

*На правах рукописи*

**НАЗЫРОВ**  
**Равиль Каисович**

**НАУЧНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ  
ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ  
И ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБОСНОВАНИЕ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ**

Специальности: 19.00.04 — медицинская психология  
14.01.06 — психиатрия

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Санкт-Петербург  
2012

Работа выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева

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

Официальные оппоненты: **Петрова Наталия Николаевна**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета,  
**Евдокимов Владимир Иванович**  
доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры подготовки научных кадров и клинических специалистов института ДПО «Экстренная медицина» Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России,  
**Винокур Владимир Александрович**  
доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры педагогики и психологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

Ведущая организация: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Защита состоится 31 мая 2012 года в 10 часов 30 минут на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208.093.01 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 «\_\_» \_\_\_\_\_ 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Рост в последние годы пограничных психических расстройств, являющийся закономерным следствием социально-экономических перемен в нашей стране (Гурович И.Я., 2000; Дмитриева Т.Б. 1994; Чуркин А.А., 2005; Казаковцев Б.А., 2005; Александровский Ю.А., 2006), ставит задачу совершенствования психиатрической помощи населению России. При этом особую актуальность приобретает развитие психотерапии как общемедицинской специальности, являющейся составной частью системы охраны психического здоровья (Вид В.Д., 2004; Карвасарский Б.Д., 2005; Макаров В.В., 2005).

Одной из важнейших задач психотерапии в нашей стране на современном этапе ее развития является более полная интеграция психотерапии в медицину и здравоохранение, внедрение ее в практику оказания помощи при широком круге психических расстройств на основе биопсихосоциальной модели диагностики, лечения и реабилитации (Кабанов М.М., 1980; Коцюбинский А.П., 1999; Карвасарский Б.Д., 2000; Шамрей В.К. и др., 2002; Семке В.Я. и др. 2002; Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., 2004; Незнанов Н.Г., 2005; Цыганков Б.Д. и др., 2006).

В психотерапии, как формирующейся научной медицинской дисциплине, начинает складываться теория и методология, собственный категориальный аппарат (Александров А. А., 1997; Абабков В. А., 2000; Перр  М., 2000; Винокур В.А., 2012; Евдокимов В.И. и др., 2012). Однако разнообразие направлений и течений, школ и методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, препятствует процессу научного и профессионального оформления психотерапии и приводит к тому, что в настоящее время не существует даже единого общепринятого определения психотерапии, представлений о процессе психотерапии, что создает сложности при выработке рекомендаций с целью реализации психотерапевтических программ для пациентов различных клинических групп (Ташлыков В.А., 2000; Бурно М.Е., 2004; Кулаков С.А., 2004).

Для превращения психотерапии в подлинную научную медицинскую специальность настало время исследования ряда важнейших научно-теоретических проблем психотерапии. К их числу относится и разработка ее теоретических оснований для применения в медицине, обобщение эмпирических знаний, развитие междисциплинарной связей, использование в психотерапии достижений других наук и, в частности, наук о языке (Ремесло М.Б., 2003; Маланчук, И.Г., 2006), более активной разработки клинической модели психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1990; Бурно М.Е., 1995; Петрова Н.Н. и др., 2011). Существенные воз-

возможности для развития психотерапии предоставляет поиск общего знаменателя для различных теоретических моделей посредством перевода их понятий в общепринятую терминологию или путем описания психотерапевтического процесса с позиций разных направлений (Александров А.А., 2003; Носачев Г.Н, Баранов В.С., 2006) и с использованием ресурса современного языкознания (Калин Н.Ф., 1998; Ремесло М.Б., 2000).

Важнейшая проблема эффективности психотерапии в целом все больше заменяется вопросом об эффективности психотерапевтических подходов при лечении конкретных психических расстройств. Ответ на этот вопрос предполагает системный анализ всех сторон психотерапевтической деятельности и ее подсистем: больного, психотерапевта и их взаимодействия, определяемого спецификой используемой модели. Это означает, что без конкретной информации о том, что происходит в ходе психотерапевтического процесса, традиционные измерения параметров больного до и после лечения не могут быть достаточно строго увязаны с проводившейся психотерапией и во всяком случае ничего не говорят о ее специфичности (Grave К., 1989; Вид В.Д., 1994). В этой ситуации большое значение приобретает освоение психотерапией принципов доказательной медицины (Крупницкий Е.М., 2006; Карвасарский Б.Д., 2006; Незнанов Н.Г., 2006).

В последние десятилетия все больше внимания обращается на необходимость совершенствования методов обучения психотерапии. Одной из основных задач развития профессионального образования является создание и реализация последовательной системы преемственных и взаимосвязанных учебных программ, позволяющих осуществлять додипломную и последипломную подготовку психотерапевтов с учетом требований современной клинической психотерапевтической практики (Тиганов А.С, 1981; Кулаков С.А., 2002).

Прогнозируя дальнейшее становление психотерапии в Российской Федерации можно говорить о все возрастающих интегративных тенденциях, предполагающих прежде всего концептуальный синтез разных теоретических элементов психотерапии (Бараш Б. А., 1992; Ташлыков В.А., 1992).

Таким образом, для развития психотерапии в медицине и здравоохранении необходимо дальнейшее изучение и совершенствование научно-теоретической базы не только отдельных методов и приемов, но целостной психотерапии как медицинской специальности, осуществляемое на основе научного анализа современных эмпирических исследований, осмысление теоретических основ и практики организации психотерапевтической помощи в различных формах ее организации и психотерапевтической службы в целом, углубленный анализ процесса пси-

хотерапии при оказании помощи пациентам с различными психическими расстройствами, организованной в условиях существующей психотерапевтической инфраструктуры, а также совершенствование образовательной базы психотерапевтов с созданием более эффективных моделей образования.

**Цель** настоящего исследования состояла в научном анализе состояния психотерапии, организационного и образовательного ее аспектов, а также — в теоретико-методологическом обосновании дальнейшего развития этой области медицины.

В процессе настоящей работы решались следующие конкретные **задачи**:

1. Исследование существующей системы психотерапии в медицине и здравоохранении Российской Федерации в связи с задачами ее совершенствования и развития.
2. Изучение особенностей применения психотерапевтических методов, форм и видов психотерапии в условиях современного здравоохранения.
3. Определение основных психотерапевтических стратегий деятельности врачей-психотерапевтов и клинических (медицинских) психологов в Российской Федерации.
4. Изучение содержательной стороны психотерапевтического процесса, разработка методологии и методики психотерапевтического анализа отдельного клинического случая при невротических расстройствах.
5. Выявление «мишеней» психотерапии на всех уровнях и этапах психотерапевтического процесса, их классификация и учет при разработке индивидуальных психотерапевтических программ у больных с невротическими расстройствами.
6. Проведение анализа существующей системы подготовки и переподготовки по психотерапии специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе, выявление ее недостатков и на этой основе разработка интегративной дидактической концепции образования в области психотерапии.
7. Определение предметной области и структуры научных знаний в психотерапии как самостоятельной дисциплине в системе медицинских наук.
8. Исследование психотерапевтических аспектов концепции психологии отношений, межполушарной функциональной асимметрии головного мозга и психолингвистики для повышения целенаправленности психотерапевтических методов и более адекватной оценки их эффективности при невротических расстройствах.

9. Разработка методики сертификации врачей-психотерапевтов и экспертизы при лицензировании психотерапевтических учреждений.
10. Выявление причин кризисного состояния психотерапевтической помощи в стране и предложение научно-организационных мероприятий по их преодолению.

**Научная новизна и теоретическая значимость исследования.**

Впервые исследованы состояние психотерапии в Российской Федерации, ее структура и основные организационные формы оказания психотерапевтической помощи. Показано, что численность психотерапевтических кабинетов, ведущего звена этой помощи, и ее динамика определяются социально-экономическими условиями в стране и направлениями реформирования здравоохранения, в частности, соотношением бюджетной и внебюджетной форм собственности в здравоохранении.

Впервые изучена частота применения отдельных психотерапевтических методов врачами-психотерапевтами Российской Федерации, используемые ими психотерапевтические стратегии, современные формы бригадного обслуживания больных с невротическими расстройствами. Исследованы основные характеристики психотерапевтического процесса в деятельности врачей-психотерапевтов, мишени психотерапии и предложена их классификация. С учетом этого разработана методика клинико-психотерапевтического анализа.

Впервые в отечественной психотерапии разработана интегративная дидактическая концепция преподавания психотерапии. Ее преимущества показаны путем сравнения с традиционными программами подготовки врачей-психотерапевтов и клинических (медицинских) психологов.

Исследованы критерии и подходы к описанию научной составляющей психотерапии; предметная область психотерапии как самостоятельной дисциплины в системе медицинских знаний; теоретико-методологические вопросы психотерапии и пути их изучения. В связи с задачами дальнейшего развития отечественной психотерапии, уточнения показаний к применению различных методов, ее эффективности и прогноза при невротических расстройствах, проведено исследование и получены новые данные по «психологии отношений», межполушарной функциональной асимметрии головного мозга, минимальной мозговой дефицитности и психолингвистике.

Исследована практика оказания психотерапевтической помощи в Российской Федерации, разработана методология оценки ее качества и целевые показатели деятельности психотерапевтических служб. Предложены принципы и содержание системы сертификации врачей-психотерапевтов и лицензирования учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь.

**Практическая значимость работы.** Результаты проведенного исследования использованы при разработке нормативных и методических материалов Минздрава России по организации психотерапевтической помощи: приказов по психотерапии и медицинской (клинической) психологии; унифицированных программ подготовки врачей-психотерапевтов; унифицированной программы профессиональной подготовки клинических (медицинских) психологов.

Созданы и внедрены в практику работы лечебно-профилактических учреждений методики анализа отдельного психотерапевтического случая; определения психотерапевтических мишеней; индивидуальная психотерапевтическая программа; даны рекомендации по организации подразделений внебольничной психотерапии (внутрибольничных психотерапевтических центров).

Материалы работы могут использоваться в образовательном процессе на кафедрах психотерапии вузов при обучении врачей-психотерапевтов и клинических (медицинских) психологов, а также внедрены в региональные центры организации психотерапевтической помощи.

Результаты исследования, представленные в диссертации, позволяют оптимизировать организацию психотерапии на различных ее уровнях (психотерапевтические кабинеты, отделения, центры) в различных регионах Российской Федерации; сертификацию врачей-психотерапевтов и лицензирование медицинских учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь населению; оценку качества работы региональных специализированных служб.

**Публикации и апробация работы.** По теме диссертации опубликовано 55 научных работ, из них 15 в рецензируемых журналах, указанных ВАК. Материалы диссертации вошли также в монографии «Клиническая психотерапия в общей врачебной практике», «Психотерапевтическая энциклопедия» и в учебники для студентов медицинских вузов «Психотерапия» и «Клиническая психология». Автор диссертации является соавтором всех перечисленных изданий.

Основные положения диссертации докладывались на XIII, XIV и XV Съездах психиатров России (Москва, 2001, 2005, 2010); на научно-практических конференциях «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике» (Иваново, 2000); «Интегративная медицина. Новое содержание и перспективы развития» (Санкт-Петербург, 2002); «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины» (Санкт-Петербург, 2005); «Неврозы в современном мире: новые концепции и подходы к терапии» (Санкт-Петербург, 2011) и др.

**Формы внедрения.** Результаты проведенных исследований были внедрены в деятельность органов управления здравоохранения через

разработанные и утвержденные в установленном порядке проекты Приказов Минздравмедпрома Российской Федерации № 294 от 30.10.1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи», № 391 от 26.12.1996 г. «О подготовке медицинских психологов», Приказ Минздрава Российской Федерации № 438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи». Система мониторинга психотерапевтической помощи внедрена в работу Росздавнадзора. Алгоритмы психотерапевтического ведения пациентов в стационарных и внебольничных условиях, методики клиничко-психотерапевтического анализа, супервизии, психотерапевтического контракта и другие внедрены в практику работы лечебно-профилактических учреждений на основании государственных контрактов — в «Кировскую областную клиническую психиатрическую больницу им. В.М. Бехтерева»; «Краевой психоневрологический диспансер», «Краевые психиатрические больницы №1 и №2», «Краевую психотерапевтическую поликлинику» Забайкальского края; «Ханты-Мансийский клинический психоневрологический диспансер»; «Оренбургскую областную клиническую психиатрическую больницу №2», «Оренбургский областной психотерапевтический центр».

