

На правах рукописи

БАБИН Сергей Михайлович

ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

14.00.18 — психиатрия

19.00.04 — медицинская психология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Санкт-Петербург

2006

Работа выполнена в ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2» и ГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научные консультанты: доктор медицинских наук, профессор,
Незнанов Николай Григорьевич
доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ
Карвасарский Борис Дмитриевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор,
Петрова Наталья Николаевна
доктор психологических наук, профессор
Соловьева Светлана Леонидовна
доктор медицинских наук, профессор,
Ташлыков Виктор Анатольевич

Ведущая организация: ФГУ «Государственный научный центр судебной и социальной психиатрии им. В.П. Сербского» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Защита диссертации состоится 7 декабря 2006 г. в 13 часов
на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 по защите докторских диссертаций при Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института

Автореферат разослан 6 ноября 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Тупицын Юрий Яковлевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. В докладе ВОЗ, который представляет всеобъемлющий обзор того, что известно о нынешнем и будущем бремени, связанном с психическими расстройствами в мире, отмечается, что за последние 50 лет эволюция психиатрической помощи привела к концепции оказания помощи в общине. Это основано на двух фундаментальных положениях: во-первых, на соблюдении прав лиц с психическими расстройствами; и, во-вторых, на применении современных подходов и методов (ВОЗ, 2001). Само название доклада «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» подчеркивает новизну отношения к психическим расстройствам, которое дает дополнительные перспективы психически больным и их семьям во всех странах и во всех обществах.

В этой новой концепции психотерапия рассматривается как плановое и структурированное вмешательство, направленное на изменение поведения, настроения, эмоциональной реакции на различные стимулы с помощью вербальных и невербальных средств. Психосоциальная терапия является, с точки зрения ВОЗ, не просто методом, а всеобъемлющим процессом, который дает возможность пациентам достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в общине. Психосоциальная терапия включает помощь в развитии социальных навыков и возможностей для реализации увлечений и досуга, которые необходимы для жизни, общения и ощущения собственной ценности.

Лечение шизофрении, согласно этому подходу, имеет три основных компонента. Во-первых, лекарственное лечение для уменьшения симптомов и предупреждения рецидивов. Во-вторых, просветительские и психосоциальные вмешательства, которые помогают пациентам и семьям справляться с болезнью, ее осложнениями и рецидивами. В-третьих, реабилитация, способствующая пациентам реинтегрироваться в общину и вновь вернуться к учебной или профессиональной деятельности.

Психотерапии в комплексе лечебных воздействий при шизофрении и аффективных расстройствах всегда придавалось большое значение отечественными специалистами (Корсаков С.С., 1911; Ильон Я.Г., 1928; Бугайский Я.П., 1930; Каннабих Ю.В., 1934; Консторум С.И., 1935; Мелехов Д.Е., 1941; Гуревич М.О., 1949, и др.). В более позднее время на значение психотерапии в лечении психозов указывали С.Б. Семичов (1973), М.М. Кабанов (1985), Б.Д. Карвасарский (1985), В.Д. Вид (1993), Т.Б.

Дмитриева, Б.С. Положий (1994), А.А. Чуркин (1995), Б.А. Казаковцев (1996), Соловьева С.Л. (1996), Ю.А. Александровский (2000), Н.Г. Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н. (2001), М.М. Кабанов, Н.Г. Незнанов (2003) и др.

Роль психотерапии существенно возросла в связи с развитием реабилитационного направления в психиатрии, методологической установкой которого является объединение медицинской, психологической и социальной моделей болезни в единую биопсихосоциальную модель (Кабанов М.М., 1977а; Шумаков В.М., 1982; Zubin J., 1990.). М. Перре и У. Бауманн (2002) рассматривают психосоциальную реабилитацию в качестве интегрированного подхода, противопоставляя ее медицинской реабилитации в узком смысле слова. Согласно концепции реабилитации, разработанной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (Кабанов М.М., 1977, 1985, 1998 и др.), 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.

Принятие биопсихосоциальной модели психического расстройства неизбежно ставит задачи организации полипрофессионального (врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог, социальный работник) бригадного ведения пациента в психиатрическом учреждении, чему в отечественном здравоохранении в настоящее время уделяется еще недостаточное внимание (Казаковцев Б.А., 2001; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004).

Несмотря на имеющиеся в отечественной литературе описания как теоретических основ применения психотерапии и психосоциальной терапии в психиатрии, так и отдельных методов (Вид В.Д., 1974, 1993, 2001; Ташлыков В.А., 1984; Холмогорова А.Б., 1999; Карвасарский Б.Д., 2000; Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004; Аммон Г., 1995; Бурбиль И., 2003; Аммон М., 2004, и др.), большая часть исследований базируется на зарубежном опыте или носит преимущественно экспериментальный характер. Имеющиеся рекомендации по практическому применению тех или иных техник и подходов носят лишь самый общий характер или ограничиваются отдельными изолированными методами психотерапии, которые не объединены в единую и внутренне непротиворечивую в теоретическом и методологическом аспектах структуру. Отмечается явный дефицит

работ, в которых бы анализировались современные российские системы оказания комплексной психиатрической помощи, приводились бы конкретные программы использования психотерапии и психосоциальной терапии в условиях реальной практики здравоохранения.

Процесс интеграции психотерапии в систему лечения психически больных требует последовательного рассмотрения всех трех составляющих концепции — биологической, психологической и социальной в их единстве и взаимосвязи с целью формирования теоретических основ и практических разработок, направленных на внедрение данного подхода в практическое здравоохранение. В доступной литературе отсутствуют исследования монографического типа, посвященные этой проблеме.

Эти обстоятельства послужили основанием для данной работы и определяют её актуальность.

Цель исследования. Целью настоящей диссертации являлась разработка и внедрение организационных моделей психотерапевтической и психосоциальной помощи в деятельность стационарных психиатрических лечебных учреждений.

Задачи исследования. Достижение этой цели потребовало решения следующих задач:

1. Исследовать клинические, клинико- и экспериментально-психологические особенности пациентов психиатрического стационара в их значении для осуществления комплексной модели терапии, включающей психотерапевтическую и социотерапевтическую составляющие.

2. Разработать комплексную модель терапии в отделении психиатрического стационара, специализирующегося на психотерапии и реабилитации душевнобольных.

3. Создать различные программы организации психотерапевтической и психосоциальной помощи в зависимости от контингента пациентов и специфики деятельности отдельных структурных подразделений психиатрического лечебного учреждения.

4. Определить основные стандарты и конкретные программы деятельности отдельных специалистов в рамках полипрофессиональной бригады в условиях психиатрического стационара.

5. Провести сравнительный анализ эффективности различных моделей организации психиатрической, психотерапевтической и психосоциальной помощи.

6. Рассмотреть специфику формирования и особенности подготовки специалистов и персонала для деятельности в рамках полипрофессиональной бригады в системе оказания психиатрической помощи.

7. Внедрить различные программы работы и модели организации психотерапевтической и психосоциальной помощи в конкретные лечебно-профилактические учреждения.

Научная новизна исследования. Впервые проведено экспериментальное исследование динамики клинико-психологических особенностей, компонентов структуры «Я» и уровня качества жизни пациентов психиатрического стационара в зависимости от различных моделей организации психиатрической помощи, осуществлена комплексная сравнительная оценка эффективности работы данных моделей.

Разработаны и внедрены в практическую деятельность психиатрических лечебно-профилактических учреждений основные стандарты и конкретные программы работы врача-психотерапевта в рамках полипрофессионального подхода к оказанию помощи психически больным. Адаптированы и модифицированы для применения в условиях российского здравоохранения различные вербальные и невербальные психотерапевтические методы, основанные на традициях отечественной и динамической психиатрии. Создан оригинальный метод вербальной групповой психотерапии душевнобольных, интегрирующий подходы динамического и экзистенциального направлений в психотерапии.

Полученные данные способствуют более глубокому пониманию и расширению наших представлений о механизмах действия психотерапии в комплексном лечении психических расстройств. Результаты исследования подтверждают эффективность психотерапии при стационарном лечении психозов в сравнительном плане с другими терапевтическими моделями. Мишенями психотерапевтического воздействия в этом случае является не психопатологическая симптоматика, а личностные характеристики, уровень качества жизни и психосоциальной адаптации.

В психиатрическом стационаре под руководством и при непосредственном участии автора диссертации разработаны научно-организационные основы отделения, специализирующегося на психотерапии и реабилитации душевнобольных, в деятельности которого реализуются положения, базирующиеся на концепциях отечественной и динамической психиатрии. Впервые в отечественной психиатрии разработана модель организации терапии средой, являющейся, по сути, эталоном современного лечебного учреждения, где в полной мере проявляется биопсихосоциальная парадигма оказания помощи, объединяющая в единую систему психофармакологические, психотерапевтические и психосоциальные воздействия, что привело к повышению эффективности и качества проводимой терапии.

Практическая значимость проведенной работы. Разработанная модель терапии, объединяющая на основе единой теоретической и методологической базы психофармакотерапию, психотерапию и психосоциальную терапию, позволяет значительно увеличить эффективность лечебного воздействия применительно к более тяжелым контингентам пациентов психиатрических стационаров. Это открывает возможности дальнейшего развития и дифференцированного применения данной модели у различных групп больных.

Практическое значение диссертации состоит также в том, что разработанные модели организации психиатрической помощи внедрены и продолжают успешно развиваться в ряде лечебно-профилактических учреждений. Результаты диссертации внедрены в практику работы Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2, где открыто психиатрическое отделение, в деятельности которого важную роль играет психотерапия и психосоциальная терапия психозов, Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1, Бузулукского психоневрологического диспансера.

Вопросы организации и осуществления психотерапии и психосоциальной реабилитации в психиатрии, подготовки кадров для полипрофессиональных форм работы, адаптированные и разработанные оригинальные психотерапевтические методы включены в учебный курс по психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета Оренбургской государственной медицинской академии, в учебные курсы по психотерапии Оренбургского государственного университета, Оренбургской государственного педагогического университета, в учебные курсы Оренбургского областного

центра повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Учет определенных клинико-психологических особенностей, компонентов структуры «Я», параметров уровня качества жизни и социального функционирования позволил разработать новые модели лечения психически больных и более точно и дифференцированно оценить эффективность проводимой терапии.

2. Основные стандарты и конкретные программы деятельности врача-психотерапевта психиатрического стационара могут быть успешно использованы в лечебно-профилактических учреждениях практического здравоохранения.

3. Комплексная модель организации стационарной психиатрической помощи, включающая в себя психофармакотерапию, психотерапию и психосоциальную терапию в ряде аспектов превосходит традиционные модели оказания помощи.

4. Проводимая в психиатрическом стационаре психотерапия и психосоциальная терапия оказывают достоверное позитивное влияние в плане коррекции деструктивных и дефицитарных центральных Я-функций, уровня качества жизни и социального функционирования больных с психотическими расстройствами.

5. Разработанная модель организации отделения психиатрического стационара, специализирующегося на психотерапии и терапии средой душевнобольных, базирующаяся на концепциях отечественной и динамической психиатрии, доказала свою эффективность и может быть рекомендована в качестве основы для внедрения био-психосоциального подхода в деятельность профильных лечебных учреждений.

Апробация работы. Материалы диссертации неоднократно представлялись и обсуждались на 12-м, 13-м и 14-м Конгрессах Всемирной Ассоциации Динамической Психиатрии (г. Берлин, 1999 г.; г. Мюнхен, 2001 г.; г. Краков, 2005 г.); на 2-м и 3-м съездах Российской Психотерапевтической Ассоциации (г. Смоленск, 1998 г.; г. Курск, 2003 г.); на Всероссийской конференции «Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация» (г. Иваново, 1999 г.); на Совещаниях главных психиатров и руководителей психиатрических учреждений России «Психосоциальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами» (г. Смоленск, 2001 г.), «Реализация Федеральной отраслевой программы реорганизации сети психиатрической помощи населению в субъектах РФ» (г. Смоленск, 2002 г.), «Новые техноло-

гии в практике оказания психиатрической и психотерапевтической помощи» (г. Смоленск, 2004 г.); на конференции «Психосоциальная реабилитация в психиатрии» (г. Тамбов, 2002 г.); на X Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (г. Москва, 2003 г.); на Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты» (г. Москва, 2004 г.); на 2-м Всероссийском совещании проректоров и заведующих кафедрами образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования МЗ и СР РФ (г. Оренбург, 2005 г.); на XIV съезде психиатров России (г. Москва, 2005 г.) и др.

Публикации. По материалам диссертации опубликованы 35 научных работ, в том числе в соавторстве коллективная монография (2003 г.). 8 статей опубликованы в изданиях, внесенных в перечень, в которых могут публиковаться основные научные результаты, содержащиеся в докторских диссертациях (Бюллетень ВАК Минобрнауки РФ № 4 — 2005 г.).

Структура и объём диссертации. Объём диссертации — 526 страниц текста компьютерного набора. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, списка использованной литературы и приложений. Указатель литературы включает 491 источник, из них 358 на русском и 133 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 65 таблицами и 5 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Для реализации цели и задач исследования на базах Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2 (ООКПБ №2) и Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (ООКПБ №1) были изучены 368 больных психозами и неврозами с учетом трех моделей терапии. Диагностический процесс соответствовал критериям Международной классификации болезней (10-й пересмотр), глава V — психические и поведенческие расстройства.

