

КЛИНИКО-ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ РАЗНОУРОВНЕВЫХ ПСИХОГЕНИЙ, ПРИНЦИПЫ ЕЕ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

К. мед. н. В.В. ЧУГУНОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приводится клиничко-психопатологическое, клиничко-психофеноменологическое и психотехническое обоснование психотерапии разноуровневых психогений. Разработаны метод симультанно-мнестической психотерапии, алгоритм психотерапевтических воздействий и принципы оценки их эффективности.

В настоящее время психотерапия признана одним из основных методов лечения в психиатрии, наркологии и сексологии; важную роль она играет и в общесоматической сети [1–4]. Тем не менее психотерапия не всегда оправдывает возлагаемые на нее ожидания из-за неразработанности ряда ее организационных, диагностических, клинических аспектов и недостаточного теоретического обоснования используемых методов. В частности, совершенно не изучены психофеноменологическая база, психотехнические и сано-генетические аспекты психотерапии. В то время как психопатологическая синдромология исследована очень подробно [5, 6] и дополнена патопсихологической регистр-синдромологией [7], возникающие в процессе психотерапии феномены, симптомы и симптомокомплексы практически не изучены. Построены теории и выявлены пути патопсихогенеза многих психических и психосексуальных расстройств, ауто-агрессивных и аддиктивных форм поведения, однако сано(пато)генетические теории, раскрывающие и объясняющие механизмы реализации психотерапии, отсутствуют.

Следует также отметить, что если психофармакотерапевтическая динамика психопатологических синдромов различных регистров хорошо изучена, то динамика психопатологической симптоматики в процессе психотерапии остается вне внимания исследователей и клиницистов, даже при тех психогенно обусловленных расстройствах, при которых психотерапия является каузальным методом выбора (не говоря уже об эндогенных психических заболеваниях, где психогении являются важнейшими патопластическими факторами, а их психотерапия — фактором реабилитационно-ресоциализационным и психопрофилактическим).

В этой связи целью настоящего исследования явились проведенное на основе разработанной методологии клиничко-дисциплинарно-эволюционного анализа теоретическое, клиничко-диагностическое, психопатологическое и психотехническое обоснование и разработка алгоритмов психотерапии психогенно обусловленных расстройств и принципов оценки ее эффективности.

Под наблюдением находились 1378 больных с традиционно подлежащими психотерапии нозологическими формами и с разными уровнями психогений: эффекторно-адаптивный, невротический/соматоформ-

ный, психосоматический, эндоформный. Психотерапевтический эксперимент был проведен в группе здоровых добровольцев (48 человек).

Структура патологии у обследованных пациентов представлена в табл. 1.

Клинические исследования включали: собственно клинические методы (общеклинические, клиничко-психопатологические, клиничко-психофеноменологические, неврологические, специальные сексологические); структурированные исследования процесса психотерапии; психотерапевтический эксперимент. В психодиагностических исследованиях использовали экспериментально-психологические и нейропсихологические методики. Проводился этологический анализ. В нейроэлектрофизиологические исследования входило топографическое мозговое картирование. Проводились оценка эмоциокомпетентного нейрхимического звена и анализ фармакотерапевтического фона.

Сано(пато)генетическая разработка клиники психотерапии подразумевает идентификацию теории пато(психо)генеза как отправной точки теории сано(психо)генеза с признанием ее определяющего влияния на психотехнические пути достижения эффекта. В этой связи проводившиеся клинические и инструментальные исследования были подчинены выявлению разноуровневых звеньев пато(психо)генеза и синдромальной структуры психопатологических расстройств всех регистров (табл. 2). Психопатологическая симптоматика оценивалась с позиций сопряжения/доступности саногенным эффектам (что клиничко-методологически и выражается в формировании понятия сано(пато)генеза).