Результаты исследования были также использованы в программах обучения по психотерапии и клинической (медицинской) психологии в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургской государственной педиатрической академии, Тюменской государственной медицинской академии; внедрены в образовательный процесс Учебного центра Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева при обучении врачей-психиатров, психотерапевтов и психологов.

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Состояние и динамика развития психотерапевтической помощи в Российской Федерации и региональных психотерапевтических служб, их подъемы и спады за последние два десятилетия в период социально-экономических перемен в стране определяются не столько этими переменами и реформированием здравоохранения, сколько достигнутым уровнем развития инфраструктуры психотерапевтической помощи, численностью кабинетов, стационарных отделений и центров, научно-педагогических и практических кадров — наличием основных элементов предложенного в исследовании понятия «категория» психотерапевтической службы.



2. Выявленные стратегии психотерапевтической помощи в деятельности врачей-психотерапевтов и клинических (медицинских) психологов, участвующих в психотерапевтическом процессе, характеризуются сочетанием различных методов и используемых индивидуальных психотерапевтических программ. Различия профессиональных психотерапевтических стратегий в большей степени определяются индивидуально-психологическими характеристиками специалистов, особенностями обучения и профессиональными традициями и в меньшей степени собственно клиническими факторами.
3. Общие факторы психотерапевтического процесса, разработанное представление о мишенях психотерапии и их классификация, методика анализа отдельного психотерапевтического случая (больного), понятие о психотерапевтическом диагнозе могут использоваться при стандартизации психотерапевтической практики в условиях новых требований, возникших в связи с реформированием здравоохранения.
4. Необходимость совершенствования профессионального образования по психотерапии потребовало отражения в программах обучения не только медицинских и прежде всего психотерапевтических знаний, но и других наук, на стыке которых складывается психотерапии как общемедицинская специальность. Для улучшения подготовки специалистов в области психотерапии следует шире использовать разработанную и внедренную в образовательный процесс интегративную дидактическую концепцию, включающую в качестве ведущих элементов личностный тренинг, супервизию, приобретенный опыт работы с различными клиническими контингентами больных.
5. Дальнейшее развитие психотерапии, ее укрепление в медицине и здравоохранении, превращение из междисциплинарной области знаний в самостоятельную науку потребовало исследования предметной области психотерапии и ее метода, разработки психотерапевтических аспектов пограничных научных дисциплин, прежде всего, медицинской психологии, нейропсихологии, психолингвистики. Это приблизило к описанию, изучению и оценке с единых позиций психотерапевтического процесса и психотерапевтических приемов ведущих направлений психотерапии.

**Структура и объём диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материала и использованных методов исследования, 9 глав с анализом полученных результатов, заключения, выводов и списка литературы, который включает в себя 596 источников, из них 350 работ на русском и 246 — на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материалы и методы исследования

Основными методами, использованными в работе, были клинический (в том числе клиничко-психопатологический и клиничко-анамнестический), клиничко-эпидемиологический, экспериментально-психологический, нейропсихологический, психолингвистический, научно-организационный (метод экспертных оценок, метод мониторинга, организационный анализ и организационный эксперимент).

При изложении некоторых проблем автор опирался на материалы диссертационных работ А.Г. Кондинского, М.Б. Ремесло, А.К. Королева, Т.А. Караваевой, Н.Н. Мурычевой, выполненных под его руководством.

Методы и объем исследований по основным направлениям работы, представленным в диссертации, приведены в табл. 1.

*Таблица 1*

Основные направления исследований, методы и материалы

Основные направления исследований	Объем исследований
1	2
I. Научный анализ психотерапевтической помощи в Российской Федерации	
Уровни организации психотерапевтической помощи	Изучение проводилось в 55 регионах
Обращаемость больных в психотерапевтические учреждения	Изучение проводилось в 15 регионах
Численность психотерапевтических кабинетов	Изучение проводилось в 21 регионе
Сравнение кабинетов стационарных и амбулаторных психотерапевтических учреждений	Изучено 50 психотерапевтических стационаров и 50 психотерапевтических кабинетов
Анализ психотерапевтической помощи в психотерапевтическом центре г. Тольятти	100 диад: врач-психотерапевт – больной
	Учет обращаемости за 10 лет работы центра — 6650 обращений
	Клиническое и экспериментально-психологическое исследование (методики Е. Александровича, С. Ледера, К. Колера); исследован 1371 пациент, из них с невротическими расстройствами 916
	Эффективность психотерапии изучена у 50 больных

*Продолжение таблицы 1*

<p>Оптимизация психотерапевтических лечебных стратегий</p> <p>Создание методик экспертизы при сертификации врачей-психотерапевтов</p> <p>Создание методик экспертизы при лицензировании учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь</p>	<p>Анализ опыта экспертной работы в Санкт-Петербурге, Тюменской, Курганской, Самарской, Кемеровской, Оренбургской областях</p> <p>Исследованы 134 сертифицированных врача-психотерапевта из различных регионов страны</p> <p>Анализ опыта экспертной работы в Санкт-Петербурге, Тюменской, Курганской, Самарской, Кемеровской, Оренбургской областях</p> <p>Опросники, используемые при сертификации врачей-психотерапевтов и лицензировании учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь</p>
<p align="center"><b>II. Исследование содержания психотерапевтического процесса</b></p>	
<p>Исследование основных характеристик психотерапевтического процесса</p> <p>Исследование «мишеней» психотерапии и их классификация</p> <p>Создание методики клинко-психотерапевтического анализа отдельного случая</p>	<p>Изучено содержание психотерапии, проводимой 134 врачами-психотерапевтами (продолжительность сеанса, его частота, число и т.д.)</p> <p>Изучены психотерапевтические мишени при анализе лечения методами психотерапии (различных направлений), проводимой 82 врачами-психотерапевтами</p> <p>Проанализировано 132 протокола, фиксирующих лечение методами психотерапии больных с невротическими расстройствами, проводимой 103 врачами-психотерапевтами. Содержанием каждого протокола являлись клинко-психотерапевтические данные о законченном психотерапевтическом случае</p>
<p align="center"><b>III. Анализ образовательного процесса в области психотерапии и его усовершенствование</b></p>	
<p>Усовершенствование программ подготовки врачей-психотерапевтов</p> <p>Усовершенствование программ подготовки клинических (медицинских) психологов в области психотерапии</p>	<p>Участие (в качестве одного из руководителей) в 4-х системных проверках учебной работы по заданию Минздрава 22 высших учебных образовательных учреждений</p> <p>Создание унифицированной программы по обучению в области психотерапии</p> <p>Участие (в качестве одного из руководителей) в 4-х совещаниях комиссий, созданных Минздравом из представителей образовательных, научных учреждений, принимающих участие в обучении клинической (медицинской) психологии</p>

*Продолжение таблицы 1*

<p>Повышение эффективности и экономичности психотерапевтического процесса</p>	<p>Создание унифицированной программы по подготовке клинических (медицинских) психологов</p> <p>На основании анализа учебного процесса в 12 очных, 31 очно-заочных, 63 краткосрочных и 28 долговременных условиях, в том числе в Учебном центре при НИПНИ им. В.М. Бехтерева, разработана интегративная дидактическая концепция обучения по психотерапии</p> <p>Проведено сравнение обучения по традиционным учебным программам и составленным с учетом предложенной концепции</p>
<p>IV. Исследование научных проблем психотерапии</p>	
<p>Изучение психотерапевтических проблем «психологии отношений»</p>	<p>108/86 больных с невротическими расстройствами* — методикой исследования значимых отношений (МИЗО)</p> <p>110/86 больных — кратким вариантом МИЗО</p> <p>110/86 больных — симптоматическим опросником SCL-90</p> <p>110/86 больных — методикой для исследования внутриличностных конфликтов</p> <p>110/86 больных с невротическими расстройствами — методикой для исследования межличностных конфликтов</p>
<p>Изучение нейропсихологических аспектов психотерапии (функциональной межполушарной асимметрии головного мозга и резидуально-органической церебральной недостаточности)</p>	<p>60/52 больных — диагностическим опросником Александровича</p> <p>60/52 больных — Торонтской алекситимической шкалой</p> <p>60/52 больных — стандартизированной нейропсихологической методикой</p> <p>60/52 больных — методикой «Третий лишний»</p> <p>60/52 больных — методикой «Классификация»</p>

\* Примечание. В числителе указано число больных, в знаменателе — здоровых лиц (контроль).

*Продолжение таблицы 1*

<p>Изучение клинико-лингвистических аспектов психотерапии</p>	<p>80/50 больных с невротическими расстройствами — диагностическим опросником Александровича              80/50 больных — опросником Спилбергера              80/50 больных — тестом Эллиса              80/50 больных — Торонтской алекситимической шкалой              80/50 больных — тестом на мотивацию к психотерапии              Исследование текстов испытуемых с анализом:              80/50 больных — на лексико-грамматическом уровне              80/50 больных — на лексико-стилистическом уровне              80/50 больных — на морфо-синтаксическом уровне              80/50 больных — методикой ключевых слов и выделения семантических категорий</p>
<p>V. Теоретико-методологические проблемы психотерапии и их исследование</p>	
<p>Исследование предметной области психотерапии               Исследование структуры психотерапевтических знаний               Исследование научных областей, имеющих значение для дальнейшего развития психотерапии</p>	<p>Проблемно-ориентированный анализ литературных источников за последние 10 лет: 813 публикаций              Проблемно-ориентированный анализ литературных источников за последние 50 лет              Проблемно-ориентированный анализ литературных источников за последние 30 лет: 1954 – 1977 гг. и 2000 – 2006 гг.</p>

Все полученные результаты были обработаны статистическими методами по компьютерным программам SPSS 11.0. Для репрезентации результатов использовались программы Excel, Microsoft Office, Visio-2007. Оценка проводилась с помощью параметрического Т-критерия Стьюдента и непараметрических Хи-квадрат Пирсона, критерия U-Манна-Уитни, Вальда-Вольфовица, Вилкоксона. Для выявления различий признаков, выраженных в процентном отношении, применялся точный критерий Фишера, для корреляционного анализа критерий  $r$ -Пирсона. Использовались также коэффициенты R-Спирмена и  $t$ -Кендалла для непараметрических шкал, кластерный и дискриминантный анализ. Статистически значимыми считались результаты не ниже уровня достоверности  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Научный анализ состояния психотерапевтической помощи в Российской Федерации.** Содержательная оценка состояния и качества психотерапевтической помощи в стране по статистическим данным, которые приведены, в частности, в публикации А.А. Чуркина (2010), затруднена по следующим причинам: 1) психотерапевтическая помощь в Российской Федерации имеет сложную структуру и, хотя сама психотерапия включена в группу психиатрических специальностей, существующая по ней отчетность не охватывает всего многообразия психотерапевтической помощи. Психотерапевтические учреждения функционируют не только в психиатрической службе, но и в условиях общемедицинской практики, в других специализированных службах, во внебюджетной системе здравоохранения; 2) традиции по изучению деятельности психотерапевтической помощи в различных субъектах Российской Федерации значительно различаются и не содержат общей структуры предоставления отчетности; 3) качественные и количественные показатели по психотерапевтической помощи и деятельности психотерапевтических учреждений еще не определены, в частности, из-за нечетких требований к ним.

Специальные исследования, проведенные нами в г. Тольятти, показали, что существующие методы медицинской, организационной и кадровой статистики не позволяют оценить реальные показатели психотерапевтической помощи и отличаются в 6 раз (по числу психотерапевтических учреждений) и 10 (по количеству пролеченных больных) от приводимых в официальной статистике. В связи с этим нами, с целью разработки предложений по совершенствованию психотерапевтической помощи, были осуществлены исследования, направленные на изучение имеющихся в настоящее время реальных ее показателей.

