



Психодиагностика и психотерапия в восстановительной медицине

ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ С ЭНДОГЕННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА САМОСТИГМАТИЗАЦИИ

УДК 616-058

Тараканова Е.А., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, наркологии и психотерапии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета, к. м. н.

Аннотация.

В статье описаны особенности формирования самостигматизации у эндогенных больных. Отмечена зависимость типа самостигматизации от ряда клинических и социальных факторов. Описаны медико-социальные особенности больных, определены корреляционные связи. В результате кластеризации получено 5 групп (кластеров) утверждений, являющихся структурными психологическими составляющими самостигматизации. Выделены 3 основных вариации самостигматизации – социопатическая, социоперсекуторная и амбисоциальная.

Ключевые слова: самостигматизация, кластерный анализ, реабилитация, адаптация.

Введение.

В настоящее время много внимания уделяется вопросам развития психиатрической службы и психиатрии как науки в целом. Так, ряд авторов [1, 2, 3] подчеркивают особенности этого развития: системный подход, смена парадигмы с организменно-центрической на эволюционно-популяционную (экологическую), концепция реабилитации с ее профильной направленностью, понятие о «предболезни», возрастание роли правовых и этических компонентов. Однако многочисленные работы, посвященные различным вопросам реабилитации, прежде всего, затрагивают аспекты социально-трудового восстановления. В то же время, применительно к психиатрии, нет единого понимания сути многогранного динамического процесса реабилитации, имеющего своей конечной целью полное или частичное восстановление личного и социального статуса больного. В связи с этим перспективным представляется изучение взаимосвязи процессов самостигматизации [4, 5] психически больных с их социальной адаптацией, а также влияние особенностей самостигматизации на их реабилитацию.

Материалы и методы исследования.

Изучение аспектов самостигматизации проводилось с использованием опросника самостигматизации, разработанного сотрудниками Отдела систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН (Михайлова И.И., Ениколопов С.Н., Ястребов В.С.). Оригинальный опросник состоял из 83 утверждений, касающихся основных сфер психологического и социального функционирования человека. Утверждения опросника выявляли склонность больного объяснять свои проблемы в указанных сферах психическим заболеванием и предвзятым отношением к нему окружающих, вызванным фактом наличия психического расстройства. Анализ ответов на утверждения опросника по самостигматизации выявляет основные направления адаптации к болезненным переживаниям и роли психически больного в обществе. Было обследовано 345 пациентов, находящихся на стационарном лечении в психиатрических стационарах города с диагнозом «F 20». Клиническая диагностика проводилась согласно критериям систематики эндогенных психических расстройств МКБ-10. Все данные по исследованным лицам вносились в компьютерную базу и обрабатывались с помощью программного пакета Excel'97.

Результаты исследования.

В результате проведенного исследования процесса самостигматизации эндогенных больных отмечена зави-