Общая характеристика пациентов с психотическими расстройствами. В исследуемой группе 240 пациентов имели диагноз F20, т.е. относились к разделу МКБ-10, включающему шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства. У 103 (43%) пациентов была диагностирована параноидная шизофрения F20.0, у 22

(9%) — кататоническая F20.2, у 38 (16%) — постшизофреническая депрессия F20.4, у 41 (17%) — простая шизофрения F20.6, у 36 (15%) пациентов диагностировано шизоаффективное расстройство, смешанного типа F25.2. По типам течения пациенты распределились следующим образом — F20.x0 — 36 (15%) больных, F20.x1 — 120 (50%) больных, F20.x3 — 46 (19%) больных, F20.x4 — 38 (16%) больных.

У 50 пациентов диагностированы аффективные расстройства настроения в соответствии с критериями раздела F30 МКБ-10: F31.2 — 1 (2%) больной, F31.4 — 3 (6%) больных, F31.5 — 4 (8%) больных, F32.1 — 4 (8%) больных, F32.2 — 2 (4%) больных, F32.3 — 3 (6%) больных, F33.1 — 14 (28%) больных, F33.2 — 4 (8%) больных, F33.3 — 15 (30%) больных.

В соответствии с целями и задачами исследования были определены три группы пациентов в зависимости от различных условий организации лечения, что позволило выделить три модели терапии. Пациенты, получавшие лечение в условиях специализированного Отделения психофармакотерапии, психотерапии и социотерапии психозов ООКПБ №2 (далее Отделение комплексного лечения психозов), включающее в себя психофармакотерапию, индивидуальную психотерапию, различные виды групповой психотерапии, терапию средой, милье-терапию и другие формы психосоциальной терапии, объединены в группу комплексной модели терапии. Пациенты, лечившиеся в общепсихиатрических отделениях стационаров, получавшие наряду с медикаментозной терапией индивидуальную и групповую психотерапию, включены в группу комбинированной модели терапии. В качестве контрольной группы были изучены больные, получавшие в качестве определяющей психофармакотерапию (традиционная модель терапии).

Из пациентов с диагнозом шизофрения (F20) 60 человек получали комплексную терапию, 80 человек — комбинированную терапию и 100 человек — психофармакотерапию.

В группе комплексной терапии было 13 (21,7%) мужчин и 47 (78,3%) женщин, в группе комбинированной терапии — 17 (21,25%) мужчин и 63 (78,75%) женщины, в группе психофармакотерапии — 21 (21,0%) мужчина и 79 (79,0%) женщин. В исследование были включены пациенты, больные шизофренией с 18 до 55 лет. По полу и возрасту между исследуемыми группами не было выявлено достоверных различий.

Пациенты с аффективными расстройствами (F30) распределились по группам следующим образом: 21 человек получал комплексную терапию, 17 человек — комбинированную терапию и 12 человек — психофармакотерапию.

В группе комплексной терапии было 4 (19,0%) мужчин и 17 (81,0%) женщин, в группе комбинированной терапии — 2 (11,8%) мужчин и 15 (88,2%) женщин, в группе психофармакотерапии — 2 (16,7%) мужчин и 10 (83,3%) женщин. В исследование были включены пациенты с аффективными расстройствами с 18 до 55 лет. По полу и возрасту между исследуемыми группами не было обнаружено достоверных различий.

По отдельным характеристикам социально-экономического статуса группы больных шизофренией и с аффективными расстройствами достоверно не различались между собой, за исключением большей частоты перевода пациентов, получавших комплексную терапию, в дневной стационар, что отражает особенности организации терапевтического процесса в лечебном учреждении.

При исследовании таких характеристик течения заболевания, как возраст манифестации болезни, число очерченных обострений и предшествующих госпитализаций у трех групп больных с диагнозом шизофрении не было обнаружено достоверных различий. Таким образом, все группы были сравнимы между собой.

У трех групп пациентов с аффективными расстройствами при исследовании таких характеристик течения заболевания, как возраст манифестации болезни, число очерченных обострений и предшествующих госпитализаций не было установлено достоверных различий. Таким образом, все группы были сравнимы между собой.

При поступлении в психиатрический стационар проводилась оценка актуальной психопатологической симптоматики клиническим методом и с использованием ряда психопатологических шкал. В процессе клинического интервьюирования определялись ведущие на данный момент синдромы, степень выраженности психопатологических расстройств, нозологическая принадлежность заболевания, дальнейшая терапевтическая тактика.

В табл. 1 приведены ведущие психопатологические синдромы у больных шизофренией в исследуемых группах.

Между группами пациентов, больных шизофренией, получавших впоследствии различные варианты терапии, не было выявлено различий в клинической картине заболевания.

В табл.2 приведены ведущие психопатологические синдромы пациентов с аффективными расстройствами в исследуемых группах.

Таблица 1

Ведущие психопатологические синдромы при поступлении
у больных шизофренией

Психопатологические синдромы	Группа, получавшая комплексную терапию		Группа, получавшая комбинированную терапию		Группа, получавшая психофармакотерапию	
	N	%	N	%	N	%
Неврозоподобный	12	20,0	16	20,0	16	16,0
Психопатоподобный	8	13,4	6	7,5	17	17,0
Астено-депрессивный	2	3,4	5	6,3	7	7,0
Апато-депрессивный	9	15,0	14	17,5	19	19,0
Тревожно-депрессивный	15	25,0	21	26,3	20	20,0
Депрессивно-параноидный	22	36,7	27	33,8	31	31,0
Паранояльный	5	8,4	3	3,8	4	4,0
Галлюцинаторно-параноидный	26	43,4	31	38,8	38	38,0
Ипохондрический (параноидный)	2	3,4	1	1,3	1	1,0
Деперсонализационный – дереализационный	2	3,4	4	5,0	3	3,0
Кататонический	4	6,7	8	10,0	13	13,0
Апато-абулический	10	16,7	15	18,8	21	21,0

В результате сравнения групп пациентов с аффективными расстройствами, получавших различные варианты терапии, не было выявлено различий в клинической картине заболевания.

Таблица 2

Ведущие психопатологические синдромы при поступлении у больных с аффективными расстройствами

Психопатологические синдромы	Группа, получавшая комплексную терапию		Группа, получавшая комбинированную терапию		Группа, получавшая психофармакотерапию	
	N	%	N	%	N	%
Неврозоподобный	3	14,3	1	5,9	—	—
Психопатоподобный	—	—	1	5,9	1	8,4
Маниакальный	—	—	—	—	1	8,4
Астено-депрессивный	3	14,3	1	5,9	—	—
Апато-депрессивный	1	4,8	2	11,8	3	25,0
Тревожно-депрессивный	7	33,4	4	23,5	2	16,7
Меланхолический	6	28,6	4	23,5	3	25,0
Депрессивно-параноидный	3	14,3	3	17,6	2	16,7
Тревожно-параноидный	1	4,8	3	17,6	3	25,0
Деперсонализационный – дереализационный	2	9,5	1	5,9	2	16,7

В качестве одной из групп сравнения были исследованы 78 пациентов, 50 (64,1%) женщин и 28 (35,9%) мужчин, больных невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами, которые, таким образом, относились к

подразделу F4 МКБ-10. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 у 7 (9,0%) пациентов была диагностирована агорафобия с паническим расстройством F40.01; у 3 (3,9%) — социальная фобия F40.1; у 3 (3,9%) — специфические (изолированные) фобии F40.2; у 7 (9,0%) — генерализованное тревожное расстройство F41.1; у 14 (17,9%) — смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2; у 1 (1,3%) — обсессивно-компульсивное расстройство, преимущественно навязчивые мысли F42.0; у 2 (2,5%) пациентов диагностирована кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, F43.20; у 6 (7,7%) — пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, F43.21; у 4 (5,1%) — смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства F44.7; у 10 (12,8%) — ипохондрическое расстройство F45.2; у 15 (19,2%) — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы F45.3; у 6 (7,7%) — неврастения F48.0.

При поступлении в отделение неврозов и психотерапии психиатрического стационара проводилась оценка актуальной психопатологической симптоматики клинико-патопсихологическим методом. В процессе клинического интервьюирования определялись ведущие на данный момент синдромы, степень выраженности невротических расстройств, нозологическая принадлежность заболевания, дальнейшая терапевтическая тактика.

В соответствии с существующими критериями (Лакосина Н.Д., Трунова М.М., 1994; Федоров А.П., 1996) у 31 (39,7%) пациента диагностированы острые невротические расстройства (от 1 до 6 мес.), из них 19 (24,4%) мужчин и 12 (15,4%) женщин; у 47 (60,3%) пациентов — затяжные невротические расстройства (от 6 мес. до 2-х лет), из них 16 (20,5%) мужчин и 31 (39,7%) женщина. В табл. 3 приведены ведущие психопатологические синдромы у пациентов с невротическими расстройствами.

Таблица 3

Ведущие психопатологические синдромы при поступлении у больных с невротическими расстройствами

Психопатологические синдромы	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%	N	%	N	%
Астенический	2	2,5	3	3,9	5	6,4

Астено-депрессивный	3	3,9	4	5,1	7	9,0
Тревожно-депрессивный	8	10,3	7	9,0	15	19,2
Депрессивный	—	—	8	10,3	8	10,3
Фобический	3	3,9	10	12,8	13	16,6
Обсессивный	—	—	1	1,3	1	1,3
Ипохондрический	6	7,7	4	5,1	10	12,8
Истерический	2	2,5	4	5,1	6	7,7
Сомато-вегетативный	4	5,1	9	11,5	13	16,7

Методы исследования больных. В ходе исследования применялись клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический и клиничко-статистический методы. Состояние больных оценивалось дважды — при поступлении в психиатрический стационар и при выписке из отделения.

Для оценки клинического состояния пациентов, выраженности продуктивной и негативной психопатологической симптоматики, степени выраженности общего терапевтического эффекта и безопасности терапии использовались стандартная Шкала глобальной клинической оценки CGI (Clinical Global Impression Scale – 1976) (Guy W., 1976) и Шкала позитивных и негативных расстройств (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS), разработанная S.R. Kay и др. (1987). Русскоязычная версия PANSS апробирована и валидизирована в нескольких терапевтических исследованиях (Мосолов С.Н., 2001).

С целью изучения элементов осознания пациентом своего заболевания использовалась Шкала исследования осознания психического расстройства (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder — SUMD), разработанная X.F. Amador и др. (1993).

Для оценки степени симптоматического улучшения у больных неврозами применялся опросник J. Aleksandrowicz (1977).

В качестве личностной методики, целостно описывающей структуру человеческого «Я», нами использовался Я-структурный тест (ISTA), разработанный немецкими специалистами (Бурбиль И., 2003) на основе концепции личности G. Ammon. Русскоязычная версия теста создана сотрудниками Санкт-Петербургского научно-

исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева при участии специалистов ГНЦС и СП им. В.П. Сербского (Тупицын Ю.Я., Чуркин А.А., Положий Б.С. и др., 1998). Новизна предлагаемой методической разработки состоит в том, что впервые в России создана русскоязычная версия психодинамической тестовой методики, позволяющей целостно описать структуру личности в совокупности ее здоровых и патологически измененных аспектов (Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003), что особенно актуально с точки зрения психотерапевтического воздействия, опирающегося преимущественно на сохранные личностные структуры пациента.

С целью измерения субъективной удовлетворенности качеством жизни пациентов применялся специально разработанный Всемирной организацией здравоохранения опросник ВОЗКЖ-100, широко использующийся в различных областях, в разработке которого принимал участие и Региональный Центр ВОЗ Институт им. В.М. Бехтерева (Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В. и др., 1998). В качестве дополнения к ядерному модулю ВОЗКЖ-100 использовалась русскоязычная версия специфического модуля для психически больных КЖ-СМ (Качество Жизни — Специфический модуль), разработанная в Институте им. В.М. Бехтерева (Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В. и др., 1999).

Методы исследования специалистов и сотрудников психиатрического стационара. Для изучения психологической готовности различных категорий сотрудников психиатрического лечебного учреждения к положительному контакту с душевнобольным была использована методика «Симпатической дистанции» D. Feldes. Адаптация русскоязычного варианта опросника была проведена специалистами Института им. В.М. Бехтерева при участии автора методики (Кабанов М.М., Воловик В.М., Горелик Б.М. и др., 1975).

С целью диагностики ранних субклинических форм невротических состояний использовалась методика «Уровень невротизации» (УН), разработанная сотрудниками лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И. и др., 1999).

Для изучения межличностных отношений сотрудников психиатрического стационара был применен цвето-социометрический подход с использованием методики «Цветового теста отношений» (ЦТО) (Бажин Е.Ф., Эткинд А.М., 1985; Бодалев А.А., Столин В.В., 1987). Необходимость использования проективной методики вызвана

тем, что исследование проводилось на специалистах, обладающих определенным уровнем знаний в области психологии, из-за чего было возможно искажение данных.

С целью изучения влияния процесса супервизии на динамику центральных Я-функций у врачей-психотерапевтов применялся Я-структурный тест (ISTA) (Тупицин Ю.Я. и др., 1998).

