



Идущие ощупью  
в поиске утешения

**М. М. СОЛОВЬЁВ**

Санкт-Петербург 2020

**Душевный дискомфорт  
Синдром ПСАФ аутодезаптации**

**М. М. СОЛОВЬЁВ**

**ДУШЕВНЫЙ ДИСКОМФОРТ,  
ИЛИ СИНДРОМ ПСАФ  
АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ**

Санкт-Петербург  
Северная звезда  
2021

УДК 616.314

ББК 88.8  
С 60

*Посвящается молодым врачам общей практики,  
стоматологам и другим специалистам первичного  
звена медицинской помощи и будущим врачам —  
студентам*

Под редакцией  
Академика РАН д.м.н., профессора *С.Ф. Багненко*  
Академика РАН д.м.н., профессора *А.А. Скоромца*  
Доктора медицинских наук, профессора  
*А.И. Ярёмченко*

Оформление обложки и шмуцтитолов — *Е. Черновол*

Если вам незнакомо чувство душевного дискомфорта и сострадания, — не читайте эту книгу

ISBN 978-5-905042-91-1

© М. М. Соловьев, 2021  
© Издательство “Северная звезда”,  
оригинал-макет, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Коротко о сути Синдрома ПСАФ аутодезадаптации .....	4
Предисловие .....	6
Введение .....	9

## ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

1. На пути к созданию концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации протяжённостью в 34 года .....	14
2. Катализатор процесса формирования концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации.....	19
3. Факторы, способствовавшие успешной разработке Концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации .....	21
4. Семья как фактор, способствовавший успешной разработке Концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации .....	30
5. Пандемия Sevid-19. Дистанционный симпозиум «Системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека с позиции концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации» ....	33

## Ч А С Т Ь В Т О Р А Я

1. Концепция Синдрома ПСАФ аутодезадаптации.....	41
2. Методика первичной экспресс-диагностики выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации человека (душевного дискомфорта).....	45
3. Системный биопсихосоциальный подход к исследованию, диагностике и лечению больного .....	55
4. Раннее формирование у студентов-медиков навыка биопсихологического подхода к изучению здоровья человека с использованием концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации .....	69
5. Роль экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации в функционировании системы взаимоотношений между пациентом, врачом, работодателем (П—В—Р) .....	80
ЭПИЛОГ .....	88
Литература .....	89

### **Коротко о сути Синдрома ПСАФ аутодезадаптации**

I. Аутодезадаптации (душевный дискомфорт) — психологическое

состояние человека в широком диапазоне от ощущения дискомфорта до тяжёлой депрессии. Аутодезадаптация развивается в результате воздействия на человека факторов внутренней и внешней среды (биологических, психологических, социально-экономических, экологических и проч.), которые он субъективно воспринимает как вредоносные (аверсивные), не позволяющее ему чувствовать себя здоровым и успешным.

II. Синдромом ПСАФ аутодезадаптации — психологическая дезадаптация человека, развивающаяся под влиянием совокупности факторов внутренней и внешней среды, воздействие которых человек субъективно воспринимает как вредоносное (аверсивное), подразделяющихся на четыре кластера: психологический (П), социально-экономический (С), анатомический (А), функциональный (Ф). Если ещё короче. Синдром ПСАФ аутодезадаптации — субъективное отражение в сознании человека его биопсихосоциальной сущности.

III. Исходная гипотеза при создании методики экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации.

- Больной, испытывающий телесные и душевные страдания, при обращении за медицинской помощью может быть готов и даже желать рассказать врачу о том, что его беспокоит, тревожит, страшит, но при этом не знать, что из его рассказа будет важным, нужным, полезным для врача.

- Врачу требуются мотивация, знания, умения и навыки, которые позволят ему услышать больного, поддержать и утешить его.

- Практическая реализация готовности больного к «исповеди перед врачом» и готовности врача к восприятию этой информации — основа формирования доверительных отношений между больным и врачом, способствующих успеху лечения и реабилитации.

IV. Предложенный авторами «Лист добровольной доверительной информации для врача» — эффективный инструмент получения информации от больного для экспресс-диагностики синдрома ПСАФ аутодезадаптации

V. Цель экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации — осуществить принцип системного биопсихосоциального (БПС) подхода к изучению здоровья, планированию комплексного лечения и реабилитации пациента.

## QUINTESSENCE of the PSAF AUTODISADAPTATION SYNDROME

I. Autodisadaptation (mental discomfort) — psychological state of a person varying in a wide range from a feeling of physiological discomfort to

severe depression. Autodisadaptation develops under the impact of the internal and external factors of biological, psychological, social, economic, environmental origin, that subjectively perceived by a person as harmful (aversive). Autodisadaptation prevents a person to feel oneself healthy and successful.

II. PSAF Autodisadaptation Syndrome is a psychological maladaptation developing under the impact of combination of internal and external factors , subjectively perceived as harmful (aversive) and divided into four clusters: psychological (P), socio-economic( C), anatomical (A), functional (F). If even shorter. PSAF Autodisadaptation Syndrome is a subjective reflection of a person's biopsychosocial essence in their consciousness.

III. The method of PSAF Autodisadaptation Rapid Diagnosis was developed on the basis of the following initial hypothesis:

The patient who experiences physical and mental suffering, when seeking medical help, may be open to share what worries and scares him, but may not be sure what information is of real importance and usefulness for the treatment.

The doctor needs motivation, knowledge, skills and abilities that will help him to show empathy, to support and comfort the patient .

The practical implementation of the patient's openness to "confess his problems" and the doctor's willingness to accept this information is the foundation for trustful cooperation, contributing to the success of treatment and rehabilitation.

IV. The "List of Voluntary Trusting Information" proposed by the authors is an effective tool for obtaining information from a patient for PSAF Autodisadaptation Rapid Diagnosis.

V. The purpose of the PSAF Autodisadaptation Rapid Diagnosis is to implement the systemic biopsychosocial approach in the comprehensive medical diagnosis, treatment planning and rehabilitation of the patient.

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Среди читателей этой книги я хотел бы видеть в первую очередь врачей, начинающих свою профессиональную деятельность в первичном звене медицинской помощи, и студентов, многим из которых предстоит работать на этом ответственном и трудном участке охраны здоровья россиян. Почему?

Потому что многие молодые врачи, с которыми мне приходилось общаться, говорят о том, что наибольшие трудности возникают у них при встрече с так называемыми сложными больными. С больными, у которых, помимо

соматической патологии, имеются выраженные в разной мере психические и поведенческие расстройства, т.е. с психосоматическими больными. При этом врачи говорят, что знания, полученные в университете, позволяют им достаточно быстро и просто решать вопросы диагностики, лечения, маршрутизации больных с соматической патологией. Сложности у них возникают при встрече с пациентами, у которых по характеру их поведения, по характеру жалоб и претензий, по форме общения с медицинским персоналом, необоснованным требованиям можно заподозрить наличие какой-то формы психического расстройства. Как подтвердить это предположение? Как обосновать необходимость консультации клинического психолога, психоневролога? Как сообщить пациенту о необходимости консультации психолога и не услышать в ответ: «Вы меня психом считаете?» или другое грубое высказывание в свой адрес. Как снизить вероятность возникновения конфликтной ситуации и письменной жалобы в ту или иную инстанцию?

Как избежать подобной конфликтной ситуации? Возможны два пути решения.

*Один путь* — забыть на время то, чему учили в университете, — забыть о необходимости системного биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья человека.

Сдерживать свои эмоции и, не вступая в разговор с пациентом, ограничиться решением задач диагностики и лечения только соматической патологии. При жалобах пациента, не включающих наличия патологии вне зоны вашей ответственности, направить его к соответствующим специалистам. Попрощаться с пациентом и спокойно продолжить приём, не думая о том, что число «идущих ощупью» от вас к другим специалистам в поисках утешения пополнилось ещё одним страдальцем.

*Другой путь.* Если полученные в университете знания и навыки позволяют вам в условиях амбулаторного приёма оценить психическое состояние пациента — прекрасно. Используйте полученные данные для обоснования вашего предположения о необходимости консультации клинического психолога для решения вопроса о совместном лечении пациента. Объясните пациенту в доступной, понятной для него форме

важность такой консультации. Затем передайте ему ваше заключение с обоснованием направления на консультацию к клиническому психологу. Прощаясь с пациентом, скажите, что вы ждёте его с заключением психолога. Теперь, после того, как вы исполнили долг врача, можете спокойно продолжать приём больных.

Коллеги, я проникся искренним уважением к вам за то, что ещё в студенческие годы вы овладели навыком системного биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья больного человека и реализовали ваше умение в условиях амбулаторного врачебного приёма. Поэтому я очень хочу, чтобы вы были в числе тех, кто прочёл эту книгу.

Хотел бы встретиться на страницах этой книги и с молодыми врачами общей практики, стоматологами, работающими в условиях амбулаторного приёма, врачами семейной медицины, которые в силу тех или иных причин еще не смогли реализовать на практике принцип современной медицины — системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека.

Возможно, кого-то из них заинтересует разработанная в Первом СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова и апробированная во многих медицинских учреждениях Санкт-Петербурга, странах Ближнего и Дальнего зарубежья методика первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации (синоним понятия душевный дискомфорт). Методика проста, малозатратна, адаптирована к условиям работы врача на амбулаторном приеме.

Допускаю, что среди читателей книги могут оказаться психологи-профессионалы, поэтому хочу сразу же подчеркнуть, что я не психолог. Я практикующий врач-онколог, челюстно-лицевой хирург, стоматолог и педагог медицинского университета. Я с большим уважением отношусь к дисциплине психология и её представителям. В первую очередь, к клиническим психологам. Если бы я был волшебником, то велел бы рядом с кабинетом врача первичной медицинской помощи создать кабинет для психолога или изменить учебную программу медицинских университетов таким образом, чтобы их выпускники были компетентны в равной мере и в клинической психологии, и в вопросах соматической патологии.

Пока не появятся такие врачи-универсалы и не заполнят вакантные должности врачей ПЗМП, считаю целесообразным

добавить к широко используемым при соматической патологии методам первичной экспресс-диагностики (термометрия, пульсометрия, клинический анализ мочи, клинический анализ крови, флюорография лёгких, рентгенография) ещё один, своего рода термометр напряжённости психического состояния — метод первичной экспресс-диагностики душевного дискомфорта, т.е. ПСАФ аутодезадаптации. Этот простой метод позволит врачам ПЗМП сделать первый шаг по реализации принципа биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья пациента. При выявлении данных, указывающих на наличие у пациента высокого уровня душевного дискомфорта (аутодезадаптации), его следует своевременно и обоснованно направить на консультацию к психологу, психоневрологу.

Предлагаемый метод экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации является, по существу, адаптированным к условиям амбулаторного приёма, методом диагностики внутренней картины болезни, который предложил основоположник учения о внутренней картине заболевания Р.А. Лурия.

### **ВВЕДЕНИЕ**

(Май 1986 года)

Я — врач-онколог, челюстно-лицевой хирург, стоматолог. Профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и челюстно-лицевой хирургии Первого Ленинградского медицинского института имени академика И.П. Павлова. Через несколько дней мне исполнится 50 лет.

Я только что вышел из операционной, где мои коллеги-доцент Г. А. Хацкевич и к.м.н. Т. М. Алехова завершают операцию по поводу распространённой злокачественной опухоли с поражением языка, нижней челюсти, метастазами в лимфатические узлы шеи у мужчины 48 лет. Через 20 минут начало моего консультативного приёма. Сейчас я сделаю короткую гимнастику — 50 приседаний, вращений головы — и успею выпить чашку крепкого чая.

Подхожу к кабинету, перед которым несколько больных ожидают начала консультативного приёма. Со стула поднимается и делает шаг навстречу мне женщина. Нижнюю часть её лица закрывает марлевая маска. Глаза её приветливо улыбаются, а на открытой части лица видны следы макияжа.

Брючный костюм с белой блузкой подчёркивают стройность её фигуры. В одной руке она держит сумочку-портфель, в другой — сложенную в несколько слоёв белую салфетку.

Я улыбаюсь ей, здороваюсь лёгким наклоном головы и, обращаясь к ней по имени-отчеству, прошу подождать 10-15 минут, пока я переоденусь.

Улыбка на моём лице — это один из способов выразить доброжелательное отношение к больному, сформировать доверительные отношения между нами. Этому меня, студента 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, учили в институте на кафедре пропедевтики внутренних болезней, на кафедре госпитальной терапии. Но сейчас мне не до улыбки. В памяти всплывает картина первой встречи с больной около года тому назад.

Мне позвонила бывшая студентка, работающая в другом городе, с просьбой проконсультировать её родственницу, женщину 35 лет, мать двоих детей.

По поводу распространённой злокачественной опухоли языка она была оперирована. Получила послеоперационный курс лучевой терапии. Спустя 2 месяца у неё обнаружили метастаз опухоли на шее. Предложили удалить его. От операции больная категорически отказалась. Находилась в крайне подавленном состоянии. Пыталась покончить с собой.

Через несколько дней больная приехала на консультацию в сопровождении мужа. Муж рассказал, что больше всего жена мучается из-за нарушения речи. При попытке что-либо спросить, ответить на вопрос слюна вытекает у неё изо рта. Она начинает нервничать, плакать. Из-за этого дети стараются не обращаться к ней с вопросами. По существу, перестали общаться с ней.

В объективности оценки ситуации мужем я убедился, попытавшись выяснить, что её больше всего беспокоит, волнует. И без того неразборчивая её речь стала совсем невнятной из-за того, что она, боясь вытекания слюны, прикрывала рот салфеткой. Желая помочь ей, я пытался по отдельным слогам догадаться о содержании её ответа. Прервав её, я говорил, что понял, о чём она хочет сказать, и озвучивал свою версию её ответа. Она жестами показывала, что я неправильно понял её. Тогда я предложил ей написать ответы на мои вопросы. Для этого я положил перед ней лист бумаги и карандаш. Но это оказалось бесполезным. Руки у неё дрожали, слёзы и слюна

капали на бумагу. Я был вынужден прервать беседу.

Так как у больной прощупывался на шее плотный узел (метастаз опухоли), я предложил ей сделать в течение следующего дня необходимые анализы и в спокойной обстановке написать мне, что её беспокоит.

Через день она пришла ко мне с мужем. Они передали мне результаты анализов и три листа бумаги, заполненных с двух сторон не очень разборчивым почерком. Для прочтения этого текста мне потребовалось бы 15-20 минут.

Сделав вид, что прочитал весь текст и понял его содержание, я ознакомился с результатами анализов, осмотрел больную и высказал мнение о целесообразности операции по удалению узла на шее. На вопрос мужа:

— Можно ли оперировать больную у вас?

Я ответил:

— Да, можно. Сейчас я напишу моё заключение, а на оставшейся «чистой» части листа она перечислит те жалобы, которые описала на трёх листах. Это необходимо для того, чтобы врач приёмного покоя мог быстро включить эти сведения в историю болезни. Вот вам моё заключение — разрешение на госпитализацию.

Я передал больной лист, на одной стороне которого сохранилось описание результатов ультразвукового исследования, а на другой стороне — моё консультативное заключение, занимавшее более половины листа.

Просматривая историю болезни перед операцией, я обнаружил, что содержание шестистраничного письма она изложила в девяти предложениях разборчивым почерком.

Операция и послеоперационный период прошли без осложнений. Помимо традиционного для онкологических больных лечения, с ней проводились занятия по миогимнастике с целью улучшения функции круговой мышцы рта с использованием обратной биологической связи.

Сейчас мы встречаемся с ней через 9 месяцев после операции удаления метастазов. Моя помощница пригласила больную с её мужем войти в кабинет. Я уже отметил, что внешний вид больной мне понравился. Войдя в кабинет и улыбаясь, она протянула мне выписную справку, на обратной стороне которой было написано, что её беспокоит, тревожит.

1. Нарушение речи, хотя родные (муж, дети, мама) стали лучше понимать её.

2. Слюнотечение во время еды. В покое и кратковременном разговоре она научилась задерживать слюну во рту и сглатывать её.

3. Беспокоят боли в плече, слабость мышц руки. Приходится делать зарядку, иногда принимать обезболивающие лекарства.

4. Беспокоит сухость во рту.

5. Переживаю, что не могу помочь делать уроки младшей дочке-первокласснице.

6. На предприятии директор предложил работу на компьютере с укороченным рабочим днём. Можно?

7. Очень боюсь повторения опухоли, метастазов. Думаю об этом постоянно. Жду, что вы скажете.

8. Муж стал спокойнее. Почти перестал пить.

9. Что надо делать, чтобы не заразить опухолью детей, мужа?

Читаю и думаю, как легко и быстро я прочитал мысли этой больной. А ведь нам, врачам, нередко приходится встречаться с глухонемыми больными, больными, оперированными по поводу опухолей гортани, больными, страдающими резко выраженным заиканием, больными с нарушением речи после инсультов головного мозга.

А каково нашим участковым терапевтам, которым на приём амбулаторного больного выделено 15 минут. За это время они должны познакомиться с больным, подождать пока он разделется, осмотреть, выслушать его, сделать запись в истории болезни, подождать, пока он оденется, информировать больного о его заболевании (диагнозе), назначить лечение, разъяснить, как надо выполнять рекомендации. И это при том, что к участковому терапевту обращаются больные с нарушениями психики. Так называемые больные психосоматического профиля, требующие к себе особого внимания. Не получив желаемого, они склонны идти на конфликт с врачом, писать жалобы.

Неплохо бы поделиться с врачами моим опытом быстрого, лёгкого получения письменной информации от «сложных» больных об их соматическом, психическом, социально-экономическом состоянии. Но, к сожалению, пока для этого у меня нет времени.

Так рождалась мысль, которая гораздо позднее, через 34 года, трансформировалась в концепцию Синдрома ПСАФ аутодезадаптации (душевного дискомфорта) и методику экспресс-диагностики ПСАФ АДА



## ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

### 1. На пути к созданию концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации протяжённостью 34 года

Почему так долго? Признаюсь, мысль о разработке простого способа получения информации о психологическом состоянии не только больных с нарушениями речи, но и у тех больных, у которых можно подозревать наличие каких-либо психических расстройств, не покидала меня все эти годы. Но мне действительно не хватало времени для того, чтобы сконцентрировать свое внимание, сосредоточить свой энергетический потенциал на решении этой, не главной в то время для меня задачи. А время было действительно непростое, если не сказать точнее, — сложное. В стране происходила смена политического и социально-экономического строя. Для меня это были годы интересной, интенсивной работы, требующей полной отдачи и постоянного пребывания в состоянии стресса, если рассматривать стресс с позиции учения Ганса Селье как Синдром адаптации.

Адаптации к должности заведующего многопрофильной кафедрой, к должности главного стоматолога Ленинградской области, секретаря парткома 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, декана стоматологического факультета, директора Центрального научно-исследовательского института стоматологии (ЦНИИС Москва).

В 1989 году я вернулся из Москвы в alma mater — на кафедру хирургической стоматологии. Должен отметить, что работа директором ЦНИИ стоматологии существенно обогатила меня знаниями новых перспективных технологий в стоматологии, позволила установить добрые партнёрские отношения с руководителями ряда научно-исследовательских институтов, научно-технических центров, опытных производств различного профиля, которые проявляли интерес к совместной работе с нами. Всё это пригодилось при формировании и реализации планов научно-исследовательских работ кафедры. Но идея создания методики экспресс-диагностики психической составляющей стресса еще не созрела настолько, чтобы

включать её в план научных исследований кафедры. В эти годы в соответствии с утверждённым планом НИР была создана, апробирована отечественная композиция гидроксилapatита с коллагеном, налажен её промышленный выпуск на Лужском комбинате «Белкозин» под коммерческим названием «Стимул-осс».

Совместно с НПО «Азимут» была разработана система внутрикостных дентальных имплантатов из корундовой керамики. а также керамические имплантаты отдельных фрагментов лицевого скелета человека.

Много внимания в эти годы уделялось учебно-методической работе. Вышли в свет методические пособия, переиздававшиеся 4-5 раз: «Пропедевтика хирургической стоматологии», «Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи».

Как заведующий кафедрой и научный руководитель я принимал участие во всех научных исследованиях и издательской деятельности кафедры, но главным объектом моего внимания продолжали оставаться больные онкологического профиля. Накопленный опыт простого и быстрого получения информации о состоянии пациента в письменном виде помогал мне формировать доверительные, доброжелательные отношения с больными, имевшими серьёзные нарушения речи. Периодически я использовал этот опыт и при общении с больными, страдающими другими видами нарушения речи, психическими и поведенческими расстройствами.