Проведенные исследования показали, что психотерапевтическая помощь в Российской Федерации характеризуется следующими показателями. В настоящее время она осуществляется в психотерапевтических кабинетах, стационарных психотерапевтических отделениях, региональных психотерапевтических центрах, а также психотерапевтических подразделениях внебольничной психотерапии (внутрибольничных психотерапевтических центрах). Психотерапевтическая помощь в Российской Федерации осуществляется в 76 регионах из 85, в 55 регионах функционируют психотерапевтические службы, в 21 регионе проводится системный анализ психотерапевтической помощи, в 6 регионах созданы городские системы «психотерапевтический кабинет – психотерапевтический стационар – психотерапевтический центр».

Психотерапевтическая служба— это система специализированной помощи, включающая в себя комплекс лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности и реализующая свою деятельность на основе соответствующей лицензии в амбулаторных, стационарных и полустационарных условиях. Деятельность психотерапевтической службы осуществляется в тесном контакте с психиатрической службой и составляет вместе с ней региональную (территориальную) систему охраны психического здоровья населения.

Психотерапевтические кабинеты являются первым звеном психотерапевтической службы и организуются в: 1) территориальных поликлиниках; 2) психоневрологических диспансерах; 3) психотерапевтических центрах; 4) общесоматических стационарах; 5) специализированных медицинских центрах; 6) реабилитационных центрах; 7) санаториях; 8) профилакториях; 9) структуре медицинских служб МВД и других силовых ведомств.

Изучено число психотерапевтических кабинетов в 76 регионах Российской Федерации за 20 лет (с 1989 по 2009 гг.). Показана сложная динамика их развертывания и функционирования, обусловленная организационными и социально-экономическими факторами. 1) Резкое возрастание числа кабинетов с 1989 до 1997 гг. (с 642 до 2125) ввиду улучшения нормативно-методического обеспечения психотерапевтической помощи. Приказ МЗ РФ № 294 от 30.10.1995 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» позволил в системе социалистического здравоохранения создать условия для развития амбулаторной сети психотерапевтических кабинетов и обеспечить рост их числа в 3,3 раза. 2) Снижение числа кабинетов в период с 1998 по 2000 гг. на 12% (с 2125 до 1878), связанное с экономическим кризисом в стране и дефолтом 1998 г. 3) Последующее частичное восстановление их численности к 2003 г. до 96% (2036) может быть объяснено сочетанием двух типов развития медицины и здравоохранения— планового социалистического и возникающего рыночного. 4) Вновь резкое снижение числа кабинетов к 2005 г. на 21% (1679) из-за начавшейся реформы здравоохранения и введения механизмов повышения экономической эффективности. 5) Постепенное замедление падения числа психотерапевтических кабинетов к 2009 г. в связи с адаптацией психотерапевтической сети к современным экономическим условиям. 6) Выравнивание их численности в последнее время, в том числе и за счет роста количества негосударственных психотерапевтических кабинетов. 7) Выявление разнонаправленной динамики числа психотерапевтических кабинетов в последний временной период, результатом чего является продолжающееся заметное снижение их числа в ряде одних регионов при наблюдаемой отчетливой стабилизации или

даже росту — в других. В 21 регионе страны с использованием метода организационного анализа были изучены методические, кадровые, образовательные и организационные условия, позволяющие в современных экономических условиях обеспечивать развитие амбулаторной психотерапевтической помощи (рис. 1).

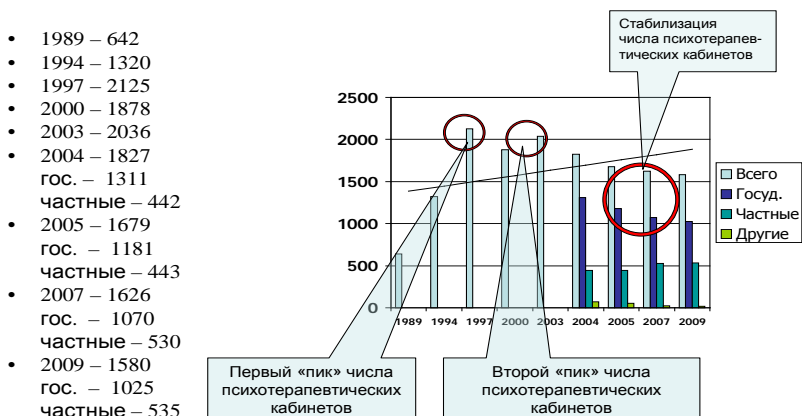


Рис. 1 Динамика числа психотерапевтических кабинетов

Психотерапевтическое стационарное отделение является вторым звеном психотерапевтической помощи. По своей организации, целям деятельности и режиму психотерапевтические отделения отличаются от близких к ним по клиническому составу отделений пограничных психических расстройств и предназначаются для оказания помощи больным с невротическими и другими пограничными состояниями преимущественно психотерапевтическими методами.

В настоящее время стационарная психотерапия представлена 49 психотерапевтическими отделениями, из них: 23 стационара кризисной помощи, 5 стационаров психотерапии для больных психозами, 7 психотерапевтических стационаров в структуре многопрофильных больниц, 8 психотерапевтических стационаров для детей. В психотерапевтических стационарах за 2007 г. было пролечено более 28 тыс. пациентов при средних сроках лечения 28 койко-дней. Проведены организационные исследования особенностей стационарных психотерапевтических отделений, их клинико-организационных различий с отделениями пограничной психиатрии



(табл. 2). Проведена серия исследований по определению показаний к стационарной и амбулаторной психотерапевтической помощи.

Таблица 2

Сравнительные характеристики психотерапевтического стационарного отделения и стационарного отделения пограничных состояний

Характеристики	Психотерапевтическое отделение	Отделение пограничных состояний
Контингент пациентов	Пограничные состояния	Пограничные состояния
Особенности психогенеза заболевания	В качестве причин заболевания рассматриваются внутриличностные причины — интрапсихический конфликт и обусловленные им неадаптивные психологические стереотипы	В качестве причин заболевания рассматриваются внешние по отношению к личности факторы (биологические факторы, внешняя ситуация и пр.)
Процесс лечения	Лечебные мероприятия включают осознание пациентом причин заболевания и их устранение	Лечение осуществляет врач
Цели терапии	Определяет пациент с помощью врача-психотерапевта	Определяет врач-психиатр
Мотивация пациентов на участие в лечении	Активная (я познаю причины заболевания и учусь их преодолевать, лечебные мероприятия в отделении только помогают мне в этом)	Пассивная (меня лечат, а я лишь участвую в лечении)
Госпитализация осуществляется	По решению отборочной комиссии с учетом клинических показаний и мотивации к участию в психотерапии	По направлению врача-психиатра с учетом клинического состояния (при добровольной госпитализации необходимо согласие пациента)
Основные факторы лечения	Психотерапия и социотерапевтические факторы; биологическое лечение является вспомогательным	Основным является биологическая терапия, психотерапевтические и социотерапевтические мероприятия имеют вспомогательное значение
Терапевтический потенциал среды	Используется активно и усиливает терапевтический эффект (например, терапия средой, социотерапия)	Используется «пассивно» и усиливает комплаенс (например, терапия занятостью)

*Продолжение таблицы 2*

<p>Управление содержанием психотерапевтического процесса и взаимодействия специалистов</p>	<p>Осуществляется всем коллективом отделения (терапевтическим сообществом) на специальных встречах, позволяющих анализировать процесс реализации индивидуальной терапевтической программы, микросоциальные явления, межперсональные трудности в среде пациентов, специалистов и персонала</p>	<p>Осуществляет лечащий врач и руководитель отделения</p>
<p>Мероприятия, направленные на анализ и управление микросоциальными процессами</p>	<p>Проводятся регулярно</p>	<p>Отсутствуют</p>

Современная стационарная психотерапия в Российской Федерации начинает занимать существенное место в лечении пациентов с невротическими и другими пограничными состояниями и может рассматриваться как одна из наиболее динамично развивающихся областей медицины в целом. Ее рост составил 470% процентов в койко-днях при том, что число коек в психиатрических стационарах уменьшилась в 1,8 раза.

Третьей организационной формой психотерапевтической помощи являются региональные психотерапевтические центры— головные у чреждения территориальной психотерапевтической службы, предназначенные для организации и проведения специализированной психотерапии, консультативно-диагностических и методических мероприятий. В настоящее время в Российской Федерации функционирует 33 психотерапевтических центра, из которых — 6 самостоятельные лечебно-профилактические учреждения, 25— функциональные подразделения лечебно-профилактических учреждений, входящих в систему охраны психического здоровья, 2— являются самостоятельными негосударственными учреждениями. Как форма организации помощи, психотерапевтические центры получают все большее признание, поскольку их создание позволяет оптимизировать материально-технические ресурсы службы, улучшить координацию психотерапевтической работы на территории обслуживания. На модели Тольяттинского городского психотерапевтического центра изучена обращаемость за психотерапевтической помощью пациентов с невротическими и другими психическими рас-

стройствами, определена их динамика в течение годового цикла деятельности центра.

Разработанная нами структура учреждений внебольничной психотерапии может рассматриваться как организационная форма психотерапевтической помощи и самостоятельный ее вид.

Психотерапевтические учреждения страны оказывают помощь более 200 тыс. пациентам с психическими, психосоматическими и соматическими расстройствами в год, из них амбулаторную помощь получают более 170 тыс. человек, а стационарную — более 28 тыс.

Кадровой основой отечественной психотерапии являются более 1600 врачей-психотерапевтов, 680 клинических психологов и 200 специалистов по социальной работе.

Разработаны целевые показатели осуществления психотерапевтической деятельности. Для этого была проведена оценка потребности в психотерапевтической помощи и предложены ее критерии. Поскольку основным видом психотерапевтической помощи является амбулаторная психотерапия, в качестве важного критерия развития службы принят показатель числа амбулаторных психотерапевтических кабинетов на территории обслуживания, а в качестве ориентировочного норматива обеспеченности психотерапевтическими кабинетами был взят усредненный показатель шести лучших психотерапевтических городских служб регионов, который составил один кабинет на 19,4 тыс. взрослого и детского населения или 5,15 психотерапевтических кабинетов на 100 тыс. жителей.

Было проведено исследование взаимосвязи количественных и качественных показателей психотерапевтической помощи в 21 регионе. Установлено, что региональные психотерапевтические службы различаются своей структурой, тип которой определяется показателем обеспеченности населения психотерапевтическими кабинетами в динамике (рис. 2). В связи со значительными различиями структуры психотерапевтических служб предложены 5 их категорий. При 1-й категории обеспеченность психотерапевтическими кабинетами составляет 0,1 на 100 тыс. обслуживаемого населения; при 2-й — 0,2 на 100 тыс., при 3-й и 4-й — 0,3 на 100 тыс., при 5-й — 0,5 на 100 тыс. 5-я категория содержит все необходимые компоненты психотерапевтической помощи.

Даже в службах лучшей, 5-й категории, обеспеченность психотерапевтическими кабинетами ниже расчетной в 10 раз. На основании анализа психотерапевтической службы региона 5-й категории разработана ее оптимальная структура, кадровый состав, укомплектованность специалистами — врачами-психотерапевтами и клиническими (медицинскими) психологами, основные звенья психотерапевтической помощи.

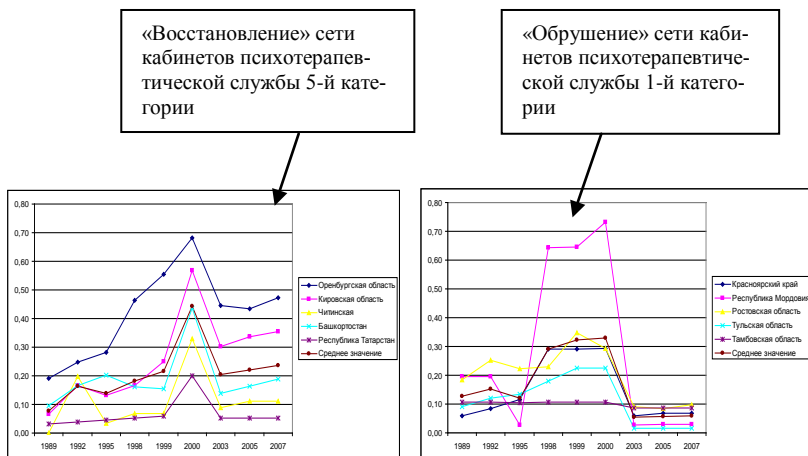


Рис. 2. Различия динамики числа государственных психотерапевтических кабинетов психотерапевтических служб 1-й и 5-й категории.