симость данных показателей от ряда факторов. На первом этапе были изучены социально-демографические и клинические особенности больных, вошедших в группу исследования. Из 345 пациентов лицами мужского пола были 147 больных (42,6%), женского – 198 (57,4%), в возрасте от 16 до 62 лет (средний возраст исследуемых – $34,6 \pm 0,18$ лет). При этом 73,7% лиц находились в диапазоне наиболее трудоспособного возраста (от 20 до 45 лет). 36,24% лиц имели данные о том, что родственники обращались за помощью к специалистам в психиатрические учреждения, у оставшихся же 63,76% не удалось выявить какой-либо наследственной отягощенности. В целом отмечался невысокий уровень образования среди обследуемых. Всего лишь 16,23% лиц получили высшее образование. Большую часть составили больные со средним и средне-специальным образованием (58,55%). Треть пациентов – 36,36% (соответственно, 37,42% мужчин и 33,83% женщин) – на момент обследования не учились и не работали, не имея на это особых оснований. 34,78% обследуемых имели группу инвалидности в связи с наличием психического расстройства. Оставшиеся 25,96% пациентов – группа работающих и учащихся. На момент исследования всего 18,84% обследуемых лиц были женаты\замужем, причем больший процент этой группы составили женщины (соответственно, 14,29% мужчин и 22,23% женщин). В то же время абсолютно одинокими (без родственников) были 11,88% больных, в том числе 13,61% мужчин и 10,6% женщин. Оставшиеся 88,12% больных проживали в семьях с родителями (42,9%), детьми (8,99%), другими родственниками (36,23%). Материальное положение как бедственное оценили 1,74% больных (2,04% мужчин и 1,52% женщин), неудовлетворительно свой достаток описали 46,38% больных (56,46% и 38,38%), удовлетворительно – 46,09% (40,14% и 50,51%). Хорошее материальное положение отметили 5,5% (1,36% и 8,58%) больных и очень высокий материальный достаток – 0,29% (всего 1 женщина из 345 пациентов обоего пола). Как клинициста, не может не настораживать тот факт, что больше половины пациентов не принимают поддерживающую терапию вообще (21,16%), либо принимают очень и очень эпизодически, время от времени (46,08%), и всего лишь четвертая часть больных (25,22%) выполняют все рекомендуемые предписания врача. В целом, в проведении поддерживающей терапии из 345 пациентов данного исследования нуждались 57,88%. В то же время в проведении мер социального характера в этой же когорте обследуемых нуждались 78,55% больных, причем среди мужчин этот показатель несколько выше, чем среди женщин – 89,76% и 71,72% соответственно. К необходимым мерам социального характера были отнесены: рациональное трудоустройство (нуждались 21,16% больных), оформление группы инвалидности (10,72%), улучшение материального положения (17,39%), нормализация взаимоотношений в семье (19,71%).

Важным аспектом описания социального функционирования и последующей оценки качества жизни больных шизофренией, несомненно, является характеристика самого заболевания. На момент исследования 18,26% больных вошли в группу первичного обращения к специалистам. Абсолютное большинство пациентов составляют лица с длительностью госпитализаций от 2 до 4 месяцев, а точнее,

17,67% – 31-60 дней, 22,32% – 61-90 дней, 12,75% – 91-120 дней. В основном отмечено негативное отношение пациентов к проводимой терапии. Так, 15,07% больных вообще отказываются от приема лекарств, мотивируя это наличием побочных действий, плохой переносимостью терапии, сложностями материального плана. 46,67% респондентов отмечают нерегулярный, эпизодический прием препаратов, либо самостоятельно корректируют назначения врача по собственному усмотрению. Не может не настораживать тот факт, что только 24,64% больных регулярно принимают поддерживающую терапию и имеют хорошей комплаенс. Преобладающими синдромами при первом обращении к врачу были аффективно-бредовой и галлюцинозобредовой, соответственно, 28,98% и 26,67% случаев. Было выявлено, что в 27,83% случаев не представляется возможным уточнить тип течения патологического процесса, так как период наблюдения пациентов у врача составлял менее года (в эту группу вошли как первичные обращения за помощью, так и повторные госпитализации больных в пределах одного года). В данной группе гораздо больший процент больных составили мужчины – 40,14% по сравнению с 18,69% в женской когорте. Среди всех пациентов преобладающим типом течения был непрерывный – 45,8% случаев, причем в обеих гендерных группах. По признаку эпизодического типа течения шизофрении, а также постановки диагноза шизоаффективного расстройства преобладающую группу пациентов составили женщины – по 13,64% по сравнению с 4,08% и 5,44% соответственно частоты встречаемости данного признака у мужчин. У 26,09% больных нами были отмечены слабо выраженные негативные расстройства в виде незначительного уплощения, нерезкого снижения энергетического потенциала. Подобные изменения были наиболее характерны для больных шизофренией женского пола – 33,83% и реже встречались у мужчин – 15,65% случаев. В то же время выраженные изменения энергетического потенциала были отмечены с большей частотой у мужчин – 44,9% при среднем показателе данного признака 34,77%. Преобладание ювенилизма и инфантильности встречалось в 10,15% случаев, изменения личности по олигофреноподобному типу – в 12,17%. Было выявлено, что на момент исследования 33,34% больных (в том числе 49,66% мужчин и 21,21% женщин) нуждались в продолжении активного стационарного лечения. Очень небольшой процент респондентов – 3,48% – могли быть выписаны без каких-либо особых рекомендаций по поводу их дальнейшего лечения. Основная же часть пациентов нуждалась в проведении поддерживающей терапии – 57,68% (соответственно 45,58% мужчин и 66,67% женщин).

