

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Обзорная статья
УДК 159.913:616-036.838
doi: 10.17021/2712-8164-2024-1-6-13

3.1.33. Восстановительная медицина,
спортивная медицина, лечебная физкультура,
курортология и физиотерапия
(медицинские науки)

К ВОПРОСУ О РОЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПОНЕНТЫ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

Людмила Петровна Великанова, Татьяна Викторовна Кравцова
Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

Аннотация. Реабилитация в медицине является одним из неотъемлемых элементов реадaptации. В современной практической медицине реабилитацию относят к третьему этапу оказания медицинской помощи населению, что, в свою очередь, снижает ее эффективность и существенно отодвигает применение реабилитационных мероприятий на более позднее время. Реабилитационный потенциал начинает формироваться уже при первом контакте с пациентом (на этапе диагностики и активного лечения). Реабилитационные мероприятия могут быть специфическими в зависимости от вида нозологии и общими, подходящими для широкого круга болезней. Именно на начальных этапах и на протяжении всего реабилитационного процесса для всех видов заболеваний максимально весомое значение имеет психологическая его составляющая. Особенно важна психическая и социальная реабилитация для лиц с социально-опасными болезнями (патологическая зависимость, инфекционные, венерические заболевания и др.). Отсроченное применение реабилитационных мероприятий, а также недостаточное внимание к ее психологической составляющей требует более глубокого изучения данной проблемы. Целью настоящей работы стало изучение и анализ современной литературы по различным аспектам реабилитации и поиск путей ее оптимизации.

Ключевые слова: реабилитация, терапевтическая среда, психологический климат, анозогнозия, мотивация

Для цитирования: Великанова Л. П., Кравцова Т. В. К вопросу о роли психологической компоненты в лечебно-реабилитационном процессе // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2024. Т. 5, № 1. С. 6–13. doi: 10.17021/2712-8164-2024-1-6-13.

SCIENTIFIC REVIEWS

Review article

ON THE QUESTION OF THE ROLE OF THE PSYCHOLOGICAL COMPONENT IN THE TREATMENT AND REHABILITATION PROCESS

Lyudmila P. Velikanova, Tat'yana V. Kravtsova
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Abstract. Rehabilitation in medicine is one of the essential elements of rehabilitation. In modern practical medicine, rehabilitation is referred to as the third stage of providing medical care to the population, which in turn belittles its effectiveness and significantly postpones the use of rehabilitation measures at a later time. In fact, the rehabilitation potential is already beginning to form at the first contact with the patient (at the stage of diagnosis and active treatment). Rehabilitation measures can be specific depending on the type of nosology and general, suitable for a wide range of diseases. It is at the initial stages and throughout the rehabilitation process that its psychological component is most important for all types of diseases. Mental and

social rehabilitation is especially important for people with socially dangerous diseases (pathological dependence, infectious, venereal diseases, etc.). The delayed application of rehabilitation measures, as well as insufficient attention to its psychological component, requires a deeper study of this problem. The purpose of this work was to study and analyze modern literature on various aspects of rehabilitation and find ways to optimize it.

Key words: rehabilitation, therapeutic environment, psychological climate, anosognosia, motivation

For citation: Velikanova L. P., Kravtsova T. V. On the question of the role of the psychological component in the treatment and rehabilitation process. Caspian Journal of Medicine And Pharmacy. 2024; 5 (1): 6–13. doi: 10.17021/2712-8164-2024-1-6-13. (In Russ.).

Введение. В медицине по-прежнему отмечается нарастание показателей уровня заболеваемости общесоматическими, неврологическими, наркологическими болезнями [1] и другими расстройствами здоровья. Независимо от нозологии, все болезни могут иметь острое или хроническое течение. В активную фазу протекания заболевания требуется проведение лечебных мероприятий (купирование основных симптомов и синдромов заболевания). В период реконвалесценции (острое течение заболевания) или в период ремиссии (хроническое течение болезни) необходимо обеспечить восстановление поврежденных (утраченных) функций организма и возвращение к трудовой деятельности индивидуума, то есть реабилитацию.