Для изучения особенностей профессиональной деятельности врачей-психотерапевтов с различным опытом участия в супервизионном процессе был использован Билефельдский вопросник опыта пациентов (Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen — ВКЕВ), модифицированный для измерения параметров качества супервизорских сессий и отношения супервизора и супервизируемого (Кириллов И.О., 2002; Hoger D., 1993).

Для статистической обработки полученных данных использовалась компьютерная программа Statistica 6,0 для Windows (Боровиков В., 2003). Оценка проводилась с помощью параметрического критерия Стьюдента, непараметрического критерия U-Манна-Уитни (малые выборки, $n < 30$) (Лупандин В.И., 2002). Для выявления различий признаков, выраженных в процентном отношении, применялось угловое преобразование Фишера (критерий ϕ^*). Статистически значимыми принимались результаты на уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Динамика клинико-психопатологических показателей больных психозами под влиянием лечения в зависимости от различных терапевтических моделей

Группы пациентов с диагнозом шизофрения достоверно не различались по данным средних значений психопатологических шкал CGI и PANSS.

Пациенты с диагнозом шизофрения из группы, получавшей комплексную терапию, и из группы психофармакотерапии, достоверно не различались по данным средних значений психопатологической шкалы SUMD. Однако результаты клинического интервью пациентов с диагнозом шизофрения и психопатологической шкалы SUMD свидетельствуют о том, что при госпитализации больные, которые в дальнейшем получали комбинированную терапию, лучше осознавали имеющуюся симптоматику. Сравнение средних значений субшкалы осознания симптома SUMD показали

($p < 0,05$), что в данной группе они достоверно ниже, чем в двух других группах. Различия в атрибутировании симптоматики в группах не выявлено.

При поступлении у больных с аффективными расстройствами психотического уровня по степени выраженности психопатологической симптоматики между группами достоверных различий как по данным клинико-психопатологического интервью, так и по результатам применяемых психопатологических шкал не выявлено. Группы пациентов с аффективными расстройствами достоверно не различались по данным средних значений психопатологических шкал CGI, PANSS и SUMD.

Для объективизации оценки динамики клинико-психопатологических показателей пациентов, получавших лечение в условиях Отделения комплексного лечения психозов, были использованы средние показатели психопатологических шкал «Глобальной клинической оценки» (CGI), «Шкалы позитивных и негативных синдромов» (PANSS), «Шкалы исследования осознания психического расстройства» (SUMD). Показатели пациентов данного отделения сравнивались с результатами обследования больных, лечившихся в общепсихиатрических отделениях стационара и получавших как индивидуальную, так и групповую психотерапию (группа пациентов, получавшая комбинированную терапию). В качестве контрольной группы были изучены пациенты, которым проводилась психофармакологическая терапия.

Во всех трех группах пациентов с диагнозом шизофрения данные показателей средних значений психопатологических шкал свидетельствуют о достаточно высокой эффективности проводимого лечения. Так, к концу лечения средние суммарные значения по шкале CGI во всех группах достоверно снизились ($p < 0,05$). В группе пациентов с комплексной терапией, суммарная оценка по шкале CGI снизилась на 51,53%, в группе с комбинированной терапией — на 50,16% и в группе, получавшей психофармакотерапию, — на 51,26%. За период нахождения в стационаре отмечалась положительная динамика средних показателей шкалы PANSS у пациентов больных шизофренией в процессе терапии. Во все трех группах средние суммарные оценки по основным шкалам PANSS и большинству дополнительных кластеров достоверно снизились ($p < 0,01$), а по синдрому анергии уменьшение показателей также достигло уровня статистической достоверности ($p < 0,05$). Все три группы пациентов с диагнозом шизофрении к окончанию лечения достоверно не различались по данным средних значений психопатологических шкал CGI и PANSS.

При исследовании средних показателей шкалы SUMD отмечалась положительная динамика у больных шизофренией в процессе терапии. Во всех трех группах большинство средних суммарных оценок по шкале SUMD достоверно снизились ($p < 0,05$), но при этом между ними выявлены определенные различия. В группе пациентов больных шизофренией, получавших комплексную терапию, достоверное ($p < 0,05$) снижение средних баллов по шкале SUMD составило: осознание симптома — 55,58%; оценка атрибуции — 57,11%. В группе получавших комбинированную терапию, средние значения субшкалы «Осознание симптома» SUMD снизились на 45,49%. Динамика здесь достаточно выраженная, но отмечена лишь тенденция к достоверности различий. Это может быть объяснено тем, что в данной группе ещё в начале терапии оценки субшкалы «Осознание симптома» были достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в двух других группах. Достоверное ($p < 0,05$) снижение в группе комбинированной терапии средних значений субшкалы «Оценка атрибуции» SUMD составило 50,12%. В группе больных шизофренией, получавшей психофармакотерапию, достоверное снижение средних баллов по субшкале «Осознание симптома» SUMD составило 50,24%. По субшкале «Оценка атрибуции» SUMD снижение показателей составило 24,95%, не достигающее уровня достоверности различий.

Таким образом, при выписке больных шизофренией, получавших комплексную и комбинированную терапию, достоверно не различались средние показатели шкалы SUMD. Не было обнаружено достоверных различий между вышеназванными группами и пациентами, получавшими психофармакотерапию, по среднему значению субшкалы «Осознание симптома» SUMD. Достоверно выше ($p < 0,05$) остались средние значения субшкалами «Оценка атрибуции» SUMD в группе больных с психофармакотерапией по сравнению с получавшими комплексную и комбинированную терапию, что свидетельствует о недостаточном осознании ими психопатологических проявлений как признаков психического расстройства.

У больных с аффективными расстройствами средние суммарные значения по шкале CGI во всех трех группах в результате терапии достоверно снизились ($p < 0,05$). У пациентов, получавших комплексную терапию, суммарная оценка по шкале CGI уменьшилась на 51,92%, комбинированную терапию — на 54,04% и в группе психофармакотерапии — на 50,17%. Показатели средних значений шкалы PANSS у пациентов с аффективными расстройствами свидетельствовали о положительной динамике

ке психопатологической симптоматики в процессе терапии во всех трех исследуемых группах: средние суммарные оценки по большинству основных шкал PANSS и дополнительных кластеров достоверно снизились ($p < 0,05$).

У больных с аффективными расстройствами в процессе терапии отмечалась положительная динамика средних показателей шкалы SUMD. Во все трех группах достоверное ($p < 0,05$) снижение средних баллов по субшкале «Осознание симптома» при выписке составило: в группе пациентов комплексной терапии — 56,42%; комбинированной терапии — 53,21%, психофармакотерапии — 50,63%. Достоверное ($p < 0,05$) снижение средних баллов по субшкале «Оценка атрибуции» при выписке составило: у пациентов, получавших комплексную терапию — 59,24%; комбинированную терапию — 55,34%. У пациентов с аффективными расстройствами, получавших психофармакотерапию, средние значения по субшкале «Оценка атрибуции» при выписке снизились на 35,49%, что не достигает уровня статистической достоверности.

При выписке все три группы пациентов с аффективными расстройствами не различались между собой при сравнении средних показателей субшкалы «Осознание симптома» SUMD. Снижение средних значений субшкалы «Оценка атрибуции» SUMD при выписке в группах комплексной и комбинированной терапии было достоверно выше ($p < 0,05$), чем у пациентов с аффективными расстройствами, получавших психофармакотерапию, что свидетельствует о лучшем осознании ими клинических признаков заболевания.

Исследование динамики личностных характеристик больных психозами под влиянием лечения в зависимости от различных терапевтических моделей

Результаты исследований в условиях психиатрического стационара позволили по-новому оценить эффективность лечения больных психозами.

Исследование динамики личностных характеристик больных шизофренией.

Три группы пациентов при поступлении достоверно не различались по результатам средних значений шкал Я-структурного теста (ISTA). Изучение же динамики показателей личностных характеристик по этой методике выявило их существенные статистически достоверные различия в зависимости от модели проводимого лечения.

При сравнении средних значений 18 шкал Я-структурного теста на момент окончания стационарного этапа терапии у больных, получавших комплексную терапию, отмечены снижение семи показателей дефицитарных (агрессии, тревоги, внеш-

него и внутреннего Я-отграничения, нарциссизма, сексуальности) и деструктивных (нарциссизма) шкал ($p < 0,05 / 0,01$), и рост значений двух конструктивных шкал (внутреннего Я-отграничения и сексуальности) ($p < 0,05$). Это достоверно больше, чем в группе с комбинированной терапией.

При сравнении средних значений шкал Я-структурного теста при выписке у больных шизофренией с комплексной моделью терапии и психофармакотерапией в первой группе достоверно больше снижение шести показателей дефицитарных (агрессии, тревоги, внешнего Я-отграничения, нарциссизма, сексуальности) и деструктивных (внутреннего Я-отграничения) шкал ($p < 0,05 / 0,001$), и рост трех конструктивных шкал (внутреннего, внешнего Я-отграничения и сексуальности) ($p < 0,05 / 0,001$). Воздействие комплексной терапии на центральные Я-функции у пациентов с шизофренией значительно превосходит психофармакотерапию.

Комбинированная терапия также оказывает более интенсивное воздействие на больных шизофренией, чем психофармакотерапия, хотя эта закономерность выражена в меньшей степени, чем при комплексном лечении. Так, при сравнении двух групп достоверно выше ($p < 0,01$) рост средних значений конструктивной и деструктивной агрессии у пациентов с комбинированной терапией.

Таким образом, психофармакотерапия уступает комбинированной, и особенно, комплексной моделям терапии по степени воздействия на центральные личностные функции у больных шизофренией.

Исследование динамики показателей шкал Я-структурного теста при комплексной модели терапии больных шизофренией. В ходе стационарной психотерапии в Отделении комплексного лечения психозов достоверно ($p < 0,01$) повышаются конструктивные и в большинстве своем снижаются деструктивные и дефицитарные компоненты структуры «Я».

На момент окончания стационарного лечения показатель дефицитарной агрессии достоверно снизился на 20,1% ($p < 0,01$). Под влиянием комплексной терапии у пациентов, больных шизофренией, отмечается достоверное увеличение эмоциональной насыщенности межличностного общения, определенное усиление целенаправленности поведения, появление настойчивости в достижении целей. Особо следует остановиться на динамике показателя деструктивной агрессивности, занимающего центральное место в психотерапии психотических расстройств. Средние значения де-

структивной агрессии в данной группе снизились на 7,9%, что, однако, не достигает уровня статистической достоверности. Вместе с тем, для больных шизофренией более характерна выраженная дефицитарная агрессия, понимаемая как запрет на реализацию любой конструктивной активности, в том числе и в области межличностного взаимодействия. Эти расстройства являются отражением более глубинных и труднокурабельных проблем личности, чем деструктивные проявления. Терапия больных шизофренией в этом аспекте должна быть направлена на преодоление чувства собственного бессилия и некомпетентности, что в первую очередь связано с более активными попытками коммуникации. Этот процесс невозможен без стимулирования инициативы, настойчивости, конструктивной дискуссии, эмоционального отреагирования, фактически с помощью механизма конфронтации. Учитывая достаточно выраженные психопатологические проявления, нарушенную социальную перцепцию и обычно многолетние закреплённые патологические поведенческие стереотипы пациентов, терапия на определенном этапе неизбежно приводит к усилению деструктивной агрессивности. Вместе с тем, если это сопровождается снижением дефицитарных компонентов, наряду с терапевтической проработкой переживаний и поведения с постепенным принятием и закреплёнием собственной позитивной активности, восстановлением толерантности к тревоге и способности переносить фрустрацию и агрессию — то этот путь фактически является одним из основных в психотерапии психических расстройств. Дефицитарная агрессия переходит в конструктивную только через промежуточный этап деструктивной агрессии. Кажущийся стабильным уровень деструктивной агрессии, на фоне уменьшения дефицитарной, свидетельствует об особой, фактически начальной, стадии активного терапевтического процесса.

Терапевтической динамике показателей агрессивности соответствует изменения параметров тревоги, выявляемое Я-структурным тестом. На момент окончания стационарного этапа лечения в группе комплексного лечения больных шизофренией достоверно (на 16,6 %) уменьшается уровень дефицитарной тревоги ($p < 0,01$), отмечается незначительное увеличение средних значений шкалы конструктивной тревоги (на 3,8%), и несколько уменьшаются (на 8,0%) значения шкалы деструктивной тревоги, не достигающие, однако, уровня статистической достоверности. Это свидетельствует о росте сознательного контроля за организацией своего поведения и приводит к усилению позитивного контакта и сотрудничества с окружающими, что является од-

ной из задач начального этапа психотерапии больных шизофренией. В указанной группе пациентов в результате терапии достоверно снизились (на 13,0%) значения дефицитарного внешнего Я-отграничения ($p < 0,05$). Следовательно, у больных шизофренией улучшилась способность к формированию внешних границ «Я», уменьшились патологическая гиперадаптация к внешней среде, чрезмерная зависимость от требований, установок и норм окружающих, ориентация преимущественно на внешние критерии и оценки.