Из данных таблицы следует, что ведущими психопатологическими синдромами у пациентов были следующие:

на эффекторно-адаптивном (внеболезненном или доболезненном) уровне преобладали синдромы астенический, «экзистенциальной недостаточности» и «выгорания»;

на невротическом, или соматоформном, уровне (системно-органные неврозы) превалировали соматосенсорный и астеновегетативный при ВСД/НЦД; соматосенсорный и ипохондрический — при кардионеврозе; астенический и соматосенсорный — при неврозах; соматосенсорный и астенический — при синдроме «раздраженного» кишечника; соматосенсорный

Нозосиндромальная характеристика обследованных и их распределение по уровням клиники

Патологические состояния и нозологические формы	Уровень клиники	Код МКБ-10	Количество обследованных, n = 1378
Вегетативно-сосудистая / нейроциркуляторная дистония	Невротический, или соматоформный	G90.9	213
Гипертоническая болезнь	Психосоматический	I10 I.10–I.11.9	272
Гипоэрекцияльные синдромы	Невротический, или соматоформный	F5 F52.2	72
Гомосексуализм	Эффекторно-адаптивный	F66.9x1	15
Дисэякуляторные синдромы	Невротический, или соматоформный	F5	79
Изменения личности, психические особенности и расстройства вследствие слепоты	Эффекторно-адаптивный	F8 + F54 + (H00–H59)	104
Кардионевроз	Невротический, или соматоформный	F45.30	21
Невротические и соматоформные расстройства	»	F40–48	128
Патология пубертата	Эффекторно-адаптивный	E30 E30.0 E30.1	107
Специфические расстройства личности	»	F60	57
Реактивные психозы	Психосоматический	F23.31	13
Синдром «раздраженного» кишечника	Невротический, или соматоформный	K25 K26 K58.— K59.—	28
Синдром «раздраженного» мочевого пузыря	»	F45.34	12
Транссексуализм	Эффекторно-адаптивный	F64.0	6
Невротические расстройства при физиологическом климаксе	»	N95 N95.1	98
Шизофренические психозы (шизофрения)	Эндоформный	F2	153

и ипохондрический — при синдроме «раздраженного» мочевого пузыря;

на психосоматическом уровне для реактивных психозов наиболее характерными оказались сумеречные расстройства сознания и галлюцинаторно-параноидный синдром; для психосоматозов (представлены ГБ) — синдром психастенический; для эндоформного уровня (эндогенные психозы) наиболее характерными были синдромы Кандинского–Клерамбо и параноидный.

Нейро(электро)физиологический коррелят-механизм личностных реакций оценивали по наступившим в процессе психотерапевтического воздействия объективно регистрируемым на ЭЭГ сдвигам. Нейро(электро)физиологические исследования основных нозологических форм показали, что у обследованных пациентов регистрировались 6 типов ЭЭГ: условно-нормальный ([]), десинхронизированный

([δ]), гиперсинхронный ([]), пароксизмальный ([]), дезорганизованный ([]), а также пароксизмально-гиперсинхронный ([]).

Во временных рамках эксперимента и при последующей клинической верификации двукратно (непосредственно до и сразу же после психотерапевтического вмешательства) снимались ЭЭГ и оценивались сдвиги до и после эксперимента.

Анализ результатов нейро(электро)физиологических исследований показал существование 4 типов нейро(электро)физиологических коррелятов клинических психотерапевтических эффект-синдромов: стабильного, с тенденцией к денормализации, с тенденцией к метаморфозу, с тенденцией к нормализации (табл. 3).

Клинико-психофеноменологическое исследование показало, что реактивно-личностная симптоматика, возникавшая у больных в ответ на психотерапев-

Таблица 2

Ведущие психопатологические синдромы по уровням клиники у обследованных пациентов

Уровень клиники психогений	Патологические состояния и нозологические формы	Ведущие психопатологические синдромы	Число обследованных, %
Эффекторно-адаптивный (внеболезненный или доболезненный)	—	Астенический	42,1
		«Выгорания»	27,6
		«Экзистенциальной недостаточности»	30,3
	Вегетативно-сосудистая/нейроциркуляторная дистония	Астеновегетативный	29,0
		Гипотимный	14,1
		Психастенический	11,9
Соматосенсорный		32,5	
Невротический, или соматоформный(системно-органные неврозы)	Кардионевроз	Тревожный	12,5
		Астенический	13,4
		Ипохондрический	21,7
	Неврозы	Соматосенсорный	64,9
		Астенический	36,5
		Ипохондрический	10,2
		Компульсивный	4,9
		Обсессивный	15,0
		Соматосенсорный	28,3
	Синдром «раздраженного» кишечника	Фобический	5,1
		Астенический	25,3
		Ипохондрический	19,6
		Соматосенсорный	55,1
Синдром «раздраженного» мочевого пузыря	Астенический	17,2	
	Ипохондрический	28,9	
	Соматосенсорный	53,9	
Психосоматический (реактивные психозы и психосоматозы)	Реактивные психозы	Галлюцинаторно-параноидный	34,7
		Депрессивный	15,6
	Гипертоническая болезнь	Сенестопатический	5,3
		Сумеречного расстройства сознания	44,4
		Психастенический	83,2
Эндоформный (эндогенные психозы)	Шизофренические психозы (шизофрения)	Психоорганический	16,8
		Апатико-абулический	13,6
		Кандинского-Клерамбо	35,3
		Кататонно-онейроидный	3,2
		Параноидный	35,0
		Парафренный	4,1
Сенестопатический	8,8		

