

УДК 616.89:616-084]:572.5

**ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ — ВЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ***Абрамов Б. Э., Сквиря И. М.***Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь**

Как показывают исследования, в последние десятилетия отмечается рост показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами. Эксперты оценивают потребность населения России в психологической и психотерапевтической помощи в пределах от 40 до 76 %. При этом нельзя не учитывать и трагических последствий не оказания или несвоевременного оказания данного вида помощи населению. К ним в первую очередь относятся алкоголизм, наркомания, а также другие формы саморазрушающего поведения [1].

В условиях хронического социально-психологического стресса, который переживают граждане Российской Федерации и Республики Беларусь, любое соматическое заболевание может стать для них серьезным психотравмирующим фактором, вызывающим целый комплекс психопатологических реакций, которые, в свою очередь, способны приводить к ухудшению соматического состояния пациента. При наличии же психических расстройств и акцентуаций характера положение осложняется многократно, поскольку такие пациенты склонны к быстрому формированию развернутых нозогений, фиксируются на своих недомоганиях, ипохондризируются и становятся настоящей «головной болью» для врачей [1].

Три четверти пациентов с психическими расстройствами разного уровня не попадают в поле зрения психиатров и психотерапевтов. От 30 до 50 % лиц, обращающихся в поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами, а у 25 % пациентов с соматическим страданием значительную роль в клинической картине играют симптомы психического расстройства. Указанные данные не учитывают пациентов с психосоматическими и соматогенными психическими расстройствами. До 70 % находящихся в стационарах больных нуждаются либо в консультации, либо в лечении психиатра или психотерапевта [1].

Соматоформные расстройства со времени выделения W. Cullen в 1776 г. неврозом описывались в рамках психических нарушений, протекающих с вегетативными стигмами. В МКБ-10 они отнесены к классу соматоформных расстройств (СФР). Главной их чертой является повторяющееся предъявление соматических жалоб вопреки многократному получению доказательств и заверениям врачей об отсутствии соматических оснований для их предъявления. При этом часто наблюдается ориентированное на поиск внимания поведение [2].

Редко кто среди людей без медицинского образования четко понимают, что их состояние характеризуется как психосоматическое. Часто к психосоматике относятся несерьезно, даже считают ее симуляцией. В то же время соматизированные симптомы выявляются у 10–80 % физически здоровых лиц, вызывая у них некоторое беспокойство и тревожность в отношении собственного здоровья. 40 % случаев нетрудоспособности составляют пациенты с субъективными жалобами на здоровье, которые не подтверждаются объективными методами обследования [3].

Распространенность СФР в популяции колеблется от 0,8 до 6 %. Риск заболевания в течение жизни достигает 20 %. По данным зарубежных исследователей, частота СФР среди пациентов первичной медицинской сети составляет 15–40 % [3].

Основное этиологическое значение в развитии СФР имеют три группы факторов:

- наследственно-конституциональные: конституционально-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности;

- психоэмоциональные или психогенные факторы: острые и хронические факторы внешнего воздействия, опосредованные через психическую сферу, имеющие как когнитивную, так и эмоциональную значимость, и в силу этого играющие роль психогении;

- органические факторы: различного рода преморбидные органические факторы (травматические, инфекционно-токсические, гипоксические и др.). Скомпрометированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, прежде всего, лимбико-ретикулярного комплекса [3].

Своевременное выявление и адекватная диагностика СФР имеют решающее значение для успешной терапии и благоприятного прогноза заболевания.

Ментальность — способ видения мира, сформированный в процессе воспитания, образования и обретения жизненного опыта в конкретной культурной среде. Ментальное здоровье по определению ВОЗ (2001) — психическое благополучие человека, которое позволяет ему реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества [3].

В современной динамично меняющейся культуре трудно даже определить понятие психической нормы. В государственной психиатрии нормальность связывается в основном с критериями социальной адаптации, в коммерческой — центральный критерий — жалобы пациента, в научной — критерии приближаются к статистическим.

В культуре утрачены почти все дискурсы недовольства собой, за исключением психиатрического. Современный человек, как правило, не задумывается ни об испытаниях, ни о покаянии, ни о перенесении, ни о терпении как о добродетели. Ему более близко понятие «депрессия». В итоге зачастую больными их делают собственные усилия. Насколько далеко заходит нереальность жизненных требований, настолько же заходит и релятивность представлений о норме.