Помимо морфофункциональных изменений в организме, болезнь активно влияет на психическое состояние человека, что определяет характер реакции на болезнь, субъективное представление о ней. Внутренняя картина болезни, в свою очередь, влияет на способность использовать (или не использовать) ресурсы личности (когнитивные, эмоциональные, поведенческие) для борьбы с недугом [2] и формировать мотивацию и приверженность к лечению.

Термин «реабилитация» (от латинского *rehabilitatio*) означает «восстановление способностей».

Всемирная организация здоровья определяет реабилитацию как мероприятия, направленные на формирование приспособительных функций к новым (особым) условиям жизни, которые возникли в результате болезни [3].

В связи с этим **целью** настоящего исследования явился анализ работ последнего десятилетия, посвященных теме реабилитации, и поиск путей расширения возможностей реабилитационного этапа с использованием его психологической составляющей.

Учитывая особенности болезней патологической зависимости, которые зачастую трактуются как всего лишь «дурная привычка» и преобладающее количество исследований проводилось и проводится именно в области наркологии, представляется оправданным осветить затронутую в статье тему в контексте аддиктивных расстройств. Наркологические заболевания, являясь по своей природе хроническими, имеющими свойство рецидивировать, с позиций биопсихосоциальной модели требуют высокоинтегрированной реабилитации [4, 5].

Как правило, реабилитационный процесс запускается уже на этапе активной фазы болезни [6] и может называться предреабилитацией [7].

Восстановление здоровья (реабилитация) как один из этапов лечения многие десятилетия интересовало ученых. В практической медицине была сформирована концепция реабилитации [2, 3], изучено понятие реабилитационного потенциала и технология реабилитационного процесса [8–10].

Реабилитационный потенциал индивида может иметь высокий или низкий уровень. Его образуют множество составляющих: наличие психических и наркологических заболеваний у родственников; особенности физического и психического развития; воспитание; возраст начала употребления алкоголя, наркотиков, пути введения и форма приема психоактивных веществ (ПАВ), семейное положение и психологический климат в семье, наличие или отсутствие работы, хобби; уровень интеллекта, религиозность (духовность); личностно-психологические особенности. Большая часть из перечисленного выше в равной степени актуальна для широкого круга нозологий.

Понятие «реабилитационный процесс» тесно сопрягается с понятием «реабилитационная среда», включающим в себя разнообразные факторы (организационные и/или функциональные), которые могут влиять на формирование установки на отказ от лечения, приема медикаментов, психотерапевтического вмешательства, употребления психоактивных веществ (ПАВ), ресоциализацию и реадaptацию. Так, если пациент с химической зависимостью на этапе реабилитации остается в среде лиц – потребителей ПАВ, то есть в так называемой «наркоманической субкультуре», то вероятность повторных срывов (рецидивов) у больного остается высокой.

В научной литературе по наркологии, опубликованной в последние годы, исследователи уделяли внимание семейной реабилитации наркологических больных [11–14], особенностям лечебно-реабилитационного процесса в негосударственных наркологических учреждениях [15], эффективности реабилитации лиц, зависимых от стимуляторов [16], изучению особенностей реабилитации больных с коморбидной патологией (шизофрения и зависимость от ПАВ) [4].

Эффективность основных лечебно-реабилитационных технологий (медикаментозное, физио- и психотерапевтическое воздействие, трудотерапия) в немалой степени зависит от терапевтической среды, влияние которой в практической медицине не всегда учитывается в должной мере.

Терапия средней способствует включению адаптационных возможностей организма и активизации собственных ресурсов индивидуума.

В современном понимании терапевтическая среда – это, прежде всего, система социальных отношений, складывающихся в стационаре с врачами, медицинским и обслуживающим персоналом, другими пациентами, которые могут быть как психотравмирующими, так и здоровьесберегающими (саногенными) [8–17]. Систему социальных отношений образуют ряд факторов, влияющих на больного: обстановка в отделении медицинского учреждения; достаточная площадь личного пространства; возможность уединения для совершения религиозных обрядов (для верующих пациентов); режим; возможность проведения досуга [7]. Помимо этого, на формирование реабилитационной среды и на ее эффективность оказывают влияние традиции, ритуалы и правила стационара.

