

## Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии

Прибытков А.А.<sup>1</sup>, Еричев А.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Пензенский институт усовершенствования врачей,

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

**Резюме.** В соответствии с многофакторной моделью развития соматоформных расстройств (СФР) предложена методика когнитивно-поведенческой психотерапии. Выделены четыре этапа терапии: подготовительный (диагностический), психообразовательный, основной (собственно когнитивно-поведенческой терапии) и суппортивный (закрепления достигнутых изменений и профилактика рецидивов). Рассмотрены особенности психотерапевтического вмешательства на каждом из упомянутых этапов. Описаны основные когнитивно-поведенческие техники и мишени воздействия, а также особенности типичных для СФР патологических циклов, поддерживающих симптоматику, и возможности их прерывания. Получены предварительные данные об эффективности предложенной методики.

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, когнитивно-поведенческая терапия, психообразование

### Somatoform disorders. The second part: technique of cognitive-behavioral psychotherapy

Pribytkov A.A.<sup>1</sup>, Erichev A.N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Penza institution of advanced medical studies,

<sup>2</sup> St. Petersburg Psychoneurological Research Institute named after V.M. Behterev

**Summary.** The technique of cognitive behavioral psychotherapy was proposed in accordance with the multifactorial model of somatoform disorders (SFD). Four stages of therapy were emphasized: preparatory (diagnostic), psychoeducational, basic (actually CBT) and supportive (fixation of achieved changes and relapse prevention). The characteristics of psychotherapeutic interventions in each of these stages were considered. The basic cognitive-behavioral techniques and targets of influence were reviewed, as well as features of typical for SFD pathological cycles, which support SFD symptoms. Also reviewed opportunities for interrupting of these cycles. Preliminary data about the effectiveness of the proposed method were received.

**Key words:** somatoform disorders, cognitive-behavioral therapy, psychoeducation

В терапии соматоформных расстройств (СФР) установлена эффективность как ряда психофармакологических препаратов (антидепрессантов, в меньшей степени — антипсихотиков), так и психотерапевтических методик [6, 14, 18, 19]. Существует высокая вероятность, что для многих пациентов необходима сочетанная терапия, особенно же — для больных с хроническим течением СФР [14]. Отчасти это подтверждают исследования, демонстрирующие положительный результат сочетания фармакотерапии, физических упражнений и психотерапевтических вмешательств в структуре многокомпонентных программ лечения функциональных соматических синдромов [7, 10, 11, 17]. Однако до последнего времени не получено убедительных данных, подтверждающих, что многокомпонентные программы более эффективны, чем составляющие их отдельные, дифференцированно применяемые элементы терапии, относительный эффект каждого из которых в целостной терапевтической программе оценить чрезвычайно сложно [16].

В то же время относительно соматоформных расстройств, в том числе отличающихся тяжестью проявлений, выявлена эффективность использования психотерапевтических вмешательств

как в качестве самостоятельного подхода [13], так и включенных в систему интегративной терапии, но доминирующих в комплексе лечебных мероприятий [12]. Получены предварительные данные о положительных результатах при лечении СФР и функциональных соматических симптомов при использовании психодинамической терапии и гипнотерапии [5, 8, 15], при интеграции когнитивного и психодинамического направлений психотерапии [2]. Наиболее же убедительно подтверждена эффективность использования в лечении СФР когнитивно-поведенческого психотерапевтического направления [3, 9, 14, 19, 20].

Это обстоятельство связано с тем, что психофармакотерапия способна влиять на биологические процессы, лежащие в основе развития патологии, но не оказывает значимого воздействия на личностные, когнитивные, поведенческие особенности, участвующие в патогенезе СФР. Именно поэтому, несмотря на важность использования лекарственных препаратов, целесообразно их сочетание с психотерапевтическим вмешательством. В соответствии с представленной в первой части настоящей статьи интегративной моделью СФР предложена методика когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) данной патологии.

