

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ПЕНЗЫ

В.М. Николаев, Ю.Б. Баженова, Е.В. Петрова

*ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России  
ГБУЗ Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова*

Проблема изучения психогенных заболеваний приобретает все большую актуальность, поскольку именно они чаще всего отражают дезадаптивный ответ организма на патогенное влияние среды [1, 6]. Неврозы относятся к классу психогенно-обусловленных заболеваний, при которых механизмы формирования, клиническая картина и во многом исход определяются психической травмой и особенностями личности, что объясняет адекватность и широкое распространение различных форм психотерапии. При этом основными целями психотерапевтического воздействия являются изменение нарушенной системы отношений больного, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, формирование критического отношения пациента к болезни, своему состоянию и к микросоциальным отношениям в целом. Это, в свою очередь, требует от психотерапевта и психолога глубокого и всестороннего изучения личности больного, особенностей эмоционального реагирования, знания индивидуального своеобразия его мотиваций, структуры и функционирования системы отношений и, следовательно, важнейшего звена этиопатогенетических механизмов возникновения и сохранения патологического состояния [5, 9, 10].

**Целью** нашей работы явилось определение эффективности разработанной апробированной нами модели комплексной, поэтапной, дифференцированной терапии и реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами в условиях реабилитационного психотерапевтического центра ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р.Евграфова».

## Материал и методы исследования

Были обследованы 48 пациентов, 12 мужчин и 36 женщин, в возрасте от 43,1±5,2 лет с критериями под-

рубрик МКБ-10 F40, F41 «Фобические и тревожные расстройства», F42 «Обсессивно-компульсивные расстройства», F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», F06.3 «Органические расстройства настроения (аффективные)», F06.6 «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство».

Для реализации цели исследования пациенты были распределены в 2 группы. Первую группу (30 чел.) составили лица с психогенно обусловленными психическими расстройствами (ПОПР). Во вторую группу (18 чел.) вошли пациенты, страдающие органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза (ОЗГМ).

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и патопсихологический. В качестве методик патопсихологической диагностики использовались модифицированные тесты: Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММПИ) в адаптации Л.Н.Собчик для определения личностных особенностей [15]; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); шкала депрессии Бека (BDI); шкала тревоги Бека (BAI); тест Спилбергера-Ханина для оценки тревоги и депрессии; шкала «Отношение к лечению», разработанная СпбПНИИ им.В.М.Бехтерева для определения особенностей мотивационных процессов заболевания; шкала оценки социальной реадaptации (Holmes & Rahe, 1967) для выявления стрессовых факторов, влияющих на формирование психогенных расстройств.

В статистической обработке результатов был использован непараметрический статистический метод U-критерий Mann-Whitney.

## Результаты

Сравнительный анализ двух групп показал значительные различия в их клинических проявлениях.

Так, несмотря на преобладание астенической симптоматики в обеих группах, ее психопатологическая структура, степень глубины расстройств отличались. Если в первой группе преобладали симптомы раздражительной слабости, капризности, диссомнические и другие проявления гиперстенического характера, то во второй группе преобладали синдромы психической и физической утомляемости, вплоть до гипостенических проявлений с истощаемостью, резкими ограничениями контактов, попытками преодолеть астению, сопровождающиеся выраженными вегето-сосудистыми проявлениями на фоне устойчивой эмоциональной лабильности. Ипохондрическая симптоматика была одинаково равно представлена в обеих группах. Вместе с тем, проявления аффективно-идеаторной ригидности были более выражены во второй группе. Коммуникативные функции также в большей степени были нарушены у пациентов второй группы, по-видимому, за счет более глубоких расстройств астенического круга. Невротические депрессивные расстройства отличались подавленностью, угнетением, без резкого снижения витальных влечений и без сенестопатических расстройств. Депрессивные переживания у них были локализованы зоной психотравмирующей ситуации. Депрессии в рамках органических заболеваний отличались выраженным соматоформным компонентом, раздражительностью, идеями самообвинения, слезливостью.