Временами возникала мысль о целесообразности проведения более глубокой разработки методики простого и быстрого получения информации о больном, которую я в разговоре с коллегами в шутку называл методикой чтения мыслей пациента.

Однако, как это часто бывает, повседневные заботы мешают сделать первый шаг к осуществлению задуманного.

В 1996 году Университет отметил мой 60-летний юбилей. Это означало, что мне пора не только думать, но и активно готовить смену себе — искать преемника на должность заведующего кафедрой. Первым запланировал докторскую диссертацию доцент Николай Викторович Калакуцкий. Он недавно защитил кандидатскую диссертацию по замещению обширных дефектов нижней челюсти сложными лоскутами с грудной клетки на осевых сосудах или реваскуляри- зированных

трансплантатов с использованием микро-сосудистой техники.

Мы оперировали больных вместе с ним двумя бригадами. Я удалял опухоль, Николай Викторович выполнял первичную пластику — замещал дефекты костных и мягких тканей различными вариантами сложных лоскутов. Так как я планировал уйти с должности заведующего кафедрой в 70 лет, то форсировал работу Николая Викторовича, госпитализируя в клинику больных для проведения подобных операций.

В 2004 году Н.В. Калакуцкий завершил и успешно защитил докторскую диссертацию «Костная пластика нижней челюсти васкуляризованными аутотрансплантатами». Это позволило мне в 2005 году, когда истек срок моего пятилетнего контракта, сказать в разговоре с ректором университета Николаем Антоновичем Яицким, что я подготовил себе замену — прекрасного хирурга, доктора медицинских наук доцента Н.В. Калакуцкого.

— А что, вы сами перестали оперировать? — спросил меня Николай Антонович.

— Опирую три дня в неделю, — ответил я.

— Вот и оперируйте и заведите кафедрой. К вам у нас претензий нет.

Чужой пример заразителен. Глядя на Н.В. Калакуцкого, о своём желании работать над докторскими диссертациями сообщили мне двое сотрудников нашей кафедры: к.м.н. Раад Зиад Касем и к.м.н. Андрей Русланович Андреищев. Я одобрил их намерения. Мы обсудили темы исследования, задачи и пути их решения. Я предупредил их, что официально планировать их диссертации пока не будем. Когда они «погрузятся» в тему своих исследований, выполнят предполагаемый объём исследования на 40%-50% и опубликуют первые результаты исследования, вот тогда они выступят на проблемной комиссии. Тогда же мы утвердим точные, гарантированные сроки завершения диссертаций. На том и порешили. Они с энтузиазмом работали по теме своих будущих диссертаций. Я старался, как мог, помогать им. Свои желания и планы они успешно осуществили, но...

Но тут случилось то, что когда-то случилось со мной. В 1965 году после защиты кандидатской диссертации мой официальный оппонент профессор Борис Дементьевич Кабаков посоветовал

мне продолжить заниматься научной работой. Я послушался его совета и начал незапланированную поисковую работу. Это при том, что у двух сотрудников кафедры были запланированы докторские диссертации. В силу разных обстоятельств они не смогли завершить в установленный срок работу над своими докторскими диссертациями. Поэтому, когда на кафедре сложилась ситуация, требующая появления молодого доктора медицинских наук, мне предоставили шестимесячный творческий отпуск, к концу которого я должен был сдать в Научный совет института завершённую докторскую диссертацию.

Нечто подобное случилось у нас на кафедре и в этот раз. Молодой, энергичный сотрудник кафедры Андрей Ильич Ярёмченко сразу же после защиты кандидатской диссертации продолжил работу над докторской. Мне было приятно, что его исследование было посвящено изучению проблемы, которой я занимался во время работы над своей докторской диссертацией — изучению роли гуморальных факторов в патогенезе деструктивных форм остеомиелита челюстей через механизмы иммунитета. **Так как исследование Андрея Ильича Ярёмченко носило клинично-экспериментальный характер, он быстро завершил его.**

В 2007 году он защитил докторскую диссертацию на тему: «Лечение и профилактика инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов старших возрастных групп (клинично-экспериментальное исследование)».

Работу над докторской диссертацией он успешно сочетал с общественной работой. Был профоргом нашей кафедры. Организовывал незабываемые экскурсии по примечательным местам Ленинградской области, весёлые новогодние праздники с инсценировками, в которых сам принимал активное участие. К тому же он был заместителем декана, а затем — деканом стоматологического факультета. Поэтому, когда истекал в 2010 году срок моего очередного контракта, я без колебаний и с удовольствием рекомендовал Андрея Ильича на должность заведующего нашей кафедрой. И не ошибся.

Что касается наших двух докторантов — З.К. Раада и А.Р. Андреищева, они полностью выполнили свои планы работы над докторскими диссертациями.

В 2009 году Раад Зиад Кассем завершил работу и защитил докторскую диссертацию на тему: «Дентальная имплантация в нестандартных клинических ситуациях»

В 2014 году Андрей Русланович Андреищев также завершил и успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Реабилитация больных с сочетанными зубочелюстнолицевыми аномалиями при использовании различных схем комбинированного лечения»

Переход с должности заведующего кафедрой на должность профессора кафедры не был для меня тягостным событием. Я давно его ждал, готовился к нему. Мечтал, как освободившись от административной работы, займусь творческой деятельностью. Закончу цикл исследований по функциональной анатомии лица — обобщу в виде коллективной монографии материалы трёх кандидатских диссертаций. Но вначале надо было, как говорят, «подчистить хвосты» - привести в порядок кафедральную документацию, документацию проблемной комиссии, диссертационного совета Университета, председателем которых я был. Всё было в порядке, готово к передаче моим приемникам или приемнику.

В ходе проверки документов в журнале регистрации заседаний проблемной комиссии был обнаружен листок бумаги, так называемый черновик со списком возможных кандидатов на утверждение темы диссертационного исследования. В этом списке была фамилия выпускника нашего Университета, гражданина Ливана Алекса Клемента, фамилии которого в протоколах заседаний проблемной комиссии не значилось.

**2. Катализатор процесса формирования концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации** (катализатор — вещество, ускоряющее реакцию, но не расходующееся в процессе реакции).

Секретарь проблемной комиссии доцент Е.Г. Криволуцкая объяснила мне, как это произошло. Алекс Клемент подошёл к ней и попросил выдать справку об утверждении ему темы кандидатской диссертации, ссылаясь на разговор со мной - будущим научным руководителем и председателем проблемной комиссии. Е.Г. Криволуцкая внесла его в список возможных кандидатов на утверждение темы диссертации после согласования окончательной формулировки названия диссертации и представления аннотации.

Она напомнила мне, что при обсуждении повестки заседания проблемной комиссии я сказал, что утверждать тему после того, как соискатель освоит методы исследования и выполнит не менее 25% запланированной работы.

Про Алекса Клемента и о его исследовании я считаю уместным рассказать более подробно, так как это во многом оказалось тем катализатором, воздействие которого способствовало появлению этой книги.

Всё началось с того, что бывший студент нашего 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова Алекс Клемент (Alex Clement), женатый на гражданке СССР, уехал на постоянное жительство и работу во Францию. Через несколько лет он приехал в СССР и обратился ко мне - заведующему кафедрой хирургической стоматологии - с просьбой помочь ему с выбором темы научной работы, которая могла со временем завершиться защитой кандидатской диссертации. Он рассказал, что работает хирургом в небольшом городе вблизи Парижа. Основная часть его хирургической деятельности - операции удаления зубов мудрости (третьих моляров).

В круг моих интересов входила проблема биомеханики удаления зубов и оценка выраженности стресса по клиническим, гематологическим и биомеханическим показателям. Я заинтересовался, сколько больных он оперирует в год и какие исследования могут быть проведены до операции и в послеоперационном периоде. Он ответил, что в год удаляет нижние третьи моляры у 70-80 больных. Он может обеспечить обследование больных в следующее объёме: компьютерная томография челюстей (3 DKT), регистрация жалоб, данных физикального исследования, а также гематологического и биохимического исследования.

Мы составили аннотацию и план работы, которые включали использование перечисленные выше методы исследования. После этого он вернулся во Францию.

Каждый год, поздравляя меня с Рождеством и днем рождения, Алекс Клемент сообщал, что работает по теме запланированного исследования.

Приближался мой юбилей и переход с должности заведующего кафедрой на должность профессора. Готовясь к этому событию, «подчищая» свои незавершенные дела

(гештали), я позвонил Алексу Клементу и поинтересовался, как продвигается научная работа и просил его прислать мне отчёт с предварительными выводами.

Через некоторое время Алекс Клемент сообщил мне, что результаты исследования не подтвердили предполагаемые выводы. Это был удар по моему самолюбию. Я подготовил более 60 кандидатов медицинских наук и за всё время только две аспирантки не завершили работу над диссертациями, да и то по семейным обстоятельствам. Я попросил его прислать мне первичную документацию и все результаты проведенного исследования. Оказалось, что Алекс Клемент не смог обеспечить 3D-КТ исследования челюстей, ограничившись лишь ортопантомограммами. Не удалось ему провести клинко-лабораторное исследование больных. Прислал он мне лишь 267 карт самоанализа пациентами выраженности припухлости (асимметрии лица), боли в покое, ограничения открывания рта, затруднения глотания, а также ортопантомограммы и протоколы операций по удалению нижних третьих моляров.

По формальным законам этики я мог закрыть вопрос дальнейшего нашего сотрудничества. Но что-то меня остановило. Был летний каникулярный период, и целый месяц я посвятил анализу карт самооценки состояния 267 пациентами, которые прислал мне Алекс Клемент.

Постепенно у меня стали складываться комбинации из отдельных фрагментов работы, как это бывает при игре в пазлы. Появился интерес к анализу данных, полученных Алексом Клементом. Но самое главное, я понял, почувствовал, как важно мне, хирургу-клиницисту, знать и учитывать данные самооценки пациентом его состояния. Это и явилось тем внешним фактором, тем катализатором пробуждения во мне интереса к продолжению поиска способа быстрой, простой оценки выраженности и структуры состояния, которое я на этом этапе работы называл состоянием внутреннего дискомфорта, затем — ПСАФ дезадаптацией, а в конце концов, - ПСАФ «аутодезадаптацией».

Результаты осмысления данных, полученных Алексом Клементом у 267 оперированных им больных, явились предметом наших совместных публикаций и выступлений с докладами в России. Данные проведенного мною анализа клинических наблюдений, публикации в России, вариант

диссертации и автореферата я передал Алексу Клементу для использования по его усмотрению.

### **3. Факторы, способствовавшие успешной разработке Концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации.**

Катализатор сработал, процесс погружения в новую для меня междисциплинарную научную проблему начался. Но насколько он будет успешным? Это зависело от многих факторов, среди которых на первое место я ставлю межличностные отношения между новым и бывшим руководителями кафедры. За свою продолжительную работу в учебных, научных учреждениях я видел не раз, как первым яблоком раздора между новым и уходящим руководителями становился кабинет шефа — символ власти. Поэтому на следующий день после избрания Андрея Ильича заведующим кафедрой я зашёл в его небольшой кабинет и положил на стол ключ от моего уже бывшего роскошного кабинета площадью около 30 кв. метров.

Вот тут и возникла между нами конфликтная ситуация. Он категорически отказался брать ключ от бывшего моего кабинета. Через 2-3 дня я повторил попытку передачи ключа с тем же результатом. Спустя некоторое время Андрей Ильич спросил меня, не буду ли я против косметического ремонта моего кабинета, который за 20 лет моего пребывания в нём заметно потускнел.

— Конечно, не возражаю, — сказал я, а сам подумал: «Вот сделают ремонт, и тогда он спокойно займёт мой бывший кабинет».

— А куда можно перенести мои вещи на время ремонта?

— Временно в мой отремонтированный кабинет, — ответил он

— А где вы будете размещаться во время ремонта? Ведь он займёт не менее 2-3 недель, — спросил я.

— Не беспокойтесь, Михаил Михайлович. Я найду для себя место.

Следует заметить, что кабинет, который ранее занимал доцент А.И. Ярёмченко вместе с доцентом В.Н. Матиной, мне нравился больше своего. Это был светлый, почти квадратный кабинет с нишей в стене, заменявшей стеной шкаф. В него хорошо вписывались привычные для меня элементы мебельного

гарнитура, переданного мне профессором В.А. Дунаевским.

Прошло 2-3 недели, пока длился ремонт моего бывшего кабинета. Вот теперь Андрей Ильич спокойно займёт отремонтированный кабинет, думал я. Но не тут-то было. Он зашёл ко мне и положил на стол ключ от моего бывшего отремонтированного кабинета. Продолжающийся конфликт надо было гасить. И вот что я придумал. На следующий день на утренней конференции я попросил всех врачей уделить мне минуту внимания. Затем я подошёл к Андрею Ильичу, положил перед ним ключ от моего бывшего кабинета и сказал следующее:

— Андрей Ильич, вы можете сколько угодно подбрасывать мне этот ключ, но я никогда не покину мой новый, бывший ваш кабинет. Он мне очень нравится. Разве что вы вызовете автоэвакуатор для перевозки меня и моих вещей. Но, предупреждаю, по дороге я спрыгну с него и вернусь в свой новый кабинет.

На протяжении 7 лет этот кабинет стал «штабом» для студентов, клинических ординаторов и врачей, принимавших участие в разработке проблемы экспресс-диагностики аутодезадаптации. Удобен он был и для проведения консультации больных, так как располагался в конце общего коридора и был отгорожен от него лёгкой перегородкой. Перед кабинетом стояли удобные диванчики, сидя на которых, больные решали поставленную перед ними задачу «умственного» характера — выясняли и записывали в Лист ДДИВ всё то, что не позволяло им чувствовать себя здоровым, успешным человеком.

С переходом на должность профессора кафедры изменился состав консультируемых мною больных. Меньше стало больных с ярко выраженной патологией нашего профиля, требующей оперативного лечения; больше стало больных с полиморбидной, коморбидной патологией, болевыми синдромами неясного генеза. В этом нет ничего странного. Я вспоминаю время, когда, будучи молодым врачом, присутствовал на консультациях профессора Л.Р. Балона. Состав консультируемых им больных был такой же. Да и мы любили переправлять «сложных» больных на консультацию к Лазарю Рувимовичу Балону.

Что же изменилось с тех пор? В первую очередь - глубина обследования больных теми специалистами, у которых они уже побывали в поиске избавления от своих страданий. Типичным

примером таких больных может служить моё следующее клиническое наблюдение.

За консультацией ко мне обратилась женщина 66 лет, пенсионерка, страдающая ревматоидным полиартритом, хроническим гастритом, холециститом, вегетососудистой дистонией. В пластиковом мешке она принесла большую пачку медицинских документов: консультативные заключения разных специалистов, результаты многочисленных клинических, биохимических, иммунологических исследований, пачку дисков компьютерной томографии разных частей тела и толстую историю болезни амбулаторного больного.

Суть её вопроса, заданного мне, заключалась в следующем.

Ревматолог и гастроэнтеролог сказали ей, что своё лечение начнут после того, как будет завершена полностью санация полости рта — удалены все очаги хронической инфекции.

И она протянула мне заключение стоматолога: Удалить несъёмный протез нижней челюсти, удалить два опорных зуба по поводу грануломатозного периодонтита (зубы больную никогда не беспокоили), изготовить полный металлокерамический протез на нижнюю челюсть.

— И что же вы решили? — спросил я.

— Что я могу решить? Муж недавно умер. Одна я осталась. У меня, пенсионерки, нет таких денег. Я и то лекарство, которое мне выписывает каждый из специалистов, купить не могу, — она заплакала. — Уж лучше сразу в...

Я прервал её речь. Посочувствовал и обещал поговорить с её стоматологом, посоветоваться, как можно помочь решить проблему с учётом её финансовых возможностей.

Глубокий душевный дискомфорт у этой больной был обусловлен не только наличием серьёзных соматических заболеваний, но и факторами социально-экономического характера. Зная их из Листа ДДИВ, я постарался в рамках моей компетенции успокоить её, посоветовал ей обратиться за помощью к клиническому психологу. Уходя, она сказала мне: «Спасибо, профессор. Вы так хорошо, душевно

поговорили со мной, успокоили».

Как тут было не вспомнить слова Сократа: *«Нельзя лечить тело, не врачую души»*.

Таких больных с психосоматической патологией много не только в соматических поликлиниках, стационарах, но и на приёме у стоматологов. Сейчас многие студенты стоматологи работают в свободное от учёбы время помощниками врача в стоматологических клиниках. Поэтому они первыми проявили интерес к тому, что я рассказывал им на лекциях о простом способе диагностики выраженности и структуры внутреннего дискомфорта, об использовании полученных данных для формирования доверительных, доброжелательных отношений с пациентом, важного фактора в предупреждении конфликтных ситуациях.

Интерес к проблеме экспресс-диагностики проявил Андрей Ильич, который к этому времени стал проректором по учебной работе нашего Университета. Особенно его заинтересовала возможность раннего формирования у студентов навыка системного биопсихосоматического подхода к изучению здоровья человека. Это было время модернизации учебного процесса в России, переход на модульную систему образования. Поэтому он провёл совещание с клиницистами, психологами нашего Университета и поставил перед нами задачу — подготовить к Всероссийскому совещанию деканов стоматологических факультетов в Санкт-Петербурге проект учебного модуля: *«Модель формирования целостного восприятия пациента врачом в системе непрерывного медицинского образования»* и методическое пособие для преподавателей, врачей и студентов *«Использование синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации в учебном, лечебном и научном процессах»*.

Принятию решения о разработке учебного модуля *«Формирование целостного восприятия пациента врачом в системе непрерывного медицинского образования»* предшествовала моя встреча с ректором нашего Университета академиком РАН профессором Сергеем Фёдоровичем Багненко. К этой встрече я подготовил служебную записку-аннотацию, Проект статьи в журнал *«Использование синдрома психо-сенсорно-функ-*

циональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и лор-органов», принятую и опубликованную вскоре в журнале *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. — 2013. — Т. 19, № 1. — С. 25-28.

Но главным поводом для моего обращения к ректору была информация, появившаяся в интернете о Рижском синдроме «Не тряси, а то умрёт». Сообщалось, что патогенез синдрома связан с множественными кровоизлияниями в головной мозг, возникающими под влиянием механической травмы при слишком энергичном встряхивании плачущего ребёнка. Как отца трёх детей заинтересовала меня сама суть, патогенез синдрома. А ещё то, что он назван Рижским синдромом.

А почему бы то, чем мы занимаемся, что по формальным признакам укладывается в понятие синдром, не связать также с именем нашего города или Университета, именем Ивана Петровича Павлова. С этим предложением, собственно говоря, я и пришёл к ректору на приём.

Сергей Фёдорович внимательно выслушал меня, прочитал служебную записку-аннотацию, проект статьи. Задумался. Потом говорит:

— Михаил Михайлович, я как врач чувствую и понимаю, что то, чем вы занимаетесь, интересно и полезно для медицины. Но я не считаю себя компетентным в вопросах психологии. Поэтому предлагаю встретиться нам вместе с профессиональным психологом — заведующей кафедрой общей и медицинской психологии профессором Еленой Рудольфовной Исаевой и обсудить эту проблему. А пока я советую вам познакомиться с профессором Сергеем Александровичем Парцерняком. Он председатель секции интегративной медицины научного общества терапевтов Санкт-Петербурга. Думаю, такое знакомство будет интересно, полезно вам и ему.

Сергей Фёдорович тут же позвонил профессору Парцерняку, кратко и чётко рассказал ему о сути нашего проекта и передал смартфон мне. Мы договорились с Сергеем Александровичем встретиться у нас на кафедре через неделю. А уже спустя 5 месяцев мы выступили на секции интегративной медицины с докладом «Диагностика ситуационной аутодезадаптации у пациентов, страдающих канцерофобией, на

стоматологическом приёме (методика первичной экспресс-диагностики аутодезадаптации с использованием Синдрома ПСАФ аутодезадаптации)».