Изученная укомплектованность кадрами врачей-психотерапевтов в Российской Федерации составляет 28%, в Москве — 44%, в Санкт-Петербурге — 17%.

Исследовано также различие контингентов государственной (бюджетной) и негосударственной (внебюджетной) психотерапии с учетом повышения значимости последней.

Анализ состояния региональной психотерапевтической помощи позволил прийти к следующему заключению: 1) система психотерапевтической помощи «кабинет – отделение – центр» является в настоящее время наиболее развитой формой организации психотерапевтической помощи крупного города, позволяющей решать большинство задач, стоящих перед психотерапевтической службой региона Российской Федерации; 2) главным преимуществом этой системы перед другими формами организации психотерапевтической помощи является возможность производить собственную настройку с учетом реальных условий регионального здравоохранения, степени экономического развития региона и других социально-экономических факторов; 3) при сравнении результатов интеграции психотерапии в региональные системы здравоохранения видно, что регионы, обладающие такой системой, практически не только не снизили свои показатели в трудные для страны периоды, но и целенаправленно и последовательно развивали все компоненты психотерапевтической помощи; 4) учет особенностей организации и функционирования системы психотерапевтической помощи в виде «кабинета – от-

деления – центра» является принципиально значимым для условий крупного города в связи с тем, что возникает самостоятельный вид помощи в здравоохранении; 5) формирование эффективно функционирующей психотерапевтической службы невозможно без учета потребности населения в этом виде помощи и представлений о ее контингентах.

**Исследование психотерапевтических методов и лечебных стратегий, используемых врачами психотерапевтами Российской Федерации.** С помощью специально разработанных методик было изучено 134 сертифицированных врача-психотерапевта из различных регионов Российской Федерации (Санкт-Петербург, Москва, Великий Новгород, Смоленск, Петропавловск-Камчатский, Тюмень, Оренбург и др.) в возрасте от 25 до 62 лет, средний возраст — 39,7 года. Все обследованные считали психотерапию своей основной специальностью, имели стаж работы в области психотерапии не менее 3 лет (от 3 до 33 лет, средний стаж работы — 9,8 лет). Они работали в амбулаторных и стационарных условиях и не совмещали психотерапию с другими видами медицинской деятельности (в том числе психиатрией, неврологией и пр.). Среди них было 52,7 % мужчин и 47,3 % женщин.

Из всех обследованных имели первую врачебную категорию 8,3 % и 13 % — высшую, 18,3 % являлись кандидатами наук и 5,3 % — докторами наук.

Опросник, с помощью которого проводились исследования, включал в себя перечень из 29 методов психотерапии, которые применяются в практической работе врачами-психотерапевтами Российской Федерации. Заполняя опросник, врачи-психотерапевты могли из предложенного списка выбрать любое число психотерапевтических методов, которые они наиболее часто использовали в своей практике.

Наибольшее число обследованных — 44 (32,8%) психотерапевтов выбирали три основных метода, 14 (10,4%) — 5 методов и 13 (9,7%) — 11 методов. На 1, 12, 15, 19 методов указали 2 (1,5%) психотерапевта и 13,14,16,22 — по одному психотерапевту.

Отдельно анализировалась и частота выбора каждого метода из 29. Чаще из всех имеющихся в списке методов респонденты выбирали рациональную психотерапию — 59,7%. Возможно, это связано с тем, что рациональная психотерапия утратила свое значение как самостоятельный психотерапевтический метод, рассматривается врачами-психотерапевтами как своеобразное сопровождение процесса психотерапии и позволяет объяснить пациенту причины возникновения его симптоматики, необходимость проводимого лечения, его этапы, особенности и пр. Второе место по частоте выбора занимала личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия—50,0%. Аутотр е-

нинг и другие техники релаксации выбирали 43%, гипнотерапию — 37%. Большой удельный вес этих методов скорее всего обусловлен историческими особенностями развития психотерапии в нашей стране. Когнитивную психотерапию выбрало 36% врачей-психотерапевтов, гештальт-терапию — 33%, психотерапию, фокусированную на решении проблемы — 32%, эриксоновский гипноз — 30%, психоаналитическую (психодинамическую) психотерапию, транзактный анализ — 29%, телесно-ориентированную психотерапию — 28%, нейролингвистическое программирование — 26%. Реже всего врачами-психотерапевтами применялись такие методы, как психоанализ (6,7%), цветотерапия (3,0%), танцтерапия (2,2%), онтотерапия (2,2%), театротерапия (0,7%).

На втором этапе формирования групп обследуемых производилась коррекция выборки.

В связи с тем, что ряд методов использовался редко, при дальнейшем анализе были исключены те из них, которые были выбраны менее чем 15% респондентов, а также рациональная психотерапия как наиболее часто встречающийся метод и музыкотерапия в качестве вспомогательного.

Таким образом, были оставлены следующие методы: психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, гипнотерапия, эриксоновский гипноз, аутотренинг и другие техники релаксации, телесно-ориентированная психотерапия, когнитивная психотерапия, гештальт-терапия, эмоционально-стрессовая психотерапия, психодрама, транзактный анализ, недирективная психотерапия, психотерапия, фокусированная на решении проблемы.

Исследование частоты применения отдельных психотерапевтических методов врачами-психотерапевтами явилось основой для определения типов ведущих психотерапевтических стратегий.

Под термином «ведущая психотерапевтическая стратегия» в настоящем исследовании понимается взаимосвязанное применение методов и (или) их элементов врачами-психотерапевтами в условиях успешной профессиональной деятельности. Ведущая стратегия в таком понимании связана с реализацией конкретных программ лечения пациентов и отражает наиболее общие тенденции в мировоззрении и работе психотерапевтов-профессионалов. Она определяет, в частности, выбор конкретного психотерапевтического метода и включение его в группу методов, дает представление о сочетании их между собой, идентификацию себя как профессионала, использующего конкретные психотерапевтические методы.

Учитывая, что врачи-психотерапевты, возможно, не полностью идентифицируют свою ведущую психотерапевтическую стратегию, ее

тип определялся статистически обоснованными связями с выбором методов. На основании корреляционного анализа выделены следующие взаимосвязи между изучавшимися психотерапевтическими методами (15 методов, оставшихся после фильтрации) по силе связи. По характеру сочетания методов выделено 6 типов ведущих стратегий, отличавшихся между собой теоретическими взглядами врачей-психотерапевтов на сущность болезни и здоровья, закономерностями применения тех или иных технических приемов, отражающих, очевидно, различные модели интеграции методов психотерапии: 1) «динамический» тип интеграции — ориентация на аналитические и когнитивные методы психотерапии; 2) «трансдовый» тип — использование в работе различных трансдовых методов; 3) «интегративный» тип — на основе сформированного целостного представления о взаимодополняемости методов основных психотерапевтических направлений; 4) «консультативный» тип с опорой на понимание этиопатогенетических механизмов болезни и сочетание консультативных психотерапевтических мероприятий с психофармакотерапией; 5) тип интеграции новых краткосрочных методов психотерапии; 6) «экллетический» тип интеграции как проявление невысокого уровня методической целостности в понимании психотерапии.

Указанные типы стратегий в значительной мере сопряжены с характером профессионального мировоззрения психотерапевта, использованием им технических приемов, стилем поведения в ходе психотерапии, а также содержанием и продолжительностью процесса психотерапии, критериями оценки качества психотерапии, началом и окончанием ее, выделением содержательных сторон психотерапии.

Для психотерапевтов всех 6 групп наибольшее значение в профессиональном их становлении имеет собственный опыт психотерапевтической работы, участие в программах обучения, изучение литературы и наблюдение за работой других специалистов; значительно меньшее значение имеет супервизия (участие и прохождение), персональная психотерапия и самостоятельная исследовательская работа врача. Эти данные, очевидно, отражают недостаточно зрелый уровень развития образовательных традиций в нашей стране, характеризующийся отсутствием широкого применения супервизии и проведения врачами-практиками научных исследований.

Для изучения выбора психотерапевтических методов и профессиональных психотерапевтических стратегий клинических (медицинских) психологов, принимавших участие в психотерапии, было обследовано 115 психологов (68 женщин и 47 мужчин), профессионально занимавшихся психотерапией. Для повышения репрезентативности полученных данных обследованы психологи из различных регионов России (Москва,

Санкт-Петербург, Пермь, Иркутск, Ангарск, Архангельск, Мурманск, Смоленск, Екатеринбург, Тюмень и др.) в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст обследуемой группы составил 34,2 года. Все психологи считали психологию своей основной специальностью и имели стаж работы в области психотерапии не менее 3 лет (от 3 до 12 лет), 7,3 % из них совмещали работу в государственных учреждениях с частной практикой.

Проведенные исследования показали, что психологи используют более широкий набор психотерапевтических методов, чем врачи. 96% всех обследованных в своей практической деятельности применяли более 10 методов: арт-терапию, краткосрочную психодинамическую психотерапию, гештальт-терапию, когнитивную, личностно-ориентированную (реконструктивную), позитивную, интерперсональную психотерапию, сказкотерапию и психотерапию, ориентированную на решение проблемы.

Выявлены три психотерапевтические стратегии: «динамическая» — у 69 психологов, «интегративная» — у 32 и «эkleктическая» — у 15. Для психологов всех выделенных групп наибольшее значение в профессиональном их становлении имело участие в программах обучения, изучение литературы и наблюдение за работой других психотерапевтов. Так же как и для врачей-психотерапевтов, для психологов значительно меньшее значение имела супервизия, персональная психотерапия и самостоятельная исследовательская работа. Эти данные также отражают недостатки образовательных традиций без широкого применения супервизии и научных исследований в области психотерапии психологами-практиками.

Специально проведенное исследование показало, что более эффективной и целесообразной является амбулаторная психотерапия, осуществляемая многопрофильной бригадой специалистов, в которой объемы бригадного сотрудничества зависят от клинического состояния больных и задач этапа индивидуальной психотерапевтической программы. Основные модели бригадного обслуживания больных: 1) психотерапевтическая бригада в составе врача-психотерапевта (с психиатрической подготовкой) и клинического (медицинского) психолога для лечения неосложненных форм невротических расстройств, без коморбидности; 2) психотерапевтическая бригада, дополнительно включающая врача-психиатра при лечении психозов; 3) психотерапевтическая бригада, дополнительно включающая врача психиатра-нарколога при лечении зависимостей; 4) психотерапевтическая бригада с участием специалиста по вспомогательным методам психотерапии, являющегося, как правило, клиническим (медицинским) психологом или социальным работником: по арт-терапии, телесно-ориентированной психотерапии, танцевально-двигательной психотерапии и др.) для лечения затяжных невротических



и личностных расстройств; 5) психотерапевтическая бригада, дополнительно включающая невролога для лечения пациентов с коморбидными органическими заболеваниями головного мозга; 6) психотерапевтическая бригада для проведения работы в группах дневного пребывания пациентов в кризисном состоянии в связи с утратой или резким изменением их социального функционирования, включает специалиста по социальной работе; 7) психотерапевтическая бригада для лечения невротических расстройств у беременных женщин, где поводом для обращения к психотерапевту послужили осложнения течения беременности, резистентные к традиционным схемам лечения, требует привлечения акушера-гинеколога; 8) психотерапевтическая бригада с приглашением на заключительных этапах лечения специалиста по клиническому консультированию — современной модели трудовой адаптации.

Система психотерапии (разработанная с нашим участием) в Центре психотерапии «Эйдос» г. Тольятти с указанными типами бригад оказалась эффективной: отмечалось уменьшение числа прерванных случаев, что способствовало увеличению среднего числа сессий на один психотерапевтический случай с 3,1, до 7,4 и возрастанию в 3 раза количества пациентов с 10-ю психотерапевтическими сессиями – с 2,5 до 7,5. Большая эффективность бригадных форм работы в области психотерапии подтверждена данными методики Александровича.