Анализ ММРІ выявил наиболее высокие показатели по 2 шкале – депрессивное состояние (>80 Т)

у всех обследуемых, а также пики 7 шкалы психастении или фиксации тревоги и ограничительного поведения (наибольшие в первой группе). Выявлены высокие значения 1 шкалы (>70 Т), отражающие тенденции сверхконтроля, избыточного внимания к отклонениям функционирования организма. Выходящая за пределы нормы 8 шкала в обеих группах больных не определяла шизоидность в прямом смысле слова, а была расценена, как невротическое состояние с непредсказуемостью поступков, отрывом от реальности (табл. 1).

Таким образом, психологические портреты пациентов имели значимые различия, а именно, личность больных с психогенно обусловленными психическими расстройствами, обладает характерными свойствами, в которых основным является наличие тревожно-мнительного и/или депрессивного радикала с астеническими и ипохондрическими проявлениями. Больным второй группы свойственны ригидный стереотип поведения, ориентированный на заботу о своём физическом благополучии, а также неудовлетворенная потребность в контактах, выражающаяся в нарастании подавленности, тревоги или раздражительности. [15].

Опросники тревоги и депрессии (HADS, BDI, BAI) выявили завышенные показатели с клинически выраженным уровнем эмоциональных расстройств в обеих группах (табл. 1).

Результаты исследования по методике Спилбергера-Ханина показали преобладание умеренного уровня личностной тревожности у больных с пси-

Таблица 1

**Клинико-психологические особенности пациентов**

Клинико-психологические методики	I группа (ПОПР) n=30	II группа (ОЗГМ) n=18
ММРІ (ведущие шкалы)	Депрессия-87 Психастения-83 Шизоидность-79,7 Паранойя-76 Ипохондрия-74,4 Истерия- 73,8 Психопатия-72,9	Шизоидность -88 Депрессия-78 Психастения-79 Психопатия-77 Ипохондрия-75
HADS	Т-11,3 Д-9,7	Т-11,1 Д-10,7
BDI	Д-20,8	Д-21,6
BAI	Т-22,7	Т-20
Тест Спилбергера-Ханина	ЛТ- 44,7 РТ- 52,4	ЛТ- 55,5 РТ- 53,6
Шкала Holmes & Rahe	Изменение в состоянии здоровья члена семьи Изменение финансового положения Усиление конфликтности с супругом Перемены на работе	Травма или болезнь Изменение условий жизни Изменение социальной активности Изменение привычек Изменение финансового положения
Шкала «Отношение к лечению» (ведущий показатель)	Установка на симптоматическое улучшение	Пассивная (иная) установка
Ведущий патопсихологический симптомокомплекс	Психогенно-невротический Личностно-аномальный	Экзогенно-органический Личностно-аномальный

Примечания: Т – уровень тревоги; Д – уровень депрессии; ЛТ – личностная тревога; РТ – реактивная тревога.

хогенно обусловленными психическими расстройствами в сравнении со второй группой. Это можно объяснить ситуационно обусловленным снижением у больных с ПОПР самооценки и уверенности в себе, склонностью сомневаться в правильности своих поступков. Показатели реактивной тревожности были высокими как в первой, так и во второй группах.

Большинство пациентов при оценке по Шкале оценки социальной реадaptации (Holmes & Rahe) показали, что негативные события оказывают значительно большее воздействие на их психическое и физическое здоровье, чем позитивные. При этом стрессогенные факторы были различными в исследуемых группах. Так, в группе с ПОПР из значимых жизненных событий больные выбирали преимущественно изменение в состоянии здоровья члена семьи, финансовые затруднения, усиление конфликтности с супругом, реорганизация в работе. В группе с ОЗГМ основными стрессорами пациенты считали травму или болезнь, изменение условий жизни, изменение привычек и финансового положения.