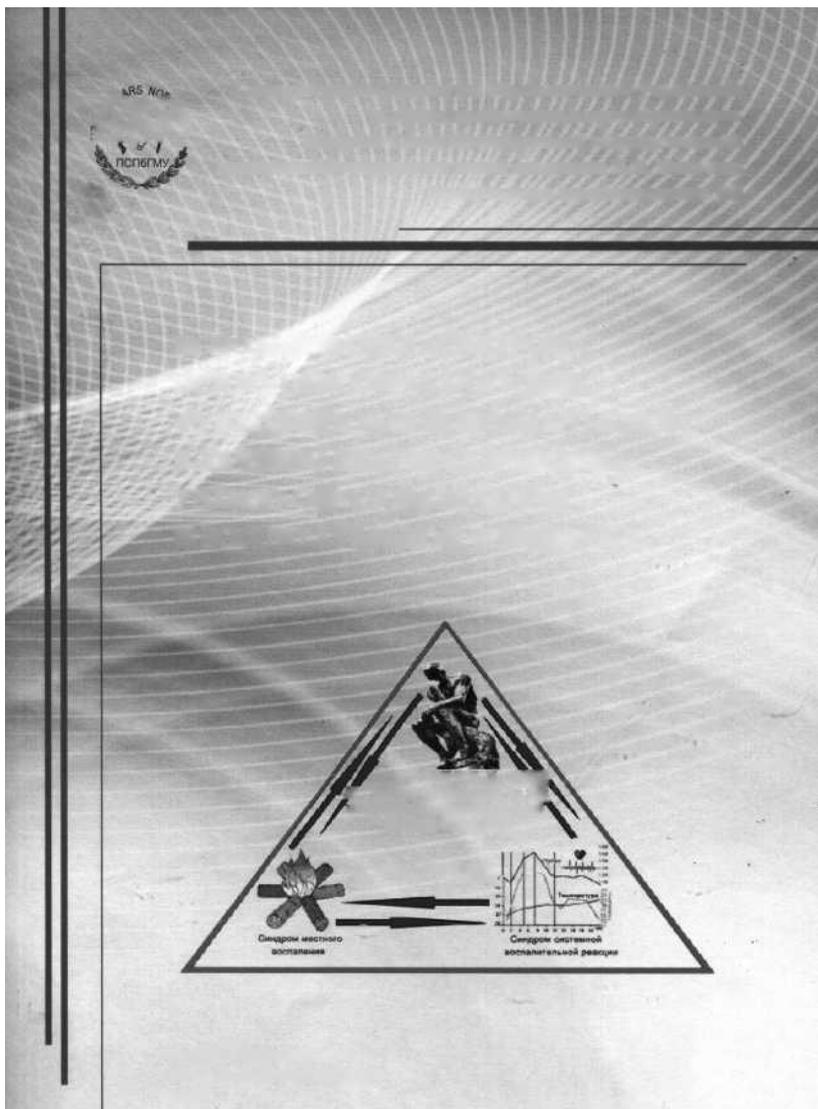
Как я упоминал выше, в 2015 году было издано методическое пособие для преподавателей, врачей и студентов «Использование Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах /М.М. Соловьев [и др.]; под ред. С.Ф. Багненко, А.И. Ярёмченко, А.А. Ско- ромца. СПб.: Издательство СПбГМУ, 2015. — 36 с. (рис. 1).

В предисловии к нему Ректор П СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова академик РАН профессор С.Ф. Багненко написал следующее:

«Основная задача медицинского вуза - подготовить врача, гармонично сочетающего в себе знание, умение, владение инновационными технологиями и методами позитивного воздействия на психологическое состояние больного.

В основе этих методов позитивного воздействия на психологическое состояние больного лежит способность врача правильно оценить психологический статус пациента и степень влияния на этот статус имеющегося заболевания. Для правильной оценки степени психологической дезадаптации пациента важнейшую роль играет понимание врачом уровня самооценки психологической аутодезадаптации, которую даёт себе сам больной. В пособии предложена методология указанной самооценки и последующей работы врача с полученными результатами. Полагаю, что правильное понимание роли «синдрома ПСАФ аутодезадаптации» и возможностей его коррекции — одно из важных направлений повышения удовлетворённости пациента качеством медицинской помощи, формирования личности современного врача».

Благодаря поддержке руководства Университета, взаимопониманию с нашими психологами профессором Н.П. Ванчаковой, профессором. Е.Р. Исаевой, профессором. Е.Е. Малковой, декана стоматологического факультета д.м.н. Т.Б. Ткаченко, заведующей кафедрой стоматологии терапевтической и пародонтологии профессора Л.Ю. Ореховой и активному



*Рис. 1. Методические пособия по использованию синдрома ПСАФ аутодезадаптации (15 и 16 год).*

П СПб ГМУ имени акад И.П. Павлова

*Пособие для преподавателей*

**ASA**

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования «Первый Санкт-  
Петербургский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова» Министерства  
здравоохранения РФ

**Авторы:** М.М. Соловьёв, А.И. Ярёмченко, Е.Е. Исаева, Е.Е. Малкова, Л.Ю. Орехова, В.М., РА. Фадеев, Т.Б. Ткаченко, В.И. Я.А. Накатис, Трофимов, В.М. Седов, В.Н. Трезубов, И.Н. Антонова, А.А. Потапчук, А.М. Соловьёва, С.В. Васильев, доц. М.Мих. Соловьёв, С.А. Карнищенко, Г.А. Хацкевич, Н.В.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «СИНДРОМА ПСИХО-  
СЕНСОРНО-АНАТОМО-  
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ»  
В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ,  
УЧЕБНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ  
И ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССАХ**

Калауцкий, И.А. Горбачёва, Н.Л. Шапорова, Т.М. Алехова, В.Н., Попов.

**Под редакцией:**

Академика РАН профессора С.Ф. Багненко Профессора, А.И. Ярёмченко  
Академика РАН профессора А.А. Скоромца

СИНДРОМ V з психо-  
сенсорной и Ж анатомо-  
функциональной  
ДЕЗАДАПТАЦИИ

**ВОСПАЛЕНИЕ**

**ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА** медицинского ВУЗа - *подготовка врача, гармонично сочетающего* в себе знание, умение, владение инновационными технологиями диагностики, лечения а также методами позитивного воздействия на психологическое состояние больного. В основе таких методов лежит познание внутренней картины болезни

Санкт-Петербург  
Издательство СПбГМУ  
2015

пациента. Первый шаг к познанию внутренней картины болезни ?  
экспресс-диагностика выраженности н структуры «Синдрома ПСАФ ауто деадаптации». Простота, информативность первичной экспресс-диагностики ПСАФ ауто деадаптации облегчает решение другой

важной задач образовательного процесса ? последовательного формирования у студентов, врачей, молодых преподавателей и ученых системного **биопсихосоциального** подхода к исследованию состояния здоровья человека, разработке индивидуально ориентированных программ лечения, реабилитации больного.

*Ректор СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова Академик РАН профессор С.Ф. Багненко* участием сотрудников, клинических ординаторов, аспирантов и студентов стоматологического факультета, работа над проектом продвигалась успешно.

Каждый год в нашем Университете проводились симпозиумы, посвященные концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации. О широком круге участников таких монотематических форумов можно судить по программе симпозиумов, приведенных в приложении.

Эту традицию не нарушила и пандемия Covid-19. Учитывая эпидемиологическую обстановку в стране, симпозиум «Системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека с позиции концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации» был проведен дистанционно.

#### **4. Семья как фактор, способствовавший успешной разработке Концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации**

Я считаю необходимым остановиться на важной роли ещё одного фактора в создании условий для творческой работы и успешного решения намеченных задач. Фактор этот — семья, а точнее — обстановка в семье, характер межличностных отношений её членов. Что касается этого фактора, я с полным основанием считаю себя счастливым человеком.

Ещё в подростковом возрасте мама и мои родные поддерживали мой интерес к занятиям в кружках технического творчества Дворца пионеров, Несмотря на весьма скромный семейный бюджет, мама покупала мне наборы для моделирования, дядя дарил инструменты для обработки дерева, металла.

Они восхищались каждой сделанной мной моделью и хвалили меня.

После окончания института я был оставлен в клинической

ординатуре. Мои сокурсники, став врачами, подрабатывали на «Скорой помощи». Это позволяло им проводить летний отпуск на Чёрном море. Завидуя им, я решил тоже начать подрабатывать на поездку к Чёрному морю. Об этом рассказал маме. Она окончила сельскую церковно-приходскую школу и очень сожалела, что не смогла продолжить своё образование. Выслушав меня, она сказала:

— Миша, не для того я растила тебя без отца (мой отец погиб 26 января 1944 года при освобождении Гатчины — снятии блокады Ленинграда). Занимайся своей учёбой и наукой, а я возьму сверхурочную работу на фабрике, чтобы ты смог съездить летом на Чёрное море.

Сверхурочную работу она взяла. Каждый день приносила с трикотажной фабрики два тюка забракованной продукции. До глубокой ночи она устраняла брак — на месте спущенной петли вышивала какой-нибудь цветок. Я регулярно помогал ей, совершенствуя тем самым свои мануальные навыки. Но летом поездка к Чёрному морю всё же не состоялась. Меня, клинического ординатора, направили в помощь практическому здравоохранению в сельскую участковую больницу Кадуйского района Вологодской области. Там я проработал сельским врачом почти полгода. За это время поднакопил денег и по возвращении в Ленинград купил в комиссионном магазине трофейную портативную пишущую машинку Olivetti, которая верой и правдой служила мне во время работы над кандидатской и докторской диссертациями. Мама добилась своего, сбылась её мечта — я стал не только врачом, но и кандидатом медицинских наук, затем доктором медицинских наук, профессором.

Велика роль женщины в создании спокойной, доброжелательной обстановки в семье. И тут мне тоже очень повезло. С моей женой Мариной Суреновной мы вместе учились в одной группе 1 ЛМИ имени акад. И. П. Павлова,

Она создавала мне комфортные условия для занятия научной работой на протяжении более 60 лет. Мы познакомились с ней в 1958 году, когда волею судьбы ей пришлось перевестись из Винницкого медицинского института в 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. С тех пор мы вместе. Она терпеливо слушала и продолжает слушать мои повторяющиеся рассуждения о предмете моей научной работы, она цензор-редактор. Первой

читает рукописи статей, тезисов докладов, монографий и учебников, вносит необходимые коррективы (она кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник детского научно-исследовательского ортопедического института им. И.Г. Турнера). Но главный её талант в том, что она умеет формировать уважительные, доброжелательные отношения между людьми на работе и дома.

Благодаря ей в нашей семье царит атмосфера дружного дискуссионного клуба. Способствует этому и то, что все мы — однокашники — выпускники 1 ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. У нас много совместных докладов, публикаций. Например, моему сыну Михаилу Михайловичу принадлежит авторское право на окончательную редакцию названия Синдрома ПСАФ (психосоциально-анатомо-функциональной) аутодезадаптации.

Наша младшая дочь Елизавета Михайловна первой провела апробацию методики первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации в стоматологическом центре «СТОМУС», сформулировала суть задачи, которая ставится перед пациентом в самом начале исследования — «Исповедь больного перед врачом». Своё толкование понятия внутреннего дискомфорта или аутодезадаптации она отразила в серии графических рисунков, используемых нами в докладах, лекциях, публикациях и в этой книге.

Наша старшая дочь Анна Михайловна — наш семейный энциклопедист. Её призвание как врача — эндодонтия. Разработке этой проблемы посвящены её кандидатская и докторская диссертации. Второе её призвание — организация стоматологической службы, подготовка врачей-стоматологов.

Хорошо зная проблемы практической стоматологии, она активно включилась в наши семейные дискуссии на самых ранних этапах обсуждения идеи создания простого, доступного стоматологу на амбулаторном приёме метода экспресс-диагностики психологического состояния пациента как способа снижения вероятности возникновения конфликтной ситуации между пациентом и врачом.

Даже внуки Александр, Андрей и семилетняя внучка Настя знают: когда их дед сидит перед компьютером, он не играет в компьютерные игры, а занимается своим ПСАФ.

## **5. Пандемия COVID-19. Дистанционный симпозиум**

## **«Системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека с позиции концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации»**

Чтобы не утомлять читателя, я опущу последовательное описание событий от первого выступления 25 декабря 2012 года на заседании хирургической секции научного общества стоматологов Санкт-Петербурга с докладом «Синдром дезадаптации (психо-сенсорно-функциональной дезадаптации) в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Приглашение к дискуссии и сотрудничеству. Авторы: проф. М.М. Соловьёв, к.м.н. Соловьёв М.М., Алекс Клемент» до обращения к председателю проблемной комиссии профессору А.И. Ярёмченко с предложением включить в план научных исследований стоматологического факультета тему «Обоснование использования Синдрома психо-сенсорно-анатомио-функциональной дезадаптации в учебном, лечебном и научно-исследовательском процессах».

В 2019 году сформировалась группа из клинических ординаторов, аспирантов, студентов, проявивших интерес к овладению навыком системного биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека. Во время рабочих встреч с участниками группы в разговоре с «новичками» я убеждал их в том, что владеть БПС подходом к исследованию здоровья человека должен каждый врач, а тем более тот, кто собирается заниматься научной и педагогической деятельностью, поступить в аспирантуру. Поэтому все члены нашей команды должны в рамках кафедральных студенческих кружков углублённо изучать тот раздел медицины, с которым они связывают свою будущую деятельность врача. На совещании актива команды было решено не проводить в 2019 году симпозиума, а для популяризации идеи БПС подхода к изучению здоровья человека выступать с докладами на заседаниях разных секций Конференции молодых учёных ПСПб ГМУ имени акад. И. П. Павлова и других университетов Санкт-Петербурга. Выступления с докладами указанной тематики состоялись на следующих секциях конференции: глазных болезней, челюстно-лицевой хирургии, стоматологии терапевтической и хирургической, внутренних болезней, реабилитологии. Приближался 2020 год, в декабре

которого должен был состояться в нашем Университете IX Молодёжный международный медицинский конгресс. Команда энтузиастов «БПС подхода к изучению здоровья человека» решила организовать и про-вести в рамках программы Конгресса симпозиум «Системный биопсихосо-циальный подход к изучению здоровья человека с позиции концепции Синдроома ПСАФ аутодезадаптации». Планировалось участие в симпозиуме представителей других университетов Москвы, Санкт-Петербурга, Оренбурга, Харькова. В марте 2020 должно было состояться под председательством профессора С.А. Парцерняка заседание секции интегративной медицины научного общества терапевтов Санкт-Петербурга имени С.П. Боткина. В программу заседания секции было включено два доклада по проблеме системного БПС подхода в медицине с участием профессоров, аспирантов, клинических ординаторов и студентов нашего Университета.

Сбыться этим планам помешала пандемия COVID-19. В марте 2020 года с целью ограничения распространения ковид-инфекции в Санкт-Петербурге ввели запрет на проведение коллективных мероприятий в режиме очного общения. Вскоре перевели на дистанционное обучение студентов нашего Университета. В связи с этим не состоялись заседания секции интегративной медицины и традиционная апрельская конференция молодых учёных нашего Университета. Стало очевидным, что будет отменен и Молодёжный международный медицинский конгресс.

Стараясь успокоить моих молодых коллег, я как житель блокадного Ленинграда рассказал им, как в более тяжёлой обстановке без электрического освещения, без отопления помещений, на скудном блокадном пайке хлеба, под разрывы бомб и снарядов учащиеся продолжали учиться, учёные не прерывали своих исследований. Возможно, под впечатлением моего рассказа кто-то из моих молодых коллег предложил не отменять намеченного симпозиума, а провести его в дистанционном формате. Это предложение получило поддержку других членов группы «любопытных», как они в шутку называли себя. Поддержал инициативу молодых учёных о проведении симпозиума в дистанционном формате и проректор университета по учебной работе профессор А.И. Ярёмко,

возглавив оргкомитет симпозиума.

Из публикации в газете Пульс Меморандума о трёх заочных сессиях дистанционного симпозиума.

— ..В разгар пандемии COVID-19 инициативная группа клинических ординаторов и студентов нашего Университета (Михаил Чуркин, Артём Павлов, Богдан Попов, Анна Гришина) предложила провести дистанционно симпозиум «Системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека с позиции концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации»

Первая заочная сессия была посвящена обсуждению принципов распределения 456 жалоб исследуемых по четырём кластерам Синдрома ПСАФ аутодезадаптации.

Вторая сессия - обсуждению 16 докладов (тезисов), поступивших в оргкомитет симпозиума.

Третья сессия - знакомству всех участников симпозиума с рецензиями экспертов-профессоров и взаимно-перекрёстными рецензиями докладчиков.

В работе симпозиума приняли участие в качестве рецензентов: проф. Потапчук А.А., проф. Соловьёв М.М., проф. Горбачёва И.А., проф. Парцерняк С.А., проф. Хацкевич Г.А., проф. Рузин Г.П., доц. Шабак-Спасский П.С., доц. Николаева Л.А., доц. Красильникова Н.В., асс. Сакович А.А., асс. Галяпин А.С., асс. Бандурашвили А.А.

По итогам анализа материалов трёх заочных сессий был составлен меморандум. Он содержал перечень положений, выдвинутых докладчиками и рецензентами, которые носят инновационный или дискуссионный характер, заслуживают обсуждения и дальнейшего развития:

— разработка компьютерно-цифровой версии Листа добровольной доверительной информации врача пациентом;

— использования 10 балльно-понятийной шкалы самооценки пациентом выраженности своих жалоб (М.А. Чуркин);

— проведение рабочих встреч с коллегами разных специализаций для обсуждения вопросов междисциплинарной интеграции;

— изучение вопроса об использовании данных экспресс-диагностики ПСАФ аутоадаптации как для снижения вероятности возникновения конфликтных ситуаций и профессионального выгорания врача;

— обсуждение исходной гипотезы концепции экспресс-диагностики ПСАФ аутоадаптации и т.д.

Заканчивался меморандум обращением Оргкомитета к участникам симпозиума.

Коллеги, каждое из указанных направлений может стать темой вашего дальнейшего исследования. Для такого исследования не требуется специальных инструментов, аппаратуры.

Результаты таких исследований будут прекрасным материалом для ваших выступлений с докладом на предстоящем в декабре Международном молодёжном медицинском Конгрессе.

Хотим напомнить и посоветовать, что помимо овладения навыком системного БПС подхода вы должны овладевать клиническими дисциплинами вашей будущей специальности, заниматься в СНО на тех клинических кафедрах, которые вам интересны.

Оргкомитет симпозиума

Мы надеялись, что с наступлением осени заболеваемость коронавирусной инфекцией пойдёт на убыль, и постепенно наша жизнь вернётся в привычное русло. Мероприятия карантинного характера также будут постепенно отменяться. Но всё произошло с точностью наоборот. Пришла вторая волна коронавирусной инфекции. С каждым днём число вновь заболевших в Санкт-Петербурге возрастало, меры карантинного характера ужесточались. Ободрённые успехом проведённого дистанционного симпозиума, его организаторы решили не отменять запланированное на 13 октября 2020 года заседание секции интегративной медицины. Вот что сообщала по этому поводу университетская газета «Пульс».

*Выдержки из статьи в газете Пульс*

13 октября 2020 года состоялось дистанционно в режиме опЙпе ранее отложенное из-за пандемии COVID- 19

заседание секции «Интегративная медицина» Санкт-Петербургского общества терапевтов им. С.П. Боткина, посвящённое проблеме совершенствования системного интегративного биопсихосоциального подхода в медицине.

Инициаторами и организаторами проведения заседания стала группа клинических ординаторов и студентов ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Председатель секции интегративной медицины профессор Сергей Александрович Парцерняк, возглавляющий «Covid-центр» городской больницы № 15 Санкт-Петербурга, рассказал об использовании принципов интегративной медицины в диагностике и лечении больных с ковид-ассоциированной полиморбидной патологией. Затем он как член оргкомитета дистанционного симпозиума «Системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека» информировал участников о ходе конференции о содержании, итогах этого симпозиума и продемонстрировал краткие резюме в виде анонса участников симпозиума и членов оргкомитета.

Доклад «Единое масштабирование показателей выраженности реакций и состояний организма — путь к междисциплинарной интеграции при обследовании больного» был представлен большой группой авторов (М.М. Соловьёв, С.А. Парцерняк, И.А. Лебедева М.Б. Кадыров, Г.Н. Маградзе, М.А. Чуркин и др.), разрабатывающих эту проблему в разных медицинских учреждениях Санкт-Петербурга. Выступившая с докладом к.м.н. И.А. Лебедева рассказала о сути единого масштабирования, основанного на использовании понятийно-балльной шкалы оценок. Она продемонстрировала на данных анализа клинических наблюдений, что применение единого масштабирования различных функциональных параметров в рамках полиморбидности способствует более точной диагностике и прогнозированию течения заболевания.

Студенты стоматологического факультета Н.П. Гришина и Б.А. Попов представили доклад-презентацию «Выраженность и структура ПСАФ аутодезадаптации у обследованных лиц молодого и пожилого возраста». Они продемонстрировали ценность методики для выявления индивидуальных особенностей выраженности и структуры

аутодезадаптации.