Существенную динамику в результате проводимой комплексной терапии претерпели показатели внутреннего Я-отграничения. Так, высоко достоверно уменьшились ($p < 0,01$) средние значения деструктивного (на 10,6%) и дефицитарного (на 19,7%) Я-отграничения, и возросли ($p < 0,01$) показатели конструктивного Я-отграничения — на 8,0%. Это свидетельствует об улучшении общего функционирования психики пациента, уменьшении психопродуктивной симптоматики, возрастающей способности к дифференцированности и интеграции жизненного опыта, усилении эмоционального контроля за своим состоянием и поведением, которое становится более взвешенным, последовательным и предсказуемым. Возрастает способность больных шизофренией более адекватно воспринимать как собственные чувства и потребности, так и эмоции и потребности окружающих.

На момент окончания стационарного этапа лечения в данной группе пациентов достоверно снизились показатели деструктивного нарциссизма на 12,2% ($p < 0,05$) и дефицитарного нарциссизма на 21,0% ($p < 0,01$). Значения конструктивного нарциссизма фактически не изменились — рост составил 1,8%. Это иллюстрирует рост самооценки пациентов, ослабление зависимости от окружающих, налаживание возможности устанавливать и поддерживать межличностные контакты и отношения без ущерба своим интересам. Комплексное лечение, включающее в себя психофармакотерапию, индивидуальную и групповую психотерапию, терапию средой приводит к увеличению способности принимать критику без угрозы для собственной личности, окружающие перестают казаться чужими и враждебными, уменьшается зависимость от необходимости их постоянных позитивных оценок. Только через этап работы с дефицитарной и деструктивной составляющей нарциссизма, возможно приблизиться к его конструктивным параметрам — формированию способности адекватно оценивать самого себя, полностью воспринимать свои возможности и реализовывать их.

В указанной группе пациентов в результате терапии достоверно снизились (на 19,5%) значения дефицитарной сексуальности ($p < 0,01$) и на 18,5% значения деструктивной сексуальности ($p < 0,05$). Пребывание в отделении со смешанным по полу составом пациентов, совместная деятельность в рамках групповой психотерапии и милье-терапии, открытое не табуированное обсуждение вопросов, связанных с взаимоотношениями мужчин и женщин, в том числе и сексуальными, позволяет постепенно преодолеть характерную для пациентов недостаточную эмоциональную наполненность интерперсональных отношений. Под влиянием в первую очередь групповой психотерапии и средовых терапевтических воздействий у пациентов меняется отношение к переживаниям окружающих. Только при условии адекватного сочетания психофармакологического лечения, психотерапии и терапии средой возможна положительная динамика отношения к собственной телесности и сексуальности, включающая работу и над ее деструктивной и конструктивной составляющими.

Исследование динамики показателей шкал Я-структурного теста при комбинированной модели терапии больных шизофренией. Результаты терапевтической динамики в данной группе пациентов показали в целом повышение конструктивных и снижение деструктивных и дефицитарных компонентов структуры «Я», однако эти изменения носят менее выраженный характер, чем в группе, получавшей комплексную терапию.

На момент окончания терапии в стационаре отмечается снижение показателя дефицитарной агрессии на 5,2%, что не достигает уровня статистической достоверности. Деструктивная агрессивность в результате комбинированного лечения достоверно снизилась на 8,2% ($p < 0,05$), а уровень конструктивной агрессии фактически не изменился — рост на 1,3%. Значимым представляется достоверное снижение показателя деструктивной агрессивности. Это говорит о редукции конфликтности и собственно агрессивности у пациентов, проявляющейся в деструктивных поступках вплоть до неожиданных взрывов насилия, тенденции к вербальному выражению гнева и ярости или разрушительным действиям, склонностью к обесцениванию других людей и межличностных отношений. Также уменьшается вероятность аутоагрессии. Однако, изолированное снижение показателей деструктивной агрессивности свидетельствует не об улучшении глубинного эмоционального и волевого контроля, а скорее о позитивной динамике лишь внешнего рисунка поведения пациента, что явно недостаточ-

но, и требует продолжения активной психотерапии и психосоциального лечения на амбулаторном этапе, что может, в конечном итоге, привести к снижению дефицитарности и росту конструктивной агрессивности.

В группе пациентов, получавших комбинированную терапию, показатели дефицитарной тревоги снизились на 5,2%, что не достигает уровня статистической достоверности. Деструктивная тревога высоко достоверно снизилась на 10,4% ($p < 0,01$), а уровень конструктивной тревоги даже незначительно уменьшился на 3,8%. Можно констатировать, что в результате комбинированной терапии отчетливая позитивная динамика у больных шизофренией наблюдается в виде упорядочивания патологического поведения. Социальное функционирование пациента улучшается, что находит подтверждение в достоверном уменьшении средних значений деструктивной агрессии и тревоги. Однако для больных шизофренией скорее дефицитарные расстройства определяют патологические проявления и отражают базовые нарушения структуры «Я». В предыдущей группе пациентов комплексная терапия приводила к уменьшению именно дефицитарных расстройств, что прогностически более благоприятно и свидетельствует о более глубоком воздействии на значимые личностные параметры психического больного.

В группе пациентов, получавших комбинированную терапию, высоко достоверно ($p < 0,01$) на 6,3% снизились средние значения шкалы дефицитарного внешнего Я-отграничения. Незначительное уменьшение значений деструктивного внешнего Я-отграничения на 1,3% и увеличение на 4,1% показателей конструктивного внешнего Я-отграничения не достигают уровня статистической достоверности. Принципиально терапевтическая динамика функциональной недостаточности внешней границы «Я» не отличается в двух исследуемых группах больных шизофренией. Тем не менее, у пациентов, получавших комплексную терапию, обнаруживаются более выраженные снижения значений дефицитарного (в два раза) и деструктивного внешнего Я-отграничения, что свидетельствует о большей эффективности данной модели лечения по отношению к процессам регуляции взаимодействия личности с внешней реальностью.

Показатели внутреннего Я-отграничения имеют особое значение для больных шизофренией. В данной группе средние значения дефицитарного внутреннего Я-отграничения снизились на 13,9%, что является достоверным результатом ($p < 0,01$).

Значения деструктивного внутреннего Я-отграничения снизились на 4,9% на уровне тенденции к статистической достоверности ($p < 0,06$). Повышение уровня конструктивного внутреннего Я-отграничения на 3,7% статистически не достоверно. Сохраняющаяся диссоциация сознательного и бессознательного приводит к дисбалансу когнитивной, эмоциональной и поведенческой активности, ригидности и патологичности используемых защитных механизмов, невозможности четко отделить окружающий мир от собственных проективных образований. Динамика показателей нарциссизма в группе пациентов, получавших комбинированную терапию, явно уступает таковой по сравнению с группой комплексной терапии.

В результате комбинированной терапии на момент окончания стационарного лечения средние показатели сексуальности Я-структурного теста (ISTA) изменились незначительно. Значения дефицитарной, деструктивной конструктивной сексуальности уменьшились соответственно на 5,4%, 6,3% и 6,2%. Все три показателя не достигают уровня статистической достоверности.

Исследование динамики показателей шкал Я-структурного теста) при психофармакотерапии больных шизофренией. В этой группе достоверно возросли средние значения дефицитарной агрессии на 6,4% и уменьшились средние значения деструктивной агрессии на 13,6% ($p < 0,01$). Показатели конструктивной агрессии достоверно снизились на 4,5% ($p < 0,05$). Динамика показателей агрессии принципиально отличает группу пациентов с шизофренией, получавших психофармакотерапию терапию от двух предыдущих групп. У пациентов с комплексной, и в меньшей степени, с комбинированной терапией, отмечалось существенное снижение показателей дефицитарности. В этой же группе дефицитарность увеличивается, следовательно, отсутствие психотерапевтических и психосоциальных воздействий на фоне доминирующего биологического лечения приводит к усилению пассивной жизненной позиции, дальнейшему отчуждению собственных планов, интересов и потребностей, общему снижению психической активности, что сопровождается ростом аутизации. Уменьшение средних значений деструктивной агрессивности у пациентов, получавших психофармакотерапию, в сочетании с параллельным увеличением дефицитарной агрессии, также отличает эту группу от двух других. Можно констатировать, что изолированное структурирование внешнего рисунка поведения не приводит к изменениям базовых личностных характеристик, лежащих в основе патологических нарушений у больных

шизофренией. Усиливающаяся пассивность, безынициативность и эмоциональная отгороженность препятствуют психотерапевтическим и психосоциальным воздействиям, затрудняют сознательное вовлечение пациента в терапевтический процесс, делают его лишь пассивным реципиентом лечения. Обнаруживаемое снижение конструктивных значений агрессии согласуется с динамикой предыдущих показателей. Снижение конструктивности не дает возможности пациенту сформировать собственную активную и позитивную жизненную позицию по отношению к заболеванию, усиливает его пассивную зависимость от психиатрической службы и ухудшает долгосрочный прогноз социальной адаптации.

В группе пациентов, получавших психофармакотерапию, средние значения дефицитарной тревоги уменьшились на 2,2%, что не является статистически достоверным. Показатели деструктивной тревоги достоверно снизились на 7,7% ($p < 0,05$), а конструктивной тревоги возросли на 2,0% (на уровне тенденции к статистической достоверности). Хотя терапевтическая динамика параметров тревоги в этой группе повторяет таковую у пациентов, получавших комбинированное лечение, можно обнаружить и определенные различия. Так, при комбинированной терапии достоверное снижение значений деструктивности в большей степени сопровождается уменьшением показателей дефицитарной тревоги. А само уменьшение дефицитарных проявлений выражено в большей степени. Следовательно, можно говорить о том, что комбинированная модель терапии оказывает более целостное воздействие на личность пациента, чем биологическое лечение.

Средние значения дефицитарного внешнего Я-отграничения возросли на 4,2%, на уровне тенденции к статистической достоверности, а показатели деструктивного внешнего Я-отграничения уменьшились на 2,1%, что не является статистически достоверным. Конструктивное внешнее Я-отграничение достоверно снизилось на 2,8% ($p < 0,05$). Полное следование требованиям и нормам окружающих, невозможность отстаивать собственные интересы делает такого пациента «идеальным» потребителем психиатрических услуг, практически не вызывающим напряжения у персонала. Однако усиливающаяся зависимость возлагает все возрастающую ответственность за жизнь и здоровье пациента на окружающих, в данном случае, на медицинских работников. При условии прекращения или ослабления внешнего контроля отсутствие

внутренней идентичности приводит к быстрой дезадаптации, сопровождающейся ощущениями беспомощности, слабости и незащищенности.

Средние значения дефицитарного внутреннего Я-отграничения снизились на 8,9%, что является высоко достоверным результатом ($p < 0,01$). Значения деструктивного внутреннего Я-отграничения возросли на 1,2%, а уровень конструктивного внутреннего Я-отграничения уменьшился на 2,2%, что статистически не достоверно.

Именно для группы с психофармакотерапией характерна специфическая динамика характеристик внутренней границы «Я». Значения дефицитарной составляющей внутреннего Я-отграничения уменьшаются в процессе терапии во всех исследуемых группах больных шизофренией, хотя в последней в несколько меньшей степени. Однако параллельный рост дефицитарного и уменьшение конструктивного внутреннего Я-отграничения позволяет считать эту позитивную динамику исключительно временным явлением. При условии ослабления внешнего давления, например, при нарушении приема поддерживающей психофармакотерапии, слабые и несформированные внутренние ресурсы пациента не способны оказать никакого сопротивления наплыву бессознательного материала, что внешне может проявляться в обострении привычной психотической симптоматики.

К моменту окончания стационарного этапа терапии в данной группе пациентов средние значения дефицитарного нарциссизма достоверно возросли на 7,4% ($p < 0,05$), конструктивного нарциссизма достоверно уменьшились на 5,7% ($p < 0,01$), а деструктивного нарциссизма снизились на 2,1%, что не достигает уровня статистической достоверности. Только группа, получавшая психофармакотерапию, характеризуется ухудшением значений конструктивного нарциссизма и значительно отличается по динамике значений нарциссизма от двух других исследуемых групп. Слабость эмоционального контроля, снятие с себя ответственности за свое поведение и отсутствие полноценного коммуникативного опыта препятствуют формированию независимой идентичности, не позволяют ощущать полноту жизни и участвовать в равноправном и зрелом взаимодействии с окружающим миром.

Все три средних показателя сексуальности Я-структурного теста (ISTA) достоверно изменили свое первоначальное значение ($p < 0,05$), дефицитарная составляющая возросла на 7,3%, а деструктивная и конструктивная уменьшились соответственно на 9,5% и 9,8%. Динамика значений сексуальности в группе пациентов, получав-

ших психофармакотерапию, отличается от таковой в других исследуемых группах. Только в этой группе наблюдается нарастание дефицитарных проявлений сексуальности, а снижение конструктивных компонентов выражено и достоверно. Межличностные контакты остаются крайне поверхностными и формальными, а образ собственного «Я» негативным и отвергаемым. В этой ситуации проблематично как поддержание длительных близких и значимых отношений, так и безболезненный обрыв обременительных и патологичных связей без ощущения вины и переживания невосполнимой потери.

Исследование динамики личностных характеристик больных с аффективными расстройствами. Данные исследований больных с аффективными расстройствами по методике Я-структурного теста (ISTA) показали, что все три группы пациентов при поступлении достоверно не различались по результатам средних значений шкал. Однако в процессе терапии динамика показателей личностных характеристик по этой методике существенно различалась в зависимости от модели проводимого лечения.