Следующим этапом исследования был анализ данных, полученных с помощью опросника по самостигматизации. В результате кластеризации получено 5 групп (кластеров) утверждений, являющихся структурными психологическими составляющими данного феномена.

Кластер I – «Самоидентификация с категорией душевнобольных в социальной сфере» (35 утверждений), ассоциирует идентичность пациента с ожиданиями неудачи в различных сферах социальной жизни. Больной предполагает, что, будучи здоровым, он был бы более независимым человеком, лучшим супругом и родителем. Кластер II – «Самоотчуждение в личностной сфере и в сфере глубинных эмоций» (26 утверждений) содержит представления о том, что именно болезнь является фактором, негативно действующим на восприятие прекрасного, формирование взаимоотношений с другими людьми, получение образования. При этом у больных формируется низкая самооценка, опасения проявления своей несостоятельности, он опасается потери уже присущих ему способностей и возможностей. Кластер III – «Оправдание отказа от активности наличием болезни» (10 утверждений). На основе своих мировоззрений пациент оправдывает свою несостоятельность влиянием своей психической болезни, наделяя категорию больных подчеркнuto негативными характеристиками в тех сферах, в которых он сам чувствует несостоятельность. Кластер IV – «Самоидентификация с категорией душевнобольных в профессиональной сфере» (8 утверждений) описывает представления пациентов

о категориях психически больных как о несостоятельных в сфере самореализации лицах, не способных вести активную деятельность и быть профессионально успешными. Собственная несостоятельность, становясь в представлении больного нормативной, позволяет ему получить позитивную оценку своей личности. Кластер V – «Готовность к принятию психически больных как маргиналов» (4 утверждения) обнаруживает систему представлений о психически больных в целом как о маргиналах в социальной сфере, предполагает предвзятое отношение окружающих по факту заболевания и контроль общества в различных сферах деятельности.

В зависимости от актуальности вышеописанных кластеров в общей психологической структуре оценена мера самостигматизации SS (self-stigmatization) как выраженность одной из пяти составляющих, а затем с помощью дальнейшего кластерного анализа выделены 3 основных вариации самостигматизации – социоапатическая, социоперсекutorная и амбисоциальная (Таблица 1).

Вариация I – социоапатическая форма самостигматизации – отражает использование факта болезни для обоснования пассивности и ожидания поддержки, отраженных в характерном поведении. Больной считает, что под влиянием психического заболевания снижается его внутренняя активность и способность к самореализации, чем и оправдывает свою несостоятельность в различных сферах своей жизни, будь то личные взаимоотношения или профессиональная среда. По мнению пациентов с данной вариацией самостигматизации, уже наличие самого психического расстройства как такового оказывает негативное влияние на их двигательную и психическую активность, приводит к тому, что индивид не способен адекватно трудоустроиться, а в случае трудоустройства – не способен достичь достойных результатов в своей профессиональной нише.

В целом, первая вариация самостигматизации (107 человек из 345 обследуемых) характеризуется слабо выраженными пиками по шкалам «Самоидентификация с категорией душевнобольных в социальной сфере», «Самоотчуждение в личностной сфере и в сфере глубинных эмоций». Средние значения у данной группы отмечены по шкалам «Самоидентификация с категорией душевнобольных в профессиональной сфере» и «Готовность к принятию категории психически больных как маргиналов». Наименьшее значение отмечено по шкале «Оправдание отказа от активности наличием болезни».

Вариация II – амбисоциальная форма самостигматизации представляет собой коррекцию личностной идентичности путем категоризации окружающих по признаку наличия психического заболевания. Больной формирует представления о психически больных в целом. В зависимости от личностной ситуации вокруг больного он расценивает свое положение в обществе двояко. В тех ситуациях, когда наличие психиатрического диагноза выгодно для индивида, последний расценивает себя как принадлежащего к этому классу. Он связывает с наличием психического расстройства наличие именно тех проблем, для решения которых необходимо получение квалифицированной помощи со стороны психиатрической службы. В тех же ситуациях, когда положение «психически больного» в той или иной мере невыгодно индивиду, о наличии расстройства благополучно умалчивается и пациент позиционирует себя с категорией абсолютно здоровых, «нормальных» лиц, даже противопоставляя себя последним, создавая в сознании иллюзию собственного психического благополучия.