В прениях по докладам приняли активное участие клинические ординаторы и студенты ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Ответственные за организацию и проведение опЙпе конференции клинические ординаторы Артём Викторович Павлов и Михаил Александрович Чуркин (кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии).

Председатель секции интегративной медицины проф. С.А. Парцерняк.

Я испытывал чувство удовлетворения, внимательно наблюдая за работой студентов, клинических ординаторов и аспирантов во время подготовки и проведения дистанционного симпозиума и on line конференции по интегративной медицине, читая тезисы их докладов и рецензий. Мы понимали друг друга.

Один из девизов, которого я давно придерживаюсь, звучит следующим образом: «Мечтать, фантазировать и прислушаться к эху своих мыслей». Эхо мысли — это устная или письменная оценка моей мысли, высказанной в докладе, в ходе дискуссии или опубликованной в статье, в книге. С первых шагов моей научной работы я старался поделиться возникшими у меня мыслями с членами моей семьи, коллегами, старшими товарищами — учителями, студентами, которым я читал лекции, с которыми проводил практические занятия. Приглашал студентов участвовать в обсуждении моих гипотез, отдельных мыслей, понятий. Такие беседы были очень полезны как для студентов, так и для меня, так как они обладали самой последней, новейшей информацией по широкому кругу вопросов, полученной ими на других клинических кафедрах и на кафедрах медико-биологического профиля. После таких бесед у меня появлялись новые добровольцы, желающие участвовать в моих экспериментальных и клинических исследованиях. Получалось так, что с нашими гипотезами, результатами исследований первыми выступали студенты на конференциях молодых учёных, первыми публиковали их в виде тезисов доклада. Присутствуя на таких конференциях, я всегда с интересом, волнением и даже со страхом слушал выступления как студентов, так и присутствующих преподавателей,

профессоров, председателя заседания. То, что они говорили, было как раз эхом моих мыслей.

Таким приёмом услышать эхо своих мыслей я пользовался давно. Но в 2019 году мы решили несколько изменить дизайн получения эха основной мысли, обсуждаемой на форуме (симпозиуме), и способ, форму передачи эха участникам форума.

Суть сводилась к тому, что перед началом форума председателям и докладчикам предлагали дать краткую оценку, выразить своё отношение в одном-двух предложениях к обсуждаемой проблеме. Затем их высказывания вместе с фотографиями оформляли отдельным файлом и включали в презентацию под названием анонс. За 10-15 минут до начала форума, пока в аудиторию входили и рассаживались его участники, начиналась демонстрация анонса. Цель такой демонстрации — познакомить визуально всех участников форума с докладчиками, сконцентрировать их внимание на обсуждаемой проблеме.

Такой анонс был подготовлен членами оргкомитета дистанционного симпозиума и разослан всем участникам симпозиума и приглашённым лицам. После этого он демонстрировался 13 октября 2020 г. на заседании секции интегративной медицины, проходившей в режиме оИЙпе.

Этот анонс можно увидеть в Приложении



## ЧАСТЬ ВТОРАЯ

### 1. Концепция Синдрома ПСАФ аутодезадаптации

Концепция - понимание ведущего замысла.  
(Философский Энциклопедический словарь)

*В чём заключается ведущий замысел Синдрома ПСАФ аутодезадаптации — получить во время амбулаторного приёма информацию о том, что и в какой мере беспокоит, тревожит, страшит больного и не позволяет ему чувствовать себя физически, психически здоровым, социально успешным человеком.*

*Тем самым при первой встрече больного с врачом первичного звена медицинской помощи совершить первый шаг системного биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья и разработке индивидуально ориентированной программы комплексного лечения, реабилитации больного; осуществить скрининг больных, нуждающихся в психологической поддержке, помощи.*

В поиске путей решения этой многоплановой задачи была выдвинута концепция Синдрома ПСАФ аутодезадаптации, являющаяся синтезом следующих направлений развития медицины:

- учения о холической интегративной медицине (К. Бернар);
- учения о нервизме (К. Бернар, С. И. Боткины, И. М. Сеченов, И. П. Павлов и др.);
- учения о внутренней картине заболевания (РА. Лурия);;
- учения об адаптационном синдроме (Г. Селье).

### **Исходная гипотеза концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации**

Человек, испытывающий телесные и душевные страдания, обращаясь за медицинской помощью, желает и готов рассказать врачу то, что его беспокоит, тревожит, страшит, но не знает, как это лучше сделать и что из его рассказа будет важным, нужным, полезным для врача.

Реализация готовности больного исповедаться перед врачом, желание быть услышанным врачом, который умеет, хочет и готов услышать, прочитать мысли больного и попытаться утешить его, способствует формированию между ними уважительных, доверительных партнёрских отношений. Такие отношения позволяют врачу получить ценную информацию, необходимую для реализации принципа системного БПС подхода к обследованию, способствуют успешному лечению и реабилитации больного.

Многие больные не только не знают, что из их рассказа будет важным, нужным, полезным для врача, но и не могут, не умеют чётко рассказать о том, что их беспокоит, волнует, страшит, не говоря уже о больных с расстройствами речи. В этом отношении каждый больной индивидуален. Тем не менее, можно выделить два диаметрально противоположных типа больных по поведению и характеру общения с врачом, готовности и умению рассказать о том, что их беспокоит, тревожит, страшит, где их обследовали, лечили и как они оценивают результат проведённого лечения. К тому же многие больные боятся встречи с врачом — незнакомым им человеком, от которого может исходить угроза причинения боли, сообщения о тяжёлом заболевании.

Но вернёмся к двум противоположным вариантам поведения больных и характеру общения их с врачом,

Первый вариант. Больные тихо ждут своей очереди на приём к врачу. На вопрос врача: «Что вас беспокоит?» — называют 1-2-3 жалобы, преимущественно соматического характера, и замолкают, не решаясь отвлечь внимание врача лишними жалобами и вопросами, боясь затянуть время приёма и вызвать недовольство, раздражение у тех, кто ждёт своей очереди у кабинета врача. Такое поведение больного не означает, что помимо 1-2 названных им жалоб у него нет других причин обращения за помощью к врачу. Например, у него нет жалоб, отражающих состояние его душевного дискомфорта, обусловленного проблемами межличностных отношений в семье или на работе, крушением личных творческих планов, незаслуженно низким социальным статусом, экономическими трудностями или просто ощущением тоски, страха, тревоги, депрессии, ожидания какой-то опасности.

Состояние душевного дискомфорта, поведения и внешнего облика таких людей, живущих в постоянном ожидании какой-либо опасности, прекрасно описал Антон Павлович Чехов в рассказе «Человек в футляре». Образ героя рассказа А.П. Чехова - учителя мертвых языков Беликове и пациентов, о которых идёт речь выше, сопоставим с аллегорическим образом «Жука в хитиновом покрове» на гравюре Елизаветы Черновол-Соловьёвой. Плотный хитиновый покров защищает, отгораживает внутреннюю сущность жука от внешней среды. Но

если внимательно присмотреться, то и в этом хитиновом покрове есть, пусть небольшие, отверстия — каналы обратной связи внутреннего мира жука с внешним миром. Также обстоит дело и с больными, которые не могут или боятся поделиться тайной своих переживаний с незнакомым человеком, каким они воспринимают врача при первой встрече с ним. Исход этой встречи будет зависеть от того, сможет ли врач в самом начале продемонстрировать больному своё внимательное, доброжелательное, доверительное отношение к нему. Если больной воспримет поведение врача как сигнал к взаимопочтительному сотрудничеству, то, скорее всего, он будет готов исповедоваться перед врачом, как исповедуются верующие люди перед богом. А дальше надо найти и использовать те поры — каналы обратной вербальной связи между высшими отделами центральной нервной системы, включая кору головного мозга, врача-больного-врача. В качестве таких каналов обратной вербальной связи между врачом-больным-врачом можно использовать Лист добровольной доверительной информации врача больным.

Второй вариант поведения больных на приёме у врача характерен для больных с психическими расстройствами поведения. Еще до входа в кабинет они начинают возмущаться, если начало приёма задерживается на 2-3 минуты. Войдя в кабинет врача, они часто просят выслушать их рассказ с самого начала заболевания во всех подробностях. Обычно они приходят на приём с большим количеством анализов, консультативных заключений разных специалистов, рентгенограмм, томограмм. Рассказ их сбивчив и многословен. Из него трудно понять основные жалобы больного. Приём таких больных затягивается, а попытка остановить больного, прервать его рассказ, может закончиться конфликтом — жалобой на невнимательное отношение к больному. Беда таких больных заключается в том, что они, ярко и образно рассказывая о многочисленных жалобах на боли, нарушения функции различных органов и систем организма перемежающегося характера, часто не могут четко сформулировать, что их беспокоит, тревожит, страшит. Таким больным надо помочь. В первую очередь — успокоить, посочувствовать. Ни в коем случае не вступать с ними в пререкания. Не убеждать в неправоте их убеждений, а

переключить разговор на обсуждение сложности их заболевания для диагностики и лечения. Спросить, знакомо ли им чувство душевного дискомфорта, для описания которого в народе широко применяется выражение — будто кошки душу скребут. Подобный разговор обычно успокаивает, утешает больного, убеждает его в доброжелательном отношении врача к нему. У страдающего больного, испытывающего душевный дискомфорт, появляется желание исповедаться врачу, которому он доверяет, которого считает теперь своим врачом.

Такое желание больного следует удовлетворить — предложить провести диагностику его душевного состояния, душевного дискомфорта, влияющего на здоровье организма в целом.

Исходная гипотеза Синдрома ПСАФ аутодезадаптации, как указывалось выше, предъявляет высокие нравственноэтические и профессиональные требования к врачу, которому готов исповедаться больной. Больной желает быть услышанным врачом, *который умеет, хочет и готов услышать, прочитать мысли больного, облегчить его телесные страдания, попытаться утешить его в меру своей компетенции.*

Поэтому важным разделом концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации является раннее формирование у студентов навыка первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации, данные которой являются информационной базой для реализации принципа системного БПС подхода к изучению здоровья человека, разработки индивидуально ориентированных программ лечения и реабилитации больных.

\* \* \*

В разработке этого направления концепции синдрома ПСАФ АДА участвовали: к.м.н., ст.н.с. К.С. Соловьёва, к.м.н. Е.М. Черновол, д.м.н. А.М. Соловьёва



## **2. Методика первичной экспресс-диагностики выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации**

*Цель разработки методики — создание «инструмента», позволяющего врачу получить во время амбулаторного приёма информацию о том, что и в какой мере беспокоит, тревожит, страшит больного и не позволяет ему чувствовать себя физически, психически здоровым, социально успешным человеком.*

Методика основана на рекомендациях академика Р.А. Лурия, основоположника учения о внутренней картине болезни (ВКБ). В лекции «Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания» (1977) он писал по поводу диагностики ВКБ следующее: «^Лучше всего дать больному возможность сначала изложить свои переживания так, как он хочет и может, и получить таким образом представление о его личности и об особенностях его психического профиля,

Фамил.	М/Ж	Лет	№ групп	Факульт	№ ЛДДИВ
И.О.					

**Лист добровольной доверительной информации врача №**

Для уточнения диагноза и составления оптимального плана лечения впишите в горизонтальные графы ЛИСТА ддив всё то, что Вас беспокоит, тревожит, страшит и не позволяет Вам чувствовать себя **ЗДОРОВЫМ, УСПЕШНЫМ** человеком.

Укажите «крестиком или галочкой» в соответствующей клетке, насколько сильно это беспокоит Вас: **чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо.**

Если Вам трудно дать однозначную оценку, укажите промежуточную клетку: между **чрезвычайно** и **сильно**; между **сильно** и **умеренно**; между **умеренно** и **слабо**.

**ЗДОРОВЬЕ, по определению ВОЗ, это ПОЛНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ, ФИЗИЧЕСКОЕ, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ**

Тревога, волнение, переживание за: состояние родных и близких, за будущее. Беспричинное состояние тревоги и т.д. Проблемы: в семье, на работе, в ВУЗе, в общезитии, в межличностных отношениях. Беспокоит: боли (где?), нарушения функции органов и систем (каких?), сна, аппетита, трудоспособности, раздражительность. Неудовлетворенность эстетикой лица, тела, самооценкой себя, своих способностей.	<b>Чрезвычайно</b>										
	<b>Сильно</b>										
	<b>Умеренно</b>										
	<b>Слабо</b>										
	<b>Не беспокоит</b>										
	1										
	2										
	3										
4											
5											
6											
7											
<b>Баллы</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		
<b>Кластер</b>	<b>П</b> -психологи.	<b>С</b> -социальн.	<b>А</b> -анатомич. <b>Ф</b> -функциональн.				<b>£ баллов</b>				

*Рис. 2. Лист добровольной доверительной информации врача (Лист ДДИВ)*

а затем уже приступить к выяснению отдельных, преиму-

щественно ведущих симптомов болезни».

«...Такое поведение врача сразу создает необходимый психологический контакт с больным и доверие больного к врачу — это обязательное условие для изучения внутренней картины болезни!»

К сожалению, этой прекрасной методикой получения представления о личности, об особенностях психического профиля пациента невозможно пользоваться врачам первичного звена медицинской помощи в условиях амбулаторного приёма по очень простой причине — отсутствие у врача времени на то, чтобы «дать больному возможность сначала изложить свои переживания так, как он хочет и может». И ещё одно важное обстоятельство.

Многие больные, желая рассказать врачу всё то, что их беспокоит, тревожит, страшит, не знают, как это лучше сделать и что из их рассказа будет важным, нужным, полезным для врача.

Чтобы сократить продолжительность исследования, помочь пациенту провести в спокойной обстановке самоанализ своего состояния, выявить и оценить главные жалобы, беспокоящие его, а затем передать результаты самоанализа врачу в форме, удобной для их анализа, мы модифицировали методику Р.А. Лурия.

Сущность методики первичной экспресс-диагностики выраженности и структуры аутодезадаптации человека заключается в следующем.

Пациенту предлагают в спокойной обстановке (в холле перед кабинетом врача) заполнить Лист добровольной доверительной информации врача (Лист ДДИВ) — вписать в него всё то, что беспокоит, тревожит, страшит его и не позволяет чувствовать себя здоровым, успешным человеком, а также указать, в какой мере его беспокоит каждая жалоба, используя такие понятия, как: чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо. Каждому понятию выраженности любой жалобы соответствует оценка её в баллах (рис. 2).

*Инструкция по первичной экспресс-диагностике выраженности и структуре ПСАФ аутодезадаптации.*

1. Руководствуясь советами Дейла Карнеги о формировании доброжелательных отношений с собеседником, предложите пациенту заполнить Лист ДДИВ — вписать в него то, что беспокоит, тревожит, страшит пациента и не позволяет ему

чувствовать себя *здоровым, успешным*, человеком, и указать крестиком или галочкой в соответствующих клетках, в какой мере его беспокоит каждая жалоба, используя такие понятия, как: *чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо*. Если исследуемому трудно дать однозначную оценку, он может указать промежуточную клетку: между *чрезвычайно* и *сильно*, *сильно* и *умеренно*, *умеренно* и *слабо* (рис. 2). Спросить исследуемого, знает ли он, как Всемирная организация здравоохранения определяет содержание понятия *здоровье*.

2. Объяснить пациенту, что полученная от него информация поможет поставить правильный диагноз и составить план эффективного лечения.

3. Ещё раз продемонстрировать пациенту Лист ДДИВ и выяснить, понятно ли ему значение слов, используемых для оценки выраженности отдельных симптомов, проявлений заболевания: *Чрезвычайно, Сильно, Умеренно, Слабо, Не беспокоит*.

4. Показать пациенту, где он может указать крестиком или галочкой свою оценку выраженности отдельных симптомов, проявлений заболевания и своего состояния: *Чрезвычайно, Сильно, Умеренно, Слабо*.

5. Заполнить паспортную часть Листа ДДИВ (ФИО, пол, возраст, дата исследования) либо предложить пациенту сделать это самому.

6. После этого пациенту передают Лист ДДИВ, создают комфортные условия для заполнения его, стараясь не отвлекать внимание пациента вопросами, посторонними разговорами.

7. Получив от пациента заполненный Лист ДДИВ, врач знакомится с характером жалоб и самооценкой пациентом их выраженности, обращая особое внимание на те из них, оценка которых по понятийно-балльной шкале соответствует 10 — 9 — 8 баллам. В случае необходимости врач задаёт дополнительные вопросы пациенту для уточнения особенностей клинической картины заболевания. Затем он приступает к традиционному обследованию пациента — анализу истории заболевания, жизни, физикальному, инструментальному исследованию.

8. После завершения обследования пациента врач переводит понятийные значения выраженности отдельных жалоб в баллы, которые вносит в ячейки соответствующей строки Листа ДДИВ.

Суммировав все баллы, он получает *суммарный интегральный показатель аутодезадаптации* - Р Ё.С АДА).

9. Следующий шаг анализа данных Листа ДДИВ — распределение жалоб по четырём кластерам: психическому, социально-экономическому, анатомическому, функциональному.

### *Распределение жалоб по кластерам ПСАФ*

*Психический кластер П* включает в себя такие состояния, как тревога, страх, переживания, озабоченность, чувство одиночества, неудовлетворённости, беспокойства, проблемы межличностных отношений, негативная самооценка себя и т.п.

*Социально-экономический кластер С* включает в себя такие состояния, как переживания, связанные с трудностями экономического, производственного, профессионального, учебного характера, карьерным ростом, международной, внутривополитической, эпидемиологической, экологической обстановкой и т.п.

*Анатомический кластер А* включает в себя такие состояния, как неудовлетворённость архитектоникой лица и тела, переживания по поводу различных аномалий развития, приобретённых дефектов и деформаций

*Функциональный кластер Ф* включает в себя такие состояния, как нарушение функционирования систем организма, отдельных органов и организма в целом, проявляющиеся болевым синдромом, дискинезиями, снижением функциональных резервов, нарушением сна, ослаблением памяти, повышенной раздражительностью.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР №1. (Рис. 4)

Больная Л., 57 лет обратилась в клинику челюстно-лицевой хирургии ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова по поводу язвы в области языка слева с распространением на ткани дна полости рта, боли при разговоре, приеме пищи и в покое. Больной считает себя в течение 2,5 месяцев. После патогистологического исследования биоптата и клинко-рентгенологического исследования поставлен диагноз.

Плоскоклеточная карцинома языка слева с распространением на дно полости рта: Т3 N1 MO.



Результаты диагностики выражение и структуры ПСАФ аутодезадаптац  
Суммарный интегральный показате ПСАФ аутодезадаптации. = 32 балл Структура ПСАФ аутодезадаптации:  
П19С0А9 Ф14 = 32 баллов



Рис. 3. Результаты экспресс-диагностики выраженности и структуры аутодезадаптации у больной раком языка

Результаты такого анализа структуры аутодезадаптации вносятся в формулу «Синдрома П\*С\*А\*Ф\*фхх аутодезадаптации».

Регистрация, сохранение и передача по назначению

информации, полученной в ходе первичной экспресс-диагностики ПСАФ АДА.

Лист ДДИВ, заполненный пациентом, является первичным документом регистрации данных проведённого исследования ПСАФ АДА. Как документ он может сохраняться на бумажном носителе или в электронном виде.

Результаты анализа данных экспресс-диагностики ПСАФС АДА можно регистрировать и сохранять в виде отдельных показателей выраженности и структуры или в виде формулы, как делают это онкологи, используя систему TN M для регистрации распространённости опухолевого процесса. Клинический пример (рис. 3).

10. Суммарным интегральным показателем ПСАФ аутодезадаптации (P jJ ПСАФ АДА) от 40 баллов и выше, также как показатель выраженности психического кластера от 20 баллов и выше свидетельствует о высоком уровне аутодезадаптации и служит основанием для более глубокого комплексного обследования больного с участием клинического психолога, психоневролога, психотерапевта, психиатра.

11. Данные анализа выраженности и структуры «Синдрома ПхСхАхФх аутодезадаптации» используются врачом при реализации принципа системного биопсихосоциального подхода к исследованию больного, разработки индивидуально ориентированной программы комплексного лечения и реабилитации.

12. В направлении на консультацию результаты самооценки пациентом симптомов и проявлений заболевания можно передать клиническому психологу, психоневрологу, психотерапевту в виде формулы «Синдрома ПСАФ АДА» с указанием выраженности отдельных кластеров в баллах.