При сравнении средних значений шкал Я-структурного теста на момент окончания стационарного этапа терапии отмечается, что в группе, получавшей комплексную терапию, снижение показателей дефицитарной агрессии и деструктивного нарциссизма достоверно выше ($p < 0,01 / 0,001$), чем в группе с комбинированной терапией. При комплексной терапии отмечается снижение средних значений шкал деструктивной агрессии ($p = 0,077$), и рост показателей шкал конструктивной тревоги и конструктивного нарциссизма ($p = 0,087 / 0,091$) на уровне тенденции к достижению статистической достоверности. Таким образом, воздействие комплексной модели терапии на центральные Я-функции у пациентов с аффективными расстройствами превосходит аналогичное при использовании комбинированной модели лечения.

При сравнении средних значений шкал Я-структурного теста при выписке у больных с аффективными расстройствами с комплексной моделью терапии и психофармакотерапией отмечается, что в первой группе достоверно больше снижение шести показателей дефицитарных (агрессии, тревоги, сексуальности) и деструктивных (агрессии, тревоги, внутреннего Я-отграничения) шкал ($p < 0,05 / 0,001$). Также рост показателей конструктивного нарциссизма и снижение значений деструктивного нарциссизма находятся на уровне тенденции к достижению статистической достоверности ($p = 0,06$) в группе пациентов, получавших комплексную терапию. Психофарма-

котерапия оказывает более выраженное действие только на одну шкалу ISTA — конструктивное внешнее Я-отграничение ($p < 0,05$). Следовательно, воздействие комплексной терапии на центральные Я-функции у пациентов с аффективными расстройствами значительно больше чем в группе с психофармакотерапией.

Комбинированная терапия также оказывает более интенсивное воздействие на больных с аффективными расстройствами, чем психофармакотерапия, хотя эта закономерность выражена в меньшей степени, чем при комплексном лечении. Так, при сравнении двух групп, в первой достоверно выше снижение показателей дефицитарного внешнего Я-отграничения ($p < 0,05$). Снижение значений еще четырех шкал — дефицитарных тревоги ($p = 0,065$) и сексуальности ($p = 0,080$), деструктивных тревоги ($p = 0,058$) и нарциссизма ($p = 0,052$) находится на уровне тенденции к достижению статистической достоверности.

Полные данные по динамике показателей шкал Я-структурного теста при отдельных моделях терапии больных с аффективными расстройствами приводятся в диссертации.

Исследование динамики качества жизни и социального функционирования больных под влиянием лечения в зависимости от различных терапевтических моделей

Изучение качества жизни и социального функционирования у больных шизофренией. Все три группы пациентов с диагнозом шизофрения при поступлении достоверно не различались по результатам средних значений шкал опросников качества жизни (ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ). Однако изучение динамики данных показателей выявило их существенные статистически достоверные различия в зависимости от модели проводимого лечения.

При сравнении средних значений шкал опросника ВОЗ КЖ-100 на момент окончания стационарного этапа терапии отмечается, что в группе, получавшей комплексную терапию, достоверно выше рост показателей субсферы «Способность выполнять повседневные дела» ($p < 0,05$), и на уровне тенденции к статистической достоверности выше значения субсферы «Зависимость от лекарств и лечения» ($p = 0,054$). В группе пациентов, получавших комбинированную терапию, выше показатели субсфер «Медицинская помощь (доступность и качество)» и «Возможность для приобретения новой информации и навыков» ($p < 0,05$). Следовательно, воздействие

комплексной модели терапии уменьшает зависимость от лекарств и повышает общий уровень независимости пациентов. Комбинированная терапия не оказывает подобного эффекта, улучшая субъективное восприятие душевнобольными отдельных параметров окружающей среды.

При сравнении средних значений шкал опросника КЖ-СМ при выписке отмечается, что в группе, получавшей комплексную терапию, повышение показателей пяти шкал (сфера «Микросоциальные отношения» — $p < 0,005$; «Духовная сфера», субсферы «Переживания, связанные с общением», «Лидерство и зависимость», «Красота и гармония окружающего мира» — $p < 0,01$) достоверно выше, чем в группе с комбинированной терапией. Значения «Общей (итоговой) оценки специфического качества жизни» также выше в этой группе на уровне тенденции к статистической достоверности ($p = 0,057$). Следовательно, воздействие комплексной модели терапии на параметры качества жизни больных шизофренией превосходит аналогичное при использовании комбинированной модели лечения.

При сравнении средних значений шкал опросника ВОЗ КЖ-100 при выписке у больных шизофренией с комплексной моделью терапии и психофармакотерапией отмечается, что в первой группе, достоверно выше повышение пяти показателей («Психологической сферы», субсфер «Положительные эмоции», «Самооценка», «Зависимость от лекарств и лечения», «Возможность для получения новой информации» — $p < 0,01/0,001$). Следовательно, воздействие комплексной терапии на качество жизни у больных шизофренией значительно превосходит результаты группы психофармакотерапии.

Комбинированная терапия также оказывает более интенсивное воздействие на больных шизофренией, чем психофармакотерапия, хотя эта закономерность выражена в несколько меньшей степени, чем при комплексном лечении. Так, при сравнении двух групп достоверно выше ($p < 0,05/0,0001$) рост средних значений четырех шкал опросника («Психологической сферы», субсфер «Положительные эмоции», «Самооценка», «Зависимость от лекарств и лечения»). Только значения субсферы «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» достоверно выше в группе с психофармакотерапией ($p < 0,05$).

При сравнении средних значений шкал опросника КЖ-СМ при выписке у больных шизофренией с комплексной моделью терапии и психофармакотерапией от-

мечается, что в первой группе, достоверно выше рост большинства показателей опросника — 12 шкал («Психологической сферы», сферы «Микросоциальные отношения», субсфер «Связанное с психическим здоровьем, качество жизни», «Эмоциональная неадекватность», «Ориентировка в себе и окружающей действительности», «Переживания, связанные с общением», «Лидерство и зависимость», «Красота и гармония окружающего мира», «Самопомощь и психопрофилактика», «Реакции окружающих на диагноз и внешние проявления болезни» и «Общей (итоговой) оценки качества жизни» — $p < 0,05/0,000001$). Следовательно, воздействие комплексной модели терапии на параметры качества жизни больных шизофренией значительно превосходит аналогичное при использовании психофармакотерапии.

Комбинированная терапия также оказывает более интенсивное воздействие на специфические параметры качества жизни у больных шизофренией, чем психофармакотерапия, хотя эта закономерность выражена в меньшей степени, чем при комплексном лечении. Так, при сравнении двух групп у больных с комбинированной терапией достоверно выше ($p < 0,05/0,001$) рост средних значений семи шкал опросника («Психологической сферы», субсфер «Связанное с психическим здоровьем, качество жизни», «Эмоциональная неадекватность», «Ориентировка в себе и окружающей действительности», «Лидерство и зависимость», «Реакции окружающих на диагноз и внешние проявления болезни», и «Общей (итоговой) оценки качества жизни».

Можно констатировать, что в целом психофармакотерапия уступает комбинированной, и особенно, комплексной моделям терапии по степени воздействия на параметры качества жизни больных шизофренией.

Изучение качества жизни и социального функционирования больных с аффективными расстройствами. Данные исследований больных с аффективными расстройствами по опросникам ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ показали, что при поступлении три группы пациентов достоверно не различались по результатам средних значений шкал опросников качества жизни. Исследование динамики показателей в зависимости от модели проводимой терапии выявило меньше существенных статистически достоверных различий в группах, чем у больных шизофренией, что может быть объяснено небольшим объемом выборки. Следует учитывать и тот факт, что исходные показатели большинства шкал опросников качества жизни у больных с аффективными расстройствами ниже аналогичных в группе больных шизофренией, и за относительно

короткий период стационарного лечения они обнаруживают значительно меньшую положительную динамику, что соответствует и имеющимся литературным данным.

При сравнении средних значений шкал опросника ВОЗ КЖ-100 на момент окончания стационарного этапа терапии в двух группах больных с аффективными расстройствами отмечается, что в группе, получавшей комплексную терапию, на уровне тенденции к статистической достоверности выше рост показателей субсферы «Положительные эмоции» ($p < 0,073$). Однако исследование динамики значений отдельных шкал опросника ВОЗ КЖ-100 в группе позволяет выявить и другие различия моделей терапии.

При сравнении средних значений шкал опросника КЖ-СМ при выписке в двух группах больных с аффективными расстройствами отмечается, что рост средних значений субсферы «Лидерство и зависимость» в группе, получавшей комплексную терапию, достоверно выше ($p < 0,05$), чем в группе с комбинированной терапией. Различия между группами обнаруживаются и при анализе динамики показателей отдельных шкал при комплексной и комбинированной моделях терапии.

При сравнении средних значений шкал опросника ВОЗ КЖ-100 при выписке у больных с аффективными расстройствами с комплексной моделью терапии и психофармакотерапией отмечается, что в первой группе, достоверно выше повышение показателей субсферы «Возможность для получения новой информации и навыков» ($p < 0,05$). Следовательно, воздействие комплексной терапии на данный аспект качества жизни превосходит психофармакотерапию.

Психофармакотерапия при сравнении с комбинированной моделью терапии оказывает более интенсивное воздействие на субсферу «Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)» у больных с аффективными расстройствами (на уровне тенденции к достижению статистической достоверности ($p = 0,061$)).

Сравнение средних значений шкал опросника КЖ-СМ при выписке у больных с аффективными расстройствами с комплексной моделью терапии и психофармакотерапией показало, что в первой группе, достоверно выше рост субсферы «Лидерство и зависимость» ($p < 0,05$). Аналогичные результаты были получены и при сравнении с комбинированной моделью терапии. Следовательно, комплексная терапия оказывает более выраженное позитивное воздействие на способность пациентов упорядочивать

и организовывать среду в соответствии с поставленными перед собой целями, уменьшает патологическую зависимость от окружающих, обеспечивает рост независимости и самостоятельности, по сравнению с другими моделями лечения.

При сравнении групп комбинированной терапии и психофармакотерапии не выявлено статистически достоверных различий в динамике показателей шкал опросника КЖ-СМ у больных с аффективными расстройствами при выписке.

Таким образом, психофармакотерапия уступает комплексной и, в меньшей степени комбинированной моделям терапии по степени воздействия на отдельные параметры качества жизни у больных с аффективными расстройствами.

Результаты исследований пациентов с невротическими расстройствами

Динамика клинико-психопатологических показателей больных невротическими расстройствами под влиянием лечения. Исследование невротической симптоматики показало значительное улучшение в результате лечения средних значений показателей по всем шкалам опросника J. Aleksandrowicz (1977), что свидетельствует о высокой эффективности проводимой терапии ($p < 0,001$).

Отмечается следующее снижение средних суммарных значений симптоматического опросника по шкалам: общая сумма баллов — на 40,0%, страх и фобии — на 46,1%, депрессивное расстройство — на 37,0%, беспокойство, напряжение — на 58,0%, нарушения сна — на 44,5%, истерические расстройства — на 44,2%, неврастенические расстройства — на 46,0%, сексуальные расстройства — на 22,9%, дереализация — на 36,7%, навязчивости — на 40,5%, трудности в социальных контактах — на 29,4%, ипохондрические расстройства — на 27,1%, психастенические нарушения — на 28,7%, соматические нарушения — на 39,5%.

Исследование динамики личностных характеристик больных невротическими расстройствами под влиянием лечения. Результаты терапевтической динамики средних значений шкал Я-структурного теста (ISTA) у больных невротическими расстройствами показали, что компоненты структуры «Я» в данной группе существенно отличаются от показателей больных шизофренией и аффективными расстройствами.

На момент окончания стационарного лечения показатель дефицитарной агрессии у больных невротическими расстройствами достоверно снизился на 8,6% ($p < 0,01$), значения деструктивной агрессии достоверно возросли на 11,3% ($p < 0,05$), а конструктивная агрессия выросла на 9,5%, на уровне тенденции к статистической достоверности ($p < 0,0594$).

Под влиянием терапии пассивно-оборонительный стиль реагирования пациентов меняется на более активный, расширяются и становятся эффективными социальные контакты. Позитивная динамика личностных функций подтверждается ростом деструктивной составляющей агрессивности, что в данном контексте свидетельствует о росте инициативы, настойчивости, открытости и эмоциональном отреагировании. В процессе психотерапии пациенты конфронтируются с собственной проблематикой, дезадаптивными психологическими защитами и копинг-механизмами. Это приводит на каком-то этапе к росту деструктивной агрессии, но на фоне снижения дефицитарной и увеличения уровня конструктивной агрессивности мы можем говорить в целом о положительной терапевтической динамике центральных Я-функций.

У больных невротизмом в результате терапии отмечается высоко достоверное ($p < 0,001$) уменьшение средних значений дефицитарной тревоги на 17,9%, деструктивной тревоги на 54,9% и рост конструктивной тревоги на 4,0%, не достигающий уровня статистической достоверности. Выраженное уменьшение дефицитарной и особенно деструктивной тревоги у больных невротизмом подтверждает значительное симптоматическое улучшение и свидетельствует о позитивной динамике в области межличностного взаимодействия.