Реабилитационная среда на период лечения и восстановления создает для пациента микромир, так называемый микросоциум, который может ускорить или замедлить выздоровление.

Положения о реабилитационной среде универсальны и применимы для специалистов не только наркологического, психиатрического и психотерапевтического профилей, но и для других специальностей.

Разностороннее влияние всех составляющих реабилитационной среды способствует предотвращению рецидивов болезни, реадaptации, ресоциализации, продлению ремиссии, реализуя, таким образом, задачи вторичной профилактики.

Изучением терапевтической среды ученые занимались на протяжении не одного десятилетия [4, 18], но до настоящего времени существует явный дефицит работ по изучению роли и влияния на реабилитационный процесс психологического климата, активно формирующего терапевтическую среду. Последний складывается из взаимоотношений медицинского персонала с пациентами, его родственниками, а также с коллегами. Следовательно, для наибольшей эффективности лечения и реабилитации, помимо профессионализма и опыта врача, необходима благоприятная психологическая атмосфера в коллективе медицинского учреждения.

Любое длительно текущее заболевание (язвенная болезнь, сахарный диабет и др.) сопровождается определенными ограничениями и изменениями привычного образа жизни: регулярные визиты к врачу, обследования, систематический контроль и самоконтроль лечения, соблюдение пищевого режима во избежание рецидивов и обострений.

Хронические социально-опасные и социально-значимые болезни (СПИД, инфекционные заболевания, туберкулез, алкоголизм, наркомания, онкологические заболевания) сопряжены с сильным воздействием на психику больного (появление чувства стыда, вины, собственной неполноценности, повышенной тревоги и др., что, в свою очередь, приводит к появлению (психологических защит – попыткам психики снизить уровень тревоги и восстановить психоэмоциональное равновесие).

Наиболее часто защитный механизм проявляется в феномене анозогнозии, при которой пациент отрицает наличие у него заболевания или минимизирует его проявления, результатом чего является отказ от лечения и реабилитации, что с особой частотой встречается у пациентов наркологического профиля.

Четкость, предсказуемость и последовательность этапов лечения, обязательное соблюдение режима и правил в условиях медицинского учреждения создает ощущение стабильности у пациента, формирует доверие к медицинскому учреждению и персоналу, тем самым снижает уровень тревоги и формирует уверенность в выздоровлении.

Все вышеперечисленное способствует формированию **комплаентности** – установлению продуктивного контакта между пациентом и медицинским работником, создающей условия для сознательного и непринужденного выполнения рекомендаций врача по лечению и режиму. Анозогнозия и низкая комплаентность требует обязательного участия в лечебно-реабилитационном процессе специалистов: психотерапевтов, клинических психологов.

В повышении приверженности к лечебно-реабилитационному процессу важным является формирование у пациента мотивации [7], которая в немалой степени проистекает из доверия к медицинскому работнику. Предпосылкой доверия пациента к врачу, медицинской сестре является не только их профессионализм, но и знания особенностей психологии больного, механизмов межличностного общения и специфики развития и течения соматопсихических и психосоматических расстройств.

Однако, кроме квалификации специалистов, большое значение имеют и их личностные качества (уверенность, устойчивость к стрессу, способность к сопереживанию, толерантность, эмоциональная стабильность, умение контролировать эмоции) [4, 11], что обеспечивает четкость и слаженность взаимодействия в плановых рабочих и экстремальных ситуациях. Этим же целям служит и позитивное мышление врача или медицинской сестры – умение опираться на позитивные сдвиги в процессе лечения и выздоровления, минимизировать и нивелировать отрицательные моменты, внушать веру больному в благоприятный исход.

Важным для врача любого профиля (особенно для врачей психиатров-наркологов) является владение навыками бесконфликтного взаимодействия, подстройки к состоянию пациента, беспристрастного и безоценочного, безусловного положительного его принятия, а также способность к эмпатии. В наркологической практике эти навыки приобретают особую значимость, ввиду выраженных токсических эффектов, приводящих к расстройствам личности.