Анализ данных, содержащихся в Листе ДДИВ, регистрация их, хранение и передача специалистам, участвующим в комплексном обследовании, лечении, реабилитации больного.

Для лучшей наглядности результаты изучения структуры



Рис. 4. Структура ПСАФ аутодезадаптации (А) и характер жалоб (Б) у девушки 20 лет, не позволявшие ей чувствовать себя здоровым, успешным, человеком

ПСАФ аутодезадаптации — соотношения выраженности отдельных кластеров представлены в графическом виде на рис. 2 и 3.

Четвёртый шаг — анализ индивидуального спектра жалоб по характеру и выраженности. Для этого рукописный текст каждой жалобы пациента трансформируют в печатный текст и вводят его вместе с балльной оценкой в таблицу-матрицу Excel для построения графика (рис. 4, 5).

Примеры графического изображения результатов анализа данных, содержащихся в заполненном Листе ДДИВ

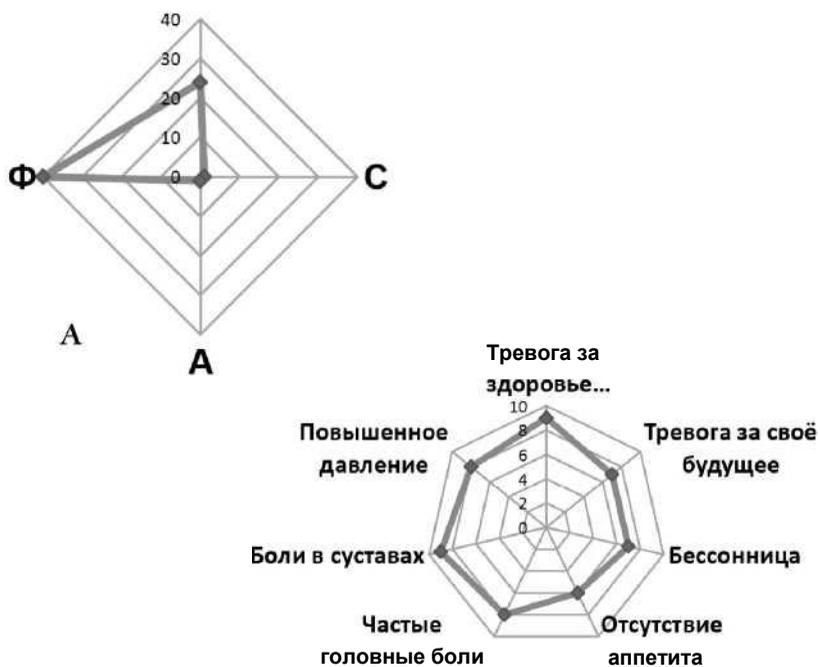


Рис. 5. Структура ПСАФ аутодезадаптации (А) и характер жалоб (Б) у женщины 85 лет с полиморбидной патологией.



### 3. Системный биопсихосоциальный подход в медицине

В 1977 году G. L. Engel опубликовал в журнале Science статью “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine” [19]. Рассматривая здоровье и болезнь как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных

факторов, он предложил биопсихосоциальную модель здоровья.

Ю.Г. Фролова следующим образом распределяет факторы, влияющие на здоровье человека, по трём компонентам модели:

- к *биологическому* компоненту модели относятся такие факторы, как пол, наследственность, характеристики обмена веществ, сопутствующие заболевания;

- к *психологическому* компоненту модели относятся такие факторы, как особенности эмоциональной, мотивационной и личностной сферы человека;

- к *социально-экономическому* компоненту модели относятся такие факторы, как род занятий, уровень доходов, социальный статус, совокупность исполняемых социальных ролей.

Биопсихосоциальный подход к исследованию здоровья человека предполагает проведение диагностики каждого из трёх компонентов модели — биологического, психического и социально-экономического.

Встаёт вопрос — когда, где и кем должен осуществляться системный биопсихосоциальный подход к исследованию здоровья человека?

Учитывая профилактическую направленность здравоохранения, ответ на вопрос, когда должно начинаться БПС исследование здоровья человека, звучит однозначно — максимально рано, в первичном звене медицинской помощи. В порядке диспансеризации или при первом обращении к врачу за медицинской помощью.

Ответ на вопрос, кто должен начинать системное БПС исследование здоровья человека, также вытекает из ответа на предыдущий вопрос — врачи, которые работают в медицинских учреждениях первичного звена медико-санитарной помощи. В первую очередь это врачи общей практики, врачи семейной медицины, а также врачи-специалисты, включая стоматологов, работающие в режиме амбулаторного приёма.

Насколько это многочисленное сообщество врачей подготовлено к этой миссии, есть ли у них условия для выполнения её?

Что нужно врачам, работающим на амбулаторном приёме, для реализации принципа системного БПС подхода к диагностике и лечению больных?

Владение навыком первичной диагностики каждого из трёх

компонентов БПС модели.

Диагностика биологического компонента — это по существу диагностика соматической патологии. Достижения фундаментальных наук (физики, механики, химии, биологии и т.д.) постоянно обогащают медицину новыми методами исследования местных проявлений различных патологических процессов, системных реакций организма. Эти методы исследования год от года становятся более доступными для использования практикующими врачами, позволяя им глубоко изучать биологический компонент в структуре заболевания человека. Кроме того, существует много методов первичной экспресс-диагностики соматической патологии, которые достаточно широко используются врачами.

Сложнее складывается ситуация у врачей ПЗМП с оценкой психологического статуса, без чего невозможно осуществить системный БПС подход к исследованию и лечению больного. Используемые клиническими психологами, психотерапевтами, психоневрологами методы диагностики В КБ и других показателей психологического статуса пациента сложны, трудоёмки, требуют специальной профессиональной подготовки лиц, участвующих в проведении исследования. Например, для диагностики ВКБ по методике ТОБОЛ пациент должен заполнить 12 анкет, каждая из которых содержит от 10 до 15 вопросов.

Поэтому врачи, работающие в режиме амбулаторного приёма, не имеют возможности заниматься диагностикой ВКБ.

В то же время следует подчеркнуть, что ВКБ является интегральным показателем отражения в сознании больного его заболевания в целом, его отношения к своему здоровью, самооценки выраженности местных и системных реакций организма, самооценки своего социально-экономического статуса.

В 2018 году нами была предложена дидактическая модель структуры сложного больного со стоматологической, патологии с позиции биопсихосоциального подхода к лечению (рис. 5).

Дифференцированный подход к решению вопросов профилизации, маршрутизации пациента, определения первоочередности, содержания, объёма необходимых диагностических и лечебных мероприятий требует проведения тщательного

исследования, диагностики каждого из составных компонентов БПС модели заболевания.

Главный медицинский психолог МЗ России академик Ю.П. Зинченко, выступая в 2018 году на международной конференции по психологии и реабилитации, назвал задачи, требующие первоочередного решения:

- совершенствование системы междисциплинарной интеграции больных с учётом данных БПС подхода к оценке состояния здоровья;
- создание метода оценки психологического напряжения пациента — своеобразного «градусника».

Разработанная в Первом СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова методика экспресс-диагностики аутодезадаптации (душевного дискомфорта) направлена на решение этих задач, позволяет осуществить биопсихосоциальный подход к исследованию состояния здоровья пациента. Для этого пациенту необходимо указать в Листе ДДИВ всё то, что не позволяет ему чувствовать себя здоровым, и в жалобах, которые отражают и характеризуют его биопсихосоциально-экономический профиль.

С использованием методики экспресс-диагностики ПСАФ АДА был осуществлен системный БПС подход к исследованию более 450 больных с различными патологическими процессами: абсцессами, флегмонами, остеомиелитами челюстей, переломами костей лицевого скелета, доброкачественными и злокачественными опухолями органов полости рта, лекарственными и лучевыми некрозами челюстей, невралгией тройничного нерва. Исследование больных было

# СЛОЖНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ БОЛЬНОЙ



Психологический статус -  
ПСАФ аутодезадаптации

Компенсированная форма  
Субкомпенсированная форма  
Декомпенсированная форма



Компенсированная форма  
Субкомпенсированная форма  
Декомпенсированная форма

Методика  
экспресс-  
диагностики  
ПСАФ  
аутодезадаптации и

Компенсированная форма

стоматологической патологии и



(стартовая модель)

*Рис. 6. Модель «сложного больного» с врожденной аномалией лица с позиции биопсихосоциального подхода к диагностике и лечению*

проведено также в областной больнице города Шымкент (Казахстан). Исследованы больные с оценкой выраженности и структуры ПСАФ АДА, находившиеся на лечении в отделениях гастроэнтерологии, нервных болезней, травматологии, хирургии и т.д. статус пациента

В исследовании принимали участие врачи общей практики, челюстно-лицевые хирурги, стоматологи, офтальмологи, реабилитологи, аспиранты, докторанты, координаторы, студенты.

Кроме того, у 1500 студентов стоматологического и лечеб-

Уровень сложности

1-й уровень сложности

2-й уровень сложности

3-й уровень сложности

ного факультетов ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова методика экспресс-диагностики аутодезадаптации была осуществлена как с целью изучения их биопсихосоциального профиля, так и с целью формирования у них навыка биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья человека, навыка разработки индивидуально ориентированных программ лечения и реабилитации больных.

С 2013 года ежегодно проводились Симпозиумы по проблемам Синдрома ПСАФ аутодезадаптации, диагностике ПСАФ, системному биопсихосоциальному подходу к исследованию здоровья человека с позиций концепции синдрома ПСАФ АДА. Регулярно (2-4 раза в году) результаты исследований обсуждались на научно-практических конференциях разного уровня с международным участием. Консолидированное мнение участников этих форумов, обсуждений, дискуссий сводилось к следующему.

1. Разработанная в ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова методика экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации доступна для использования врачами общего профиля, врачами-специалистами, работающими в режиме амбулаторного приёма.

2. Естественно, речь не идёт о том, чтобы у каждого обращающегося пациента проводить исследование выраженности и структуры аутодезадаптации. Проведение такое исследования показано в следующих случаях.

У больных с признаками расстройств поведения, проявляющихся:

— негативными высказываниями о состоянии медицинской помощи в стране, плохой организации работы в учреждении, в котором обследуется и лечится больной;

— жалобами на низкий уровень профессиональной подготовки медицинского персонала;

— жалобами на бездушное, грубое, невнимательное отношение к больным;

— угрозами написать жалобу в ту или иную инстанцию.

Показано проведение исследования выраженности и структуры аутодезадаптации у больных, которые не могут связно рассказать о своих жалобах, несмотря на то, что обследуются у многих специалистов, давно лечатся у них, но безуспешно, а также у больных с различными нарушениями речи.

Следует подчеркнуть, что владение врачом этой информацией составляет суть биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья. Её не может заменить информация, собираемая с помощью анкет, в которых предлагается перечислить заболевания, которыми болел или болеет пациент. С помощью Листа ДДИВ пациент сообщает врачу о своём отношении к заболеванию или отдельным симптомам. Сообщает он также о тех проблемах в семье, на работе, в межличностных отношениях, финансовых проблемах, которые его беспокоят, вызывают состояние дискомфорта. С помощью официально утверждённых анкет такую информацию получить невозможно.

3. Самооценка пациентом выраженности (аверсивности) каждой жалобы, указанной им в Листе ДДИВ с помощью понятийно-балльной шкалы, позволяет врачу получить индивидуальный биопсихосоциальный профиль пациента, необходимый для обоснованной «маршрутизации» — разработки плана проведения консультативно-диагностических и лечебных мероприятий.

Термин «маршрутизация» — это индивидуально ориентированный план ведения больного, который содержит ответы на следующие вопросы: где должен лечиться больной, кто должен лечить и участвовать в лечении больного, как срочно надо начать лечение, в какой последовательности нужно проводить лечебно-диагностические мероприятия.

По соотношению выраженности кластеров ПСАФ или БПС компонентов системного подхода определяется профиль заболевания у пациента: соматический, психический, психосоматический, сбалансированный. В зависимости от ответов принимается решение — кто и где будет лечить больного.

Больным с психическим и психосоматическим профилем заболевания требуется срочное психологическое консультирование клинического психолога или психоневролога, психиатра. Диагностировав у пациента психический или психосоматический профиль заболевания, врач не должен ограничиться передачей ему направления на консультацию к клиническому психологу, психоневрологу. Такие больные обычно обращаются к врачу по поводу душевного дискомфорта в поиске утешения. Долг врача любой специальности провести с больным беседу психотерапевтической направленности в рамках его

компетенции с целью снижения уровня аутодезадаптации — душевного дискомфорта.

5. Знание индивидуального биопсихосоциального профиля аутодезадаптации — характера и выраженности отдельных жалоб больного, позволяет врачу провести беседу психотерапевтической направленности с большим эффектом.

Это касается не только жалоб, относящихся к психологическому кластеру. Например: распад семьи, страх заболеть атипичной вирусной пневмонией Covid-19 или другими социально опасными заболеваниями.

Большое значение для понимания индивидуальных особенностей формирования аутодезадаптации пациента и эффективности беседы психотерапевтической направленности и проводимого лечения в целом имеет знание врачом структуры социально-экономического кластера. Если больному, испытывающему серьёзные материальные трудности, выписать рецепт на дорогостоящие лекарственные препараты, то высока вероятность, что он не сможет их приобрести.

В стоматологии аналогичные ситуации встречаются часто. Не зная финансовых возможностей пациента, врач предлагает высокоэффективное, но дорогостоящее зубное протезирование с опорой на имплантаты. Стесняясь своей «безденежности», пациент не скажет вслух об этом врачу, пообещает подумать и вернуться. Уйдёт, испытывая душевный дискомфорт от осознания своего низкого социального положения, и не вернётся к этому врачу. А если бы врач провел экспресс-диагностику ПСАФ АДА, весьма вероятно, что в Листе ДДИВ он увидел бы среди других жалоб и ту, которая доверительно информирует его о наличии у пациента финансовых проблем. С учётом этого обстоятельства врач предложил бы пациенту менее дорогой вариант протеза. При таком подходе к принятию решения о выборе конструкции протеза пациент остался бы доволен тем, что решил свою проблему без серьёзного ущерба для своего скромного бюджета, а врач сохранил бы связь со своим клиентом — источником его финансирования (что немаловажно в условиях жёсткой конкуренции).

6. Принцип биопсихосоциального подхода к диагностике,

лечению и реабилитации больного подразумевает участие в его реализации большой группы представителей медицинского сообщества, психологов, работников службы социального обеспечения. А это, в свою очередь, требует совершенствования механизмов междисциплинарного общения. Концепция синдрома ПСАФ аутодезадаптации и методика первичной экспресс-диагностики аутодезадаптации включает в себя следующие механизмы междисциплинарного общения, междисциплинарной интеграции.

Во-первых, использование термина для обозначения состояния психического состояния человека (пациента, больного), понятного всем участникам команды, реализующей принцип системного биопсихосоциального подхода. С этой целью мы предлагаем использовать термин *аутодезадаптация (АДА)*.

Во-вторых, использовать при междисциплинарном общении членов команды, реализующей принцип системного БПС подхода, систему передачи информации о пациенте, полученную при экспресс-диагностике выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации в виде формулы (по аналогии с системой T N M, используемой онкологами для регистрации распространённости опухолевого процесса), которая выглядит следующим образом:

$P_{zf} = x_{П} + x_{С} + x_{А} + x_{ф}$  баллов, где  $x$  - суммарная оценка каждого из четырёх кластеров.

(Клинический пример приведён на рис. 3)

Данные исследования ПСАФ АДА можно регистрировать, сохранять и использовать как иллюстрации к сообщениям, докладам в виде графиков (клиническое наблюдение № 2, рис. 7).

Больной Х., 25 лет, обратился с настойчивой просьбой «восстановить лицо таким, каким оно было до ДТП в 2009 году».

Данные клинико-рентгенологического исследования (3D — КТ, фотограмметрия): значимых проявлений деформации лица и лицевого скелета не выявлено, прикус ортогнатический, движения нижней челюсти в полном объёме.

Показатель ПСАФ аутодезадаптации составил 42 балла. Суммарный интегральный показатель выраженности психологического кластера составил 19 баллов — 45,2% от  $X_f$  ПСАФ

АДА, принятого за 100%.

*Заключение.* Учитывая высокий уровень суммарной интегративной ПСАФ АДА (42 балла), высокий суммарный показатель выраженности П кластера (19 баллов), искажение самооценки архитектоники лица.

Больной направлен на консультацию к заведующей отделением клинической психологии и психотерапии ППСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, которая диагностировала у него обострение шизофрении.

В нашей работе проблема биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья и планированию индивидуально ориентированного лечения рассматривается с иной точки зрения — с позиций врача общей практики, стоматолога, челюстно-лицевого хирурга и других специалистов, работающих в условиях амбулаторного приёма, в условиях дефицита времени на общение с больным. Может ли в этих условиях врач реализовать принцип биопсихосоциального подхода к обследованию и лечению больных? Диагностикой биологического компонента болезни при таком подходе выпускники медицинских вузов владеют достаточно хорошо. Сложнее обстоит дело с диагностикой психосоциального компонента болезни, с диагностикой внутренней картины болезни. Существующие методы диагностики ВКБ сложны, трудоёмки, требуют специальной подготовки врача или участия в обследовании больного специалиста — клинического психолога. Для облегчения общения врачей-клиницистов с психологами мы предлагаем пользоваться новым понятием — аутодезадаптация, которое отражает психическое состояние человека, соответст-

Жалобы, внесённые в Лист ДДИВ больным с самооценкой выраженности их в баллах

Что беспокоит Вас и насколько сильно ?	Чрезвычайно	Сильно	Умеренно	Слабо	Не беспокоит				
1. Тревога за результат лечения, исход заболевания					✓				
2. Беспокойство о возможности повреждения тройничного нерва			✓						
3. Беспокойство о повреждении глазных мышц и их разрыва		✓							
4. Беспокойт слезотечение от веса тканей		✓							
5. Оставить всё как есть, будет полное самоуничтожение	✓								
6. Жесточайшая депрессия	✓								
7. Проблемы с дыханием		✓							
Баллы	9	8	7	6	5	4	3	2	1



Рис. 7. Результаты диагностики выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации у пациента, перенёсшего 5 лет тому назад черепно-лицевую травму. (При фотограмметрии и компьютерной томографии явных признаков деформации лицевого отдела головы не выявлено.)

вующее содержанию понятия дискомфорт, широко используемому при повседневном общении людей и понятному им.

Опыт, накопленный при апробации метода первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации на протяжении пяти лет, убеждает в том, что его можно использовать при решении следующих задач, связанных с БПС подходом к диагностике и лечению:

- без существенной затраты рабочего времени врача получать ценную информацию о выраженности и структуре аутодезадаптации, необходимую для разработки индивидуально ориентированных программ лечения и реабилитации;

- обосновывать необходимость участия в лечении и реабилитации больных с высоким уровнем аутодезадаптации клинического психолога, психотерапевта;

- проводить мониторинг состояния больного на этапах лечения и реабилитации;

- осуществлять скрининг лиц с высоким уровнем аутодезадаптации среди учащихся, военнослужащих, беременных и других групп населения для целенаправленного проведения лечебно-профилактических мероприятий;

- использовать в педагогическом процессе у студентов медицинских вузов для формирования у обучающихся целостного представления о больном, совершенствования навыка системного биопсихосоциального подхода к обследованию и лечению больных.

Системный биопсихосоциальный подход к изучению здоровья человека подразумевает, что каждый из трёх компонентов БПС, образующих функциональную систему, взаимодействуют между собой, оказывают влияние друг на друга. Следствием этого является постоянное изменение внутренней структуры базовых компонентов системы, обозначенных нами на стартовой модели заболевания в виде четырёх блоков: местные проявления заболевания, системные реакции организма, социально-экономический статус и ВКБ или ПСАФ аутодезадаптация (рис. 6).

Процесс постоянного, динамичного изменения выраженности и структуры этих компонентов за счёт изменения составляющих их элементов (подсистем) обеспечивают функционирование

организма в целом, противодействие его эндогенным и экзогенным факторам аверсивного характера, воздействующим на него.

Чтобы оценить состояние больного, контролировать динамику заболевания и выздоровления, эффективность проводимого лечения врачи сравнивают выраженность отдельных клинических симптомов, данных функциональной диагностики, показателей гематологического, биохимического, иммунологического исследования. Трудность такого сравнительного анализа заключается в том, что все перечисленные параметры оцениваются в различных метрических системах.