В группе больных невротическими расстройствами высоко достоверно ($p < 0,001$) снизились средние значения дефицитарного (на 15,0%) и деструктивного (на 11,6%) внешнего Я-отграничения. Рост конструктивного внешнего Я-отграничения на 3,8% не достигает уровня статистической достоверности. В процессе терапии у больных уменьшились беспокойство и неуверенность в себе, беспомощность в разрешении конфликтов. Пациенты становятся способными преодолеть избыточную зависимость от окружающих и начинают отстаивать собственные интересы и потребности.

В результате проводимой терапии у больных с невротическими расстройствами высоко достоверно ($p < 0,001$) снизились средние значения деструктивного внутреннего Я-отграничения на 23,6%, и возросли показатели конструктивного внутреннего Я-отграничения на 17,3%. Снижение уровня дефицитарного внутреннего Я-отграничения на 5,5% статистически не достоверно. Значительное уменьшение уровня деструктивного внутреннего Я-отграничения иллюстрирует возросшую способность больных невротизмом более адекватно воспринимать как собственные чувства и потребности, так и эмоции и потребности окружающих. Достоверный рост конструк-

тивного внутреннего Я-отграничения, единственного из конструктивных показателей Я-структурного теста, обнаружившего достоверную положительную динамику в данной группе пациентов, свидетельствует об улучшении способности осознавать и контролировать собственные эмоциональные и телесные потребности, хорошо различать реальные объекты внешнего мира и свои представления о них. В целом, учитывая параметры терапевтической динамики показателей как внешнего, так и внутреннего Я-отграничения, речь может идти об уменьшении эмоциональной нестабильности, неустойчивости пациентов, возрастании эмоционального самоконтроля.

На момент окончания стационарного этапа лечения у больных невротическими расстройствами достоверно снизились показатели дефицитарного нарциссизма на 11,7% ($p < 0,01$). Уменьшение средних значений деструктивного нарциссизма на 10,8% и рост конструктивного нарциссизма на 3,2% статистически не достоверны. Относительная нормализация показателей дефицитарного нарциссизма у больных невротическими расстройствами отражает позитивную терапевтическую динамику самооценки пациентов, уменьшается ощущение неуверенности в собственных силах, пассивность, зависимость, излишняя конформность и пессимистическое отношение к действительности.

В группе больных невротическими расстройствами исходные значения шкалы сексуальности Я-структурного теста находились в пределах нормативных. В результате терапии на 10,5% снизились средние значения дефицитарной сексуальности на уровне тенденции к достижению статистической достоверности ($p < 0,075$), деструктивная сексуальность возросла на 4,5%, а конструктивная снизилась на 2,5%, что не является статистически достоверным результатом. Купирование невротических расстройств, рост самооценки, улучшение межличностного взаимодействия, в том числе с лицами противоположного пола, приводят к большей открытости и эмоциональной наполненности общения, однако, этого еще недостаточно для формирования зрелых и интегрированных партнерских отношений.

Исследование динамики качества жизни и социального функционирования больных невротическими расстройствами под влиянием лечения. Результаты терапевтической динамики средних значений шкал опросника ВОЗ КЖ-100 в группе пациентов с невротическими расстройствами показали, что в ходе стационарного лечения достоверно повышается уровень 8 из 14 используемых шкал опросника ВОЗ КЖ-100, и у 4 шкал позитивные изменения находятся на уровне тенденции к статистической достоверности.

У больных неврозами высоко достоверно увеличились ($p < 0,001$) средние значения субсфер «Энергия и усталость» на 7,1% и «Сон» на 7,5%. В результате терапии у пациентов значительно улучшилось общее самочувствие, купировались расстройства сна, они ощущают достаточно энергии и активности, чтобы справляться с задачами повседневной жизни.

В данной группе достоверно (коэффициент различий по Стьюденту $p < 0,01$) на 8,4% возросли показатели «Психологической сферы» ядерного модуля. По ее отдельным составляющим отмечается увеличение средних значений субсфер «Самооценка» на 2,6% ($p < 0,01$), «Образ тела и внешность» на 3,7% ($p < 0,01$) и «Отрицательные эмоции» на 10,3% ($p < 0,001$). Относительный рост показателей субсферы «Отрицательные эмоции» максимальный среди всех шкал опросника.

Таким образом, в ходе интенсивного стационарного лечения в условиях психотерапевтического отделения у больных с невротическими расстройствами отмечается явная положительная динамика в принятии в целом собственной психической активности и деятельности. Постепенно чувства пациентов по отношению к самому себе становятся все более позитивными, собственная личность воспринимается как относительно успешная, эффективная, возрастает принятие и удовлетворение от общения и совместной деятельности с другими. Рост самооценки в какой-то степени подтверждается значительными положительными изменениями в оценке собственной внешности. В ходе терапии существенно снижается интенсивность и выраженность отрицательных эмоций. Пациенты преодолевают тревогу, подавленность, чувство вины, которые сменяются на более положительно окрашенные переживания и ощущения. Субъективно отмечается улучшение памяти, внимания, возможности усваивать новую информацию и принимать важные для себя решения. Ежедневная жизнь индивида перестает быть окрашенной исключительно в мрачные тона, собственные душевные процессы и общение с окружающими начинают приносить удовлетворение и радость.

В группе пациентов с невротическими расстройствами достоверно возросли средние значения субсфер «Способность выполнять повседневные дела» на 4,6% ($p < 0,001$) и «Способность к работе» на 7,6% ($p < 0,05$). Рост показателей субсферы «Зависимость от лекарств и лечения» на 5,3% находится в пределах тенденции к достижению статистической достоверности.

Повышение уровня независимости и самостоятельности у пациентов проявляется ростом повседневной бытовой активности, уменьшается их зависимость от поддержки и помощи окружающих. В несколько меньшей степени, однако, также достоверно возрастает работоспособность и возможность справляться с минимальными физическими нагрузками. Улучшение понимания собственной проблематики в процессе психотерапии, взаимосвязи болезненных проявлений, системы отношений и личностных особенностей приводят к уменьшению зависимости от преимущественно медикаментозной терапии и ориентации скорее на психологическую помощь и собственные внутренние ресурсы.

В исследуемой группе фактически не изменились средние значения субсфер «Медицинская и социальная помощь» и «Возможность для получения новой информации и навыков» ядерного модуля, что отражает их достаточный уровень социальной адаптации по сравнению с группой пациентов с психотическими расстройствами. Рост показателей субсферы «Возможности для отдыха и развлечений» на 3,2%, на уровне тенденции к статистической достоверности, демонстрирует уменьшение фиксации на болезненных переживаниях и ощущениях у больных неврозами, расширение спектра их повседневной активности и улучшение социального функционирования.

Принципиальные отличия между невротическим и психотическим уровнями имеющихся психических расстройств у пациентов обуславливают различную стратегию и тактику при проведении психотерапии и психосоциальной терапии данным контингентам больных. Выявленная в нашем исследовании, значительно лучшая функциональная организация центральных личностных функций у больных с невротическими расстройствами, по сравнению с группой пациентов с шизофренией и аффективной патологией, диктует необходимость иной направленности, интенсивности и длительности терапевтического воздействия.

Сохранность у больных с невротическими расстройствами функциональной личностной организации позволяет более интенсивно использовать механизм конфронтации с проблематикой, дезадаптивными психологическими защитами и копинг-механизмами, что приводит на каком-то этапе к временному усилению деструктивных тенденций, но на фоне снижения дефицитарной и увеличения уровня конструктивной активности можно говорить в целом о положительной терапевтической динамике центральных Я-функций. У больных с психотическими расстройствами слабость

личностной организации требует осторожного обращения с подобными терапевтическими воздействиями. Тем не менее, преодоление дефицитарности и формирование конструктивной активности у пациентов, больных шизофренией, как и было выше нами показано, возможно только через период усиления деструктивной агрессии и тревоги. Терапевтическая среда должна предоставлять пациентам такую возможность, обеспечивая их безопасными условиями и обучая социально приемлемым способам проявления и совладания с собственной агрессивностью.

Выявляемый высокий уровень социального функционирования и интегрированности эмоциональных, поведенческих и когнитивных аспектов интрапсихической жизни у больных неврозами, в отличие от душевнобольных, делает более приемлемыми и эффективными различные виды краткосрочной психотерапии. Потребность длительного поддерживающего лечения, как медикаментозного, так и психотерапевтического, у больных шизофренией и аффективными расстройствами диктует необходимость формирования относительно длительных терапевтических программ, направленных на различные аспекты психической и социальной дезадаптации.

Взаимодействие и подготовка специалистов, среднего и младшего персонала для полипрофессиональных форм работы

В настоящее время весьма актуальна организация бригадного взаимодействия профессионалов в рамках отдельных подразделений психиатрического стационара. Для формирования лечебно-реабилитационной полипрофессиональной бригады важны регулярные рабочие встречи всех участников (например, раз в неделю), во время которых обсуждается настоящее состояние пациента, его динамика, особенности участия в мероприятиях, проводимых различными специалистами, дальнейшая тактика лечения. Привлечение врачей-психиатров к участию в психосоциальной терапии (организация терапии средой, общие собрания и др.), проведение ими психообразовательных групп способствует постепенному формированию навыка групповой работы и лучшему пониманию смысла полипрофессиональной деятельности. Опыт нашей клиники показывает, что успешным полипрофессиональный подход к терапии может быть только в том случае, если бригада является единой и не противоречивой, тем более что медикаментозное лечение и психотерапия обычно осуществляются разными специалистами. Для успешного функционирования полипрофессиональной брига-

ды также необходима супервизия — один из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии.

В последние годы значительно больше внимания стали придавать работе со средним и младшим медицинским персоналом лечебных учреждений. Внедрение биопсихосоциального подхода в психиатрическую практику, расширение спектра психосоциальных воздействий на пациента, организация полипрофессиональных бригад, включающих всех сотрудников, значительно повышает роль и значение персонала в терапевтическом и реабилитационном процессе.

Нами совместно с Государственным образовательным учреждением дополнительного профессионального образования «Оренбургский областной центр повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в рамках последипломной подготовки среднего медицинского персонала разработана программа тематического усовершенствования по теме «Психосоциальная работа в психиатрии» (72 часа). В программу включены следующие тематические блоки: понятие о психосоциальной работе и реабилитации, виды и формы психосоциальной и психотерапевтической работы, групповые методы работы, терапия средой и терапевтическое сообщество, новые формы работы в психиатрии, понятие «стигмы» и пути ее преодоления, психообразовательные группы, тренинг социальных навыков, понятия «защищенное жильё» и «защищенное трудоустройство», роль общественных организаций в реабилитации душевнобольных и их близких и некоторые другие.

Исследование динамики личностных характеристик специалистов и среднего медицинского персонала в процессе формирования полипрофессиональной бригады и супервизии. Внедрение новых форм и методов работы в психиатрическом стационаре, переход к полипрофессиональному (бригадному) принципу организации лечебной помощи неизбежно ведет к определенным изменениям в психологических аспектах взаимодействия участников терапевтического процесса. Они нуждаются в дальнейшем тщательном изучении для целенаправленного формирования оптимальной модели терапевтической среды.

Результаты исследования персонала Отделения комплексного лечения психозов, мужского и женского общепсихиатрических отделений по методике D. Feldes показали, что средние величины «симпатической дистанции» у сотрудников психиатри-

ческой клиники значительно выше результатов, полученных у персонала психиатрических больниц в конце 70-х годов.

При анализе результатов исследования нами были обнаружены значимые различия ($p < 0,05$) между величинами «симпатической дистанции» (СД) в целом у сотрудников Отделения комплексного лечения психозов и общепсихиатрических отделений стационара. У работников отделения с психотерапевтической и реабилитационной направленностью готовность к социальному контакту с психически больным достоверно выше. Статистически значимых различий между величинами «симпатической дистанции» у сотрудников обычных психиатрических отделений обнаружено не было.

При исследовании уровня «симпатической дистанции» в указанных отделениях у различных профессиональных групп также выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) как между врачами, так и между средним медицинским персоналом. Различий между профессиональными группами в общепсихиатрических отделениях обнаружено не было.

Результаты, касающиеся среднего медицинского персонала, имеют большое значение с точки зрения формирования лечебного коллектива и терапевтической среды в отделении. Уровень «симпатической дистанции» у персонала ниже по сравнению с врачами, хотя и не достигает статистической достоверности, но, очевидно, отражает особенности их подготовки и обучения. Однако анализ результатов по трем отделениям стационара четко демонстрирует, что отношение к пациентам у медицинских сестер в основном копирует таковое у своего врачебного персонала. Манера поведения и стиль контакта с больным специалиста является референтным для персонала. Следовательно, важны не только декларативные требования, предъявляемые к сотрудникам, но и постоянная демонстрация того факта, что собственное поведение и общение с душевнобольным в максимальной степени отражает теоретические установки и представления о терапевтической среде.

Если расположить обследованные профессиональные группы в порядке убывания показателя «симпатической дистанции» (СД), то получатся следующие результаты. По специальностям наивысший показатель «симпатической дистанции» у врачей-психотерапевтов. Далее по убыванию высокие показатели СД отмечаются у социальных работников, палатных медицинских сестер, почти одинаковые показатели у вра-

чей-психиатров и клинических психологов, и на последнем месте процедурные и старшие медицинские сестры.

