные модели психотерапевтической помощи, применяемые в Санкт-Петербурге и России;

- научные достижения в области психотерапии, психосоматической медицины и сексуальных расстройств на современном этапе;
- роль психотерапии, психофармакотерапии в лечении психических, психосоматических и сексуальных расстройств, сохранении психического здоровья;
- актуальные вопросы этиопатогенеза и психотерапии в психосоматической медицине;
- актуальные вопросы этиопатогенеза и психотерапии при лечении сексуальных расстройств;
- актуальные вопросы междисциплинарного взаимодействия в психотерапевтическом процессе.

В рамках конференции состоятся мастер-классы по психотерапии отдельных заболеваний и состояний, во время которых специалисты поделятся своими практическими навыками.

По завершении конгресса состоится традиционная прогулка на джазовом теплоходе по Неве.

Участие в конгрессе бесплатное.

Срок подачи докладов для представления на конгрессе и тезисов для публикации до **20.04.2018 г.** по электронной почте: mpraspb@mail.ru.

Порядок оформления докладов и тезисов:

- название доклада;
- ФИО авторов, e-mail, контактный телефон одного из авторов.
- название учреждения;
- город;
- аннотация доклада (цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение). Объем не более 1500 знаков, 14-й кегль, интервал – одинарный междустрочный)

Таблицы, формулы и рисунки к публикации не принимаются.

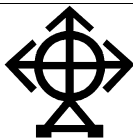
Сборник будет издан в электронном виде с ISBN.

Координатор конгресса:

член правления ПМПА Анна Владимировна Чуйкова

тел.: +7-921-917-72-87;

e-mail: anna_chuykova@mail.ru



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала. Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г.**, выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (www.vak.ed.gov.ru/87) **по группам специальностей: 14.01.00- клиническая медицина, 14.02.00- профилактическая медицина и 19.00.00- психологические науки.** Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: gvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз. цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-принт»
с оригинала-макета заказчика.
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.
Подписано в печать 26.03.2018. Печать – ризография.
Бумага офсетная. Формат 60*84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.
Объем 9,13 п. л. Заказ 13283.