Эта вариация самостигматизации включала в себя 101 (из 345) пациентов. Максимально выраженные положительные пики в соотношении весовых коэффициентов составляющих кластеров были отмечены по шкалам «Самоидентификация с категорией душевнобольных в профессиональной сфере» и «Готовность к принятию категории психически больных как маргиналов». По остальным шкалам наблюдалось относительно ровное распределение показателей.

Вариация III – социоперсекutorная форма самостигматизации (137 человек из 345) отражает изменение социальной идентичности. Больной объясняет свои проблемы в

различных сферах жизни тем, что окружающие относятся к нему предвзято, как к психически больному. Любые высказывания в свой адрес индивид принимает как обвиняющие. При этом сам пациент уверен в том, что болезнь оказывает только негативное воздействие, как на его организм, так и на любое проявление социальной активности. Больной считает, что все окружающие его люди, замечают его несоответствие «общепринятым стандартам личности», что неизменно приводит к появлению негативного отношения последних к самому больному.

В целом, эта вариация самостигматизации (137 человек из 345 обследуемых) в исследовании была охарактеризована выраженными пиками по шкалам «Самоидентификация с категорией душевнобольных в социальной сфере» и «Готовность к принятию категории психически больных как маргиналов», средними значениями по шкалам «Оправдание отказа от активности наличием болезни» и «Самоидентификация с категорией душевнобольных в профессиональной сфере» и низкими значениями, отрицательным пиком по шкале «Самоотчуждение в личностной сфере и сфере глубинных эмоций».

Представляется необходимым выявление клинико-психологических предикторов самостигматизации эндогенно-процессуальных больных. Проведенное исследование позволило установить достоверную статистически значимую взаимосвязь между формированием вариации самостигматизации и совокупностью индивидуальных клинических, демографических и социальных факторов. Информативные признаки представлены в обобщенном виде в таблице 2 (коэффициент информативности В больше либо равен 2).

На следующем этапе работы нами было проведено парное сравнение изучаемых признаков при формировании вариации самостигматизации. Наиболее значимыми факторами при этом были так называемые социальные характеристики больных. В зависимости от конкретных значений признака, эти факторы могли играть как адаптивную, так и дезадаптирующую роль в формировании социальной адаптации больных. Так, наибольший интерес представляют такие признаки, как «Сохранная трудоспособность» ($P=0,42$ при $P_0=0,40$), достоверно влияющий на формирование амбисоциальной вариации; «Установка на трудоустройство» в виде желаний работать на дому ($P=0,46$ при $P_0=0,40$), детерминирующая формирование социоапатической вариации; «Ощущение неблагополучия» ($P=0,42$ при $P_0=0,40$), коррелирующее с формированием социоперсекуторной вариации самостигматизации. В группе клинических факторов обращает на себя внимание наличие достоверных связей между формированием вариации самостигматизации и следующими характеристиками пациентов. Так, начало заболевания в 26-30 лет и его длительность 3-5 лет коррелировали с формированием амбисоциальной вариации самостигматизации ($P=0,40$ при $P_0=0,40$). Преобладание в клинической картине заболевания сверхценных идей, бредовых образований также определяло этот тип самостигматизации (соответственно, $P=0,40$ и $P=0,42$ при $P_0=0,40$), а парафренических либо кататонических расстройств – социоперсекуторную вариацию ($P=0,48$ и $P=0,54$ при $P_0=0,40$). Такой фактор, как отказ от приема поддерживающей терапии, коррелировал с формированием социоапатической вариации ($P=0,47$ при $P_0=0,40$).

Обсуждение.