Эмпатийность – это свойство личности, позволяющее сопереживать другим людям, сочувствовать им. Наличие эмпатии позволяет устранять сопротивление лечению, снимать напряжение и формировать доверие пациента к врачу. Эмпатия для медицинских работников – необходимое качество для эффективного осуществления лечебно-реабилитационного процесса, оно играет роль медиатора при контакте «врач – пациент». С одной стороны, не позволяет всецело погружаться в переживания больного (эмоциональная идентификация или симпатия), а с другой стороны, не снисходит до жалости, унижая чувство собственного достоинства у пациента. Именно эта грань делает эмпатию такой эффективной и продуктивной.

За помощью к специалистам, пациенты обращаются, как правило, уже на развёрнутых стадиях болезни (к психиатру-наркологу на 2–3 стадии), имеющие различные степени физической, психической и социальной деградации; различные национальные, культурные, религиозные особенности. В лечебно-реабилитационном процессе не допустимы стигматизация и дискриминация пациентов, поэтому, наряду с толерантностью и эмпатийностью медицинского окружения, необходимо абсолютное положительное принятие больного (без брезгливости, осуждения, критики, назидания, порицания).

Безоценочное принятие пациента как личности, то есть вербальное и невербальное проявление уважения к человеку с любым недугом (особенно с имеющим негативную коннотацию в обществе: венерические заболевания, СПИД, туберкулез, алкоголизм, наркомания, гемблинг) создает атмосферу безопасности и позволяет больному открыто, не боясь критических замечаний, говорить о своих жалобах, о психоземotionalном состоянии. В том числе речь может идти об опасном сексуальном контакте, пренебрежении к рекомендации врача, первичных признаках актуализации влечения к психоактивным веществам. Возникающее у пациента чувство доверия повышает комплаентность (дает возможность контролировать вероятность рецидива, увеличивать терапевтический эффект от лечебно-реабилитационного процесса в целом).

Для установления доверительного контакта между пациентом и врачом, достижения комплаентности важным и необходимым навыком является активное слушание, которое заключается в вербальном и невербальном проявлении интереса к высказываниям и жалобам больного.

Стоит отметить, что на долю вербального общения между людьми приходится до 20 % воспринимаемой информации, а на долю невербального – до 80 %. В момент коммуникации люди не способны контролировать свою мимику, жесты, вегетативные реакции, которые являются источником наиболее достоверной информации. Умение медицинского персонала замечать и «считывать» эту информацию (мимику, жесты и др.) позволяет получить более полное представление о состоянии пациента. Пациент также получает информацию из этих каналов коммуникации, в связи с чем для формирования доверия со стороны больного эти две составляющие общения не должны различаться по модальности, то есть быть конгруэнтными. Это означает, что мимика, жесты врача, персонала должны соответствовать словесному содержанию его высказываний.

Помимо всего перечисленного, обязательным условием успешной реабилитации больных является соблюдение личного физического пространства как врача, так и пациента. Оптимальным принято считать расстояние между врачом и пациентом не менее 40 см и не более 2 м. Такая дистанция обеспечивает комфортную терапевтическую среду, порождая чувство безопасности и доверия.

Терапевтическая беседа должна проводиться в условиях достаточного количества времени. Поспешность, проявления озабоченности и нетерпения, отвлечение в процессе беседы едва ли будут способствовать созданию атмосферы доверительности и откровенности. Для пациента важно получить ответы на свои вопросы. В противном случае он пополнит недостаток информации из других источниках: из интернета, от соседей по палате.

Сохранение медицинской информации – конфиденциальность – непреложное условие в любом лечебно-реабилитационном процессе. Помимо морально-этического значения, ее разглашение может достичь уровня юридически наказуемого деяния лиц, работающих в медицинском учреждении (ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 2011 г., ст. 13.14 Кодекса РФ об административной ответственности, ст. 137 Уголовного кодекса Российской Федерации). К таким лицам относятся не только врачи, медицинские сестры, фельдшеры и санитары, но и весь обслуживающий персонал лечебно-профилактического учреждения, студенты и практиканты медицинских вузов и колледжей.