В процессе лечения больных в психотерапевтическом реабилитационном центре ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им.К.Р.Евграфова» на протяжении 3-х лет нами была апробирована поэтапная, комплексная, дифференцированная система психолого-психотерапевтической помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами [18]. В зависимости от целей и используемых медицинских технологий были выделены три последовательных этапа в структуре проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

Целью первого (диагностического) этапа являлась диагностика заболевания и разработка индивидуального лечебно-реабилитационного плана.

В связи с поставленными задачами использовались следующие медицинские технологии: клинко-психопатологическая диагностика; клинко-лабораторная диагностика. В качестве аппаратных методов применялся прибор автоматической экспресс-диагностики состояния сердечно-сосудистой системы с топической визуализацией («ЭДТВ-Гемодин», «АМП»), электроэнцефалография.

Психологическая диагностика включала в себя исследование психических функций (внимание, память, мышление); эмоциональных реакций и состояний, свойств личности и характера, особенностей мотивационных механизмов, интересов, личностных ценностей и позиций, степень выраженности симптомов тревоги и депрессии, измерение степени выраженности астенического состояния.

Кроме того применялась психофармакотерапия, в основном, седативного и релаксирующего действия. Ключевыми и нацеленными на комплаенс являлись технологии, сопровождаемые терапией средой.

На втором (восстановительном) этапе цели терапевтического воздействия были иными: купирование

основных клинических проявлений, разрешение интрапсихических конфликтов, реконструкция системы личностных отношений.

На данном этапе менялась структурность и приоритетность медицинских технологий: психофармакотерапия, гипносуггестивная психотерапия, индивидуальная рациональная психотерапия; семейное консультирование, личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия, групповая психокоррекция. В комплексном подходе проводилась физиотерапия, как компонент общеукрепляющего («санаторного») лечения.

Психологическое направление было представлено психообразовательной группой; группой краткосрочной интегративной личностно-ориентированной психокоррекции; группой арт-терапии и группами саморегуляции.

Приводим краткое описание используемых нами форм групповой психокоррекции.

В психообразовательной группе на предварительном этапе проводилось обязательное первичное индивидуальное психологическое консультирование с выяснением наличия того или иного информационного дефицита, специфичного для каждого пациента. Обучение осуществлялось с использованием принятой в психообразовании модели интерактивного обучения, где усвоение и закрепление учебного материала происходило в ходе взаимного общения участников и активного дискуссионного процесса [3, 5, 14]. Каждый цикл состоял из 5–6 занятий, 2 раза в неделю.

Краткосрочная групповая интегративная личностно-ориентированная психокоррекция состояла из тренинга «Эмоции и чувства как способы адаптивного реагирования», групповая работа которого проходила в закрытой форме, с проведением мини-лекции и работой с теоретическим материалом. Проводилось исследование собственного эмоционального опыта, тренинговые упражнения (невербальные коммуникативные методики), разбор психотерапевтических случаев. Численность группы – 7–10 человек, при этом состав группы не менялся.

Тренинг «Озаряющая радуга» проводился в открытых группах, численностью от 7 до 15 человек. Частота посещений не регламентировалась. Каждая групповая сессия являлась законченным мероприятием, поэтому носила консультативный характер. Обсуждаемые темы предлагались либо членами группы, либо психологом в форме притчи или истории и являлись источником ассоциаций для членов группы. В процессе групповой работы каждый член группы в связи с предложенной темой возвращался к своим личным переживаниям и концепциям, актуализировал их и выносил на группу. Психолог же в свою очередь давал позитивную интерпретацию, не в качестве попытки успокоения и смягчения негативных переживаний, а с целью получения новой информации, которую они вкладывают в

поиски стратегий преодоления проблем. Блок терапии искусством представлен следующими методами: арт-терапией, музыкотерапией, сказкотерапией. Групповые арт-терапевтические занятия проводились в два раза в неделю. Тематический подход помогал новым участникам включиться в группу и чувствовать себя свободно в рамках заданной темы (темы задавались различные, часто абстрактные или связанные с личными проблемами) [11].