Изучение эффективности применения бригадной модели лечения и реабилитации больных с невротическими расстройствами в условиях Отделения невротиков и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева и 3-й Оренбургской областной клинической психиатрической больницы показало сокращение средних сроков лечения больных с невротическими расстройствами на 12,5 койко-дней (средние сроки лечения сократились с 47 койко-дней до 35 койко-дней) при практически идентичной эффективности лечения. Анализ результатов лечения и реабилитации в катамнезе (2-годичное наблюдение за больными, завершившими лечебный и реабилитационный периоды) показал снижение частоты повторных госпитализаций на 6,5%.

**Исследование содержания психотерапевтического процесса.** Согласно проведенным исследованиям, в работе врачей-психотерапевтов отмечалась следующая структура психотерапевтического процесса. Частота встреч с пациентами за курс психотерапии колебалась от 2 до 100, в среднем 19,2. Большинство психотерапевтов встречались с пациентами 10 раз. Значимых различий среднего показателя частоты встреч между группами не наблюдалось. У врачей-психотерапевтов первой группы («динамической») среднее значение — 18,6, во второй («трансовой») — 16,4, в шестой («эkleктической») — 19,0.

Продолжительность полного курса психотерапии колебалась от 2 до 700 дней и в среднем для общей выборки составила 89,8 дня. Причем для больных первой группы — 84,4, второй — 48,5, шестой — 78,9 дней.

Продолжительность одной встречи с пациентом колебалась от 15 до 240 минут и в среднем составила 70,7. Большинство психотерапевтических сеансов по длительности не превышали 60 минут. Средняя продолжительность одной встречи в первой группе составила — 71,5 минут, второй — 66,0, шестой — 81,6.

Частота незапланированного прекращения психотерапии колебалась от 0 до 60 % от общего числа пациентов и в среднем составила — 12,4 %. В первой группе этот показатель равен 9,8 %, в шестой — 9,1 %, во второй несколько больше — 15,2 %. Большинство психотерапевтов отметили, что не менее, чем 5 % пациентов по разным причинам до согласованного срока прекращали психотерапию.

Изучение представлений врача-психотерапевта о содержании своей работы показало, что на начальном и диагностическом этапах врач-психотерапевты чаще ориентировались на выяснение жалоб пациента (87,8 %), определение его симптоматики или актуальной проблемы (87,8 %), этапы жизни и развитие болезни, особенности его родительской семьи, взаимоотношений с окружающими (80,1 %). Устанавливалась связь доминирующего симптома с психологически трудными ситуациями (80,9 %), выяснялись представления пациента о причине заболевания, его прогнозе, течении и возможном лечении (71 %). Многие психотерапевты сообщали пациенту свои предположения о причине и различных аспектах заболевания (56,5%).

Выяснялись представления врачей-психотерапевтов о механизмах возникновения психологических проблем у пациентов и причинах, приводящих к клиническим проявлениям невротических расстройств. Наибольший удельный вес среди причин возникновения психологических проблем имело «неверное представление больных о себе и своих возможностях» (78,6% врачей-психотерапевтов). Далее следовали: «неверное восприятие окружающего мира и событий» — 58,8%, «неправильное воспитание» — 57,3% и «неправильное поведение и образ жизни» — 46,6%. Реже в качестве причин возникновения психологических проблем у пациентов указывалось «наличие соматических заболеваний» — 23,7%, «резидуально-органического поражения нервной системы» — 33,6%, «истощения и перенапряжения нервной системы» — 38,9%, «недостаточный опыт в преодолении трудностей» — 40,5%, «плохое понимание других людей» — 41,2%.

Полученные данные следует учитывать для совершенствования психотерапевтической помощи. Развитие психотерапии в России определя-

ется двумя основными тенденциями: с одной стороны, психотерапия и ее методы организационно все больше интегрируются в систему оказания медицинской помощи, с другой — изучение используемых врачами-психотерапевтами методов показало значительное разнообразие не только самих методов психотерапии, количество которых постоянно увеличивается и по некоторым оценкам приближается к 600, но и теоретических оснований проводимой психотерапии.

Эти две разнонаправленные тенденции в развитии психотерапии определяют актуальность соотнесения существующего многообразия психотерапевтических методов и их теоретических подходов с клинической реальностью и принципами доказательной медицины. Решение этой проблемы может существенно улучшить перспективы развития психотерапевтической помощи и позволит ближе подойти к разработке ее стандартов.

В качестве основы для создания унифицированного подхода к применению психотерапии по отношению к различным клиническим группам больных нами была разработана типология мишеней психотерапии. Совершенствования требует не только специальная часть (методы), но, что представляется особенно важным, «объектная» часть — детализация задач объекта, на который направлено психотерапевтическое воздействие. Для этой цели необходимо использовать при лечебном воздействии систему психотерапевтических мишеней.

Проведенное нами исследование показало, что специалистами мишень психотерапии связывается с «направленностью», «целью» и «задачами» психотерапевтического воздействия. В самом общем виде она определяется как «личность», «болезнь», «расстройство», либо их различные аспекты (стороны, плоскости, детали, особенности, механизмы), зачастую имеющие различную размерность и степени обобщения эмпирического и клинического материала.

С целью изучения психотерапевтических мишеней обследовано 300 пациентов с невротическими расстройствами, лечение которых проводилось в отделении внебольничной психотерапии Института им. В.М. Бехтерева.

По результатам проведенного исследования была предложена типология мишеней психотерапии: 1) клинические мишени (нозологической специфики); 2) мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента; 3) мишени, специфичные для психотерапевтического процесса; 4) мишени, специфичные для клинической ситуации; 5) мишени, специфичные для метода психотерапии.

Предложенная типология мишеней психотерапии явилась основой для разработки и применения методики клинико-психотерапевтического анализа. Методика включает: 1) представление врача-психотерапевта о

пациенте и проводимом лечении; 2) представление пациента о враче-психотерапевте и проводимой психотерапии; 3) мнение участвовавших специалистов об особенностях взаимодействия врача-психотерапевта и пациента; 4) сообщение психотерапевта-эксперта, присутствовавшего на одной или нескольких сессиях, о своем понимании данного случая; 5) результаты экспериментально-психологического исследования; 6) обсуждение специалистами полученной информации: о личности пациента и психологических механизмах болезни; особенностях процесса психотерапии и взаимоотношения врача-психотерапевта и пациента; предложения по повышению эффективности психотерапии в данном случае.

С помощью разработанной методики клинико-психотерапевтического анализа (табл. 3) исследовано 132 протокола клинико-психотерапевтического изучения больных. Количество психотерапевтических сессий колебалось от 1 до 53 и в среднем составило 12 сессий. Запрос врача касался лучшего понимания пациента и оптимизации дальнейшей тактики. До анализа 59 % лечащих врачей-психотерапевтов пользовались при объяснении причин имеющихся расстройств эклектическими подходами с привлечением представлений разных теоретических школ.

*Таблица 3*

Методика клинико-психотерапевтического анализа и ее отличительные характеристики

Критерии анализа	Клинико-психотерапевтический анализ	Клиническая конференция	Балинтовская группа	Супервизия
Объект анализа	Психотерапевтический процесс	Клинико-психологическое состояние и процесс лечения пациента	Отношения «врач-больной» в процессе психотерапии	Профессиональные и личностные качества психотерапевта
Материал	Клинико-психологические аспекты психогенеза, процесса психотерапии с учетом взаимодействия врача и пациента	Клинические, психологические и лабораторные данные о пациенте	Нарратив психотерапевта о случае взаимодействия с пациентом	Процесс психотерапевтической работы или протокол психотерапевтического случая

Продолжение таблицы 3

Цели	Клинико-психотерапевтическая оценка процесса психотерапии и её оптимизация	Клиническая и клинико-психологическая оценка состояния и результатов лечения пациента	Улучшение взаимодействия в системе «врач-больной»	Рефлексия своей профессиональной деятельности и развитие знаний, навыков и умений психотерапевта
Результат	Психотерапевтический диагноз	Клинический диагноз	Осознание отношений	Коррекция профессионального стиля
Методика	Экспертный анализ психотерапевтического процесса	Экспертный анализ клинического состояния и лечения	Групповая дискуссия и групповое взаимодействие	Профессиональное консультирование
Эксперты	Психотерапевты и специалисты смежных областей психотерапии	Врачи-психотерапевты и врачи смежных специальностей	Психотерапевты	Супервизор
Влияние на эффективность психотерапии	За счет лучшего понимания психотерапевтического процесса и взаимодействия в системе «врач – пациент»	За счет лучшего клинического анализа состояния пациента и системы проводимого лечения	За счет лучшего представления о характере взаимодействия врача и больного	За счет лучшего понимания влияния личности психотерапевта на процесс психотерапии

После проведения анализа 49,2% врачей-психотерапевтов использовали психодинамические представления при описании механизмов психогенеза имеющих расстройств, а также когнитивно-поведенческие характеристики (20,5%). Эклектический и гуманистический подходы использовались реже (14,4% и 12,1% соответственно). В единичных случаях для объяснения имеющегося у пациента рас-

стройства указывались христианская теория личности, клинические категории — реактивное состояние, расстройство личности, в др уг — представление о механизмах развития заболевания к моменту разбора сформулировано не было.

Чаще всего врачи-психотерапевты выделяли в качестве мишеней психотерапии следующие: неадекватное представление о соматической обусловленности расстройства; непонимание больным своей роли в его возникновении; неосознание механизмов возникновения и поддержания невротических симптомов; неадаптивность поведенческих стереотипов; неадаптивность когнитивных искажений; эмоциональная опустошенность; чувство обиды и одиночества; неадекватную самооценку (неадекватная самооценка); неумение строить конструктивные отношения. Использование методики позволяло выявить новые, ранее не отмеченные, аспекты психотерапевтических отношений, расширить представление об этиопатогенезе расстройства.

**Анализ образовательного процесса в области психотерапии.** С 1995 по 2010 гг. проводилось изучение содержания качества программ и эффективности обучения в области психотерапии. Были проведены четыре системные проверки образовательных учреждений здравоохранения (кафедр и курсов медицинских вузов, учреждений и факультетов повышения квалификации специалистов), которые осуществлялись на основании приказов и поручений Минздрава России в 1996, 1999, 2004 и 2010 гг.).

Преподавание психотерапии в стране осуществляется в 22-х государственных образовательных учреждениях. В последнее время подготовку по психотерапии все активнее осуществляют негосударственные образовательные учреждения; региональные психотерапевтические центры и психотерапевтические службы; реализуются авторские программы специалистов из-за рубежа.

Для выявления существующих тенденций профессионального образования по психотерапии было проанализировано 118 учебных программ государственных и негосударственных учреждений профессионального образования. Все программы подразделялись по срокам обучения на 1) краткосрочные (от 2 до 72 часов), 2) среднесрочные (от 144 до 500 часов), 3) долгосрочные (свыше 500 часов).

На основании проведенного анализа деятельности образовательных учреждений установлено, что существующая система подготовки врачей-психотерапевтов и других специалистов в области психотерапии, несмотря на существенное улучшение за последние 15 лет, требует усовершенствования. 1) Программы обучения по психотерапии представляют собой разноуровневые образовательные модули, составляющие

системы, не учитывающие логики формирования профессиональных знаний, в результате чего специалисты, прошедшие обучение, имеют несогласующиеся представления о психотерапии и ее применении к клинике. 2) Основу образовательных программ составляет изучение психотерапевтических методов без должной оценки их клинической эффективности. С учетом значительного увеличения числа методов специалисты, прошедшие обучение, владеют набором психотерапевтических инструментов, которые определяются не клиническими показаниями, а предпочтениями самих образовательных учреждений. 3) Государственные образовательные учреждения, стремясь охватить как можно большее число психотерапевтических методов, делают упор на аудиторные элементы образования, предоставляя самим специалистам практически их осваивать, что снижает эффективность деятельности врачей-психотерапевтов. 4) Восполняя содержательный и практический дефицит обучения в области психотерапии, врачи-психотерапевты после прохождения обязательной сертификационной подготовки продолжают обучение в негосударственных центрах, программы которых по психотерапии чаще всего лишены клинического содержания и поэтому не могут «встроиться» в систему здравоохранения, используя для определения целей психотерапии и оценки ее эффективности внеклинические критерии, не позволяющие сотрудничать с врачами других специальностей, организаторами здравоохранения, участвовать в работе полипрофессиональных бригад. 5) Существующая практика профессионального обучения в области психотерапии не учитывает необходимость личностной подготовки врача-психотерапевта, построения психотерапевтического контакта, необходимость при проведении диагностики соотносить и выделять психосоциальные механизмы этиопатогенеза и их связь с клинико-биологическими факторами, реализовывать индивидуальную психотерапевтическую программу, включающую необходимый и достаточный набор методов и форм психотерапии. С учетом этого обучение врача-психотерапевта не может осуществляться в сроки, отведенные на переподготовку по другим медицинским специальностям.