Психотерапевтический процесс подразделялся на четыре этапа: подготовительный (диагностический), психообразовательный, основной (собственно когнитивно-поведенческой терапии) и суппортивный (закрепления достигнутых изменений и профилактики рецидивов). Подготовительный, основной и суппортивный этапы проводились индивидуально, психообразовательный — в форме закрытых групп. Нельзя не отметить, что указанные этапы не могут быть жестко разделены во времени, в определенной мере пересекаются друг с другом и корректнее говорить о преобладающих «этапных» вмешательствах на том или ином отрезке терапии.

**Подготовительный (диагностический) этап.** Подготовительный этап начинался с момента обращения пациента за помощью и включал диагностическую оценку, процедуру включения в психотерапевтический процесс и когнитивную концептуализацию случая. Помимо установления диагноза в соответствии с МКБ-10, на подготовительном этапе проводилось исследование личностных характеристик пациентов, особенностей когнитивных процессов, поведения, копинг-стратегий и возможностей совладания со стрессом. Оценивалось наличие психотравмирующих ситуаций и социальных факторов (как неблагоприятных, так и способствующих адаптации). Диагностика включала клиническое интервью, а также заполнение пациентом диагностических шкал и опросников (миннесотский многофакторный личностный опросник в адаптации Л.Н. Собчик, методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте, опросник «Стратегии совладающего поведения» Лазаруса, шкала стрессовых событий Холмса-Рея, опросник «Скрининг соматоформных симптомов-7»). Процесс включения в психотерапевтический процесс представлял собой работу по созданию доверительных отношений врача с пациентом и проводился параллельно с диагностическими мероприятиями.

Когнитивная концептуализация разрабатывалась индивидуально для каждого пациента и включала рассмотрение когнитивных схем, способствующих поддержанию дисфункциональных убеждений, дезадаптивных особенностей поведения, а также роли стрессовых факторов, влияющих на возникновение и сохранение патологических нарушений. Полученная в результате когнитивной концептуализации модель патологии содержала как глубинные и промежуточные убеждения, сформировавшиеся в течение жизни пациента, так и особенности восприятия и толкования им текущей ситуации (автоматические мысли), а также — критические жизненные события, оказавшие существенное влияние на формирование установок глубинного и промежуточного уровней. К установкам глубинного уровня принято относить ключевые представления человека о себе, а промежуточного уровня — жизненные правила, предположения и отношения, сформулированные на основании глубинных убеждений и личного опыта [4]. Критические жизненные события, свя-

занные с формированием СФР, чаще носили характер долговременных (например, особенности стиля воспитания или общения в семье), но периодически встречались и яркие одномоментные события, оказавшие существенное влияние на пациента: например, неожиданная смерть родителя от сердечно-сосудистого заболевания. Невзирая на уже упомянутую индивидуальность когнитивной концептуализации, для пациентов, страдающих СФР, типичны сходные проявления когнитивных и поведенческих особенностей (описаны в первой части настоящей статьи), что позволило выработать единую методологию КПТ, которая может быть легко модифицирована с учетом особенностей конкретного больного.

Диагностический этап заканчивался формированием запроса пациента (его ожидания и представления о возможных результатах терапии) и психотерапевтического контракта. Элементы диагностики проводились и на последующих этапах совместной работы. В рамках когнитивно-поведенческой психотерапии терапевт формулировал рабочую гипотезу, которая в последующем могла быть подтверждена, а, в ряде случаев, — существенно скорректирована. Так, предварительное формулирование когнитивной концептуализации начиналось на диагностическом этапе, но её структура могла видоизменяться на основном этапе психотерапии в зависимости от появления новой информации, а также — динамики состояния пациента.