Программа групповой музыкотерапии состояла из 10 занятий. Занятия проводились 3 раза в неделю. Численность групп от 8 до 12 человек. В процессе коррекции использовались как пассивные, так и активные формы музыкотерапии. Программа построена на основе постепенного изменения настроения, динамики и темпов музыкальных произведений с учетом их различной эмоциональной нагрузки.

Группа сказко-терапии проводилась в интерактивной форме в закрытых группах по 5–10 человек с частотой 2 раза в неделю на протяжении всего срока госпитализации. Основные направления работы: сказко-терапевтическая диагностика (проективная диагностика, описывающая как целостную картину личности, так и отдельные ее проблемные и потенциальные элементы) и сказко-терапевтическая коррекция (преодоление проблемных элементов по принципу «расширения спектра альтернативных реакций»). Обсуждаемые темы предлагались психологом в форме сказки, мифа или притчи, благодаря которым пациенты находят общий язык как на сознательном, так и на подсознательном уровнях общения. Каждая сессия являлась продолжением предыдущей темы. В качестве «домашнего задания» пациентам предлагались сочинение историй-сказок, а также выполнение различных психотерапевтических упражнений [2, 16, 17].

Группа саморегуляции была открытой, численностью до 20 человек с ежедневными занятиями под руководством психолога, а также самостоятельными занятиями с обсуждениями на последующих встречах результатов самовоздействий, правильности их выполнения и рекомендациями по развитию навыков релаксации. В процессе групповой работы использовались техники мышечного расслабления (методика прогрессирующей мышечной релаксации; аутогенная тренировка), дыхательная гимнастика, самомассаж.

Третий (реадаптационный) был направлен на закрепление ролевых позиций в микросоциуме, эвристическую формулировку стереотипов реагирования в стрессовых ситуациях, достижение максимально возможного уровня социально-психологического и физического функционирования и его соответствия уровню самооценки, то есть улучшение качества жизни.

В этой связи велась работа над созданием индивидуальной программы вторичной психопрофилактики; подбором поддерживающих лекарственных

препаратов. Давались психогигиенические рекомендации (настрои по Сытину, аффирмации, отработка навыков саморегуляции, рекомендуемая литература и др.); назначались индивидуальная и групповая психокоррекция (амбулаторно).

Для оценки эффективности психотерапии использовались следующие критерии:

- достижение определенной степени понимания больным связи между имеющейся симптоматикой и невротическим конфликтом, между симптоматикой и собственными проблемами;

- перестройка отношения больного, вследствие чего он приобретал большую способность к восприятию нового реального опыта и более адекватных способов реагирования (не только в сфере межличностных отношений, но и отношений больного к самому себе);

- реализация больным нового опыта, новых стереотипов поведения, перестроенных отношений. Это приводило к нормализации функционирования больного в микросоциальной среде, референтной группе.

Характерные изменения, наступившие в терапевтической динамике клинической картины и адаптации пациента, оценивались с учетом трех составляющих: соматического, психологического, социального [5, 12, 13].

Анализ эффективности результатов комплексных психолого-психотерапевтических мероприятий показал, что приблизительно одинаковые начальные показатели уровня тревоги и депрессии в обеих группах (в группе психогенных расстройств – 11,3 и 9,7; в группе органических заболеваний – 11,1 и 10,7) оказались статистически различными при оценке результатов проведенной терапии. Так, в первой группе показатели снижения уровня тревоги и депрессии составили соответственно 5,8 и 4,6, а во второй – 6,2 и 5,8. Наиболее высокие показатели снижения отмечены у пациентов с тревожно-депрессивным синдромом (6,4 и 5,9), а наименьшие – с ипохондрическим синдромом (2,5–3,7).