Нами была разработана интегративная дидактическая концепция обучения по психотерапии. Она предполагает решение следующих задач. 1) Длительное время целью обучения в психотерапии считалось вооружение обучающихся знаниями, умениями и навыками. В связи со все большим возрастанием объема знаний важное значение приобретает самостоятельное их приобретение. 2) Современная модель подготовки врачей-психотерапевтов требует учета четырех обязательных компонентов: теории, личностной и коммуникативной подготовки врача-психотерапевта, практики и супервизии. 3) Особую актуальность мето-

дика преподавания приобретает в программах переподготовки по психотерапии. Несмотря на увеличение ее длительности до 720 часов, традиционные формы непрерывного обучения специалиста без погружения его в клиническую практику показывают свою несостоятельность. 4) Особенности преподавания с использованием разработанной интегративной дидактической концепции дают возможность решить основные проблемы подготовки специалистов, принимающих участие в психотерапевтическом процессе, путем систематического обучения теории, прохождения личностной и коммуникативной подготовки на этапе изучения общей психотерапии; формирования навыков применения различных методов на этапе изучения частной психотерапии; получения знаний и опыта использования психотерапии применительно к различным клиническим группам пациентов.

На основании предложенной интегративной дидактической концепции обучения психотерапии были разработаны и используются в образовательном процессе унифицированные программы переподготовки по специальности «Психотерапия» для врачей и унифицированная программа переподготовки по клинической (медицинской) психологии для психологов, а также программные требования для обучения психотерапии врачей-психиатров и врачей общей практики.

**Исследование теоретико-методологических аспектов психотерапии.** Определено значение методологического анализа психотерапии на настоящем этапе ее развития. 1) Существенно изменились представления о психотерапии и ее значении для медицины и здравоохранения. 2) Завершился период накопления психотерапевтических знаний, приведший к созданию справочных и методических руководств. 3) Расширилась образовательная база психотерапии. 4) Возросло значение теоретического осмысления многомерных эмпирических данных. 5) Значительно расширился спектр психотерапевтических методов. 6) Изменилась парадигма медицины, возросло значение в ней принципов доказательной медицины.

Для определения *структуры психотерапевтической знаний* была проведена работа по оценке содержания публикаций по психотерапии за последние 10 лет. Экспертами были проанализированы 813 публикаций в материалах общероссийских конференций по проблемам психотерапии. Результаты дескриптивного анализа состояния психотерапии с позиций современного науковедения дали основания предполагать, что психотерапию на настоящем этапе ее развития следует рассматривать как формирующуюся междисциплинарную научную область (формирующуюся науку на стыке других наук) со следующей структурой: 1) Передний край науки, активно развивающийся и представляющий собой



область непроверенных идей и гипотез. 2) Смежная область, в которой сохраняются научные парадигмы интегрирующихся наук. 3) Научное ядро психотерапии, которое составляют результаты научных исследований, специфичные для психотерапии как области медицины. Существующая в настоящее время его структура характеризуется «гипертрофированным» развитием частной психотерапии (психотерапевтических методов) в ущерб общей и клинической психотерапии (общего аппарата научной психотерапии и клинического ее применения).

Значительный рост числа публикаций указывает на возрастание интереса к психотерапии в психологии, философии, социальной работе и общей медицине. Отмечено также увеличение числа публикаций по психотерапии в альтернативных науках.

Основные элементы научно-теоретических знаний в области психотерапии были выделены экспертами при изучении литературных источников. Проводился сравнительный анализ материалов Общероссийских психотерапевтических конференций «Вопросы психотерапии» (1977 г.) и «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины» (2006 г.). За этот период отмечено увеличение числа теоретических исследований по психотерапии. Достоверно возросло число изучаемых научных проблем, а также количество эмпирических исследований, содержание которых не соответствует научным требованиям. Постановка научных проблем значительно преобладает по сравнению с качественным проведением эмпирических исследований. Сравнивая научное знание в области психотерапии с другими дисциплинами, изучающими психическое здоровье, можно сделать вывод, что психотерапия характеризуется значительным повышением числа элементов, сформулированных как проблема; значительно большим числом работ с некорректным содержанием; значительно меньшим числом гипотез и сформулированных научно-теоретических программ исследования. Это свидетельствует о более низком развитии психотерапии как области знаний по сравнению с психиатрией и неврологией.

С учетом проведенного анализа были сформулированы представления о сущности научной проблемы в психотерапии как части медицины. Определены основные задачи и проблемы, которые следует учитывать при планировании научных исследований, позволяющих осуществить дальнейшее развитие психотерапии.

Проведенные исследования *предметной области психотерапии* с анализом научных публикаций за последние 10 лет показали, что их теоретическое разнообразие создает сложности в методологическом осмыслении психотерапевтических явлений и сдерживает развитие психотерапии как области знаний в медицине. Предметом психотерапии как

складывающейся научной специальности в будущем должна явиться сложная многоуровневая система, опирающаяся на существующие естественнонаучные классификации в медицине (психиатрии), отражающая особенности индивидуального реагирования (адаптации) человека в психических и психологических феноменах и продолжающаяся далее во взаимодействии с социальной средой и социальными процессами, выражающимися в форме обращения к другому человеку или группе людей и социуму в целом посредством лингвистических и экстралингвистических характеристик. Определены научные дисциплины и области знаний, имеющие значение для дальнейшего развития психотерапии.

**Научные исследования психотерапии (на модели невротических расстройств) с позиций клинической психотерапии.** Для подтверждения выдвинутой гипотезы о предметной области психотерапии проведены три серии научных исследований.

В первой серии было продолжено изучение связи невротических расстройств с особенностями системы отношений личности. Клинический патоморфоз невротических расстройств в последние десятилетия требует продолжения исследований интрапсихических и интерпсихических конфликтов, выступающих в качестве первичных и вторичных механизмов невротических расстройств.

В понимании сущности указанных конфликтов и их роли в патогенезе невротических расстройств большую роль играют отношения личности. Между тем экспериментально-психологические методы исследования значимых отношений разработаны недостаточно. Для более объективного исследования отношений личности больных разработан оптимизированный (краткий) вариант «Методики изучения значимых отношений», впервые предложенный Т.Т. Иосибадзе (1983) на основе проективного и психолингвистического подходов. Методика является валидной и статистически надежной для исследования системы отношений личности больных с невротическими расстройствами и может использоваться как методический подход при трактовке понятия «психологические отношения» в его общем понимании как психологических связей личности с действительностью.

Целью данной серии исследований являлось изучение системы отношений личности больных с невротическими расстройствами и ее взаимосвязей с основными клиническими характеристиками. Конкретными задачами являлось исследование интрапсихических (внутриличностных) и интерпсихических (межличностных) конфликтов у больных с невротическими расстройствами с учетом их клинического патоморфоза; оптимизация «Методики изучения значимых отношений» личности (МИЗО); исследование динамики клинических и психологических

показателей больных с невротическими расстройствами под влиянием психотерапии.

Было изучено 110 больных с невротическими расстройствами до и после лечения. В качестве контрольной группы были обследованы здоровые в количестве 86 человек: 78 женщин, 32 мужчины. Больные исследовались в Отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург) в период 2004 – 2007 гг. Диагностика невротических расстройств строилась на основании позитивного и негативного критериев, принятых в отечественной психиатрии (Карвасарский Б.Д., 1990). Для анализа и сравнительных исследований все пациенты были разделены на клинические группы. Из пациентов с невротическими расстройствами (92 чел., 83,6%), были выделены группы согласно ведущему синдрому: депрессивный (22 чел., 23,9 %); фобический (37 чел., 40,2%) и обсессивный (33 чел., 35,9%). Длительность невротических расстройств составила от 1 года до 15 лет. Невротическое расстройство длительностью до одного года диагностировано у 20 чел. (21,7%), до трех лет — у 45 чел. (48,9%), до пяти лет — у 16 чел. (17,4%), свыше пяти лет — у 11 чел. (12%). Больные с длительностью заболевания свыше 10 лет составили группу с невротическим развитием личности (18 чел. – 16,6%).

Клинически и на основании данных лабораторных исследований отмечена тенденция к усилению многомерности интрапсихических (внутриличностных) конфликтов, что соответствует полиморфизму клинических проявлений невротических расстройств в настоящее время. Интерпсихические (межличностные) конфликты играют существенную роль в формировании вторичных (фиксирующих) механизмов невротических расстройств и также отличаются многомерностью.

После проведенного лечения отмечена динамика основных элементов МИЗО, в частности — показатель числа Конфликтов по МИЗО значительно снизился ( $p < 0,01$ ). Подобный результат отражает реорганизацию системы отношений личности испытуемого в процессе психотерапии. Пациент приобретает способность разрешения трудностей, обусловленных изначально недостаточно адекватными отношениями личности в определенных жизненных обстоятельствах, которые могут быть не только условием внешних и внутренних конфликтов, но и причиной неспособности человека успешно их разрешать. Исследование в динамике количественных и качественных показателей системы отношений личности указывает на возможность их использования для оценки эффективности психотерапии больных с невротическими расстройствами. Под влиянием психотерапии формируются более конструктивные психологические отношения, что обуславливает уменьшение симптоматики

невротических расстройств и улучшение индивидуального и социального функционирования больных.

При планировании второй серии исследований учитывалось, что применение различных методов психотерапии, представляющих собой преимущественно речевые практики, позволяет предположить, что динамика лингвистических характеристик речи больных в процессе психотерапии в определенной мере связана с клинико-психологическими феноменами. С этой целью было проведено исследование 80 больных с невротическими расстройствами до начала лечения и после его завершения (36 мужчин и 44 женщин) в возрасте от 18 до 62 лет (69% — в возрасте от 20 до 40 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. В ходе исследования из основной группы были исключены 4 человека с сочетанием невротического расстройства с различными формами органической патологии головного мозга (последствия перенесенных нейроинфекций в детстве, церебральные арахноидиты и др.). Показатели этих больных не были включены в статистическую обработку. В качестве контроля были обследованы 50 здоровых испытуемых (не страдавших нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, без клинических признаков органического поражения головного мозга). Состав обследованных в группах больных с невротическими расстройствами и здоровых был сходен по полу, возрасту и образованию.

По клинической классификации больные распределились следующим образом: истерический невроз — у 28 (35%) пациентов, неврастения — у 22 (27,5%), невроз навязчивых состояний — у 30 (37,5%). Длительность заболевания составила от 1 года до 9 лет. Ведущими синдромами были: фобический, астенический, депрессивный и ипохондрический. По стадиям невроза больные распределились следующим образом: острый невроз — 17 (21,25%) человек, затяжной невроз — 42 (52,5%) человека, невротическое развитие — 21 (26,25%) человек.

Были изучены лингвистические характеристики больных с невротическими расстройствами, в частности: структурная организация и лингвистические характеристики речи; динамика лингвистических особенностей речи в процессе психотерапии; взаимосвязь лингвистических характеристик речи у больных с различными формами невротических расстройств и клинико-психологических характеристик; лингвистические маркеры основных клинических и клинико-психологических характеристик больных.