В связи с этим возникла идея создания способа единого масштабирования разнообразных клинико-лабораторных показателей, подобно языку межнационального общения эсперанто (проект «Lingwe uniwersala» Л.М. Заменгоф. 1887), с целью сравнения выраженности различных показателей гомеостаза организма, традиционно оцениваемых разными метрическими системами (мм, градусы С°, %, А/Д мм. р.ст., л/мин., м/моль и т.д.), на основе понятийно-балльной шкалы оценки показателей ПСАФ АДА.

Основанием для выбора понятийно-балльной шкалы оценки показателей ПСАФ АДА явилось то обстоятельство, что при обсуждении больных врачи часто пользуются привычной понятийной шкалой оценок степени отклонения того или иного показателя от нормативного уровня, не называя его цифрового значения. Например: у больного чрезвычайно высокий лейкоцитоз, умеренное повышение температуры тела (лихорадка), высокое содержание сахара в крови, умеренная тахикардия, слегка повышено содержание билирубина в крови, слегка снижен цветной показатель. Эти понятия (чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо) часто употребляются врачами. Мы использовали этот принцип перевода цифровых, количественных показателей состояния больного, местных и общих реакций организма при переводе их в единую понятийно-балльную шкалу (рис. 9).

С использованием разработанной шкалы единого масштабирования М.Б. Кадыров провёл исследование по изуче-



По соотношению выраженности этих синдромов М.Б. Кадыров распределил больных по трём группам: больные с психосоматическим вариантом течения заболевания, больные с соматопсихическим вариантом течения заболевания и больные со сбалансированным вариантом течения заболевания.

### Вариант течения заболевания - соматопсихический

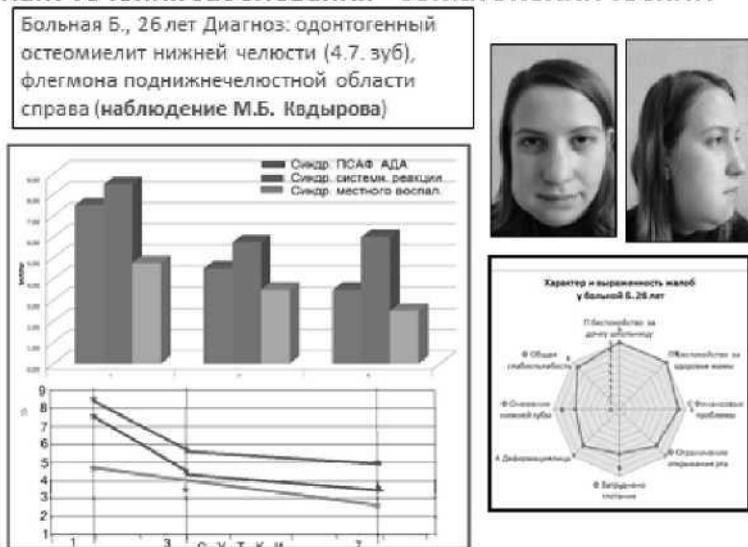


Рис. 10. Динамика выраженности трёх синдромов у больного острым одонтогенным остеомиелитом верхней челюсти

#### 4. Раннее формирование у студентов-медиков навыка биопсихологического подхода к изучению здоровья человека с использованием концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации

Заведующая кафедрой педагогики и психологии профессор Н.П. Ванчакова считает, что: «Психиатрия, а особенно психосоматическая медицина, трудно усваиваются студентами, так как на более ранних этапах обучения в медицинском вузе значительно сильнее расставлены акценты на изучение физического, соматического состояния человека».

«Интегративная медицина», СПб., 2007.

Для устранения этого дисбаланса в 2015 году мы с заведующей кафедрой клинической психологии профессором Е.Р.

Исаевой решили оценить возможность использования методики экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации для раннего формирования у студентов навыка системного биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека.

Основанием для проведения такого педагогического эксперимента была простота, доступность методики экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации, подтверждённая результатами клинических исследований, и то, что эта методика легко интегрируется в структуру традиционной беседы врача с пациентом.

Суть эксперимента заключалась в следующем.

Во время вступительной лекции по клинической психологии 1-му курсу студентов-стоматологов (сентябрь 2015 года) профессор Е.Р. Исаева рассказала содержание учения Р.А. Лурия о внутренней картине болезни, о диагностике ВКБ с использованием метода ТОБОЛ.

За 10 минут до окончания лекции она представила меня студентам. Продолжая лекцию, я рассказал, как мы, развивая учение Р.А. Лурия, разработали методику экспресс-диагностики психического состояния пациента, проявляющегося ощущением внутреннего дискомфорта, которое мы назвали аутодезадаптацией. Затем я показал на экране инструмент диагностики ПСАФ аутодезадаптации — Лист добровольной

Рис. 11. Методическое обеспечение студентов 1-го курса по проведению исследования ПСАФ аутодезадаптации родных и знакомых: А — Лист ДДИВ лицевая сторона, Б — оборотная сторона,

Фамил.	М/Ж	Лет	№ групп	Факульт	№ ЛДЦИВ
И.О.					

Лист добровольной доверительной информации врача №

Для уточнения диагноза и составления оптимального плана лечения впишите в горизонтальные графы ЛИСТА ддив всё то, что Вас беспокоит, тревожит, страшит и не позволяет Вам чувствовать себя **ЗДОРОВЫМ, УСПЕШНЫМ** человеком.

Укажите «крестиком или галочкой» в соответствующей клетке, насколько сильно это беспокоит Вас: **чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо**.

Если Вам трудно дать однозначную оценку, укажите промежуточную клетку: между **чрезвычайно** и **сильно**, между **сильно** и **умеренно**, между **умеренно** и **слабо**

**ЗДОРОВЬЕ, по определению ВОЗ, это ПОЛНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ, ФИЗИЧЕСКОЕ, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ**

Тревога, волнение, переживание за: состояние родных и близких, за будущее. Беспричинное состояние тревоги и т.д.  
**Проблемы:** в семье, на работе, в ВУЗе, в общении, в межличностных отношениях.  
**Беспокоит:** боли (где?), нарушения функции органов и систем (каких?), сна, аппетита, трудоспособности, раздражительность.  
**Неудовлетворенность** эстетикой лица, тела, самооценкой себя, своих способностей.

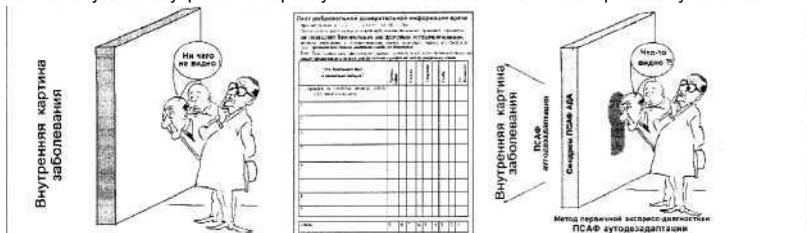
	Чрезвычайно	Сильно	Умеренно	Слабо	Зона благополучия					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
<b>Баллы</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

<b>Кластер</b>	П-психология.	С-социальн.	А-анатомич.	Ф-функциональн.	<b>£баллов</b>

Ф.И.О. исследователя .....

Внутренняя картина болезни - « всё то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, не только местных, болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, её причинах, всё то, что, что связано с приходом больного к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который саостоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффекта, психических переживаний и травм (Р.А. Лурия)

Как заглянуть во внутреннюю картину болезни? Или как объективизировать субъективное?



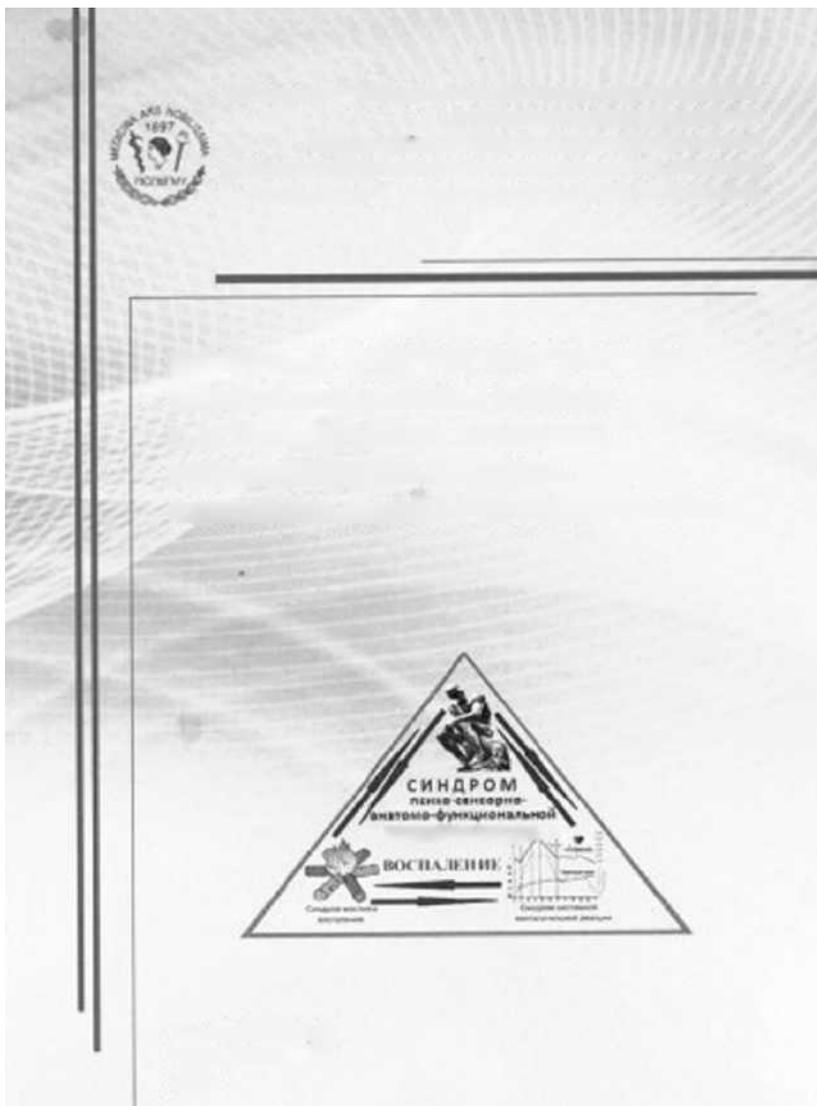
**Аутогенная дезадаптация или аутодезадаптация** (греч.. autos - сам; genos - происхождение; лат. dis - отсутствие; adaptatio - приспособление) - интегральный показатель нарушения приспособления к условиям внешней среды, обусловленный самооценкой своего психического (душевного) состояния, самооценкой соматической патологии, своего физического состояния и социально-экономического статуса

**ПСАФ аутодезадаптации** - структурированный показатель I аутодезадаптации по четырём кластерам: психологическому (П), сенсорному I (С), анатомическому (А), функциональному (Ф). Сокращённо ПСАФ АДА

**Синдром ПСАФ аутодезадаптации** - совокупность страхов, страданий, переживаний, неприятных ощущений, различных проявлений соматических заболеваний, субъективно воспринимаемых как аверсивные, и субъективно оцениваемые человеком с помощью аналогово-балльной шкалы, которые приводят к нарушению приспособления к условиям внешней или внутренней среды, т.е. вызывают состояние аутодезадаптации.

**Соматическая дезадаптация** - совокупность нарушения функции органов и систем организма при соматических заболеваниях, аномалиях развития, повреждениях, приводящий к нарушению приспособления человека к условиям внешней или внутренней среды, ограничивающих его физические, интеллектуальные и социальные возможности.

А



доверительной информации врача пациентом (Лист ДДИВ), на котором был указан логин аккаунта, в котором студенты могли найти и ознакомиться с методическим пособием по диагностике ПСАФ аутодезадаптации и Листом ДДИВ.

После этого мы предложили студентам провести дома исследование аутодезадаптации (выраженности и структуры внут-

ренного дискомфорта, т.е. аутодезадаптации) у родных и знакомых. Заполненные Листы ДДИВ предложили сдать в деканат.

Результаты проведённого исследования

Из 166 студентов, присутствовавших на лекции, правильно заполнили и сдали в деканат 123 (74%) студента. На лекции присутствовали 18 иностранных студентов, только что закончивших подготовительные курсы по русскому языку. Они сдали незаполненные листы ДДИВ, указав в них только фамилию и номер группы.

Мы предложили студентам принять участие в обработке собранных листов ДДИВ. Результаты анализа этих листов ДДИВ, проведённого с участием студентов, приведены в таблице 1.

После этого у нас появились студенты, желающие заниматься в студенческом научном обществе (СНО) проблемой Синдрома ПСАФ аутодезадаптации.

При обсуждении со студентами итогов проведённого педагогического эксперимента по раннему привлечению студентов к освоению навыка экспресс-диагностики ПСААФ АДА по методике «перевернутого класса» (по данным анкетирования) выяснилось следующее.

- Большинство студентов с интересом отнеслись к проведению исследования. При этом они отметили, что интерес к проведению исследования был проявлен и со стороны их «пациентов», особенно бабушек и дедушек.

- У иногородних студентов возникли трудности с поиском «пациента», в связи с чем они не смогли выполнить задание. Всё же они искали выход из сложившейся ситуации. Одни пытались использовать Skype для интервьюирования своего родственника, другие, извиняясь, представили результаты исследования ПСАФ АДА соседям по общежитию.

Возрастной и гендерный состав, среднее число жалоб и средний интегральный показатель ауто дезадаптации у 123 человек, исследованных студентами 1 курса стоматологического факультета в 2016 году.

Возрастные ГруЕПК исогедиванш	Чкслен-кскть группы	Ж .Xl	Средней число ЖЗПОБ Ні одного Еогадавненияго	Средник лиззтап аутодйзздапжки В БТПЛТ!
От 17 до 20 лет	14	1371	6311<Бё6	39,331396
От 10 до 45 лет	51	47/4	7,11 0,13	455411^8
От 45- 6  лет	31	25,15	7,111Ц1	4511 1,72
От 60 до 7э лет	13	1&Ч)	7,411 ПД5	46912,05
Свыше 75 лет	в	зг	7,010,31	453710,09
ИТОГО	123	ни 12	70710,12	45,0410,9

Таблица 1. Результаты исследования студентами 1 курса аутодезадаптации у родных и знакомых.

Учитывая это обстоятельство, в последующие годы мы продолжили исследования раннего привлечения студентов к освоению навыка диагностики ПСААФ АДА по методике «перевёрнутого класса», но изменили объект исследования — предложили студентам провести самоанализ своей ПСАФ аутодезадаптации.

Студентов информировали, что будет сохранена анонимность результатов их самоанализа и что участие в исследовании добровольное. Заполнить листы ДДИВ студенты могли во время перерыва между лекциями.

Из 205 студентов, получивших Лист ДДИВ, заполнили и сдали его 158 (77%). Это подтверждает то, что использованная методика первого шага к овладению биопсихосоциальным подходом к исследованию здоровья человека путём самоанализа (ПСАФ АДА) доступна большинству студентов 1-го курса.

В анализе «обезличенных» листов ДДИВ участвовали студенты. Результаты их исследования не выявили достоверного различия среднего суммарного интегрального показателя ПСАФ

АДА: у девушек —  $30,6 \pm 1,3$  балла; у юношей —  $32,7 \pm 1,9$  балла.

Методика экспресс-диагностики ПСАФ АДА может использоваться при социологических исследованиях, в ходе которых сравниваются характеристики структуры отдельных кластеров у двух групп людей разной профессии, разного образовательного уровня и т.д. Примером могут служить данные изучения структуры психологического кластера аутодезадаптации у студентов 1-го курса лечебного и стоматологического факультетов (рис. 8).

В структуре ПСАФ АДА у девушек преобладал по выраженности психический кластер — 42,6 %. Это были переживания, обусловленные разлукой с семьёй, друзьями, страхом заразиться социально опасными инфекциями. Ощущение

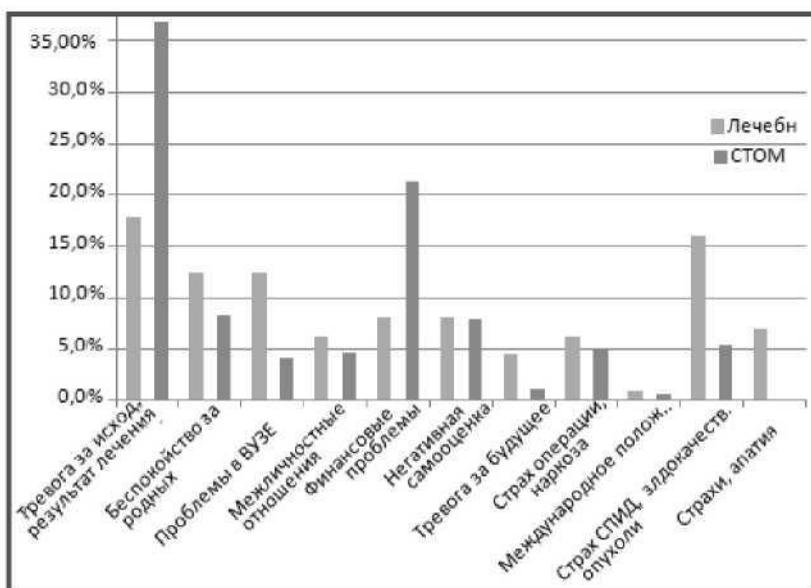


Рис. 12. Структура психологического кластера у студентов 1-го курса стоматологического и лечебного факультетов.

одиночества, тоски, неуверенности, сомнения в правильности выбора будущей профессии. В структуре социального кластера преобладали проблемы учебного, экономического характера, проблемы взаимоотношений в семье и в учебной группе, трудности адаптации к непривычным климатогеографическим

условиям. Анатомический кластер, составивший 6,5 % в структуре аутодезадаптации, состоял в основном из жалоб на неудовлетворённость эстетикой лица.

Всё же следует подчеркнуть, что методика анализа выраженности и структуры ПСАФ АДА предназначена, в первую очередь, для исследования конкретного человека, больного.

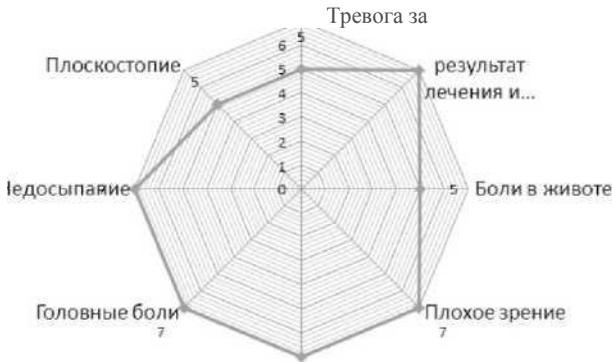
В качестве иллюстрации могут служить данные анализа выраженности и структуры ПСАФ АДА одного из студентов 1-го курса (рис. 13).

Из приведённых диаграмм видно, что у студента преобладали жалобы на патологию соматического характера. В тоже время студент очень (9 баллов) беспокоился о том, каков будет результат лечения, т.е. указал жалобу, относящуюся к психическому кластеру. Анализ характера и выраженности жалоб нашёл отражение в структуре показателя ПСАФ — в соотношении выраженности отдельных кластеров. Каким должно быть заключение по результатам исследования?

Студенту нужно рекомендовать начать обследование с посещения врача общего профиля. Нуждается он и в психологической поддержке, первый этап которой может осуществить всё тот же врач общего профиля.

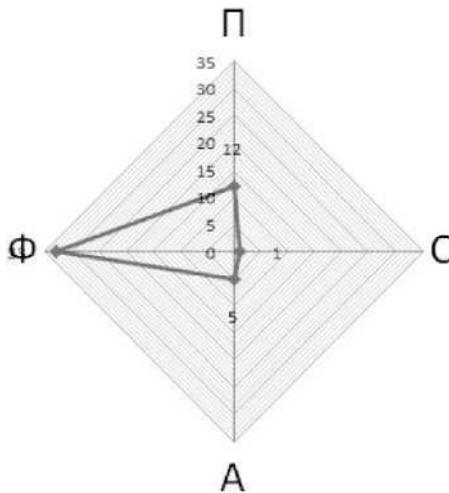
Уже отмечалось, что методика экспресс-диагностики ПСАФ АДА доступна, понятна студентам. Они легко её осваивают и, что очень важно для них, легко находят «пациентов», независимо от того, какой специальности хотят посвятить себя.

После лекции по анатомии студентам 1-го курса, в конце которой я в очередной раз кратко рассказал о концепции Синдрома ПСАФ АДА и предложил провести самоанализ своей аутодезадаптации, ко мне подошёл студент Б.А. Попов и спросил, может ли он участвовать в анализе результатов только что проведённого исследования.