Для определения динамики осознания психологических механизмов болезни в процессе психотерапии и изучения отношения к лечению в дополнение к клиническому методу использовались клинико-психологические шкалы, которые позволили определить степень понимания пациентом связи между выраженностью имеющихся у него расстройств, ситуацией и способом переживания. Если до начала лечения в I группе преобладало непонимание роли психогенных факторов в возникновении невроза, и, соответственно, ведущей мотивацией на лечение была установка на симптоматическое улучшение (4,41), то к концу госпитализации осознание больными роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных конфликтных ситуаций и понимания их генеза было значительно выше, что доказывает преобладание у большинства пациентов установки на изменение поведения, инсайт

Показатели уровня тревоги и депрессии до и после терапии

Клинико-психологические методики	I группа (ПОПР) n=30		Уровень статистической значимости (U Манна-Уитни)	II группа (ОЗГМ) n=18		Уровень статистической значимости (U Манна-Уитни)
	До терапии	После		До терапии	После	
HADS	T-11,3 Д-9,7	T-5,8 Д-4,6	Uэмп.(126) p≤0,01 Uэмп.(150) p≤0,01	T-11,1 Д-10,7	T-6,2 Д-5,8	Uэмп.(59) p≤0,01 Uэмп.(57,5) p≤0,01
BDI	Д-20,8	Д-10,3	Uэмп.(190) p≤0,01	Д-21,6	Д-13,0	Uэмп.(67,5) p≤0,01
BAI	T-22,7	T-9,0	Uэмп.(136) p≤0,01	T-20,0	T-9,3	Uэмп.(56) p≤0,01

(5,13). Во II группе в начале лечения у больных преобладала установка на пассивное получение помощи (4,95), которая в процессе психотерапии менялась на симптоматическое улучшение (5,42).

О степени восстановления полноценного социального функционирования больного можно было судить по изменению активности его поведения в реабилитационном центре: выполнение обязанностей по самообслуживанию, участие в трудовой терапии, положительное влияние на других больных [5].

Так, оценивая показатели эффективности проведенной психотерапии можно отметить достоверно значимые различия в показателях уровня тревоги и депрессии на фоне комплексной терапии. Использование данной системы оценок позволило не только получать целостное представление о результатах лечения пациентов, но и прогнозировать их устойчивость, а также определять реальные терапевтические задачи и оптимальные психотерапевтические методы для различных категорий больных невротиками.

### Выводы

Внедрение в лечебно-реабилитационный процесс принципов этапности, создание организационных условий по взаимодействию различных специалистов – психотерапевта, медицинского психолога, физиотерапевта, оказывающих комплексную психолого-психотерапевтическую помощь с практикой «ведения

пациента» от момента поступления до его выписки, улучшает не только качество лечения больных с пограничными психическими расстройствами, но и уменьшает сроки их пребывания в лечебном учреждении.

Разработанная комплексная лечебно-реабилитационная модель показала, что помимо общих закономерностей оказания психотерапевтической и фармакологической терапии для больных с пограничными состояниями, необходим дифференцированный подход в зависимости от природы психического заболевания. Так, личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия, реализующая этиопатогенетический подход в понимании и устранении причин и механизмов развития невротозов, была наиболее эффективной у пациентов с психогенно обусловленными психическими расстройствами. Также в группе больных с ПОПР результативным оказалось применение рациональной психотерапии с коррекцией иррациональных систем мышления и поведения, и других методов, основанных на симптоматических психотерапевтических воздействиях, направленных в большей степени на ликвидацию невротической симптоматики. Для больных с ОЗГМ ключевое значение имело смягчение симптоматики и купирование ее комплексными фармакологическими и психотерапевтическими методами. Наиболее эффективными из последних оказались невербальные коммуникативные техники и тематические дискуссии.