Обнаруживаются значимые различия ($p < 0,05$) между величиной «симпатической дистанции» у врачей-психотерапевтов и социальных работников и всеми остальными профессиональными группами сотрудников.

Таким образом, готовность к социальному контакту с психически больным находится в прямой зависимости от условий организации работы и практической деятельности специалиста, включающей психологические и социально-психологические аспекты взаимоотношений участников терапевтического процесса. Уровень «симпатической дистанции» может быть повышен в ходе целенаправленной образовательной деятельности с конкретными профессиональными группами, сопровождающейся соответствующими организационными изменениями в работе психиатрического стационара.

Для скринингового исследования субклинических форм пограничной нервно-психической патологии была использована методика для психологической диагностики уровня невротизации (УН). В целом следует отметить пониженный уровень невротизации во всех исследуемых подразделениях стационара. При анализе полученных данных были обнаружены значимые различия ($p < 0,05$) между величинами УН у сотрудников одного из общепсихиатрических отделений больницы и двух других отделений, включая Отделение комплексного лечения психозов. Наиболее низкий уровень невротизации наблюдается именно у работников отделения с психотерапевтической и реабилитационной направленностью, однако, эти результаты не достигают уровня статистической достоверности. Учитывая небольшую по объему выборку, распределение величин УН в зависимости от возраста и стажа работы не дает оснований для однозначной интерпретации данных.

У сотрудников отделения с психотерапевтической и реабилитационной направленностью, работающих в модели полипрофессиональной бригады и терапевтического сообщества, отмечается эмоциональная стабильность, положительный фон основных переживаний, оптимизм, инициативность, независимость, легкость в общении и, соответственно, высокая стрессоустойчивость.

Для изучения эмоционального компонента групповой сплоченности были исследованы межличностные отношения в различных психиатрических отделениях стационара с использованием методики «Цветового теста отношений» (ЦТО).

Средние значения социометрического статуса у сотрудников Отделения комплексного лечения психозов были достоверно выше ($p < 0,05$), чем у сотрудников общепсихиатрических отделений стационара. Статистически значимых различий между уровнями социометрического статуса у работников обычных психиатрических отделений обнаружено не было. Таким образом, можно констатировать, что взаимная симпатия и более благоприятная оценка друг друга выше в отделении, специализирующемся на психотерапии и психосоциальной помощи психически больным.

Предварительно такая разница в уровне взаимного позитивного социометрического выбора может быть объяснена длительной и целенаправленной работой по формированию единой бригады сотрудников, объединяющей всех членов лечащего коллектива. Взаимоотношения внутри полипрофессиональной бригады в отделении строились на основе кооперативного характера взаимодействия, преимущественно демократического стиля руководства, подчеркивании проявлений сходства между участниками группы, акцентировании внимания на позитивных результатах деятельности. Организация работы специалистов и персонала, основанная на групповых нормах и принципах, внедрение основных положений терапевтического сообщества и терапии средой позволило улучшить эмоциональный климат отделения и добиться высокого уровня сплоченности в полипрофессиональной бригаде.

Для определения инструментального компонента групповой сплоченности был изучен уровень согласованности профессиональных взглядов на наиболее значимые понятия, касающиеся совместной деятельности у сотрудников различных психиатрических отделений стационара с использованием методики «Цветового теста отношений» (ЦТО).

Уровень согласованности профессиональных взглядов (по общему числу согласованных понятий) у сотрудников Отделения комплексного лечения психозов достоверно выше ($p < 0,05$), чем у сотрудников общепсихиатрических отделений стационара. Статистически значимых различий между работниками обычных психиатрических отделений обнаружено не было.

Таким образом, предметно-ценностный (инструментальный) тип единства группы неразрывно связан с эмоциональной сплоченностью членов полипрофессиональной бригады. Их уровень может быть повышен в результате конкретных организационных и образовательных мероприятий, и это позволяет добиться увеличения эффективности совместной деятельности.

С целью изучения влияния процесса супервизии на динамику центральных Я-функций и некоторых особенностей профессиональной деятельности, обеспечивающих установление доверительных и безопасных отношений с пациентом, были обследованы 40 специалистов Оренбурга и Оренбургской области.

В зависимости от длительности супервизионного процесса выделено две группы испытуемых. В первую группу (15 человек) вошли врачи-психотерапевты, которые не менее трех лет участвовали в индивидуальной и групповой супервизии. Вторую группу (25 человек) составили врачи-психотерапевты и интерны-психиатры, только начинающие проходить супервизию, посетившие не более пяти групповых супервизионных сессий. Соответственно первая группа может быть отнесена к супервизии второго (сертификационного) уровня, а вторая — к супервизии первого (базового) уровня.

Для изучения особенностей центральных Я-функций у врачей-психотерапевтов с различным опытом участия в супервизионном процессе была использована методика Я-структурного теста.

В обеих группах средние показатели центральных Я-функций не выходили за пределы нормативных. Тем не менее, были выявлены достоверные различия по девяти средним значениям шкал Я-структурного теста между указанными группами специалистов.

Обнаруживаются значимые различия ($p < 0,01$) средних значений шкалы конструктивной агрессии Я-структурного теста врачей-психотерапевтов, проходящих супервизию базового и сертификационного уровней. У первых она достоверно выше. Этот, на первый взгляд, парадоксальный результат свидетельствует, что у начинающих врачей-психотерапевтов выше активность, открытость, коммуникабельность и инициативность. Возможно, в данном случае мы косвенно обнаруживаем, описанный ранее феномен превалирования эмоциональной эмпатии у молодых специалистов.

Однако, если учитывается соотношение всех трех составляющих агрессии Я-структурного теста (ISTA), то в группе опытных врачей-психотерапевтов в целом профиль является более благоприятным и характеризуется наличием разнообразных способов эмпатического контакта с пациентом, и, следовательно, возможностью формировать различные профессиональные цели и задачи и гибко реализовывать их даже в неблагоприятных обстоятельствах, творчески преобразовывая окружающий мир и самого себя.

Между группами базового и сертификационного уровней супервизии обнаруживаются значимые различия ($p < 0,05$) по шкалам конструктивной и деструктивной тревоги. У врачей-психотерапевтов, длительно участвующих в процессе супервизии, достоверно выше средние значения конструктивной тревоги и достоверно ниже средние значения деструктивной тревоги. Таким образом, более опытные специалисты демонстрируют наличие лучшей способности трезво оценивать реальные угрозы и трудности, принимать обоснованные и взвешенные решения в кризисных ситуациях, тревога у них способствует повышению продуктивности и общей эффективности профессиональной деятельности, а уровень активности соответствует ситуации.

У молодых врачей-психотерапевтов уровень деструктивной тревоги достоверно выше, что соответствует повышенной тревожности, склонности к беспокойству и волнениям даже по незначительным поводам, трудностям в организации собственной активности, проблемам в профессиональной самоидентификации, недостаточному опыту и, следовательно, переживанию беспомощности в ситуациях, требующих мобилизации и решительных действий.

Обнаруживаются значимые различия ($p < 0,05$) между средними значениями шкал конструктивного и дефицитарного внешнего Я-отграничения Я-структурного теста между врачами-психотерапевтами, проходящими супервизию базового и сертификационного уровней. У более опытных специалистов показатели дефицитарного Я-отграничения ниже, а уровень конструктивного Я-отграничения выше, чем у начинающих врачей-психотерапевтов.

У врачей-психотерапевтов, длительно участвующих в процессе супервизии, достоверно ниже ($p < 0,05$) средние значения дефицитарного внутреннего Я-отграничения.

Значимым представляется достоверное различие между группами специалистов по параметру дефицитарного нарциссизма. У врачей-психотерапевтов, длительно участвующих в процессе супервизии, достоверно ниже ($p < 0,05$) средние значения шкалы дефицитарного нарциссизма Я-структурного теста.

У врачей-психотерапевтов, длительно участвующих в процессе супервизии, достоверно ($p < 0,05$) ниже средние значения дефицитарной сексуальности и выше показатели конструктивной ее составляющей.

Для изучения особенностей профессиональной деятельности врачей-психотерапевтов с различным опытом участия в супервизионном процессе был использован Билефельдский вопросник опыта пациентов (ВКЕВ), модифицированный для измерения параметров качества супервизорских сессий и отношения супервизора и супервизируемого.

В обеих группах средние значения большинства шкал Билефельдского вопросника (ВКЕВ) находятся в зонах умеренных положительных или значительных положительных изменений. Тем не менее, выявлены определенные различия в показателях между исследуемыми группами.

Так, значения шкалы «налаживание отношений с супервизором» (шкала 1) Билефельдского вопросника (ВКЕВ) в группе врачей-психотерапевтов, проходящих супервизию сертификационного уровня, были достоверно ниже показателей специалистов, проходящих супервизию базового уровня ($p < 0,05$).

Показатели шкалы «самочувствие и самовыражение во время сессии» (шкала 2) вопросника в обеих группах находятся в зоне умеренных положительных изменений. Однако в группе врачей-психотерапевтов, длительно проходящих супервизию, средние значения данной шкалы достоверно выше ($p < 0,01$) уровня группы базовой супервизии.

Значения шкалы «переживание изменений (опыт изменений)» (шкала 3) ВКЕВ в обеих группах психотерапевтов находятся в зоне умеренных положительных изменений, хотя у начинающих специалистов фактически достигают зоны значительных положительных изменений ($15,52 \pm 0,33$ против 16,0 баллов). В группе врачей-психотерапевтов, проходящих супервизию базового уровня, позитивный опыт переживаний за время супервизии достоверно выше ($p < 0,05$), чем у врачей-психотерапевтов, проходящих супервизию сертификационного уровня.

Показатели шкалы «физического (телесного) расслабления» (шкала 6) Билефельдского вопросника (ВІКЕВ) в обеих группах достигают зоны умеренных положительных изменений. Однако средние значения данной шкалы в группе супервизии сертификационного уровня достоверно выше ($p < 0,001$), чем в группе супервизии базового уровня.

Для итоговой оценки супервизионного процесса значимы результаты «общей шкалы» (шкалы 7) Билефельдского вопросника (ВІКЕВ), которая описывает «общее состояние, ощущение во время и после супервизорской сессии». Результаты данной шкалы в обеих исследуемых группах специалистов достигают зоны умеренных положительных изменений. Однако средние значения «общей шкалы» в группе врачей-психотерапевтов, проходящих супервизию сертификационного уровня, достоверно выше ($p < 0,01$), чем у врачей-психотерапевтов, проходящих супервизию базового уровня. Следовательно, при длительном участии в супервизии усиливаются положительные впечатления и в целом более позитивно оцениваются полученные ощущения от процесса.

Можно констатировать, что качество супервизионного процесса и отношения в диаде супервизор-супервизируемый улучшаются при длительном участии в супервизии, что оказывает значительное положительное влияние на развитие и совершенствование профессиональных навыков и умений у врачей-психотерапевтов.

За прошедшие годы в психиатрии нами постепенно были сформулированы новые организационные принципы работы психотерапевта в психиатрическом стационаре, определена нагрузка врача-психотерапевта в психиатрическом отделении, выделены конкретные группы психически больных, в первую очередь направляемые на психотерапию. Разработана стандартная документация, выделены мишени психотерапевтических воздействий у больных психозами, критерии оценки эффективности терапии, что позволило более четко структурировать и оценивать деятельность специалистов. Последовательное расширение психотерапии, психосоциальной терапии в сочетании с психофармакотерапией и полипрофессионального подхода к организации помощи позволило внедрить в деятельность психиатрической больницы методы как индивидуальной и групповой психотерапии экзистенциальной направленности, активной музыкальной терапии, хореотерапии, арт-терапии, мимике-терапии, психообразовательные программы для пациентов и членов их семей, тренинг социальных навы-

ков, новые формы организации лечебного процесса по принципу терапевтического сообщества и др. Для осуществления дифференцированного подхода к оказанию психиатрической помощи созданы и развиваются различные специализированные подразделения, такие как Отделение неврозов и психотерапии, Отделение психофармакотерапии, психотерапии и социотерапии психозов, Психотерапевтический центр, Отделение первого психотического эпизода, Реабилитационное отделение с общежитием для лиц, утративших социальные связи, Отделение принудительного лечения специализированного типа. Появилась необходимость привлечения к лечению психически больных помимо психиатров различных специалистов — врачей-психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, специально подготовленного медицинского персонала, что является основой формирования полипрофессиональной бригады, позволяющей повысить эффективность лечения психически больных.

ВЫВОДЫ

1. Разработанные модели терапии в психиатрическом стационаре, различающиеся между собой по объему и интенсивности применения психотерапевтических и психосоциальных вмешательств, обладают различным влиянием на психопатологические, личностные и социальные параметры пациентов, определяющие итоговый эффект лечения. При планировании тактики и стратегии терапии необходимо учитывать объем и интенсивность психотерапевтических, психосоциальных и средовых воздействий с учетом соответствия поставленных задач реальным возможностям лечебного учреждения.

1.1. Не получено различий в группах комплексной и комбинированной моделей организации психотерапевтической и психосоциальной помощи и психофармакотерапии по воздействию на психопродуктивную симптоматику, при достаточно выраженном улучшении психического состояния пациентов.