**Психообразовательный этап.** Подавляющее большинство пациентов, страдающих СФР, до обращения к психотерапевту многократно консультировались специалистами общемедицинских учреждений, подвергались различным диагностическим исследованиям и имели длительную историю наблюдения. Зачастую это приводило к восприятию имеющихся симптомов как проявлений «не диагностированного или не поддающегося лечению соматического заболевания». Указанные искажения в ряде случаев получали дополнительные ятрогенные подкрепления со стороны специалистов соматического профиля. Психообразование на подготовительном этапе КПТ направлено на предоставление пациенту адекватной информации о происхождении и течении имеющихся расстройств, возможностях терапевтических мероприятий, необходимости активного участия больного в лечебном процессе. Особенно важной для пациентов оказывалась информация о том, что эмоции могут иметь телесные эквиваленты, которые самим человеком трактуются как признаки соматического заболевания. Интерактивные дискуссии помогали пациентам осознать, что они не одиноки в своей болезни и давали возможность критически относиться к собственным проявлениям заболевания. Психообразовательная работа продолжалась и на этапе собственно когнитивно-поведенческого вмешательства.

Важной особенностью КПТ является возможность её осуществления в структуре полипрофес-

## Мишени терапевтического вмешательства



Рис. 1

сиональной бригады. Так, проведение психообразовательных занятий может делегироваться психологам, врачам соматического профиля, психиатрам, что зависит от тематики занятия и необходимости оптимизации лечебного процесса. Нами разработана оригинальная психообразовательная программа, ориентированная на пациентов СФР. Психообразовательная программа включала в себя 5 занятий длительностью 1 час. Психообразование осуществлялось в закрытой группе, численностью не более 7-10 человек, что способствовало большему самораскрытию пациентов и тем самым готовило благоприятную почву для основного этапа когнитивно-поведенческой психотерапии. Групповой формат также способствовал экономии усилий специалистов. Первое психообразовательное занятие начиналось со знакомства, определения целей и задач группового взаимодействия. В последующем психообразовательные занятия начинались с описания ведущих эмоций (для коррекции проявлений алекситимии и подготовки к основному этапу КПТ), затем осуществлялся переход к краткому повторению темы предыдущей встречи и обсуждению домашнего задания, а только потом — к теоретическому блоку. Важным элементом работы являлась включенность пациентов в процесс психообразования и проверка правильности усвоенного ими материала. В завершении каждой встречи пациенты высказывались о своем эмоциональном состоянии за время занятия, что помогало ведущим своевременно обращать внимание на такие факты, как повышение уровня тревоги в связи с неправильно понятой информацией. Нами были сформулированы основные теоретические блоки психообразовательной программы для пациентов, страдающих СФР:

- что такое СФР и функциональные телесные симптомы;
- сложности распознавания и принятия факта заболевания СФР;
- роль тревоги и других эмоций в формировании и поддержании СФР;
- ошибки мышления (их виды и способы выявления);
- контролирующее поведение (что это такое, как оно влияет на поддержание болезни и как его корректировать);
- основные цели медикаментозного и психотерапевтического вмешательства;
- роль пациента в лечении и правильное приложение им усилий;
- возможные сложности в процессе терапии (побочные эффекты терапии, рецидивы и др.);
- особенности лечения в период ремиссии.

**Основной этап (собственно когнитивно-поведенческого вмешательства).** Данный этап включал различные техники, направленные на коррекцию когнитивных искажений, эмоционального реагирования с преобладанием тревоги, сниженной способности к совладанию со стрессом, поведенческих особенностей. Занятия проводились индивидуально и включали 8 сессий с частотой 2-3 раза в неделю. Основные группы техник (включая психообразование, условно отнесенное к психотерапии), применяемых в процессе КПТ, и мишени воздействия приведены на рис. 1.

На начальном этапе КПТ пациенту представлялась когнитивная модель патологии (в упрощенном, адаптированном виде), основные принципы и ожидаемые результаты терапии. При этом использовались результаты когнитивной концептуализации, полученные на диагностическом этапе и информация, изложенная в процессе психоо-

## Патологические циклы при СФР



Рис 2

бразования. Формирование адекватных представлений о собственном состоянии является весьма важной задачей в лечении СФР, в том числе по причине типичного для пациентов акцента на соматическом состоянии в ущерб вниманию к психологическим и эмоциональным аспектам. По этой причине в процессе терапии врач повторно, на последующих занятиях, обращался к вопросу представлений пациента о имеющихся нарушениях.