В случае лечения и реабилитации пациентов с социально-опасными болезнями (болезни патологической зависимости, СПИД, туберкулез и др.), имеющими негативную коннотацию в обществе, конфиденциальность приобретает еще большую значимость.

Авторитет врача (научная степень, профессиональный опыт, отзывы других пациентов) также имеет важное значение для формирования благоприятной терапевтической среды. Однако следует подчеркнуть необходимость соблюдения оптимальной психологической дистанции при общении с пациентами, поддержания паритета во взаимоотношениях. Авторитарность, доминирование, позиция «сверху» или «свысока», фамильярность несовместимы с благоприятной психологической атмосферой. Сокращение этой дистанции или уже упомянутая эмоциональная идентификация с пациентом также могут разрушить терапевтический контакт, вызвать негативные последствия.

Внешний вид медицинского работника играет значимую роль в его восприятии пациентом: опрятность (чистота одежды и тела), соблюдение дресс-кода (предпочтительно классическая форма одежды), избегание злоупотреблений парфюмерией, косметикой и др. В определенной степени являясь эталоном поведения для пациентов, медицинский работник не имеет права допускать (например, курение в присутствии пациентов) и обнаруживать любую форму приема ПАВ (запах табака или винных паров).

Для многих помогающих профессий [21] (врачи и персонал хосписов, домов инвалидов, онкологических клиник) свойственно эмоциональное выгорание. Профессия врача-психиатра, психиатра-нарколога входит в эту группу и требует специальной коррекционной работы для профилактики эмоционального (профессионального) выгорания. Успешно решать эти задачи возможно с помощью такого инструмента, как балинтовские группы, цель которых – повышение компетентности не только в профессиональном, но и в межличностном общении [17].

Необходимым условием для реализации эффективного лечебно-реабилитационного процесса представляется систематическая супервизия врачей и среднего медицинского персонала любого профиля. В ходе обсуждения клинических ситуаций в профессиональной группе (уже упомянутые балинтовские группы) осуществляется проработка собственных личностных стереотипов, негативного жизненного опыта, психологических защит и возможного созависимого поведения. Осознание собственных комплексов и освобождение от них дает возможность беспристрастно относиться к пациенту, что также усиливает саногенную составляющую терапевтической среды.

Современный подход к терапии независимо от нозологии включает в себя индивидуализированный (персонализированный) подход, что крайне необходимо учитывать при работе с пациентами не только наркологического, но и любого иного профиля, так как каждый пациент в отдельности имеет индивидуальные психологические [18, 19] и социальные особенности [6, 21].

Выводы. Анализ литературных данных последнего десятилетия:

- 1) показал, что в недостаточной степени уделяется внимание психологическим аспектам реабилитационного процесса;
- 2) позволил выявить резервные возможности для его оптимизации;
- 3) прояснил перспективы для расширения использования потенциала психологической компоненты реабилитации;
- 4) подтвердил обоснованность и необходимость персонифицированного и интегрированного подхода к пациенту, с учетом его личностно-психологических особенностей и согласованного междисциплинарного взаимодействия в медико-реабилитационном процессе с учетом биопсихосоциальной модели заболевания.

Раскрытие информации. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список источников