Динамика психолингвистических показателей в группах с различными формами невротических расстройств свидетельствует о снижении при всех клинических типах расстройств количества слов, предложений,

коэффициента эмболии; увеличении размера предложения в словах и снижении показателя местоимений при обсессивно-фобическом расстройстве; уменьшении количества слов и предложений, коэффициента пассивного залога, увеличении коэффициента глагольности при неврастении и истерическом неврозе. В группах с разными типами мотивации к психотерапии выявлены особенности динамики психолингвистических показателей: у пациентов с мотивацией на получение вторичной выгоды от болезни отмечено достоверное уменьшение в речи глаголов и коэффициента глагольности; в группах с мотивацией на инсайт и на изменение поведения — повышение коэффициента словарного разнообразия. Установлены различия психолингвистических характеристик речи в зависимости от результата проведенной психотерапии: при выраженном улучшении и выздоровлении отмечено увеличение коэффициентов связности и словарного разнообразия. Наиболее выраженные позитивные психолингвистические изменения, по сравнению с больными, которым проводилась только индивидуальная психотерапия, выявлены у пациентов, прошедших индивидуальную или групповую психотерапию в сочетании с биологической терапией. Это может свидетельствовать о большей эффективности комплексных программ лечения в условиях краткосрочного пребывания в стационаре.

Обнаружена связь между клиническими и клинкопсихологическими характеристиками, с одной стороны, и психолингвистическими показателями речи больных с невротическими расстройствами, а также особенностями клинической динамики — с другой стороны, что дает возможность рассматривать их в клинколингвистическом единстве, отражающем связь языка с клиническими проявлениями невротических расстройств.

При планировании третьей серии исследований учитывалось, что церебральная дефицитарность, отягощенность «органической почвой» все чаще отмечаются у больных с невротическими расстройствами, что связано с совершенствованием диагностического инструментария, в частности, с использованием в диагностических целях нейропсихологических методик, явлениями «ложного патоморфоза», необходимости его учета в дифференциальной диагностике невротических и неврозоподобных расстройств.

Обследовано 60 больных с невротическими расстройствами (14 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 17 до 56 лет (83% — в возрасте от 20 до 40 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. В качестве контроля были обследованы 52 здоровых испытуемых (не страдающих нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, без кли-

нических признаков органического поражения головного мозга). Состав обследованных в группах больных с невротическими расстройствами и здоровых был сходен по полу, возрасту и образованию. По формам невротического расстройства больные распределились следующим образом: истерический невроз — у 31 пациента (51,7%), неврастения — у 18 (30%), невроз навязчивых состояний — 11 (18,3%). Длительность заболевания составила от 1 года до 5 лет. Ведущими синдромами были: фобический, астенический, депрессивный и ипохондрический. По стадиям невротического расстройства больные распределились следующим образом: острое невротическое расстройство – 17 человек (28,4%), затяжное невротическое расстройство – 21 человек (35%), невротическое развитие – 22 человека (36,6%).

Результаты проведенного исследования показали, что при невротических расстройствах существенную роль играют наличие, тип и выраженность мозговой дефицитарности, характер функциональной межполушарной асимметрии головного мозга (ФМПАГМ) и уровень алекситимии. Отмечена тенденция к преобладанию смешанного типа мозговой дефицитарности с большей выраженностью левосторонней при остром течении невротического состояния и к нарастанию частоты мозговой дефицитарности по мере хронизации заболевания (практически полное отсутствие «интактных» больных с более выраженной правосторонней мозговой дефицитарностью при невротическом развитии). У больных с правосторонней ФМПАГМ правая гемисфера более уязвима и под влиянием различных неблагоприятных факторов у них быстрее развивается декомпенсация как на нейропсихологическом уровне (в виде преобладания правосторонней мозговой дефицитарности над левосторонней), так и на клиническом и психологических уровнях (в виде повышения соматизации и алекситимии). Исходя из данных о наиболее клинически и прогностически неблагоприятном значении для больных с невротическими расстройствами правополушарного типа ФМПАГМ, особенно в сочетании с алекситимией, в качестве наиболее эффективных в этом случае следует рекомендовать психотерапевтические и психопрофилактические мероприятия, направленные на снижение алекситимии и активацию левополушарной стратегии поведения (когнитивного стиля).

Таким образом, полученные данные подтвердили представление о предметной области психотерапии как складывающейся научной специальности. В ее становлении играют роль такие функциональные характеристики, как тип межполушарной асимметрии головного мозга и минимальная мозговая дефицитарность, отражающие особенности индивидуального реагирования (адаптации) человека в психических и психологических проявлениях, связанных в том числе с системой отношений

личности; их реализация в форме обращения к другому человеку, группе людей и социуму посредством языковых (лингвистических) и экстралингвистических феноменов, отражающих связь языка с клиническими характеристиками невротических расстройств.

## ВЫВОДЫ

1. Существующая организация психотерапевтической помощи в стране принципиально позволяет более полно интегрировать психотерапию в медицину и здравоохранение. Для этого необходимо решение ряда научно-организационных задач, к числу которых относятся: развитие основных элементов инфраструктуры психотерапевтической помощи, в том числе достижение разработанных оптимальных показателей численности амбулаторных кабинетов в общемедицинской сети с учетом основных факторов, определяющих потребность в них; наличие стационарного психотерапевтического отделения и психотерапевтического центра в структуре уже известных психиатрических учреждений и вне их; внедрение критериев и методов оценки состояния психотерапевтической помощи в регионе.

2. В связи с многомерностью предметной области психотерапии потребность в психотерапевтической помощи обуславливается не только заболеваемостью и болезненностью невротическими и другими пограничными психическими расстройствами, но и социально-экономическими условиями, уровнем психологической культуры населения и традициями, общественным сознанием в целом.

3. В условиях применения в здравоохранении многочисленных методов основных направлений в психотерапии они должны интегрироваться с учетом профессиональных психотерапевтических стратегий и индивидуальных психотерапевтических программ. Различия психотерапевтических стратегий, используемых врачами-психотерапевтами, а также клиническими (медицинскими) психологами в большей степени определяются индивидуально-психологическими характеристиками специалистов, особенностями обучения и профессиональными традициями и в меньшей степени клиническими факторами, что предполагает изменение системы профессионального обучения.

4. Для целей развития психотерапевтической помощи необходимо внедрение методики клинико-психотерапевтического анализа, которая рассматривает процесс психотерапии с точки зрения предметной ее сущности, а не частных методов; методика, позволяет осуществлять клинический анализ процесса лечения, основанного на

индивидуальных дифференцированных программах, включающих различные методы.

5. Существуют общие факторы психотерапевтического процесса, влияющие на качество оказания психотерапевтической помощи, которые должны учитываться в индивидуальных психотерапевтических программах, предполагающих сочетание методов, форм и видов психотерапии на основе клинических, клинико-психологических и клинко-лингвистических данных, а также разработанной типологии психотерапевтических мишеней. Типология психотерапевтических мишеней включает мишени, учитывающие: нозологическую специфику заболевания; психологические факторы, факторы психотерапевтического процесса; клиническую ситуацию; мишени, связанные с психотерапевтическими методами. Эта типология может стать основой диагностики и стандартизации в психотерапевтической практике.

6. Разработанная методология оценки качества психотерапевтической помощи и принятые на ее основе целевые показатели работы психотерапевтических служб позволяют осуществлять оценку организационной и содержательной сторон психотерапевтической деятельности и создают условия для более полной интеграции психотерапии в медицину и здравоохранение.

7. Для дальнейшего развития психотерапии необходимо изменение профессионального обучения врачей-психотерапевтов и клинических (медицинских) психологов в соответствии с предлагаемой интегративной дидактической концепцией и созданных на ее основе унифицированных программ подготовки врачей-психотерапевтов и клинических (медицинских) психологов, участвующих в психотерапевтическом процессе.

8. Достигнутый уровень теоретико-методологического анализа в области психотерапии, постановки научных проблем и задач, а также эмпирические данные позволяют рассматривать психотерапию как раздел знаний, находящийся в развитии от междисциплинарной области к самостоятельной медицинской науке.

9. Результаты проведенных клинко-экспериментальных исследований показали, что дальнейшее развитие психотерапии требует создания условий для более осознанной интеграции в психотерапию достижений пограничных наук и, в первую очередь, клинической и социальной психологии, нейропсихологии, лингвистики, а также других областей знания о языке.



## Практические рекомендации

1. С целью повышения эффективности психотерапии невротических расстройств необходимо применение индивидуальных психотерапевтических программ, для реализации которых следует использовать: 1) методику определения психотерапевтических мишеней, 2) методику клинико-психотерапевтического анализа отдельного случая, 3) организационные решения по бригадному взаимодействию специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь, 4) супервизию.

2. Дальнейшее развитие профессионального образования требует: 1) разработки образовательных стандартов подготовки специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь, в частности — 700-часового стандарта по специальности «психотерапия» для врачей-психотерапевтов и 1500-часового стандарта для клинических (медицинских) психологов; 2) повышение качества работы образовательных учреждений, проводящих подготовку указанных специалистов.

3. Улучшение психотерапевтической помощи и ее оценка на разных уровнях должны предусматривать: 1) совершенствование оснащения психотерапевтических подразделений (кабинетов, отделений, центров); 2) гибкое развитие инфраструктуры психотерапевтической службы в соответствии с потребностью в психотерапевтической помощи населения; 3) сочетание бюджетных и внебюджетных амбулаторных и стационарных, терапевтических и реабилитационных подразделений; 4) сохранение технологического единства психотерапевтических учреждений, входящих в психотерапевтическую службу.

4. Предложенная многоуровневая система оценки качества психотерапевтической службы должна включать: 1) критерии качества структуры психотерапевтической помощи; 2) критерии качества психотерапевтического процесса; 3) планируемые результаты деятельности психотерапевтических учреждений; 4) экспертную оценку деятельности руководителей подразделения и психотерапевтического учреждения. На основании этого анализа принимаются решения, направленные на оптимизацию деятельности психотерапевтических учреждений с учетом индикаторов ее качества.

**Список печатных работ, опубликованных  
по теме диссертации**

***Научные статьи, опубликованные в журналах,  
рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ***

1. Назыров Р.К. Центр психотерапии— основное звено психотерапевтической и медико-психологической службы территории / Р.К. Назыров, А.П. Пестряков, О.А. Калининченко // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 1994. – № 1. – С. 178–182.
2. Назыров Р.К. О влиянии социально-психологических факторов на реализацию индивидуальных психотерапевтических программ в условиях психотерапевтического отделения / Р.К. Назыров, С.И. Исаева, А.Д. Чанько // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 1995. – № 3. – С. 101–104.
3. Назыров Р.К. О состоянии психотерапии и медицинской психологии в России и мерах по их дальнейшему развитию / Р.К. Назыров, М.М. Кабанов, Б.Д. Карвасарский, Е.И. Чехлатый // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1995. – Т. 5, № 2. – С. 103–108.
4. Назыров Р.К. Психотерапия в наркологии: Состояние и перспективы развития / Б.А. Казаковцев, Б.Д. Карвасарский, Р.К. Назыров, Е.И. Чехлатый // *Наркология.* – 2003. – № 11. – С. 22–26.
5. Назыров Р.К. К выходу в свет третьего издания «Психотерапевтической энциклопедии» / Б.Д. Карвасарский, Р.К. Назыров, Е.И. Чехлатый // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2004. – № 2. – С. 27–28.
6. Назыров Р.К. Клинико-лингвистические характеристики больных невротизмом и их динамика в процессе психотерапии / Р.К. Назыров, М.Б. Ремесло // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2007. – № 2. – С. 21–24.
7. Назыров Р.К. Исследование особенностей системы отношений личности пациентов с невротическими расстройствами / Н.Н. Мурычева, Р.К. Назыров // *Медицинская наука и образование Урала.* – 2009. – № 3. – С. 18–27.
8. Назыров Р.К. Динамика психолингвистических характеристик больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии / Р.К. Назыров, М.Б. Ремесло // *Вестник психотерапии.* – 2010. – № 35 (40). – С. 38–49.