Для описания роли когнитивных процессов, эмоциональных переживаний и поведенческих особенностей пациенты знакомились со схемой АВС. Особое внимание уделялось автоматическим мыслям и эмоциональным реакциям, возникающим в ответ на функциональные соматические симптомы. Пациентам предлагалось самостоятельно регистрировать автоматические мысли и взаимосвязанные эмоциональные и поведенческие реакции (для их дальнейшей оценки и коррекции).

Во время основного этапа КПТ важное место отводилось совместному с пациентами выявлению и структурированию циклов, поддерживающих болезненную симптоматику, а также раскрытию механизмов их прерывания (для наглядности это делалось интерактивно с использованием маркеров и доски). Общая схема патологических циклов, поддерживающих симптоматику при СФР, приведена на рис. 2.

Ключевым дисфункциональным когнитивным искажением у больных СФР можно считать катастрофизацию функциональных соматических симптомов. Любые, в том числе малозначимые, физические симптомы, пациенты склонны трактовать как несущие серьезную опасность, свидетельствующие о значительной тяжести состоя-

ния и неблагоприятном прогнозе. Подобные заключения приводят к нарастанию сопутствующей тревоги, которая усиливает имеющиеся телесные проявления. Наличие алекситимии играет роль своеобразного «катализатора», в ещё большей степени усиливающего функциональные соматические нарушения. Кроме того, тревожные переживания оказывают влияние на когнитивные искажения пациентов, усиливая проявления катастрофизации. В итоге формируется «порочный круг», способствующий стабилизации патологических симптомов. Для коррекции дисфункциональных мыслей и проявлений тревоги применялись техники АВС, альтернативных интерпретаций, подбора доказательств «за» и «против». При выявлении иных дисфункциональных мыслей (помимо катастрофизации) проводился их анализ и коррекция с помощью аналогичных техник.

С целью уменьшения проявлений алекситимии проводились упражнения, направленные на распознавание эмоций, различение эмоциональных реакций и автоматических мыслей. Необходимо отметить, что несмотря на частое наличие функциональных соматических симптомов у пациентов с аффективными расстройствами, СФР не могут быть объяснены исключительно как симптомы, связанные с нарушениями эмоциональной сферы. В связи с этим, проявления алекситимии в данной модели не рассматривались как ключевая причина формирования СФР. Тем не менее, у пациентов, испытывающих значимые сложности в распознавании собственных эмоций (в том числе вторичных эмоциональных реакций, обусловленных соматическими симптомами) целесообразно использование техник, направленных на уменьшение данных нарушений.



Особенности поведения пациентов (стремление к дополнительным консультациям, негативное отношение к объяснению имеющихся симптомов с точки зрения психических расстройств) связаны как с наличием дисфункциональных когнитивных искажений, так и с нарастанием тревоги в ответ на функциональные соматические симптомы. Аномальные поведенческие реакции (избегание ситуаций, которые «могут спровоцировать ухудшение», ограничение физической и социальной активности, излишний контроль состояния здоровья) приводят к усилению тревоги и формированию дополнительных патологических циклов, поддерживающих функциональные соматические симптомы (см. рисунок 2). Для коррекции искаженного восприятия имеющихся нарушений и особенностей поведения на этапе психообразовательной работы пациентам представилась модель патологии, объяснялась роль биологических, психологических и социальных факторов. В дальнейшем использовалась когнитивная реструктуризация и поведенческие техники, направленные на осознание бесперспективности и отказ от нецелесообразных консультаций и исследований. Важную роль играло и осознание пациентами противоречий: субъективной сиюминутной «выгоды» от излишнего контроля своего соматического состояния в виде снижения уровня тревоги сразу после обследования и «ущерба» от закрепления подобного стереотипа поведения и более существенного усиления тревоги в дальнейшем. В ряде случаев оказывалось оправданным составление вместе с пациентом карты диспансеризации, которой ему в дальнейшем рекомендовали придерживаться, чтобы исключить необходимые диагностические процедуры. Параллельно проводилась работа, направленная на устранение нежелательного (ограничительного) поведения и подкрепление положительных изменений в образе жизни: расширения диапазона физических нагрузок и увеличения социальной активности.