1. Житловский В. Е., Лайшева О. А., Тохтиева Н. В., Щукина Е. П., Ковальчук Т. С. Опыт преподавания основ медико-психологической реабилитации в курсе «Реабилитация, спортивная медицина и физическая культура» // *Методология и технология непрерывного профессионального образования*. 2021. № 1 (5). С. 54–62.
2. Васильева А. В., Караваева Т. А., Мизинова Е. Б., Ташлыков В. А., Чехлатый Е. И. Разработка конструктора внутренней картины болезни для оптимизации медико-психологической реабилитации // *Экология человека*. 2019. № 12. С. 32–39. doi: 10.33396/1728-0869-2019-12-32-39.
3. Кабанов М. М. Реабилитация психических больных. Л. : Медицина, Ленинградское отд., 1985. 216 с.
4. Зуйкова, Н. Л. Клинико-интегративная модель психосоциальной реабилитации коморбидных пациентов психиатрического стационара // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2019. № 2 (46). С. 111–113.
5. Шуплякова А. В. Введение в интегративный подход на основе биопсихосоциальной модели в лечебно-реабилитационном процессе пациентов с алкогольной зависимостью // *Профилактика зависимостей*. 2020. № 1 (21). С. 297–305.
6. Николаев П. А. Социально-психологические особенности лиц с химической зависимостью на этапе реабилитации // *Шуйская сессия студентов, аспирантов, педагогов, молодых ученых*. Иваново : Ивановский государственный университет, 2021. С. 153–156.
7. Белоколов В. В., Вакнин Е. Е. Психология реабилитации зависимых. СПб. : Айсинг, 2019. 284 с.
8. Великанова Л. П., Потапова Н. П. Динамические характеристики синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала // *Медицинская сестра*. 2014. № 6. С. 22–25.
9. Городнова М. Ю. Психология лечебной среды на модели наркологического стационара. СПб., 2016. 49 с.
10. Основы медицинской реабилитации и этапы лечебно-реабилитационного процесса в современной наркологии / Т. В. Клименко, А. А. Козлов, Ю. Л. Арзуманов, Т. Н. Дудко, С. А. Игумнов, А. О. Кибитов, А. В. Шуплякова, Ф. Л. Кутарев, А. С. Лобачева, Р. Р. Искадаров, С. М. Шахова, О. В. Коротина, А. С. Коротина // *Клиническая, психологическая, нейрофизиологическая, генетическая, соматоневрологическая диагностика и медицинская реабилитация зависимых от ПАВ (алкоголь, наркотики)*. М. : Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, 2021. С. 83–148. EDN WNSGON.
11. Бабурин А. Н. Семейные клубы трезвости на завершающем этапе реабилитации наркологических пациентов // *Наркология*. 2022. Т. 21, № 2. С. 58–63. doi: 10.25557/1682-8313.2022.02.58-63.
12. Булатников А. Н. Программа семейной реабилитации в наркологии // *Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода* / под ред. Г. И. Копейко. М. : Макс Пресс, 2020. С. 55–58.
13. Булатников А. Н. Семейно-ориентированный подход к реабилитации в наркологии // *Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода* / под ред. Г. И. Копейко. М. : Макс Пресс, 2020. С. 58–62.
14. Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением / под ред. Г. И. Копейко, О. А. Борисовой, А. Н. Бабурина, Т. А. Солохиной, А. И. Магая. М. : Макс Пресс, 2020. 88 с.
15. Зражевская И. А., Мурзина-Голорая О. В., Топка Э. О. Проблемные аспекты реабилитационного процесса в негосударственных центрах реабилитации зависимых от психоактивных веществ // *Вестник последипломного медицинского образования*. 2020. № 4. С. 26–28.
16. Поплевченков К. Н., Агибалова Т. В., Застрожин М. С., Бузик О. Ж. Комплексная оценка тяжести зависимости от психостимуляторов у больных в процессе реабилитации // *Наркология*. 2022. Т. 21, № 11. С. 26–30. doi: 10.25557/1682-8313.2022.11.26-30.
17. Винокур В. А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы. СПб. : СпецЛит, 2019. 263 с.

18. Аблякимова Д. Ф., Пономаренко Ю. Н., Марусич И. И., Аблякимов Э. Ф. Психотерапия и лечебная физкультура при проведении медико-психологической реабилитации у военнослужащих ВС РФ в санатории // Медико-психологическая реабилитация: проблемы, тенденции, перспективы. Севастополь : Колорит, 2019. С. 8–9.
19. Калининченко Я. Н. Некоторые психологические проблемы наркозависимых, препятствующие субъективному восприятию ценности реабилитации // Противодействие наркоугрозе на современном этапе: правовой и социально-гуманитарный аспекты / отв. ред. Н. Н. Цуканов. Красноярск : Сибирский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации, 2019. С. 55–58. doi: 10.51980/2019_4_55. EDN DYAGHH.
20. Университет Синергия. URL: <https://synergy.ru>.
21. Социальные особенности человека. URL: <http://flaminguru.ru/bio62.html>.