А А

боли в спине при физических нагрузках



Б

Рис. 13. Студент 1-го курса (18 лет): А — структура аутодезадаптации — характер и выраженность отдельных жалоб; Б — структура ПСАФ аутодезадаптации - соотношение выраженности отдельных кластеров.

Я предложил ему войти в группу клинических ординаторов и студентов, занимавшихся обработкой скопившихся у нас Листов ДДИВ. Он вместе с сокурсницей включились в работу группы.

В начале следующего учебного года он пришёл ко мне и

рассказал, что во время летних каникул он рассказал об участии в проекте «Синдром ПСАФ аутодезадаптация» своим родным: бабушке — стоматологу, отцу — урологу. Те заинтересовались методикой экспресс-диагностики ПСАФ АДА и предложили ему апробировать её на курируемых ими больных.

Б.А. Попов, уже студент 2-го курса, показал диаграммы результатов исследования ПСАФ АДА пациентов стоматологического и урологического профиля (рис. 10, 11).

С данными проведённого исследования студент выступил с докладом на симпозиуме по диагностике ПСАФ АДА, проходившем в Санкт-Петербурге с международным участием, а затем был приглашён участвовать в Международном конгрессе молодых учёных, который состоялся в Праге.

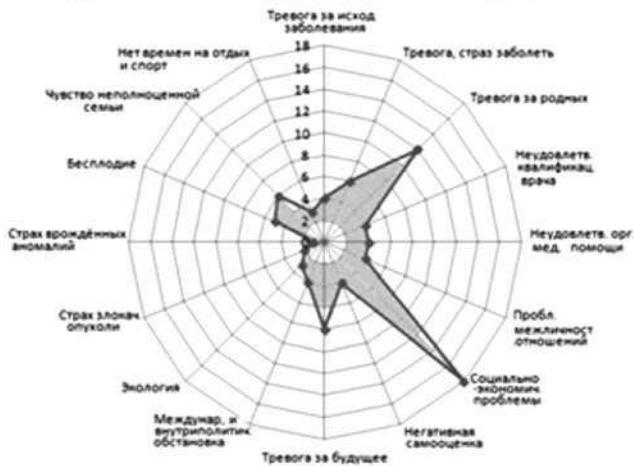
Участие студентов в работе СНО как форма ускоренного и углублённого формирования у них навыка системного биопсихосоциального подхода к исследованию здоровья человека.

Базу данных при разработке концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации составляло более 2000 Листов ДДИВ, полученных при обследовании пациентов, больных, студентов, клинических ординаторов, родных и знакомых студентов, участвовавших в исследовании. Для того, чтобы студенты могли выступить с индивидуальными докладами на конференциях, все листы ДДИВ распределялись по следующим признакам: полу, возрасту, факультету, характеру патологии. Со студентами, клиническими ординаторами, выразившими желание принять участие в анализе Листов ДДИВ. Затем в соответствии с выбранной темой студенты получали по 5060 дубликатов листа ДДИВ. Они должны были рукописный текст каждой жалобы трансформировать в печатный текст. Затем проводилось 2-3 коллективных занятия для согласованного распределения жалоб по отдельным кластерам ПСАФ. Ещё одно коллективное занятие проводилось по статисти-



*Рис. 14. Структура ПСАФ АДА больной 38 лет стоматологического профиля, исследованной студентом 1-го курса Б. Поповым во время летних каникул*

**Структура психологического кластера у 32 больных  
андрологического, урологического профиля**



*Рис. 15. Структура ПСАФ АДА пациентов урологического и андрологического профиля, исследованных студентом 1-го курса стоматологического факультета Б. Поповым во время летних каникул*

над текстом тезисов, над презентацией доклада. Вся первичная документация в виде подлинников и дубликатов листов ДДИВ, заполненных сводных таблиц хранилась в кафедральном сейфе.

В силу своего «вредного» характера я перепроверял расчёты студентов. Если мои расчёты не совпадали с расчётами студентов, пересчитывали вместе.

В 2019 году в программу научной конференции молодых учёных ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова был включён сателлитный симпозиум «..777..»

\* \* \*

В развитии этого направления концепции Синдрома

ПСАФ АДА активное участие принимали:

проф. А.И. Ярёмченко, проф. Е.Е. Исаева,

проф. Н.П. Ванчакова, проф. Л.Ю. Орехова,

проф. Т.Б. Ткаченко, проф. И.А. Горбачёва,

доц. Т.М. Алехова, к.м.н. Сакович, к.м.н. Галяпин,

клин. орд. М.А. Чурки, студент Б.А. Попов и др.

## **5. Роль экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации в функционировании системы взаимоотношений между пациентом - врачом - работодателем (П-В-Р)**

По окончании университета и клинической ординатуры молодым врачам-лечбникам и стоматологам приходится решать задачу трудоустройства. Врачам-лечбникам государство гарантирует предоставление рабочего места в бюджетных медицинских учреждениях первичного звена медицинской помощи в качестве врачей общей практики, врачей семейной медицины, врачей скорой помощи. Но в силу разных обстоятельств (напряжённая работа в режиме амбулаторного приёма больных с самой разнообразной патологией, включая больных с психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями, скромная зарплата и т.п.) многие врачи-лечбники мечтают, пытаются найти себе работу в коммерческой медицине.

Молодым врачам-стоматологам государство не может гарантировать рабочее место в бюджетных стоматологических учреждениях. Поэтому большинство стоматологов уже в сту-

денческие годы ориентированы на работу в коммерческой медицине, на необходимость правильно формировать свои отношения как с больным, так и с работодателем — хозяином клиники. Эти взаимоотношения пациента — врача — работодателя (П-В-Р) можно рассматривать как функциональную систему (по П.К. Анохину). Устойчивость, надёжность этой системы во многом зависит от того, насколько каждый из её участников понимает интересы, побудительные мотивы действий других её членов. Если все понимают это и делают всё необходимое для удовлетворения интересов каждого, система функционирует устойчиво. Ослабление функциональных связей между участниками системы ведёт к возникновению конфликтов или распаду системы. Для врача это означает потерю работы.

На рис. 16 приведён перечень основных интересов, желаний, побудительных мотивов к действию каждого из членов функциональной системы «пациент-врач-работодатель».

	Физическое (соматическое) благополучие	Психическое благополучие (душевный комфорт)	Финансовое благополучие	Социальный престиж
Пациент(П)	+	+	+	+
Врач (В)		+	+	+
Работодатель (Р)		++	+++	+++

*Рис. 16. Основные желания, побудительные мотивы к действию отдельных членов функциональной системы Пациент — Врач — Работодатель*

Из рисунка 16 видно, что основные желания и побудительные мотивы к действию отдельных членов функциональной системы П-В-Р в целом совпадают. Если все её участники будут добросовестно выполнять свои функциональные обязанности, система будет функционировать устойчиво.

Для этого необходим также взаимообмен определённой информацией между её членами для своевременного принятия решений, внесения необходимых корректив.

В коммерческой медицине главная фигура функциональной системы — пациент. Напрямую либо через систему

обязательного, добровольного медицинского страхования он является источником финансирования системы и, в частности, зарплаты врача.

В бюджетной медицине внутри функциональной системы П-В-Р роль врача возрастает, особенно в первичном звене медицинской помощи, где существует кадровый дефицит врачей.

Независимо от того, в бюджетную или в коммерческую структуру обращается больной, его пожелания должны быть выполнены. А для этого необходимо знать желания больного (пациента).

#### *Желания больного (пациента)*

Все хотят проявления внимания, уважения со стороны врача, независимо от возраста, профессии, социального положения. Это желание присуще всем. А вот спектр индивидуальных желаний больных (пациентов) разнообразен. Он зависит от многих обстоятельств: характерологических особенностей пациента, пола, возраста, социального положения и, конечно, от состояния здоровья в широком понимании этого термина, сформулированного ВОЗ — полное благополучие физическое, психическое и социально-экономическое.

Получить паспортные данные о пациенте, обнаружить и зарегистрировать местные проявления заболевания в виде симптомов воспаления, дефектов, деформаций; измерить и зарегистрировать системные реакции организма не представляет особых трудностей для врача, закончившего университет, клиническую ординатуру. Сложнее для врача узнать уровень и содержание того душевного дискомфорта, который сопутствует заболеванию и вынуждает человека обратиться за медицинской помощью.

Информация о душевном состоянии пациента, его самооценке проявлений заболевания, самооценке своего социально-экономического статуса важны и нужны врачу уже во время первой встречи с пациентом. Для получения этой информации от больного в ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова была разработана методика первичной экспресс-диагностики выраженности и структуры ситуационной ПСАФ аутодезадаптации (душевного дискомфорта).

При общении с пациентом, объяснении ему необходимости консультации психолога, лучше пользоваться термином

душевный дискомфорт, так как он более понятен для населения.

В лёгкой форме аутодезадаптация (душевный дискомфорт) испытывает периодически каждый человек на протяжении всей жизни.

Аутодезадаптацию можно рассматривать как систему самоконтроля человеком своевременного и качественного выполнения физиологических функций организма, его познавательной, творческой, общественной деятельности.

Аутодезадаптацию, адекватную по выраженности воздействию на человека авersiveных (вредоносных) факторов внешней и внутренней среды, можно рассматривать как механизм защиты организма. Полное отсутствие АДА наблюдается во время естественного и лекарственного сна, при механической травме ЦНС, воздействии нейротропных ядов.

Жалобы человека, субъективно воспринимаемые им как авersiveные (вредоносные), распределённые по четырём кластерам (психическому, социально-экономическому, анатомическому, функциональному), мы называем Синдромом ПСАФ аутодезадаптации.

Осуществление желания больного быть услышанным врачом, который хочет, умеет и готов услышать (прочитать мысли больного), способствует формированию между ними уважительных, доверительных, партнёрских отношений.

Готовность больного к сотрудничеству позволяет врачу получить ценную информацию, необходимую для реализации принципа биопсихосоциального подхода к обследованию, лечению и реабилитации больного.

Уважительное, партнёрское отношение больного (пациента) к врачу является стимулом к выполнению им рекомендаций, назначений врача.

Знание и умелое использование информации о каждом из участников системы П-В-Р, полученной с помощью метода экспресс-диагностики ПСАФ АДА или путём анализа поведения, может способствовать устойчивому существованию системы.

Умелое использование информации — это, в первую очередь, понимание и учёт интересов, характера принимаемых решений каждым участником функциональной системы.

*1. Работодатель в лице владельца коммерческой клиники заинтересован:*

- в получении прибыли за счёт выполнения и перевыполнения врачом финансового плана;
- в сохранении и увеличении числа клиентов;
- в отсутствии жалоб со стороны пациента на врача и клинику;
- в отсутствие межличностных конфликтов с другими сотрудниками клиники;
- в повышении престижа клиники;
- в сохранении своего здоровья и здоровья врача.

*Решения, принимаемые работодателем* в отношении врача, не выполняющего свои функциональные обязанности: предупреждение, лишение премии, выговор, расторжение трудового договора с врачом (увольнение).

*II. Врач как наёмный работник заинтересован:*

- в обеспечении своего финансового благополучия, зависящего от выполнения и перевыполнения финансового плана;
- в наличии достаточного числа пациентов (больных);
- в отсутствии жалоб от пациентов на врача;
- в отсутствии отказов пациентов от лечения и ухода их к другому врачу;
- в доброжелательных отношениях с работодателем;
- в возможности социально-профессионального лифта (в перспективе профессионального роста);
- в сохранении своего здоровья (соматического и психического) путём предупреждения и «мягкого» выхода из конфликтных ситуаций с пациентами, работодателем и другими сотрудниками клиники.

*Решения, принимаемые врачом:*

- отказ пациенту в лечении;
- увольнение по собственному желанию;
- жалоба на работодателя в разные инстанции.

*III. Больной (пациент), обращаясь за медицинской помощью, заинтересован:*

- встретить уважительное, доброжелательное отношение к себе, независимо от своего возраста, социального, национального статуса;
- в готовности врача услышать все то, что беспокоит, тревожит, страшит его, не позволяет чувствовать себя

здоровым человеком (наша гипотеза);

- получить облегчение телесных и утешение душевных страданий.
- получить качественную медицинскую услугу, стоимость которой была приемлема для его бюджета.

*Решения, принимаемые пациентом:*

- полное принятие и выполнение плана лечения, предложенного врачом;
- отказ от предложенного плана лечения, поиск другого врача;
- оскорбление, угрозы в адрес врача;
- подача жалобы на врача в различные инстанции.

Цель и ожидаемый эффект использования информации о результатах диагностики ПСАФ АДА членами функциональной системы П-В-Р

#### ВРАЧ

1. На стадии знакомства и освоения навыка диагностики ПСАФ АДА, ещё в студенческие годы, психологическая подготовка к встрече с «трудными» пациентом, имеющим психосоматическую патологию.

Аналогией может служить желание многих научиться приёмам самбо, чтобы чувствовать себя увереннее, а в случае встречи с «агрессором» выйти из схватки победителем.

2. Совершенствование навыка быстрого формирования позитивных, доверительных, партнёрских отношений с пациентом.

3. На стадии знакомства с заполненным листом ДДИВ:

- выделение пациентов группы риска — наличие психических и поведенческих расстройств, психосоматических заболеваний;

- высокие показатели ПСАФ АДА, зарегистрированные в истории болезни, служат основанием для направления на консультацию к клиническому психологу, психоневрологу;

4. С учётом жалоб в Листе ДДИВ на проявление различных соматических заболеваний решать вопрос о необходимости дополнительного обследования и направления на консультацию к соответствующим специалистам.

5. С учётом жалоб социально-экономического характера решать вопросы о месте проведения лечения, объёме, стоимости его, выборе рекомендуемых больному лекарственных препаратов,

лечебных процедур, методов зубного протезирования.

6. С учётом выраженности и структуры ПСАФ АДА проводить адресно психотерапевтические мероприятия (беседу) с целью снижения выраженности дискомфорта в рамках компетенции врача, помня слова М.В. Бехтерева: «Если после беседы с врачом больному не стало легче, то это не врач».

7. Получив утешение, больные стараются сохранить добрые отношения с врачом, советуют родным и знакомым обращаться к этому врачу за помощью.

8. Пациенты с высоким уровнем ПСАФ АДА более склонны вступать в конфликт с медицинским персоналом. Нередко свою негативную оценку системы здравоохранения, профессиональной подготовке врача, качеству назначаемых им лекарственных препаратов, ранее проведённому лечению, протезированию указывают в Листе ДДИВ.

С такими пациентами не следует вступать в спор, доказывать, что они не правы. В разговоре с ними нужно быть осторожным, не повышать голос.

9. В жалобе на врача такие больные обычно указывают на невнимательное отношение к ним. В связи с этим следует сохранять Лист ДДИВ. Он может помочь в разрешении конфликтных ситуаций.

10. Учтите, 25-30 Листов ДДИВ, заполненных больными в сочетании с данными, содержащимися в истории болезни, являются прекрасным материалом для анализа ваших клинических наблюдений и выступлений на научно-практических конференциях. Включение материалов такого исследования в отчёт о пятилетней работе врача перед очередной аттестацией положительно оценивается как работодателем, так и членами аттестационной комиссии.

11. Помните расхожую фразу: «Клиент всегда прав!», даже если на самом деле он не прав. Постарайтесь сдержать свои эмоции, не пытайтесь убедить его в том, что он не прав. Попытайтесь понять причину его агрессивного поведения. Не предлагайте больному (пациенту), находящемуся в состоянии аффекта, заполнить Лист ДДИВ.

12. Помните также, что работодатель всегда прав. Он тоже человек, с присущими ему индивидуальными особенностями характера, психического реагирования на воздействующие

эндогенные и экзогенные факторы аверсивного характера, особенностями выраженности и структуры ситуационной ПСАФ аутодезадаптации (душевного дискомфорта). Естественно, вы ни в коем случае не должны предлагать работодателю провести самодиагностику ПСАФ АДА — заполнить лист ДДИВ. Придерживайтесь тактики поведения врача при общении со сложным пациентом. Наблюдайте за поведением работодателя, прислушивайтесь к тому, что и как он говорит, помните о его интересах, пытайтесь понять, какое у него настроение, т.е. уровень ситуационной аутодезадаптации.

### РАБОТОДАТЕЛЬ

Мудрый работодатель учитывает психические особенности врача при общении с ним как важный фактор устойчивого, успешного развития созданной им функциональной системы — коммерческой клиники, медицинского центра.

Он может пригласить психолога для успешного решения проблем подбора кадров, разрешения конфликтов с пациентами, межличностных конфликтов сотрудников, формирования оптимального психологического климата в коллективе.

В случае отсутствия возможности у работодателя пригласить психолога (стоматологические клиники на 2-3 кресла) он, владея навыком экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации, может сам провести первичную диагностику психологического состояния врача.

\* \* \*

В развитии этого направления концепции синдрома ПСАФ

АДА участвовали: д.м.н. А.М. Соловьёва,

к.м.н., ст. н.с. К.С. Соловьёва, к.м.н. Е.М. Черновол

### Э П И Л О Г

23 марта 2020 года в связи с пандемией COVID-19 нас, сотрудников Университета в возрасте старше 65 лет (мне было тогда 83 года), перевели на дистанционную работу в режиме самоизоляции. Со следующего дня я начал работу над книгой. В ней я собирался обобщить результаты моих исследований и исследований моих многочисленных коллег и студентов по концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации. Собирался поделиться своими воспоминаниями о том пути, которым я шёл с

момента появления мысли о возможности просто и быстро получить от больного информацию о том, что его тревожит, беспокоит, нарушает состояние душевного комфорта.

Обдумывая структуру книги, я мечтал закончить её оптимистичным эпилогом. Основанием для этого было то, что даже в условиях пандемии мы не прекратили исследований по развитию концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации — важного фактора для формирования у студентов и молодых врачей навыка системного биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека. Более того, группа «любопытных», занимавшихся этой проблемой, расширилась. К ней присоединились врачи и студенты лечебного факультета.

Мы успешно провели дистанционно симпозиум и конференцию по интегративной медицине научного общества терапевтов Санкт-Петербурга имени С.П. Боткина.

Но тут в нашу семью пришла беда. Заболели COVID-19 инфекцией мои внуки и моя супруга.

А через неделю её не стало — моего верного друга Карины, моей жены и матери наших троих детей, бабушки пятерых внуков и одной правнучки.

Поэтому оптимистичного эпилога у меня не получилось.

Отдавая дань памяти моей любимой жене, любящей и любимой маме наших детей, которая всегда участвовала в наших дискуссиях по проблеме ПСАФ аутодезадаптации, я считаю, что ей по праву принадлежит почётное место среди первых идеологов концепции ПСАФ.



### **Карина Суреновна Соловьёва**

*Кандидат медицинских наук,  
ведущий научный сотрудник,  
почетный доктор НИИ  
детской травматологии  
и ортопедии  
имени Г. И. Турнера*

.....

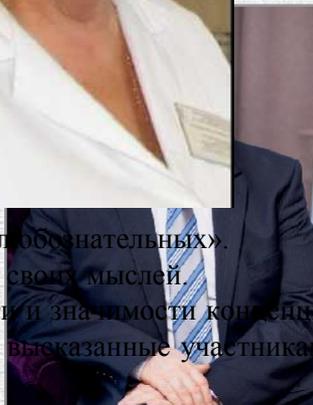
*- Дети, давайте закончим обед, а потом, за десертом поговорим о ПСАФ.*



Перед тем, как закрыть эту книгу, посмотрите, как воплощается девиз нашей группы «любознательных».

Мечтать, фантазировать и прислушиваться к эху своим мыслей.

Здесь приведены мнения относительно сущности и значимости концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации для медицины, высказанные участниками симпозиумов и конференций



«...В основе методов позитивного воздействия на психологическое состояние больного лежит **познание**

**внутренней картины болезни.**

Первый шаг к познанию внутренней картины болезни – экспресс-диагностика выраженности и структуры **«Синдрома ПСАФ аутодезадаптации»**.

*Ректор ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова, д.м.н., профессор,  
академик РАН*

**Багненко Сергей Фёдорович**

«Результаты разработки и апробации методических и организационных основ отдельных кластеров последовательного формирования у обучающихся навыка владения методикой экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации позволяют приступить к формированию учебного модуля, ориентированного на формирование у студентов системного био-психо-социального подхода к обследованию и лечению больного».

*Проректор по учебной работе ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова  
Профессор, д.м.н.*

**Ярёменко Андрей Ильич**

«Методика экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации, доступная врачу, работающему в стационаре и на амбулаторном приёме, позволяет количественно и качественно оценить психологическое напряжение больного».