1.2. Комплексная и комбинированная модели организации помощи в отличие от психофармакотерапии приводят к более выраженному уменьшению у пациентов психопатологической симптоматики, что позитивно сказывается на формировании комплаенса и улучшает долгосрочный эффект от проводимой терапии, в том числе и медикаментозной.

1.3. Модели организации психиатрической помощи, включающие в себя помимо медикаментозного лечения, различные психотерапевтические и психосоциальные компоненты, достоверно улучшают психосоциальные параметры личностной структуры пациентов, субъективное удовлетворение от качества собственного существования и социального функционирования.

2. Применение только психофармакотерапии сопровождается негативным влиянием на биопсихосоциальную динамику пациентов, усилением дефицитарной составляющей функциональной организации «Я». Отсутствие психотерапевтических и психосоциальных воздействий на фоне доминирующего биологического лечения приводит к усилению у больных пассивной жизненной позиции, дальнейшему отчуждению собственных планов, интересов и потребностей, общему снижению психической активности, что сопровождается ростом аутизации и вторичной негативной симптоматики.

3. Комплексная модель терапии в отделении психиатрического стационара, специализирующегося на психотерапии и реабилитации душевнобольных, включающая в себя психофармакотерапию, индивидуальную и групповую психотерапию, психосоциальную терапию, специально организованную терапию средой, оказывает выраженное позитивное влияние на личностные структуры пациентов, качество их жизни и уровень социального функционирования.

4. Комплексная и комбинированная модель организации психиатрической помощи достоверно не различаются между собой по степени влияния на функциональную организацию «Я» и уровень качества жизни пациентов, однако позитивная динамика при реализации второй модели лечения носит менее выраженный характер.

4.1. Лечебное воздействие при комбинированной модели терапии преимущественно направлено на патологические паттерны поведения, которые грубо дезадаптируют больного, в результате чего улучшается социальное функционирование пациента. Вместе с тем, для больных шизофренией именно дефицитарные расстройства существенно влияют на патологические проявления и отражают базовые нарушения структуры личности.

4.2. При комплексной модели организации терапии лечебный эффект приводит к уменьшению дефицитарных расстройств, что прогностически благоприятнее и свидетельствует о более глубоком воздействии на значимые личностные параметры пси-

хотического больного, значительно улучшает его адаптацию и качество жизни. Изолированное влияние лишь на поведенческую активность пациента может вызывать усиление пассивности и безынициативности, что препятствует психотерапевтической коррекции и негативно сказывается на социальном функционировании.

5. Лучшая сохранность и функциональная организация центральных личностных функций у больных с невротическими расстройствами, по сравнению с пациентами, страдающими шизофренией и аффективной патологией, диктует необходимость иной направленности, интенсивности и длительности терапевтического воздействия.

5.1. Бóльшее использование механизмов конфронтации с проблематикой, дезадаптивными психологическими защитами и копинг-механизмами у больных неврозами приводит к временному усилению деструктивных тенденций, но на фоне снижения дефицитарного и увеличения уровня конструктивной активности в целом отмечается положительная терапевтическая динамика центральных Я-функций пациентов.

5.2. Комплексная терапия при психотических расстройствах, включающая в себя интенсивную психофармакотерапию, психотерапию, психосоциальную терапию и терапию средой, позволяет добиться относительно более выраженных результатов по отношению к психосоциальным параметрам личностной организации, но и предполагает необходимость длительного поддерживающего лечения для сохранения и закрепления полученных результатов.

5.3. Изначально более высокий уровень личностной организации, необходимость принципиально иных изменений в структуре психосоциальных параметров (не столько уменьшение дефицитарных, сколько рост конструктивных составляющих), снижение качества жизни у пациентов с затяжными невротическими расстройствами препятствует достижению быстрых изменений в процессе терапии и также требует осуществления длительных психотерапевтических программ.

6. Процесс формирования полипрофессиональной системы оказания психиатрической помощи должен включать в себя различные целенаправленные формы последипломной подготовки специалистов и персонала (профессиональные образовательные программы, Балинт-группы, индивидуальную и групповую супервизию и др.).

6.1. Полипрофессиональная система оказания психиатрической помощи, включающая различные формы последипломной подготовки оказывает существенное по-

зитивное влияние на личностные характеристики, отношение к психически больному, уровень невротизации, инструментальный и эмоциональный компоненты групповой сплоченности специалистов и медицинского персонала.

6.2. Процесс супервизии оказывает положительное воздействие на личностные характеристики и особенности профессиональной деятельности специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.

6.3. Разработанная программа, учебный и учебно-тематический планы тематического усовершенствования среднего медицинского персонала и социальных работников «Психосоциальная работа в психиатрии» (72 часа) могут быть рекомендованы для внедрения в систему последиplomной подготовки.

7. Разработанные стандарты и технологии деятельности врача-психотерапевта психиатрического стационара в ходе многолетнего применения доказали свою эффективность и практическую значимость и могут быть рекомендованы к использованию в различных подразделениях лечебно-профилактических учреждений в рамках полипрофессионального подхода к оказанию психиатрической помощи.

*Работы, опубликованные по теме диссертации**

1. Современные проблемы реформы психиатрической службы // Тезисы докладов региональной конференции молодых ученых и специалистов (часть 3). — Оренбург, 1998. — С. 13 – 15.

2. Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре: Методическое пособие. — Оренбург, 1998, 52 с.

3. Psychotherapy in psychiatric service; perspectives of development in Russia // Material of 12 World Congress of World Association for Dynamic Psychiatry. — Berlin, 1999.

4. Психотерапия в психиатрическом стационаре (из опыта работы Оренбургских психиатрических больниц) // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: Материалы Всероссийской конференции, Иваново, 26-28 мая 1999 года. — СПб-Иваново, 2000. — С. 454 – 460.

* Указанные работы, опубликованы в изданиях, внесенных в перечень, в которых могут публиковаться основные научные результаты, содержащиеся в докторских диссертациях (Бюллетень ВАК Минобразования РФ №4 — 2005г.).

5. Бригадная форма работы в психиатрии и готовность к социальному контакту с психически больным // Тезисы докладов второго съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской республики, Чебоксары, 22-23 июня 2000. — Чебоксары, 2000. — С. 10 – 12 (Соавт. Палаткина И.Ю., Сахарова Л.В.).
6. Психотерапевтическая служба в психиатрическом стационаре // Тезисы докладов второго съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской республики, Чебоксары, 22-23 июня 2000. — Чебоксары, 2000. — С. 10 – 12 (Соавт. Пустотин Ю.Л.).
7. Readiness to social contact with mental patient // Material of 13 World Congress of World Association for Dynamic Psychiatry. — Munich, 2001 (Et. Sakharova L., Anisimova E.).
8. Отделение динамической психиатрии (психотерапии) ОПБ №2 // Наркологическая служба Оренбургской области на рубеже веков. — Оренбург, 2001. — С.66 – 69 (Соавт. Анисимова Е.В.).
9. Психотерапия и терапия средой в оренбургской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т.11. — № 4. — С. 59 – 61 (Соавт. Сировская В.П., Пустотин Ю.Л.).
10. Профилактика правонарушений и медико-социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия // Российский психиатрический журнал. — 2001. — № 6. — С. 48 – 51 (Соавт. Казаковцев Б.А., Виноградова Р.Н., Стяжкин В.Д., Козяков С.Б.).*
11. Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации и психиатрии: итоги и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2003. — Т.13. — № 2. — С. 117 – 120 (Соавт. Пустотин Ю.Л., Сировская В.П.).
12. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование. Коллективная монография. — Санкт-Петербург, Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. — 438 с. (Соавт. Карвасарский Б.Д., Бочаров В.В., Васильева А.В. и др.).
13. Балинтовские группы и супервизия в последипломной подготовке специалиста // Здоровье-сберегающие технологии в образовании: Научные труды 1 Всероссийской научно-практической конференции. — Оренбург. РИК ГОУ ОГУ, 2003. — С. 273 – 276 (Соавт. Тевелева Т.А., Шувалова Т.В.).

14. Развитие психотерапевтической службы в Оренбургской области // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, специальной психологии: Материалы 3-го съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации и научно-практической конференции, Курск 20-23 октября 2003. — Курск: изд-во Курского гос. ун-та, 2003. — С. 22 – 24.

15. Исследование качества жизни пациентов отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» // Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе: Сборник тезисов научной конференции с международным участием. — Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2003. — С. 19 – 20 (Соавт. Анисимова Е.В., Сазыкина В.А., Сахарова Л.В.).

16. Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии) // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2004. — № 2. — С. 17 – 18.

17. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона // Российский психиатрический журнал. — 2004. — №3. — С. 59 – 63 (Соавт. Аммон М., Казаковцев Б.А.).*

18. Опыт организации отделения первого психотического эпизода // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы Российской конференции, Москва, 5-7 октября 2004 года. — Москва, 2004. — С. 85 – 86 (Соавт. Отмахов А.П., Прусс Г.Б., Кулешов Б.И.).

19. Психосоциальная работа в психиатрии и подготовка среднего медицинского персонала // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы Российской конференции, Москва, 5-7 октября 2004 года. — Москва, 2004. — С. 122 – 123 (Соавт. Шувалов А.Е., Пустотин Ю.Л.).

20. Организация психотерапевтической работы в психиатрическом стационаре // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы Российской конференции, Москва, 5-7 октября 2004 года. — Москва, 2004. — С. 130 – 132 (Соавт. Прусс Г.Б., Сировская В.П.).

21. Исследование эффективности бригадной формы лечения душевнобольных // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы Российской конференции, Москва, 5-7 октября 2004 года. — Москва, 2004. — С. 176 – 177 (Соавт. Шлафер М.И., Пустотин Ю.Л., Портнов Л.М.).

22. Вопросы организации психотерапии психически больных в специализированном стационаре // Биопсихосоциальная парадигма медицины и ее влияние на развитие психоневрологической науки и практики: Материалы научно-практической конференции молодых ученых (Бехтеревские чтения), Санкт-Петербург, 28 февраля – 1 марта 2002. — СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004. — С. 3 – 7 (Соавт. Портнов Л.М., Пустотин Ю.Л., Шлафер М.И.).

23. Dynamic psychiatry (psychotherapy) department of the Orenburg mental hospital // Material of 14 World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry. — Cracow, Poland, 2005 (Et. Portnov L., Shlafer M., Pustotin U.).

24. Арт-терапия и искусство аутсайдеров // Вестник Оренбургского Государственного Университета. — 2005 г. — №5 (43). Приложение Биология и медицина. — С. 140 – 143.*

25. Интеграция психотерапии и психосоциальной реабилитации в психиатрию: оренбургский опыт // Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации. — Екатеринбург, СВ-96, 2005. — С. 316 – 326 (Соавт. Антохин Е.Ю.).

26. Психотерапевтический центр — новая форма организации психотерапевтической помощи // Вопросы подготовки клинических психологов, специалистов по социальной работе и врачей-психотерапевтов: Материалы 2-го Всероссийского совещания и научно-практической конференции. — Оренбург, 2005. — С. 75 – 78 (Соавт. Анисимова Е.В., Сахарова Л.В., Тевелева Т.А., Шувалова Т.В.).

27. Психотерапия и психосоциальная терапия в отделении принудительного лечения специализированного типа // Вопросы подготовки клинических психологов, специалистов по социальной работе и врачей-психотерапевтов: Материалы 2-го Всероссийского совещания и научно-практической конференции. — Оренбург, 2005. — С. 81 – 84 (Соавт. Портнов Л.М., Шлафер М.И.).

28. Опыт организации психотерапевтического центра // Материалы 14-го съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 385 (Соавт. Сировская В.П.).
29. Психосоциальная терапия в стационаре для принудительного лечения специализированного типа // Российский психиатрический журнал. — 2005. — № 6. — С. 4 – 7 (Соавт. Казаковцев Б.А., Портнов Л.М., Шлафер М.И.).*
30. Значение супервизии в комплексном лечении психических расстройств // Вестник Оренбургского Государственного Университета. — 2005 г. — №12. — С. 107 – 113 (Соавт. Васильева А.В.).*
31. Оренбургский областной психотерапевтический центр // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: Тезисы научной конференции с международным участием. — Санкт-Петербург, 2006. — С. 7 – 8 (Соавт. Анисимова Е.В., Сахарова Л.В., Тевелева Т.А., Шувалова Т.В.).
32. Соотношение психотерапии и психосоциальных воздействий // Вестник психотерапии. — 2006. — № 15 (20). — С. 19 – 27.*
33. Групповая психотерапия экзистенциальной направленности в системе лечения и реабилитации пациентов с эндогенными расстройствами (сообщение первое) // Вестник психотерапии. — 2006. — № 15 (20). — С. 37 – 47 (Соавт. Нюхалов Г.А.).*
34. Групповая психотерапия экзистенциальной направленности в системе лечения и реабилитации пациентов с эндогенными расстройствами (сообщение второе) // Вестник психотерапии. — 2006. — № 16 (21). — С. 9 – 19 (Соавт. Нюхалов Г.А.).*
35. Система и структура психотерапевтической и психосоциальной помощи в Оренбургской области // Психическое здоровье. — 2006. — № 6. — С. 36 – 40.