Психотерапевтическое сопровождение необходимо в лечении любого заболевания. В дополнение к лекарствам важно и установление доверительных, эмпатических отношений с пациентом, чтобы он всегда мог обратиться к своему психотерапевту или психологу. Это позволяет помогать пациенту в трудную минуту, осуществлять профилактику каких-либо эксцессов в его жизни.

«Лучше всего слушать, сочувствовать, выжидать» (И. Ялом). Вопрос о смысле жизни, как учил Будда, не решается наставлением. Необходимо погрузиться в реку жизни и позволить этому вопросу уплыть прочь.

Принятие ответственности — существенный первый шаг в терапии. Как только человек распознает свою роль в создании собственного жизненного положения, он также осознает, что он — и только он — обладает способностью изменить эту ситуацию. Надо призвать людей спроецировать самих себя в будущее и подумать, как они могут жить сейчас, чтобы спустя пять лет оглянуться на этот прожитый отрезок времени без новой волны сожалений [4].

Психотерапия лучше всего работает, если носит системный характер. Несоблюдение только одного принципа психотерапии — непрерывности психотерапевтического процесса статистически и клинически значимо снижает эффективность всей психотерапии ( $p < 0,05$ ). Психотерапию можно считать чередующейся последовательностью аффективного выражения и когнитивного анализа. Необходимо разрабатывать новую терапию для каждого пациента. Психотерапия — это не замена жизни, а ее генеральная репетиция. Когнитивных и даже поведенческих изменений в психотерапевтической ситуации недостаточно: пациенты должны по-новому прочувствовать свое состояние и переносить возникшие изменения в жизнь [5].

Представляется целесообразным интеграция системы психотерапевтической помощи в общесоматические лечебно-профилактические структуры, открытие психосоматических отделений в многопрофильных больницах, организационное оформление мультидисциплинарной службы ментального здоровья.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Курпатов, А. В. Пространство психосоматики: пособие для врачей общей практики / А. В. Курпатов, Г. Г. Аверьянов. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2006. — 192 с.
2. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 2000. — 464 с.
3. Сидоров, П. И. Синергетическая парадигма социальной эпидемии соматоформных расстройств / П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25, Вып. 3. — С. 32–42.
4. Ялом, И. Дар психотерапии / И. Ялом; пер. с англ. Э. И. Мельник. — М.: Эксмо, 2015. — 352 с.
5. Сквиря, И. М. Взаимосвязь длительности и качества ремиссии при алкогольной зависимости с принципом непрерывности психотерапии / И. М. Сквиря // Современные проблемы клиники, лечения и реабилитации состояний зависимости от психоактивных веществ: матер. Украинской науч.-практ. конф. с междунар. участием / под общ. ред. Ю. Ф. Чуева. — Харьков: Коллегиум, 2008. — С. 160–167.

УДК 616.1/4:378.147.091.33-027.22

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА  
(СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»***Бакалец Н. Ф., Ковальчук П. Н., Ковальчук Л. С.***Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

Здоровье населения рассматривается как одно из главных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития Республики Беларусь. Важнейшей целью государства в области охраны здоровья является снижение уровня заболеваемости.

Система здравоохранения Республики Беларусь непрерывно совершенствуется в направлении достижения высшего уровня здоровья всего населения, обеспечения доступности и качества медицинской помощи на основе соблюдения правил социальной справедливости и равенства. Одним из приоритетных направлений государственной политики в области здравоохранения является развитие первичной медицинской помощи (ПМП), в частности, по принципу врача общей практики (ВОП).

К настоящему времени эта модель организации ПМП в Республике Беларусь уже доказала свою состоятельность. Проведенный в 2008 г. анализ организации ПМП по принципу ВОП показал высокую экономическую эффективность и повышение доступности медицинской помощи сельскому населению.

Внедрение института ВОП в Республике Беларусь началось в 1992 г. в рамках реформирования и совершенствования ПМП. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 98 от 25.05.1992 г. «О подготовке к использованию в республике врачей общей практики» в номенклатуру врачебных специальностей была введена новая для здравоохранения страны специальность — «врач общей практики» [1].

В 1998 г. на базе Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) организован курс общей практики, преобразованный в 1999 г. в кафедру общей практики (с 2003 г. — кафедра общей врачебной практики).

Отличие семейного врача/ВОП от специалиста-консультанта, участкового терапевта или врача, работающего в условиях стационара, четко прослеживается в определении, предложенном Британским Королевским колледжем врачей общей практики, опубликованном в 1972 г.: «Врач общей практики оказывает персональную, первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать своих пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях — в стационаре. Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, с которой пациент обращается к нему, при необходимости консультируясь со специалистами. Он ставит диагноз с учетом физических, психологических и социальных