References

1. Zhitlovskiy V. Ye., Laysheva O. A., Tokhtieva N. V., Shchukina Ye. P., Kovalchuk T. S. Experience in teaching the fundamentals of medical and psychological rehabilitation in the course “Rehabilitation, sports medicine and physical culture”. *Metodologiya i tekhnologiya nepreryvnogo professionalnogo obrazovaniya = Methodology and Technology of Continuous Professional Education*. 2021; 1 (5): 54–62. (In Russ.).
2. Vasileva A. V., Karavaeva T. A., Mizinova Ye. B., Tashlykov V. A., Chekhlatyy Ye. I. Development of a construct of the internal picture of the disease to optimize medical and psychological rehabilitation. *Ekologiya cheloveka = Human Ecology*. 2019; 12: 32–39. doi: 10.33396/1728-0869-2019-12-32-39. (In Russ.).
3. Kabanov M. M. *Reabilitatsiya psikhicheskikh bolnykh = Rehabilitation of Mental Patients*. Leningrad: Meditsina; Leningrad department; 1985: 216 p. (In Russ.).
4. Zuykova, N. L. Clinical and integrative model of psychosocial rehabilitation of comorbid patients in a psychiatric hospital. *Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii = Journal of Psychiatry and Medical Psychology*. 2019; 2 (46): 111–113. (In Russ.).
5. Shuplyakova A. V. Introduction to the integrative approach based on the biopsychosocial model in the treatment and rehabilitation process of patients with alcohol addiction. *Profilaktika zavisimostey = Prevention of Addictions*. 2020; 1 (21): 297–305. (In Russ.).
6. Nikolaev P. A. Social and psychological characteristics of persons with chemical dependence at the stage of rehabilitation. *Shuyskaya sessiya studentov, aspirantov, pedagogov, molodykh uchenykh = Shuya Session of Students, Graduate Students, Teachers, Young Scientists*. Ivanovo: Ivanovo State University; 2021: 153–156. (In Russ.).
7. Belokolodov V. V., Vaknin Ye. Ye. *Psikhologiya reabilitatsii zavisimykh = Psychology of Rehabilitation of Addicts*. St. Petersburg: Aysing; 2019: 284 p. (In Russ.).
8. Velikanova L. P., Potapova N. P. Dynamic characteristics of emotional burnout syndrome among nursing staff. *Meditsinskaya sestra = Medical Sister*. 2014; 6: 22–25. (In Russ.).
9. Gorodnova M. Yu. *Psikhologiya lechebnoy sredy na modeli narkologicheskogo stacionara = Psychology of the Therapeutic Environment on the Model of a Drug Treatment Hospital*. St. Petersburg: 2016: 49 p. (In Russ.).
10. Klimenko T. V., Kozlov A. A., Arzumanov Yu. L., Dudko T. N., Igumnov S. A., Kibitov A. O., Shuplyakova A. V., Kutarev F. L., Lobacheva A. S., Iskandarov R. R., Shakhova S. M., Korotina O. V., Korotina A. S. Fundamentals of medical rehabilitation and stages of the treatment and rehabilitation process in modern narcology. *Klinicheskaya, psikhologicheskaya, neyrofiziologicheskaya, geneticheskaya, somatonevrologicheskaya diagnostika i meditsinskaya reabilitatsiya zavisimykh ot PAV (alkogol, narkotiki) = Clinical, Psychological, Neurophysiological, Genetic, Somatoneurological Diagnostics and Medical Rehabilitation of Those Addicted to Psychoactive Substances (Alcohol, Drugs)*. Moscow: National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after name V. P. Serbsky; 2021: 83–148. EDN WNSGOH. (In Russ.).
11. Baburin A. N. Family sobriety clubs at the final stage of rehabilitation of drug addiction patients. *Narkologiya = Narcology*. 2022; 21 (2): 58–63. doi: 10.25557/1682-8313.2022.02.58-63. (In Russ.).
12. Bulatnikov A. N. Family rehabilitation program in narcology. *Profilaktika rasstroystv povedeniya: semeynyy aspekt biopsikhosotsiodukhovnogo podkhoda = Prevention of Behavioral Disorders: Family Aspect of the Biopsychosocio-spiritual Approach*. Ed. by G. I. Kopeyko. Moscow: Maks Press; 2020: 55–58. (In Russ.).
13. Bulatnikov A. N. Family-oriented approach to rehabilitation in narcology. *Profilaktika rasstroystv povedeniya: semeynyy aspekt biopsikhosotsiodukhovnogo podkhoda = Prevention of Behavioral Disorders: the Family Aspect of the Biopsychosocio-spiritual Approach*. Ed. by G. I. Kopeyko. Moscow: Maks Press; 2020: 58–62. (In Russ.).
14. *Semeynye kluby trezvosti: sovremennye tekhnologii psikhosotsialnoy reabilitatsii lyudey s religioznym mirovozzreniem = Family Sobriety Clubs: Modern Technologies for Psychosocial Rehabilitation of People with a Religious Worldview*. Ed. by G. I. Kopeyko, O. A. Borisovoy, A. N. Baburina, T. A. Solokhinoy, A. I. Magaya. Moscow: Maks Press; 2020: 88 p. (In Russ.).
15. Zrazhevskaya I. A., Murzina-Toloraya O. V., Topka E. O. Problematic aspects of the rehabilitation process in non-state rehabilitation centers for those addicted to psychoactive substances. *Vestnik posle diplomnogo meditsinskogo obrazovaniya = Bulletin of Postgraduate Medical Education*. 2020; 4: 26–28. (In Russ.).
16. Poplevchenkov K. N., Agibalova T. V., Zastrozhin M. S., Buzik O. Zh. Comprehensive assessment of the severity of dependence on psychostimulants in patients in the process of rehabilitation. *Narkologiya = Narcology*. 2022; 21 (11): 26–30. doi: 10.25557/1682-8313.2022.11.26-30. (In Russ.).