тическое вмешательство, может быть агломерирована с коррелят-механизмами в клинические психотерапевтические эффект-синдромы (табл. 4).

Таким образом, под эффект-синдромом следует понимать фиксированный и стабильный, сопровождаемый константными комбинациями коррелят-механизмов [8] комплекс клинических, психологических, поведенческих проявлений, возникающих в процессе (в результате) реализации метода (методики, техники) психотерапии.

При клинико-психофеноменологическом обследовании пациентов регистрировались клинические психотерапевтические эффект-синдромы всех уровней: типовые (нормальные), атипичные (парадоксальные) и интеркуррентные (патологические). Среди типовых (нормальных) регистрировались следующие эффект-синдромы: гипноидный (21%), каталептический (9,7%), просоночный (16,7%), психовегета-

тивный (9,5%), релаксационный (15,2%), гипомнестический (8,0%), полиморфно-конформный (5,6%). Из атипичных (парадоксальных) эффект-синдромов наблюдались истериформный (2,1%), эксплозивный (2,3%), синдром «аффективного мутизма» (0,9%), аверсивный (1,1%), псевдопуэрильный (2,7%). Интеркуррентные (патологические) эффект-синдромы были представлены эйдетическим (2,5%), «терапевтической паранойи» (0,1%), фиксационным (0,7%), резистентным (1,9%).

Проведенные исследования показали преимущественно саногенную и, следовательно, связанную с практикуемым методом детерминированность клинико-психофеноменологических проявлений, в то время как психопатологические характеристики, которые, казалось бы, в силу наличия соответствующей психофизиологической/психопатологической базы, характерной для данного нозологического состояния,

Выявленные типы нейро(электро)физиологических коррелятов психотерапевтических эффект-синдромов