Как было отмечено в первой части статьи, для больных СФР типичной является низкая способность совладания со стрессовыми ситуациями. В процессе диагностического интервью, а также использования опросников выявлялись основные проблемные обстоятельства, психологические защиты и копинг-стратегии, типичные для данного пациента. В соответствии с полученными результатами проводилась коррекция, направленная на повышение потенциала адаптации и выработку ресурсов для преодоления сложных жизненных ситуаций. Кроме того, с пациентом проводилась работа, направленная на осознание необходимости гибкого использования копинг-стратегий в зависимости от особенностей текущей ситуации в противовес ригидному поведению, не соответствующему изменившимся обстоятельствам и социальному окружению. Для достижения описанных целей использовались техники изменения оценки значимости стрессора, коррекция негативных автоматических мыслей и дисфункциональных когнитивных схем, со-

провожающих проблемные ситуации, поведенческие эксперименты.

**Суппортивный этап.** На суппортивном этапе основной задачей терапии было поддержание достигнутых ранее изменений, сохранение ремиссии, профилактика рецидивов. Данный этап предполагал 3-6 встреч с частотой 1 раз в месяц. Терапевтические сеансы включали оценку результатов терапии (стойкости достигнутого улучшения), выявление (при наличии) новых дисфункциональных когнитивных схем, мониторинг особенностей поведения, поддержание желательных изменений (например, расширения социальной активности). В случае появления признаков ухудшения состояния проводились дополнительные вмешательства по принципам, описанным для основного этапа КПТ. Перед окончанием лечения пациентам предлагалось составить итоговый отчет о приобретенных навыках и возможных стратегиях при ухудшении состояния. Полученный материал корректировался совместно с пациентом для дальнейшего самостоятельного использования.

В настоящее время описанная методика КПТ соматоформных расстройств прошла предварительную апробацию в группе из 14 человек. Длительность вмешательства составила 4 недели (суппортивный этап не оценивался). В процессе терапии была достигнута статистически значимая редукция проявлений патологии (оценка по шкале общего клинического впечатления и результатам, полученным с помощью опросника «Скрининг соматических симптомов-7») в сравнении с исходным состоянием больных [1].

### Заключение

В литературе имеются указания на эффективность КПТ при соматоформных расстройствах, однако существует дефицит информации о принципах проведения вмешательства, особенностях пациентов (с точки зрения когнитивной концептуализации клинического случая), основных мишенях терапии. Описанная в данной работе методика когнитивно-поведенческой терапии соматоформных расстройств призвана восполнить данный пробел. Отдельного упоминания заслуживает разработанная психообразовательная программа, которая может использоваться как в структуре КПТ, так и изолированно (в том числе в общемедицинской практике). Получены предварительные результаты об эффективности КПТ, которые согласуются с имеющимися в настоящее время исследованиями. Основным ограничением полученных данных является малый объем выборки. В настоящее время проводится исследование, направленное на изучение эффективности комбинированного подхода (КПТ и фармакотерапия) в сравнении с медикаментозным лечением.

Таким образом, наиболее соответствующей современным взглядам представляется многофакторная модель развития соматоформных расстройств, основанная на идеях биопсихосоциальной концепции в медицине. Предложенная мето-

дика когнитивно-поведенческой терапии является перспективной для лечения этой сложной группы пациентов и показала предварительную эф-

фективность. Уточнение эффективности разработанной модели КПТ в лечении СФР является задачей дальнейших исследований.