### ЛИТЕРАТУРА

- Божко С.А. Нелекарственные методы в медицинской реабилитации больных с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2009. 212 с.
- Вачков И.В. Сказкотерапия: Развитие самосознания через психологическую сказку. М.: Ось-89, 2001.
- Гурович И.Я. (Ред.). Бригадное полипрофессиональное (включая психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию) оказание психиатрической помощи (сборник методических рекомендаций). М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. 284 с.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: «Медпрактика-М», 2007. 492 с.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (Ред.). Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: «Медпрактика-М», 2007.
- Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986.
- Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Сакович Н.А., Соколова Д.Ю. (Ред.). Сказки – это лекарство: Руководство по сказкотерапии. М., 2011.
- Карвасарский Б.Д. (Ред.). Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 1998. 752 с.
- Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1990, С. 385, 448.
- Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985.
- Киселева М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. М.: Речь, 2007.
- Курпатов В.И., Осипова С.А. Формирование психосоматических расстройств: патогенез, саногенез // Науч.-практ. конф. «Вопросы психотерапии и психосоматических расстройств». Пенза, 2012. 192 с.
- Курпатов В.И., Осипова С.А. Формирование психогенно обусловленных расстройств: Учебно-методическое пособие. СПб.: Изд. СГМУ им. И.И.Мечникова, 2011.
- Николаев В.М. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях: Учебное пособие. Пенза, 2012. 19 с.
- Николаев В.М., Сгибов В.Н., Лан И.Л. Реабилитация психически больных: Пособие для врачей. Пенза, 2003. 50 с.
- Савельев В.П., Сгибов В.Н., Орлов В.В. и соавт. Организация бригадной многоуровневой работы психотерапевтического отделения // Науч.-практ. конф. «Вопросы судебной экспертизы и принудительного лечения психически больных». Пенза, 2011. 193 с.
- Сакович Н.А. Использование креативных методов в коррекционно-развивающей работе психологов системы образования: Учебно-методическое пособие. Ч. 2. Сказкотерапевтические технологии. Минск, 2003.
- Собчик Л.Н. (Ред.). Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ): Практическое руководство. М.: ООО «Компания БОРГЕС», 2009.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ПЕНЗЫ

В.М. Николаев, Ю.Б. Баженова, Е.В. Петрова

Статья посвящена оценке эффективности комплексной, поэтапной модели терапии и реабилитации больных невротического профиля. Анализ данных, полученных в ходе комплексных психолого-психотерапевтических мероприятий, показал, что помимо общих закономерностей терапии для больных с пограничными состояниями, необходим дифференцированный подход в зависимости от природы психического заболевания. Внедрение в лечебно-реабилитационный процесс принципов этапности, создание орга-

низационных условий по взаимодействию различных специалистов, оказывающих комплексную медицинскую помощь, улучшает не только качество лечения больных с психогенно обусловленными психическими расстройствами, но и уменьшает сроки их пребывания в лечебном учреждении.

**Ключевые слова:** психолого-психотерапевтические мероприятия, эффективность психотерапии, лечебно-реабилитационный процесс, психогенно обусловленные психические расстройства.

## EFFICACY OF COMPREHENSIVE TREATMENT AND REHABILITATION CARE FOR PATIENTS WITH BORDERLINE MENTAL PROBLEMS IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC REHABILITATION CENTRE IN PENZA CITY

V.M. Nikolayev, Yu.B. Bazhenova, E.V. Petrova

This article reports about efficacy of comprehensive stepwise treatment and rehabilitation model for neurotic patients. Analysis of the data obtained in the course of comprehensive psychological and psychotherapeutic treatment shows the importance of differential approach that takes into account the nature of mental disorder. Introduction of a stepwise model in treatment and rehabilitation, and

arranging multidisciplinary teamwork contribute to a better quality of treatment of psychogenic mental disorders and the patients' shorter stay in the clinic.

**Key words:** psychological and psychotherapeutic treatment, efficacy of psychotherapy, treatment and rehabilitation process, psychogenic mental disorders.

---

**Николаев Виктор Михайлович** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрия-наркология, психотерапия и сексология ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России

**Баженова Юлия Борисовна** – медицинский психолог, ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р.Евграфова»; e-mail: yuliybazhenova@yandex.ru

**Петрова Елена Владимировна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрия-наркология, психотерапия и сексология ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России