Тип Н(Э)Ф коррелята	Формула изменений	Клиническая значимость
1-й тип — стабильный	[] []	Многовариантная динамика или статика клинических проявлений
	[] []	
	[] []	
	[] []	
	[] []	
2-й тип — с тенденцией к денормализации	[] []	Возможны два варианта проявлений: повышение уровня эмоционального напряжения либо повышение уровня когнитивно-интеллектуального функционирования
	[] []	Также два варианта: либо снижение уровня эмоционального напряжения без изменения знака, либо появление вектора позитивных эмоций или снижение уровня когнитивно-интеллектуального функционирования (спокойное, ненапряженное бодрствование с незначительным снижением его уровня)
	[] []	Два варианта: в незначительной части случаев это может быть обусловлено повышением уровня когнитивно-интеллектуального функционирования, в большинстве же случаев это будет сопровождаться психовегетативным симптомокомплексом, т.е. психоэмоциональным (переживанием негативного спектра эмоций в виде тревоги с соматовегетативными проявлениями)
	[] []	Наблюдается максимальный сдвиг в сторону негативных эмоций, в т. ч. с экспрессивным компонентом гнева, ярости; могут наблюдаться этологические признаки агрессии и в силу этого относительной дезорганизации интеллектуально-когнитивной деятельности
	[] []	Либо идентичный дезорганизованному, либо психовегетативный симптомокомплекс (богатство соматовегетативных проявлений и их эмоциональной аранжировки)
3-й тип — с тенденцией к метаморфозу	[] []	Редкий вариант: эмоциональное напряжение сразу сдвигается в область позитивных эмоций
	[] []	Эмоциональное напряжение сохраняется и даже возрастает и присоединяется вариант ажитированности с этологическими проявлениями и увеличением вегетативного сопровождения
	[] []	На фоне сохранения высокого уровня эмоционального напряжения дезорганизация интеллектуально-когнитивной деятельности, но субъективно-пассивного типа, в отличие от предыдущего не будет экспрессивного поведенческого компонента, наблюдается даже замедление ступорозного характера
	[] []	Два варианта: сохранение высокого уровня эмоционального напряжения и выраженное усиление психовегетативного компонента либо очень значительное повышение уровня продуктивной или псевдопродуктивной когнитивно-интеллектуальной деятельности
	[] []	Два варианта: выраженное повышение уровня эмоциональной напряженности или когнитивно-интеллектуальной активности
	[] []	Присоединение эмоционального негативного компонента
	[] []	Снижение когнитивно-интеллектуального функционирования на фоне возрастания негативного эмоционального типа, но с пассивным поведенческим компонентом
	[] []	Присоединение незначительного негативного эмоционального компонента
	[] []	Редкий вариант: элиминация эмоционального компонента и тем более крайних проявлений, индекс злобно-агрессивного аффекта уходит и значительно повышается позитивное функционирование интеллектуальной составляющей
	[] []	Уход эмоционального напряжения и появление вектора позитивных эмоций
	[] []	Уменьшение психовегетативного компонента и увеличение степени дезорганизованности когнитивно-интеллектуальной составляющей
	[] []	Некоторый уход негативно-эмоциональной составляющей при сохранении достаточно высокого уровня эмоционального напряжения и повышении организованности и продуктивности когнитивно-интеллектуальной составляющей
	[] []	Переход эмоционального знака в область позитивных эмоций, снижение общего уровня эмоциональной активности и напряжения и снижение когнитивно-интеллектуальной активности
[] []	Злобный аффект и психовегетативный компонент резко возрастают	

Окончание таблицы 3

Тип Н(Э)Ф коррелята	Формула изменений	Клиническая значимость
4-й тип — с тенденцией к нормализации	[] []	Снижение уровня эмоционального напряжения и оптимизация когнитивно-интеллектуальной сферы, гармонизация их пропорции
	[] []	Умеренная эмоциональная активация без перехода в негативный спектр эмоций и умеренно гармоничная интеллектуально-когнитивная активация
	[] []	Уход психовегетативных компонентов и уход отрицательных аффектов и этологически-поведенческих их проявлений
	[] []	Повышение уровня организации когнитивно-интеллектуальной сферы и нормализация эмоциональных реакций

Таблица 4

Агломерация клинических проявлений с соответствующими коррелят-механизмами в психотерапевтические эффект-синдромы

Клинические проявления	Корреляты			Клинический эффект-синдром
	Н(Э)Ф	НП	Э	
<i>Синдромы типовые (нормальные)</i>				
Сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы вне вербального контакта с терапевтом (сформированный рапорт)	1-й тип	Снижение	Гипокинезия, гипомимия	Гипноидный
Резкое сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы, двигательные феномены в системе произвольно регулируемой поперечно-полосатой мускулатуры акинетико-ригидного типа («восковидная гибкость») и сложные внешне целенаправленные поведенческие акты согласно фабуле внушения	3-й тип	То же	Каталепсия	Каталептический
Измененное сенсорное восприятие окружающего с отсутствием возможности целенаправленной двигательной реакции и субъективно-критической дифференцировки истинности воспринимаемого	3-й тип	Снижение	Мимика растерянности	Просоночный
Вариант полнообъемного субъективно-чувственного спектра ощущений соответственно терапевтической фабуле с соответствующей эмоциональной аранжировкой	4-й тип	Повышение	Умеренное психоэмоциональное возбуждение	Психовегетативный
Переживание состояния пассивного бодрствования и нейтрально-позитивного эмоционального фона с сохраненной, но не востребованной возможностью активно-экспрессивной реакции	4-й тип	Повышение	Атоническая поза	Релаксационный
Снижение репродукции негативно окрашенных переживаний с уменьшением их яркости и чувственной живости и измененная репродукция с нейтрализацией (инверсией) знака эмоционального сопровождения	3-й тип	Повышение	Мимика задумчивости	Гипомнестический
Гиперконформные реакции и поведение, конгруэнтные терапевтической фабуле с гиперпозитивным эмотивным реагированием	1-й тип	Без изменений	Поза и мимика внимания, постоянный глазной контакт, улыбка	Полиморфно-конформный