«Понятие аутодезадаптации и методика её оценки могут быть «инструментом» междисциплинарного общения врачей-клиницистов с психологами, психотерапевтами и другими членами команды реабилитологов».



*Проректор по воспитательной работе*

*Профессор, д.м.н.*

***Потапчук Алла Аскольдовна***

«Психиатрия, а особенно психосоматическая медицина, трудно усваиваются студентами, так как на более ранних этапах обучения в медицинском вузе значительно сильнее расставлены акценты на изучение физического, соматического состояния человека, соматических расстройств».

*«Интегративная медицина» 2007.*



*Профессор, д.м.н. по медицинской психологии*

*и психиатрии, врач высшей категории по*

*психотерапии, психиатрии, наркологии*

***Ванчакова Нина Павловна***

«Если первый шаг будущего врача к познанию внутренней картины болезни человека – экспресс-диагностика выраженности «Синдрома ПСАФ аутодезадаптации», то первые полшага – это познание структуры собственной ПСАФ аутодезадаптации».

«Обучить студента методике самоанализа структуры собственной ПСАФ аутодезадаптации возможно и нужно как можно раньше, как обучают детей игре на музыкальных инструментах».



*Профессор, доктор  
психологических наук, заведующая кафедрой  
общей и клинической психологии  
**Исаева Елена Рудольфовна***

«Для превращения интересных идей в прорывные технологии в области лечения и профилактики заболеваний пародонта необходимо создать синергию медицинских, психологических и педагогических дисциплин».

«Диагностика ПСАФ аутодезадаптации на пародонтологическом приёме – прекрасный пример достижения успеха не только в сохранении зубов, но и в максимально благотворном влиянии на организм в целом».



*Профессор,  
д.м.н., заведующая кафедрой стоматологии терапевтической  
и пародонтологии*

*Орехова Людмила Юрьевна*

«Следует опасаться расширения и детализации вопросов в Листе ДДИВ, подмены «живого» общения с больным его анкетированием, что влечет риск дистанцирования врача и потери доверия больного».

**«Prozit – да принесет пользу!»**



*Профессор,  
д.м.н., врач-аллерголог, гастроэнтеролог, иммунолог,  
пульмонолог, терапевт  
**Горбачёва Ирина Анатольевна***

«Синдром психо-социально-анатомо-функциональной аутодеадаптации (ПСАФ) – это не сложно, сравнительно быстро, информативно, и очень полезно для врача любой специализации».



*Профессор,  
д.м.н. кафедры ЧЛХ и хирургической стоматологии ВМА*

*им. С.М. Кирова*

**Иорданишвили Андрей Константинович**

«Методика экспресс-диагностики выраженности и структуры ПСАФ аутодезадаптации существенно расширяет диагностические возможности интегративной медицины.»



*Главный врач Введенской клинической больницы Санкт-Петербурга  
д.м.н., профессор  
**Парцерняк Сергей Александрович***

«У больных острыми воспалительными заболеваниями выявлена достоверная корреляционная взаимосвязь между выраженностью ПСАФ аутодезадаптации, значением интегрального теста тревожности (ИТТ) и индивидуально-личностными особенностями (тест «Большая пятёрка»)».



*Профессор, доктор психологических наук  
института психологии и  
педагогике им. А.И. Герцена  
**Малкова Елена Евгеньевна***

---

«Как бы ты ни смотрела,  
ты должна смотреть  
В правильном направлении»

*Льюис Кэрролл  
«Приключения Алисы в стране чудес»*



---

*Профессор, д.м.н., декан стоматологического  
факультета, заведующая кафедрой стоматологии детского  
возраста и ортодонтии  
**Ткаченко Татьяна Борисовна***

---

«ПСАФ – уникальное явление, его необходимо  
продолжить изучать дальше.  
Необходимо и дальше развивать исследование  
синдрома ПСАФ на междисциплинарной основе,  
привлекая специалистов из различных областей».



---

*Доцент, к.п.н. кафедры педагогики и  
психологии факультета  
последипломного образования*

*Красильникова Наталья Валерьевна*

- 
- Когда меня спрашивают:  
«Чем Вы занимаетесь со студентами?»  
– Я отвечаю: «Учимся читать мысли больного».



---

*З.д.н., д.м.н., профессор кафедры стоматологии хирургической и  
ЧЛХ*

***Соловьёв Михаил Михайлович***



---

Как корабль назовёшь,  
так он и поплывёт:  
«ПСАФ АДА»



---

*Доцент кафедры стоматологии хирургической и ЧЛХ,  
врач челюстно-лицевой хирург*

***Соловьёв Михаил Михайлович***

---

«Использование концепции Синдрома  
ПСАФ аутодезадаптации в практике врача-  
стоматолога позволяет снизить вероятность  
возникновения конфликтных ситуаций между  
пациентом и врачом, облегчает разрешение  
таких ситуаций»

---



*Доктор медицинских наук  
Соловьева Анна Михайловна*

---

«В основе диагностики ПСАФ  
аутодезадаптации лежит самоанализ  
и исповедь перед врачом, подобно  
исповеди перед Богом».

---



*К.М.Н., врач-стоматолог  
Черновол-Соловьёва Елизавета Михайловна*

---

«ПСАФ аутодезадаптация человека – несомненный повод для серьёзных раздумий и индивидуума, и исследователей».

«Знание условий и интуитивное восприятие самоощущений больного позволяют врачу принять соответствующие решения для оптимизации хода развития событий – профилактики, лечения».

---



*Профессор, д.м.н. кафедры стоматологии хирургической и ЧЛХ*  
**Хацкевич Генрих Абович**

---

«Диагностика ПСАФ аутодезадаптации – замечательный ключ к формированию доверительных отношений с человеком, страдающим психосоматической патологией».

---



*к.м.н, доцент*  
**Алехова Татьяна Михайловна**

«Счастье, что оно? Та же птица!  
Упустишь и не поймаешь!  
А в клетке ему томиться  
тоже ведь не годится!  
И слагается учительское Счастье  
из успехов их учеников!»



*Доцент кафедры внутренних болезней стоматологического  
факультета*

***Николаева Любовь Анатольевна***



«Важно не только  
познакомить студентов 1-го  
курса методикой экспресс-  
диагностики ПСАФ АДА, но и  
обучить их пользоваться в  
условиях амбулаторного  
приёма больных Листом ДДИВ  
– инструментом диагностики  
аутодезадаптации».



*к.м.н., ассистент  
кафедры  
стоматологии*

*хирургической и ЧЛХ  
Галыпин Александр Сергеевич*

К.М.Н. ,  
ассистент кафедры  
стоматологии  
хирургической и  
ЧЛХ

**Сакович Алексей Алексеевич**

«Здоровье – это главное условие счастья человека. Здоровье – это физическое, душевное, социальное благополучие и способность к адаптации».



*Доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета*

***Шабак-Спасский Пётр Серафимович***

«Разработанная методика является основополагающей как в обучающем процессе для студентов и врачей, так и на этапе первичного обследования пациентов».



*К.М.Н., врач челюстно-лицевой хирург*

***Баиндурашвили Анна Алексеевна***

---

«Слышать историю обратившегося за помощью, вместо расклеивания диагностических ярлыков. Оставаться на стороне его обращения за помощью, вместо перехода в оппозицию, когда специалисту заранее все известно».

---



*Аспирант, Врач-психолог*  
**Жарук Иван Антонович**

---

«Методика первичной экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации не требует существенной затраты рабочего времени врача и может применяться врачами любой специальности».

---



*Аспирант*  
**Чжу Вэнь**

«Единое масштабирование показателей выраженности синдрома ПСАФ аутодезадаптации, синдрома местного воспаления и синдрома воспалительного ответа позволяют осуществить принцип системного био-психо-социального подхода к обследованию и лечению больных».



*к.м.н., ассистент кафедры стоматологии хирургической и ЧЛХ*  
**Кадыров Мухаммадхает Бахромович**

«Экспресс-диагностика внутренней картины болезни необходима врачу любой специальности для оценки уровня здоровья пациента во всех его проявлениях: физическом, психологическом и социальном. Данная методика упрощает взаимодействие между пациентом и врачами, что осуществляет комплексный биосоциальный подход».



*Аспирант*  
**Гриненко Элеонора Викторовна**

«Мне искренне понравилось принимать участие в исследовательской работе на кафедре и, самое главное – привносить принципы синдрома ПСАФ аутодезадаптации в мою повседневную практику...

Я не могу говорить за всех, но во мне многое изменилось в отношении к работе и к пациентам, в частности».

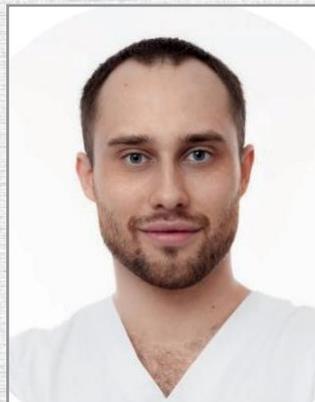


*Выпускник ПСПБГМУ им. академика И.П. Павлова (2015)*

***Пази Даниил Борисович***

«Нельзя лечить тело, не леча души».

*(Сократ)*



*Ординатор*

***Чуркин Михаил Александрович***

«В искусстве, именуемом медициной, невозможен путь без милосердия и сострадания, выраженных в форме неподдельного интереса к внутренней картине больного. Одним из инструментов для постижения и изучения переживаний, чувств пациента является методика ПСАФ аутодезадаптации, расширяющая клинические возможности врача».

«Я сострадаю, следовательно - лечу».



*Студент 4 курса стоматологического факультета*

***Попов Богдан Александрович***

«Методика экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации метафорически подобна увеличительному стеклу, которое позволяет врачу более детально рассмотреть внутреннюю картину болезни пациента».



*Студентка 4 курса стоматологического факультета*

***Гришина Анна Павловна***

«Лечение любого пациента складывается не только из самого процесса лечения, но и убеждения больного, что излечение неизбежно! Создать благоприятные условия для выздоровления возможно для любого пациента, даже для самого тяжелого. Поэтому, я всегда люблю руководствоваться моей любимой фразой на латыни:

«Sol lucet omnibus – солнце светит каждому».



*Ординатор*

***Павлов Артём Викторович***

«Если мы сумеем создать способ экспресс-диагностики начальных стадий психических нарушений, это будет существенным вкладом в улучшение психологической помощи».



*Студентка 6 курса лечебного факультета*

***Кобрина Полина Игоревна***

---

Методика ПСАФ аутодезадаптации – очень информативный диагностический инструмент, который, «прост, как и все гениальное».

(А.  
Эйнштейн)

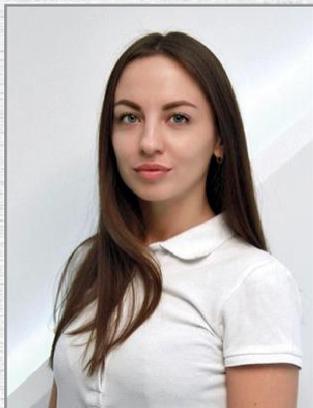


---

*Студентка 5 курса стоматологического факультета*  
***Нифонтова Софья Дмитриевна***

---

«Метод ПСАФ – быстрый и удобный способ расположить к себе пациента, создать доверительные отношения и научиться быть внимательным к его мыслям! Именно это позволит нам лечить не только болезнь, а больного в целом».



---

*Ординатор*  
***Шибанова Виктория Александровна***

«Я считаю, что Методика ПСАФ аутодезадаптации выполняет роль «палочки-выручалочки» для практикующих врачей при обследовании сложных больных».



*Ординатор*  
**Бабаева Татьяна Александровна**

«Владение специалистом методикой диагностики ПСАФ АДА способствует более быстрому установлению контакта с пациентом и, как следствие, более эффективному и качественному лечению». «Именно она даёт возможность применять многопрофильный подход к решению проблемы, а не изучать патологию изолированно».



*Студентка 4 курса стоматологического факультета*  
**Усатова Анастасия Сергеевна**

«Принцип познания  
организма человека как  
единой природно-социальной  
системы лежит в основе  
системного подхода к  
диагностике и анализу  
состояния пациента.  
Методика экспресс-  
диагностики ПСАФ  
аутодезадаптации может  
стать «мостом» доверия  
между врачом и пациентом».



*Студентка 4 курса стоматологического факультета  
**Бурлетова Виктория Алексеевна***

«Познай человека посредством ПСАФ АДА»



ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова, Н.Л., Меренков, А.В. Модель “перевернутого обучения” в системе высшей школы: проблемы и противоречия [Текст] / / Integration of Education. — Vol. 22. — № 2. 2018. — Pp. 237-241.

2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вуке А.Я.. Методика ТОБОЛ — типы отношения к болезни (Пособие для врачей). — Санкт-Петербург, 2005.

3. Кадыров М. Системный подход к оценке состояния больных острой одонтогенной инфекцией. Автореф. дисс. канд. 14.01.14 — стоматология. — 2018. — С. 20

4. Кондратьев Г.В. Юдин С.А. Вершинин Е.Г. Хвастунова Е.П. Сидорова Д.А. Вешнева С.А. Биопсихосоциальный подход в медицине: теория и практика. / / Журнал Успехи современного естествознания. — 2014. — № 9 (часть 1). — С. 14-16.

5. Лебедева У.В., Рыбаковой К.В., Лотоцкий А.Ю. и др. Основы психосоматической медицины Разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов. Издательство СПбГМУ, 2008.

6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания. 4-е изд. — М. Медицина, 1977. — С. 37 — 52.

7. Малкова Е.Е. Соловьёв М.М. Использование синдрома ПСАФ дезадаптации для координации совместной работы врача-стоматолога и психолога, психотерапевта.//Международная научно-практическая конференция «Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии». — СПб. 2014. С. 93.

8. Использование «Синдрома психо-сенсорно-анатомио-функциональной дезадаптации» в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах // М.М. Соловьев [и др.]; под ред. С.Ф. Багненко, А.И. Ярёмченко.

9. Павельева Т.Ю. Реализация технологии «перевернутый класс» на основе платформы “YourStudy” [Текст] / / Вестник Тамбовского

университета. Серия «Гуманитарные науки». — 2017. — Т.22, вып 5(169). — С. 82-87.

10. *Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш.* Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни. Обзорение психиатрии и медицинской психологии. — № 2, 2015. 17-21.

11. *Соловьёв М.М., Alex Clement, доц. Соловьёв М.М.* Использование синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и ЛОР-органов// *Folia Otorhinolaryngologiat et Pathologiae Respiratoriae. Volume 19, № 1, 2013. С. 25-28.*

12. *Соловьёв М.М., Фадеев Р.А., Исаева Е.Р., Алекс Клемент.* Синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в стоматологической практике // «Институт стоматологии» № 4, 2013. — С. 22-24.

13. *Соловьёв М.М., Орехова Л.Ю.* Симпозиум Первые итоги апробации использования синдрома психо-сенсорнофункциональной дезадаптации в стоматологии и смежных дисциплинах. Пародонтология. № 2 (71) 2014. — С. 40.

14. *Соловьёв М.М., Ярёмченко А.И., Григорьянц А.П. доц. Соловьёв М.М. и др.* Системный биопсихосоматический подход к обследованию и лечению больных челюстно-лицевой патологией с использованием данных экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации./ *Вестник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (Армении). Том XVI. № 4. — 2019. — С. 14-21*

15. *Тихонова, Н.В.* Технология “перевернутый класс” в вузе: потенциал и проблемы внедрения [Текст] // Казанский педагогический журнал. — 2018. — № 2. — С. 74-78.

16. *Фролова Ю.Г.* Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья./ *Электронная библиотека БГУ. «Философия и социальные науки: научный журнал». — 2008. — № 4.*

17. *Циммерман Я. С.* Мудрые мысли о медицине и врачевании. *Sententiae de Medicina.* Изречения, афоризмы, цитаты — 3 издание. ГЭОТАР-Медиа. — 2011. — 285 с.

18. *Чернянская А.П., Ванчакова Н.П., Вацкель Е.А., Барабошина А.А.* Самонаправляемое обучение студентов в «перевернутом» классе.//Ярославский педагогический вестник. — 2019. — № 2 (107). — С. 60—66.

19. *Ярёмченко А.И., Соловьёв М.М., Исаева Е.Р., Алехова Т.М. и др.* Синдром психо-сенсорно-функциональной дезадаптации как элемент модуля учебной программы по формированию у студентов мировоззрения врача-гуманиста.//XIX научно-практическая конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые техно-

логии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». — СПб., 2014.

20. Яременко А.И., Ванчакова Н.П., Макошина Е.С., Красильникова Н.В., Вацкель Е.А. Модель формирования целостного восприятия пациента врачом в системе непрерывного медицинского образования // Ярославский педагогический вестник., № 1. — 2018. — С. 102.

21. Ярёменко А.И., Соёвьев М.М., Ткаченко Т.Б. и др. Раннее формирование у студентов-медиков навыка биопсихосоциального подхода к изучению здоровья человека с использованием концепции Синдрома ПСАФ аутодезадаптации. / Журнал САНТЭДРА КАФЕДРА Стоматологическое образование. № 74. — 2020. — С. 74-78.

22. Engel, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G. L. Engel // Science. — 1977. — Vol. 196.

23. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // American Journal of Psychiatry. — 1980. — Vol. 137.

24. Ogden, J. The Rhetoric and Reality of Psychosocial Theories of Health / J. Ogden // Journal of Health Psychology. — 1997. — Vol. 2. — № 1.

25. Bracken Patrick, Thomas Philip. Time to move beyond the mind-body split, editorial, British Medical Journal 2002;325:1433- 1434 (21 December).

26. Brown, T. M. George Engel and Rochester's Biopsychosocial Tradition: Historical and Developmental Perspectives / T. M. Brown // The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. — Rochester, 2003.

27. Dumont A., Berthiaume D. (2016). La pedagogie inverse. Enseigner autrement dans le Supérieur avec la classe inversee. — De Boeck Supérieur s.a., 2016. — P. 235.

28. Hawks, Sharon J. (2014). The Flipped Classroom: Now or Never? // AANA Journal. — 2014. Vol. 82 Issue 4. — pp. 264-269

29. Mann T., de Ridder D., Fujita K. Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // Health Psychology. — 2013. — Vol. 32. P. 487— 498. 23.

30. O'Flaherty, J.; Phillips, C. (2015)/ The use of flipped classrooms in higher education: A scoping review // The Internet and Higher Education. — 2015. — Vol. 25. — pp. 85-95.

31. Shorter, E. The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel / E. Shorter // Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness. — N. Y., 2005.

**М. М. Соловьев.** Душевный дискомфорт, или Синдром ПСАФ аутодезадаптации. СПб.: “Северная звезда”. — 2021. 91 с., ил.

Главный редактор *М. В. Тоскина*  
Верстка *И. В. Фомичева*

Отпечатано в типографии издательства “Северная звезда”  
Санкт-Петербург, Варшавская ул., д. 23, к. 1, пом. 4Н  
(812) 388-93-41; e-mail: tozvezda@yandex.ru

Печать цифровая. Гарнитура Петербург.  
Формат 60x84/16. Объем 5,75 печ. л.

\* \* \*

В развитии этого направления концепции Синдрома  
ПСАФ аутодезадаптации активное участие принимали:  
проф. А.И. Ярёмченко, проф. Л.Ю. Орехова,  
проф. Р.А. Фадеев, проф. А.А. Потапчук,  
проф. С.А. Карпищенко, проф. Г.А. Хацкевич,  
проф. И.А. Горбачёва, доцент М.М. Соловьёв,  
к.м.н. М.Б. Кадыров, к.м.н. Е.М. Черновол,  
к.м.н. А.А. Сакович, к.м.н. А.С. Галяпин,  
клин. орд. М.А. Чуркин клин. ординатор А.В. Павлов,  
студенты стоматологического и лечебного факультетов  
Университета

\* \* \*

В развитии этого направления концепции Синдрома  
ПСАФ аутодезадаптации активное участие принимали:  
проф. А.И. Ярёмченко, проф. Л.Ю. Орехова,  
проф. Р.А. Фадеев, проф. А.А. Потапчук,  
проф. Е.Е. Малкова, проф. С.А. Карпищенко,  
проф. Г.А. Хацкевич, проф. И.А. Горбачёва,

к.м.н. М.Б. Кадыров, к.м.н, А.А. Сакович, клин. орд.  
М.А. Чуркин клин. ординатор А.В. Павлов, студенты  
стоматологического и лечебного факультетов Университета