9. Назыров Р.К. Клинико-психотерапевтический анализ: методика / Р.К. Назыров, С.В. Ляшковская, И.В. Бубнова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 12. – С. 15–23.
10. Назыров Р.К. Клинико-психотерапевтический анализ: результаты / Р.К. Назыров, С.В. Ляшковская, И.В. Бубнова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 12. – С. 23–28.
11. Назыров Р.К. О разработке интегративной дидактической концепции преподавания психотерапии / Р.К. Назыров, М.Б. Ремесло // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 4. – С. 74–77.
12. Назыров Р.К. Клинико-психологическое исследование системы отношений личности больных с невротическими расстройствами (в связи с задачами диагностики и оценки эффективности психотерапии) / Р.К. Назыров, Н.Н. Мурычева // Психическое здоровье. – 2010. – № 8. – С. 14–19.
13. Назыров Р.К. О значении мозговой дефицитарности и функциональной межполушарной асимметрии головного мозга при невротических расстройствах и их психотерапии / Д.О. Белогорцев, А.Г. Кондинский, Р.К. Назыров, А.У. Тархан, А.П. Федоров // Психическое здоровье. – 2010. – № 10. – С. 9–14.
14. Назыров Р.К. О предметной области клинической психотерапии как складывающейся самостоятельной дисциплины в системе медицинских наук / Р.К. Назыров, В.В. Холявко // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – № 5. – С. 28–34.
15. Назыров Р.К. Об оценке качества психотерапевтической помощи / Р.К. Назыров, Н.Д. Букреева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2012. – № 2. – С. 8–14.

***Монографии, пособия для врачей, методические рекомендации***

16. Психотерапевтическая энциклопедия. – 3-е изд., перераб. и доп. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
17. Психотерапия: учебник для вузов. – 4-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2012. – 672 с.
18. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н.Г. Незнанова и Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008. – 528 с.

19. Клиническая психология: учебник для вузов. – 4-е изд., перераб. и доп. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2011. – 864 с.
20. Организация системы психотерапевтической помощи больным с невротическими состояниями: методические рекомендации / СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; сост.: Т.В. Алхазова, Р.К. Назыров, Б.Д. Карвасарский и др. – СПб., 1995. – 28 с.
21. Вопросы экспертизы при сертификации врачей-психотерапевтов и лицензирования учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь: методические рекомендации / СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Р.К. Назыров, С.А. Подсадный, А.Г. Кондинский. и др. – СПб., 1997. – 29 с.
22. Теоретическое обоснование и практическое применение комплексных профессиональных стратегий в психотерапии: пособие для врачей / СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, Т.А. Караваева, Е.А. Колотильщикова, Е.Б. Мизинова, Р.К. Назыров, С.А. Подсадный, В.В. Холявко. – СПб., 2003. – 40 с.
23. Организация и проведение психотерапии в условиях клинического подразделения внебольничной психотерапии (внутрибольничного психотерапевтического центра), учреждений оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь: методические рекомендации / СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: В.В. Холявко, Р.К. Назыров, М.Б. Ремесло, С.В. Логачева, В.Я. Сазонов. – СПб., 2011. – 36 с.
24. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации / СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Р.К. Назыров, С.В. Логачева, М.Б. Ремесло, В.В. Холявко, И.О. Павловский. – СПб., 2011. – 18 с.

#### *Другие научные публикации*

25. Назыров Р.К. Комплексная психотерапия больных с бронхиальной астмой / Р.К. Назыров, Н.П. Панюшкина, В.П. Князев. – Хабаровск: Хабаровский гос. мед. ин-т., 1985. – 24 с.
26. Назыров Р.К. Некоторые современные варианты вестационарной психиатрической помощи / Д.Б. Ересько, Б.Ф. Приленский, Б.Ю. Приленский, А.Г. Кондинский Р.К. Назыров // Психическое здоровье населения России: труды общероссийской научно-практической конференции. – Ижевск, 1994. – С. 137–140.

27. Nazyrov R.K. Clinical and Psychological Foundation of a Regional Mental Health Program / R.K. Nazyrov, D.B. Eresko // Abstracts The 10-th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry: Medicine and Psychology in a Holistic Approach to Health and Illness. – St.-Pbg., 1994.
28. Назыров Р.К. Российская психотерапевтическая ассоциация: организационные основы, цели и задачи деятельности / Р.К. Назыров // Психотерапия: от теории к практике: материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. – СПб.: Изд. СПб НИПНИ им. В.М, Бехтерева, 1995. – С. 75–81.
29. Назыров Р.К. О преподавании психологии и психотерапии в Тюменском медицинском институте/ Р.К. Назыров, Ю.Ф. Приленский, Б.Ю. Приленский // Психотерапия: от теории к практике: материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. – СПб.: Изд. СПб НИПНИ им. В.М, Бехтерева, 1995. – С. 161–165.
30. Назыров Р.К. О значении методики психотерапевтического контракта при реализации индивидуальных психотерапевтических программ у больных с невротическими расстройствами / Р.К. Назыров // Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии: материалы докладов Международной научно-практической конференции. – Владивосток-Томск, 1997. – С. 88–90.
31. Nazyrov R.K. Ammons Dynamische psychiatrie als wissenschaftliche und organisatorische Grundlage der humanistischen reform der stationären psychiatrischen Behandlung in Russland / B.D. Karvassarsky, R.K. Nazyrov // Dynamische psychiatrie. – 1997. – Jahrg. 30. – S. 96–100.
32. Nazyrov R.K. Ammon's dynamic psychiatry as scientific methodological and organizational basis of the humanist reformation of the inpatient care in Russia mental hospitals / B.D. Karvassarsky, R.K. Nazyrov // Abstracts The 11-th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry: The integration of Psychotherapy in Psychiatry. – Munich, 1997.
33. Назыров Р.К. Психофизиология эмоций и эмоциональный копинг при неврозах / Р.К. Назыров, Б.Д. Карвасарский, Е.М. Поморова, В.Б. Слезин, Е.И. Чехлатый // XXX Всероссийское совещание по проблемам высшей нервной деятельности: тезисы докладов. – СПб., 2000. – Т. 2. – С. 388–391.
34. Назыров Р.К. О системе клинического испытания новых психотерапевтических методов и ее месте в дальнейшем совершен-

- вовании отечественной психотерапии. / Р.К. Назыров // Психическое здоровье. Санкт-Петербург – 2000: материалы конф., 20-21 апреля 2000 г. – СПб.: Изд-во СПбГТУ, 2000. – С. 141–144.
35. Назыров Р.К. Психотерапия: клиническая и психологическая реальность / Р.К. Назыров // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: материалы Российской конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике», Иваново, 26-28 мая 1999 г. – СПб.-Иваново, 2000. – С. 96–101.
  36. Назыров Р.К. Особенности мотивации, психотерапевтического заказа и социально-демографических характеристик пациентов, обращающихся за помощью в государственные и частные психотерапевтические кабинеты / Р.К. Назыров, В.В. Коровичин // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: материалы Российской конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике», Иваново, 26-28 мая 1999 г. – СПб.-Иваново, 2000. – С. 491–499.
  37. Назыров Р.К. Актуальные проблемы российской психотерапии / Р.К. Назыров, Б.Д. Карвасарский, Ю.Я. Тупицын, Е.И. Чехлатый // XIII съезд психиатров России, Москва, 10–13 окт. 2000 г.: материалы съезда. – М., 2000. – С. 296.
  38. Nazyrov R.K. Psychophysiology of Emotions and Emotional Coping in Neuroses / E.I. Chekhlaty, B.D. Karvassarsky, R.K. Nazyrov, Ye.M. Pomorova // Abstracts The 13-th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry: The Relevance of Groups for Illness, Health and Healing. – München, 2001. – S. 60.
  39. Назыров Р.К. Медицинская психология и реабилитация: история и современность / Р.К. Назыров, Б.Д. Карвасарский, С.А. Подсадный, Е.И. Чехлатый // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2001. – Т. 134. – С. 203–210.
  40. Назыров Р.К. Определение объекта, как возможность совершенствования научно-теоретических основ психотерапии / Р.К. Назыров // Психология и психотерапия: актуальные проблемы клинической психологии и психотерапии в условиях современной культуры: III Всероссийская конференция: тезисы докладов. – СПб., 2001. – С. 81–82.
  41. Унифицированная программа переподготовки и тематических усовершенствований по специальности 022700 – «клиническая психология» / М.Н. Гордеев, Б.Д. Карвасарский, Р.К. Назыров и др. – М., 2002. – 192 с.

42. Назыров Р.К. Вопросы методологии психолингвистических исследований в психотерапии / Р.К. Назыров, М.Б. Ремесло, Е.А. Юданова // Интегративная медицина: новое содержание и перспективы развития: материалы межрегион. науч.-практ. конф. – СПб., 2002. – С. 64–67.
43. Назыров Р.К. К вопросу о «психотерапевтическом диагнозе» / Р.К. Назыров, С.В. Логачева // Интегративная медицина: новое содержание и перспективы развития: материалы межрегион. науч.-практ. конф. – СПб., 2002. – С. 58–61.
44. Nazyrov R.K. Medical Psychology and Rehabilitation. History and Present Status / R.K. Nazyrov, B.D. Karvassarsky, S.A. Podsadnyi, A.V. Vassilieva // International Journal of Mental Health. – 2002. – Vol. 31, № 1. – P. 71–77.
45. Назыров Р. К. Перспективы стационарной психотерапии / В. А. Абабков, Б. Д. Карвасарский, Р. К. Назыров, Е. И Чехлатый // Вопросы подготовки клинических психологов, специалистов по социальной работе и врачей психотерапевтов: материалы II Всероссийского совещания МЗ и СР РФ. – Оренбург, 2005. – С. 106–119.
46. Назыров Р. К. Развитие психотерапевтической помощи в условиях реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации / Р. К. Назыров // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: сб. тезисов науч. конф. с международным участием, Санкт-Петербург, 26-27 мая 2005 г. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – С. 49–53.
47. Назыров Р.К. К вопросу о клинической психотерапии / Р.К. Назыров // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: сб. тезисов науч. конф. с международным участием, Санкт-Петербург, 26–27 мая 2005 г. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – С. 286–287.
48. Naszyrov R.K. The Future of Inpatient Psychoterapy in Russia / V.A. Ababkov, B.D. Karvasarsky, R.K. Naszyrov, N.G. Neznanov, V.D. Wied // Dynamic Psychiatry. – 2005. – Heft 210/211, Jahrgang 1. – S. 73–88.
49. Назыров Р.К. О клинической психотерапии / Р.К. Назыров, В.В. Холявко // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: сб. тезисов науч. конф. с международным участием, Санкт-Петербург, 15–17 февраля 2006 г. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. – С. 41–42.

50. Назыров Р.К. О показаниях к стационарной психотерапии / А.В. Васильева, С.Н. Мавров, Р.К. Назыров, С.В. Полторац // Психоневрология в современном мире: материалы Юбилейной научной сессии, Санкт-Петербург, 14-18 мая 2007 г. / под ред. Н.Г. Незнанова; СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб.: Изд-во «Человек и здоровье», 2007. – С. 242–243.
51. Назыров Р.К. Динамика психотерапевтической помощи в Российской Федерации в условиях реформирования здравоохранения / Р.К. Назыров // Психоневрология в современном мире: материалы Юбилейной научной сессии, Санкт-Петербург, 14–18 мая 2007 г. / под ред. Н.Г. Незнанова; СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб.: Изд-во «Человек и здоровье», 2007. – С. 265–266.
52. Назыров Р.К. К осмыслению проблематики психотерапии как области научно-практической деятельности / Р.К. Назыров, В.В. Холявко, В.В. Андрушин // Психоневрология в современном мире: материалы Юбилейной научной сессии, Санкт-Петербург, 14–18 мая 2007 г. / под ред. Н.Г. Незнанова; СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – СПб.: Изд-во «Человек и здоровье», 2007. – С. 266–267.
53. Назыров Р.К. О развитии концепции внебольничной психотерапии / Р.К. Назыров, В.В. Холявко, С.В. Логачева // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: материалы науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 21-22 мая 2009 г. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – С. 214–215.
54. Назыров Р.К. Психотерапия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь / С.М. Бабин, С.В. Логачева, Р.К. Назыров // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб., 2009. – Т. 2. – С. 19–31.
55. Назыров Р.К. О развитии клинической психотерапии / Р.К. Назыров, В.В. Холявко // XV Съезд психиатров России, Москва, 9-12 ноября 2010 г.: материалы съезда. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 316.



Подписано в печать 27.02.2012. Формат 60 x 84/16.  
Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева  
методом оперативной полиграфии.  
Заказ № /12. Тираж 100 экз.

---

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, тел. 365-20-80