Клинические проявления	Корреляты			Клинический эффект-синдром
	Н(Э)Ф	НП	Э	
<i>Синдромы атипичные (парадоксальные)</i>				
Выраженная демонстративность с повышением экспрессивности эмоциональной, двигательной, мимической, вегетативной, эмфатико-интонационной активности в представлении (презентации) болезненных переживаний с возможным изменением содержательной фабулы	3-й тип	Снижение	Мимика страдания, мимика плача, истерический смех, аутогруминг	Истериформный
Появление выраженной, как правило, негативной поведенческой вербальной, эмоциональной, эмфатико-интонационной реакции в процессе терапевтического контакта с элементами агрессивности	2-й тип	Снижение	Элементы агонистического поведения, вербальная и переадресованная агрессия	Эксплозивный
Тотальная вербальная редукция (клинически близкая к психогенному мутизму), как спонтанная, так и вызванная, сопровождаемая богатыми гипермимическими и пантомимическими проявлениями	2-й тип	Снижение	Полиморфные мимические комплексы, мимика плача, повышенная моторика рук	«Аффективного мутизма»
Выраженная вербальная, поведенческая с вегетативным сопровождением реакция неприятия в процессе терапевтического контакта	3-й тип	Снижение	Мимика отворачивания, мимика презрения	Аверсивный
Демонстрация вербальных и поведенческих инфантильно-регрессивных феноменов с сохранением психотерапевтического контакта и удержанием ситуационного контроля	1-й тип	Снижение	Аутогруминг, смех, мимика хитрости, улыбка	Псевдопуэрильный
<i>Синдромы интеркуррентные (патологические)</i>				
Переживание пациентом ярких, сценически образных, эмоционально окрашенных зрительных феноменов после прекращения психотерапевтического вмешательства, сопровождаемое субъективным эмоциональным отношением, не подлежащее произвольному контролю, но с сохранением критики	3-й тип	Повышение	Фиксация взгляда, мимика удовольствия	Эйдетический
Формирование нестойких, фрагментарных, неоформленных, легко редуцируемых идей особого отношения с психотерапевтом и/или особого значения терапевтического процесса с частичной редукцией критического отношения пациента и слабостью рационально-смысловой коррекции	3-й тип	Снижение	Мимика настороженности, поза высокой статичности	«Терапевтической паранойи»
Неадекватная фиксированность на самом терапевтическом процессе, который занимает преобладающее место, приобретает важную роль в субъективных переживаниях пациента с преформированием патологической фабулы на возникший эффект-синдром	1-й тип	Без изменений	Поза сосредоточенного внимания, иногда с избеганием глазного контакта	Фиксационный
Стойкость, ригидность симптоматики по отношению к любому психотерапевтическому воздействию (при соблюдении нормативной технологичности психотерапевтического вмешательства) при эмоционально-индифферентном типе отношения пациента к психотерапии и поведенчески неконфронтационном типе отношений с психотерапевтом	2-й тип	Без изменений	Поза ожидания, мимика безразличия	Резистентный

должны были бы оказывать выраженное влияние на формирующийся клинический психотерапевтический эффект-синдром, сводились в основном к патоперсоналистическому фону.

На основании полученных результатов был разработан новый метод — симультанно-мнестическая психотерапия, — психотехнически опосредованный через мнестические функции.

Феноменология симультанно-мнестической психотерапии включает ряд объективных мнестических феноменов. Понятия и концепты симультанно-мнестической психотерапии имеют нейропсихологически и нейрофизиологически опосредованный (и гностически-акцентированный) характер, однако включают и ряд аспектов личной истории.

Предложенный метод основывается на разработанных базисных понятиях (принципах) патонозологической конгруэнтности клинических психотерапевтических эффект-синдромов [8], функционально-динамического психотерапевтического диагноза [9], фармакологического фона и др.

Персоналистические представления в рамках симультанно-мнестической психотерапии имеют мнестологическую аранжировку и подразумевают определенную личностную реорганизацию, прежде всего в силу психотехнического моделирования памяти.