17. Vinokur V. A. Balintovskie gruppy: istoriya, tekhnologiya, struktura, granitsy i resursy = Balint Groups: History, Technology, Structure, Boundaries and Resources. St. Petersburg: SpetsLit; 2019: 263 p. (In Russ.).
18. Ablyakimova D. F., Ponomarenko Yu. N., Marusich I. I., Ablyakimov E. F. Psychotherapy and physical therapy during medical and psychological rehabilitation among military personnel of the RF Armed Forces in a sanatorium. Mediko-psikhologicheskaya reabilitatsiya: problemy, tendentsii, perspektivy = Medical and Psychological Rehabilitation: Problems, Trends, Prospects. Sevastopol: Kolorit; 2019: 8–9. (In Russ.).
19. Kalinichenko Ya. N. Some psychological problems of drug addicts that impede the subjective perception of the value of rehabilitation. Protivodeystvie narkougroze na sovremennom etape: pravovoy i sotsialno-gumanitarnyy aspekty = Countering the Drug Threat at the Present Stage: Legal and Social-humanitarian Aspects. Ed. by N. N. Tsukanov. Krasnoyarsk: Siberian Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation; 2019: 55–58. doi: 10.51980/2019_4_55. EDN DYAGHH. (In Russ.).
20. Universitet Sinergiya = Synergy University. URL: <https://synergy.ru>.
21. Sotsialnye osobennosti cheloveka = Social Characteristics of a Person. URL: <http://flaminguru.ru/bio62.html>. (In Russ.).

Информация об авторах

Л. П. Великанова, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой наркологии, психотерапии и правопедения, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: rufam@mail.ru.

Т. В. Кравцова, доцент кафедры наркологии, психотерапии и правопедения, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: kravtanvik@mail.ru.

Information about the authors

L. P. Velikanova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: rufam@mail.ru.

T. V. Kravtsova, Associate Professor of the Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: kravtanvik@mail.ru.

Статья поступила в редакцию 16.02.2023; одобрена после рецензирования 09.01.2024; принята к публикации 10.01.2024.

The article was submitted 16.02.2023; approved after reviewing 09.01.2024; accepted for publication 10.01.2024.