Таким образом, настоящее исследование выявило наличие пяти структурных элементов самостигматизации, два из которых – фрустрирующие («Самоотчуждение в личностной сфере и сфере глубинных эмоций» и «Готовность к принятию категории психически больных как маргиналов»), три другие – защитные («Самоидентификация с категорией душевнобольных в социальной сфере», «Оправдание

отказа от активности наличием болезни», «Самоидентификация с категорией душевнобольных в профессиональной сфере»). Первая группа структурных элементов самостигматизации дестабилизирует Я-концепцию, снижая самооценку, вторая, напротив, повышает самооценку, за счет самоограничения предупреждает фрустрирующие ситуации, в которых может проявиться несостоятельность индивида [6]. Полученные данные созвучны с результатами других исследований, в частности, выделением аутопсихической, компенсаторной и социореверсивной форм самостигматизации в рамках диссоциированного типа, деинтификации от окружающих и нозоцентрической самоидентификации [7].

Составление усредненного профиля наиболее информативных факторов, коррелирующих с формированием различных вариаций самостигматизации больных, позволит активизировать и сделать более эффективными индивидуальные реабилитационные программы для пациентов, направленные на улучшение их социальной адаптации и качества жизни в целом. Самостигматизация как социальный фактор, в большинстве случаев препятствующий приспособлению индивида к условиям жизни, значима для наиболее сохранного контингента пациентов. Качествами, способствующими социальной адаптации таких лиц, несомненно, являются конформность установок, потребность в контактах при доверии к ним, стремление соответствовать общепринятым нормам поведения [8, 9]. Необходимо раннее выявление предикторов социально-психологической дезадаптации больных вследствие самостигматизации для определения круга больных, в первую очередь нуждающихся в программах дестигматизации. В частности, группа пациентов с социоапатической формой самостигматизации, прежде всего, нуждается в проведении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, направленных на побуждение их к различным видам деятельности, и, в то же время, в обеспечении как юридической, так и социальной поддержки таких больных со стороны микросоциума и общества в целом. Для пациентов с амбисоциальной формой самостигматизации, наряду с мероприятиями психотерапевтического характера, требуется и помощь в выработке четкой жизненной позиции, адекватных способов поведения, собственного имиджа. Социоперсекуторная форма самостигматизации, в первую очередь, подразумевает тщательное клиническое обследование больных на предмет выявления персекуторных идей и, соответственно, их коррекции. Кроме того, необходимо проведение психообразовательной программы в обществе с целью уменьшения негативных мифов о психически больных, повышение психиатрической грамотности населения. В целом, дестигматизационные мероприятия должны быть направлены на своевременное выявление типа самостигматизации с дифференцированным подходом к различным группам больных, адекватное психиатрическое и психотерапевтическое воздействие, способствование социальной реабилитации пациентов, а также мероприятия по изменению отношения общества к психически больным.

Заключение.

Реабилитация и социальная адаптация эндогенных больных представляет собой достаточно сложную задачу, ее эффективность во многом определяется формой, типом течения заболевания, особенностями медико-социального статуса больного, и, несомненно, формирующимся типом самостигматизации пациента. Разработка дестигматизационных программ, методов групповой и семейной психотерапии, когнитивная реабилитация, тренинг социальных навыков, психообразование – лишь небольшое перечисление основных направлений реабилитационных и реадaptационных мероприятий, безусловно, требующих дальнейшего изучения и разработки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия // СПб. 1998.
2. Bjorkman T., Hansson L. Предикторы улучшения качества жизни людей, длительное время страдающих психически заболеваниями и получающих помощь от специальных служб, ответственных за приспособление пациентов // Психиатрия. 2003. № 6. С. 84.

3. Jones A.H. Mental illness made public: ending the stigma? // The Lancet. 1998, vol.352, 1060.
4. Anthony W.A., Rogers E.S., Cohen M. et al. Relationships psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance. Psychiatric Services. 1995. № 46. P.353-357.
5. Link B.G., Rahav M., Phelan J.C. et al. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with diagnosis of mental illness and substance abuse. Journal of Health and Social Behavior. 1997. №38. P.177-190.
6. Финзен А. Психоз и стигма. Пер. с нем. И.Я.Сапожниковой. М.: Алетейя, 2001.
7. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных // Дисс.....канд.мед.наук. М., 2005. 232 с.
8. Бояршинова Т.Н. Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. Под ред. проф. С.Ф. Семенова. М. 1979. С.52-57, 85.
9. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. // Журнал неврологии и психиатрии. - 2002. - №7. - С.58-65.