Стилистика и семантика речи в симультанно-мнестической психотерапии структурированы: имеют место конкордантность семантических полей психотерапевта и пациента; социо- или этнокультурная аранжировка речи; наборы включенных вербальных формул с идентичным эмфатико-интонационным оформлением; поддержка экспектаций пациента, касающихся вербального поведения психотерапевта в целом. Общая стилистика поведения психотерапевта в психометодологии может быть охарактеризована как конгруэнтная вариативность.

Физиолого-теоретическое обоснование и сано(пато)генетические аспекты метода состоят в психотерапевтически или фармакопсихотерапевтически вызванной репродукции патогенеза, завершающейся появлением конгруэнтного эффект-синдрома, а затем — в применении различных психотерапевтических («чистых») приемов, ассоциированных с каким-либо саногенным феноменом. Механизм саногенеза симультанно-мнестической психотерапии может быть охарактеризован как гомеопатогенетический и аллосаногенетический [10].

Диагностические процедуры при использовании метода складываются из общей психотерапевтической диагностики и специальной психодиагностики памяти, а также ряда вспомогательных приемов. Разработанные нами специфические клинико-нейропсихологические диагностические приемы представлены методиками ретроанализа ассоциаций, изучения особенностей интериоризации внешней речи, исследования глубины воспоминаний, экфории энграмм и др.

В рамках симультанно-мнестической психотерапии используются следующие процедуры, методики и техники: методика «Я-картирование», вор тные техники, базовая методика «Средневековый театр», мето-

дика вероятностей, методика внушенных воспоминаний, концепт-ориентированные методики, методика сенсорной депривации, летотехники (превентивные, интерферирующие, викарирующие и пр.).

Общая схема проведения симультанно-мнестической психотерапии состоит из последовательной реализации следующих этапов: клинико-психотехнической диагностики, идентификационно-валентного, психотехнической интрузии, клинической реализации конгруэнтных психотехник, психотерапевтического массива, групповой терапии, стереотипизации, аутокорректирующего, катамнестической психотерапии. Все этапы проводятся преимущественно в индивидуальной форме; реже применяемые специальные групповые методики направлены на выработку навыков формирования абстрактных понятий (эпистем и мифологем), а также вербальных стратегий и поведения в целом (стратегем).

В проведении симультанно-мнестической психотерапии большую роль играет сомниологический практикум, поскольку сновидение — один из важнейших хрономнестических феноменов.

Метод изначально является как клиническим (ориентация на разнообразные формы психической патологии различных уровней) и медико-педагогическим (тифлодефектология), так и направленным на реакции дезадаптации и различные донозологические формы психических заболеваний, и может применяться в рамках психологического консультирования.

При объективизации оценки эффективности разработанной симультанно-мнестической психотерапии с использованием клинических, катамнестических, социальных и экономических показателей и индекса прогностичности [11] были получены следующие результаты.

Для расстройств невротического (соматоформного) уровня коэффициент клинической эффективности в среднем составил 0,64, а в основных — 0,74, или в 1,2 раза больше; катамнестической — соответственно 0,58 и 0,67, т. е. также в 1,2 раза больше; социальной — 0,51 и 0,72, или в 1,4 раза больше; экономической — соответственно 0,53 и 0,59, или в 1,1 раза больше. Интегральный показатель эффективности в контрольных группах составил 0,1, в основных — 0,21, или в 2,1 раза больше. Индекс прогностичности был равен 1, т. е. был высоким.

Для расстройств психосоматического уровня коэффициент клинической эффективности в контрольной группе составил 0,63, а в основной — 0,74, или в 1,2 раза больше; катамнестической — соответственно 0,56 и 0,66, или в 1,2 раза больше; социальной — 0,49 и 0,65, или в 1,3 раза больше; экономической — соответственно 0,52 и 0,61, или в 1,2 раза больше. Интегральный показатель эффективности в контрольной группе составил 0,1, в основной — 0,2, или в 2 раза больше. Индекс прогностичности был равен 2 (средний).