### Литература

1. Прибытков А.А. Когнитивно-поведенческая терапия соматоформных расстройств (описание серии случаев) // Архивъ внутренней медицины (специальный выпуск), «Психосоматическая медицина в России: достижения и перспективы—2016»: сборник материалов межвузовской научно-практической конференции. Москва, 24 марта 2016г. —2016. — С. 126-127.
2. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств // Консультативная психология и психотерапия. —1996. —№ 3. —С. 141-163.
3. Allen L.A., Woolfolk R.L. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders // *Psychiatr. Clin. North Am.* —2010. — Vol. 33, № 3. —P. 579-593.
4. Beck J.S. Cognitive behavior therapy: basics and beyond (2nd edition) // New York: The Guilford Press. —2011. —391 p.
5. De Greck M., Scheidt L., Bölter A.F. et al. Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorder // *World J. Biol. Psychiatry.* —2011. — Vol. 12, № 4. —P. 296-308.
6. Decoutere L., van den Eede F., Moorkens G., Sabbe B.G. Antipsychotic agents in the treatment of somatoform disorders; a review // *Tijdschr. Psychiatr.* —2011. — Vol. 53, № 3. —P. 163-173.
7. Egloff N., Beer C., Gschossmann J.M. et al. Multimodal therapy of functional gastrointestinal disorders // *Praxis (Bern 1994).* —2010. — Vol. 99, № 8. —P. 487-493.
8. Gholamrezaei A., Ardestani S.K., Emami M.H. Where does hypnotherapy stand in the management of irritable bowel syndrome? A systematic review // *J. Altern. Complement Med.* —2012. — Vol. 12, № 6. —P. 517-527.
9. Gottschalk J.M., Rief W. Psychotherapeutic approaches for patients with somatoform disorders // *Nervenarzt.* 2012. — Vol. 83, № 9. —P. 1115-1127.
10. Hauser W., Bernardy K., Arnold B. et al. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials // *Arthritis Rheum.* —2009. — Vol. 61, № 2. —P. 216-224.
11. Henningsen P., Zipfel S., Herzog W. Management of functional somatic syndromes // *Lancet.* —2007. — Vol. 369, № 9565. —P. 946-955.
12. Houtveen J.H., van Broeckhuysen-Kloth S., Lintmeijer L.L. et al. Intensive multidisciplinary treatment of severe somatoform disorder: a prospective evaluation // *J. Nerv. Ment. Dis.* —2015. — Vol. 203, № 2. —P. 141-148.
13. Koelen J.A., Houtveen J.H., Abbass A. et al. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis // *Br. J. Psychiatry.* —2014. — Vol. 204, № 1. —P. 12-19.
14. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials // *Psychosom. Med.* —2007. — Vol. 69, № 9. —P. 881-888.
15. Sattel H., Lahmann C., Gündel H. et al. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial // *Br. J Psychiatry.* —2012. — Vol. 200, № 1. —P. 60-67.
16. Schröder A., Fink P. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: organizational aspects and evidence-based treatment // *Psychiatr. Clin. North Am.* —2011. — Vol. 34, № 3. —P. 673-687.
17. Smith R.C., Lyles J.S., Gardiner J.C. et al. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial // *J. Gen. Intern. Med.* —2006. — Vol. 21, № 7. —P. 671-677.
18. Somashekar B., Jain A., Wuntakal B. Psycho-pharmacotherapy of somatic symptoms disorders // *Int. Rev. Psychiatry.* —2013. — Vol. 25, № 1. —P. 107-115.
19. Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies // *Psychosom. Med.* —2007. — Vol. 69, № 9. —P. 889-900.
20. van Dessel N., den Boeft M., van der Wouden J.C. et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults // *Cochrane Database Syst. Rev.* —2014. — Vol. 11. —CD011142.

### References

1. Pribytkov A.A. Cognitive-behavioral therapy of somatoform disorders (a case series) // *Arhiv vnutrennej mediciny (special issue), «Psihosomaticheskaia medicina v Rossii: dostizhenija i perspektivy—2016»: Proceedings of the Conference. Moscow, March 24, 2016. —2016. —P. 126-127. (In Russian)*
2. Holmogorova A.B., Garanjan N.G. Integration of cognitive and psychodynamic approaches using the example of somatoform disorders' psychotherapy // *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija.* —1996. —№ 3. —P. 141-163. (In Russian)

*Сведения об авторах*

**Прибытков Алексей Александрович** — доцент кафедры психиатрии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент E-mail: pribytkov@bk.ru

**Еричев Александр Николаевич** — ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, кандидат медицинских наук E-mail: erichevalex@gmail.com