РЕЗЮМЕ:

Работа посвящена анализу данных, полученных при изучении особенностей самостигматизации эндогенно-процессуальных больных. Обследовано 345 больных, находящихся на стационарном лечении. Описаны клинические и социальные особенности больных, с помощью кластерного анализа получены 5 кластеров утверждений, которые являются психологическими составляющими феномена самостигматизации. Определены корреляционные взаимоотношения между вариацией самостигматизации и медико-социальным статусом респондентов. Выделены 3 основных вариации самостигматизации – социопатическая, социоперсекуторная и амбисоциальная.

RESUME:

The article is devoted the analysis of data of selfstigmatization of patients with endogenous disorders. 345 patients were examined. Biological, clinic and social signs were described. 5 clusters of assertions were got by a cluster analysis. They are the psychological structure of 3 variations of selfstigmatization. Between variations of selfstigmatization and the status of this patients the main correlation mutual relations were certain.

Keywords: Self-estimation, the statistical analysis, rehabilitation, adaptation.

Контакты

Служ.адрес: 400131, Волгоград, пл.Павших борцов, д.1, Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии. Тел./факс : (8442) 36-13-89. Дом. адрес: 400048, Волгоград, ул. Баргузинская, д. 59. Тел.: 8-927-515-37-32. E-mail: yolka20@yandex.ru

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

УДК 616-08-031.81

А.М. Щегольков, В.Е. Юдин, М.Д. Дыбов, А.А. Будко, В.В. Сычёв, Е.П. Пушкарёв

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ 8-499-157-81-04, г. Москва 6 Центральный Военный Клинический Госпиталь МО РФ, г. Москва

Аннотация

В данной публикации представлены особенности клинико-функционального и психофизиологического состояния больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), находящихся на позднем госпитальном этапе. Показаны положительные результаты их комплексной медицинской реабилитации с применением методики биоакустической психокоррекции (БПК).

Ключевые слова: инфаркт миокарда, медицинская реабилитация, биоакустическая психокоррекция, биологическая обратная связь, функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС).

Введение

Инфаркт миокарда – самое тяжелое проявление ишемической болезни сердца (ИБС), опасное своими осложнениями и высокой летальностью. Смертность больных ИМ составляет около 30%, при этом половина летальных исходов происходит в первые 1-2 часа на догоспитальном этапе. После выписки из стационара смертность в первый год составляет в среднем 4%, при этом у лиц старше 65 лет смертность гораздо выше: в первый месяц – до 20%, в первый год – до 35% [15]. По мнению многих исследователей одним из провоцирующих факторов развития ИМ является чрезвычайное или длительное психоэмоциональное напряжение [5]. Вместе с этим и сам ИМ является тяжелым психотравмирующим событием в жизни больного, в результате чего происходит перенапряжение сферы высшей нервной деятельности [3].

В связи с этим, одним из направлений современной медицинской реабилитации больных ИМ является восстановление функциональных резервов организма, ослабленных в результате болезни [2]. Уровень функциональных резервов организма, во многом, определяется функциональным состоянием центральной нервной системы (ЦНС) и вегетативной нервной системы. Снижение функционального состояния ЦНС проявляется в виде астенических нарушений и вегетативных дисфункций, которые наряду с различными невротическими проявлениями, являются общими при психосоматической патологии [1].

В комплексные программы реабилитации больных ИМ входят различные методы оптимизации функционального состояния ЦНС (психотерапия, психофармакотерапия, фитотерапия, физиотерапия) [4,5,6]. В последнее время, для коррекции функциональных нарушений ЦНС при различных патологических состояниях, используются методы произвольной (когнитивной) саморегуляции на основе биологической обратной связи (БОС) по электроэнцефалограмме (ЭЭГ) [7, 8, 9,10,21]. Результаты успешного применения управления ритмами ЭЭГ при коррекции функциональных расстройств ЦНС при различных заболеваниях [11, 12, 13, 14] указывают на возможность применения методик БОС в реабилитации больных ИМ.

Цель исследования: оценка эффективности комплексной медицинской реабилитации больных ИМ с применением методики биоакустической психокоррекции на позднем госпитальном этапе.