Алгоритм психотерапевтической стратегии и тактики основывается на клинико-феноменологическом подходе, принципах патонозологической конгруэнтности, критериях выбора психотерапевтических

методов и психотерапевтической феноменологии, на диагностике клинических эффект-синдромов и мета-синдромов и предусматривает контроль *ex juvantibus*, дискурсивную одноплановость диагностики и терапии, этиопатогенетическую целостность психотерапевтического диагноза, идентификацию личности пациента и психотерапевта, формирование адекватного фармакотерапевтического фона.

В целом результаты проведенных исследований позволяют сделать следующее заключение.

Разработанный метод симультанно-мнестической психотерапии, основанный на терапевтической апелляции к мнестической сфере как интегративно-консолидирующей функции личности, открывает возможность проводить эффективную, сано(пато)генетически обоснованную курацию психогенно обусловленных расстройств.

Критерии выбора методов психотерапии с позиций доказательной медицины должны включать постановку психотерапевтического диагноза с учетом сано- и патогенетических механизмов реализации и нозологической конгруэнтности избранного метода, а также фармакологического фона и аутоидентификации психотерапевта.

Сфера патонозологической компетенции психотерапии включает нозологические формы, где пси-

хогения является ведущим этиологическим фактором, а психотерапия — каузальным методом лечения. По степени выраженности и характеру ответа на эффекты психогений возможны следующие их клинические уровни: эффекторно-адаптивный; невротический, или соматоформный; психосоматический; эндоформный.

Оценка эффективности психотерапии должна основываться на принципах интегральности (учет клинических, катамнестических, социальных и экономических показателей), прогностичности (расчет индекса прогностичности), объективности (возможность расчета коэффициентов), аксиологичности (ценностно-персоналогическая проекция).

Алгоритм психотерапевтических воздействий воспроизводит структурно-логические блоки процедуры диагностики.

Всем этим требованиям к диагностике и терапии отвечает разработанный метод симультанно-мнестической психотерапии, который базируется на клинической феноменологии, сано(пато)генетических механизмах и принципах патонозологической конгруэнтности и открывает возможность формирования последовательных, специфических, стилистически однородных, алгоритмизированных процедур диагностики и терапии.

Литература

1. Михайлов Б.В., Сердюк А.И. Социальная психиатрия, психотерапия и медицинская психология в Украине // Укр. мед. альманах.— 2000.— № 2.— С. 103–106.
2. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник.— М.: Триада-Х, 2000.— 256 с.
3. Вплив соціально-економічних умов на розвиток і динаміку психічних розладів / І.Й. Влох, Л.В. Животовська, Н.Ю. Петрина, Б.М. Гульчий // Арх. психіатр.— 2001.— № 4(27).— С. 231.
4. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации / Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов.— Х.: Око, 2002.— 768 с.
5. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского.— М.: Медицина, 1983.— Т. 1.— 480 с.
6. Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова.— М.: Медицина, 1988.— Т. 1.— 640 с.
7. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика.— К.: Здоров'я, 1986.— 280 с.
8. Чугунов В.В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы // Арх. психіатр.— 2002.— № 4(31).— С. 202–206.
9. Абрамов В.А. Стандарты многоосевого диагноза в психиатрии.— Донецк, 2004.— С. 154–171.
10. Чугунов В.В. Физиолого-теоретическое обоснование и механизмы сано(пато)генеза симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) // Психоневрология XXI столетия: Матер. II Нац. конгр. неврологов, психиатров и наркологов Украины // Укр. вісн. психоневрол.— 2002.— Т. 10, вып. 1(30).— С. 241.
11. Методика объективизации эффективности психотерапии соматических больных: Метод. рек. / А.И. Сердюк, Б.В. Михайлов, А.Ф. Короп и др.— Х.: ХИУВ, 1998.— 28 с.

Поступила 12.04.2005

CLINICAL THEORETICAL SUBSTANTIATION OF PSYCHOTHERAPY FOR MULTI-LAYERED PSYCHOGENY, PRINCIPLES OF ALGORITHMIZATION AND EFFICACY ASSESSMENT

V.V. Chugunov

Summary

Clinical psychopathological, clinical psychophenomenological and psychotechnical substantiation of psychotherapy for multi-layer psychogeny are described. Methods of simultaneous mnestic psychotherapy, algorithm of psychotherapy and principles of their efficacy assessment were worked out.