

ТЕРАПИЯ СРЕДОЙ (МИЛИЕ-ТЕРАПИЯ) НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

С.М. БАБИН*, О.В. ЛИМАНКИН**, Я.О. ФЁДОРОВ**, Д.М. ИВАШИНЕНКО***

* ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения РФ, ул. Кирочная, д.41 г. Санкт-Петербург, 191014, Россия
** СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»
ул. Меньковская, д. 10, с. Никольское, Ленинградская обл., Гатчинский р-он, 188349, Россия
*** ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», пр. Ленина, д. 92, г. Тула, 300012, Россия

Аннотация. Данная работа посвящена терапии средой как методу лечения в условиях дневного стационара в рамках психиатрической помощи. Целью её является демонстрация актуальности и практической значимости использования данного метода, на примередневного стационара №1 Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко. Необходимость формирования терапевтической среды, целенаправленное реформирование психиатрических больниц в данном направлении разделяется в настоящее время не только большим числом специалистов, но и пользователями психиатрической помощи. Главная задача милие-терапии как лечебной и реабилитационной процедуры состоит не в качественном «конечном продукте», а в тренинге навыков общения, социального взаимодействия и развития самостоятельности участников группы. Эта модель отличается именно комплексным воздействием, объединяющим индивидуальную и групповую терапию, широкий спектр вербальных и невербальных психотерапевтических методик, терапию средой, не отрицающим и биологическое лечение. В рамках милие-терапии ведущая роль отводится не собственно работе над проектом, которая, безусловно, важна, но обсуждению с участниками возникающих трудностей, проблем, роли каждого из пациентов в группе, его вклада в реализацию проекта. Внедрение милие-терапии на амбулаторном этапе психиатрической помощи является весьма трудоемкой и сложной задачей, но используемый формат работы позволил интегрировать методику в комплексную терапию психических расстройств.

Ключевые слова: милие-терапия, терапевтическая среда, психиатрическая помощь, амбулаторный этап, психосоциальная работа, дневной стационар

THERAPY ENVIRONMENT (MILIEU-THERAPY IN FRENCH) IN OUTPATIENT PSYCHIATRIC CARE

S.M. BABIN*, O.V. LIMANKIN**, Y.O. FEDOROV**, D.M. IVASHINENKO***

*North-Western State I. I. Mechnikov Medical University of the Ministry of health of the Russian Federation, 41 Kirochnaya Street, St. Petersburg, 191014, Russia
**SPb GBUZ "Psychiatric hospital №1. P. P. Kashchenko»
St. Manikowska, 10, v. Nikolskoe, Leningradskaya obl., Gatchinskiy R-on, 188349, Russia
***Tula State University, Lenin Avenue, 92, Tula, 300012, Russia

Abstract. This work is devoted to environmental therapy as a method of treatment in a day hospital within the framework of psychiatric care. Research purpose is to demonstrate the relevance and practical significance of the use of this method, on the example of the day Psychiatric hospital №1 named after P.P. Kashchenko. The need to create a therapeutic environment, purposeful reform of psychiatric hospitals in this direction is now shared not only by a large number of specialists, but also by users of mental health care. The main task of “milieu-therapy” as a treatment and rehabilitation procedure is not in the qualitative “final product”, but in the training of communication skills, social interaction and development of independence of the group members. This model is characterized by a complex impact that combines individual and group therapy, a wide range of verbal and nonverbal psychotherapeutic techniques, therapy with an environment that does not deny biological treatment. In the framework of “milieu-therapy”, the leading role is not assigned to the work on the project itself, which is certainly important, but to discuss with the participants the difficulties, problems, the role of each of the patients in the group, its contribution to the project. The introduction of “milieu-therapy” at the outpatient stage of psychiatric care is a very time-consuming and difficult task, but the format of the work allowed to integrating the technique into the complex therapy of mental disorders.

Keywords: milieu-therapy, therapeutic environment, psychiatric care, outpatient stage, psychosocial work, day hospital.

В отечественной психиатрии традиционно организационной предпосылкой для создания терапевтической среды служила система дифференцированного наблюдения, включая режимы открытых дверей и частичной госпитализации, а затем уже различные виды групповой работы [3, 10]. Исследования мнения пациентов психиатрических больниц показывают, что для них наиболее травмирующими факторами, связанными с длительным пребыванием в стационаре, являются неудовлетворительные условия содержания, жесткий режим и избыточные ограничения, грубость и авторитарность персонала [8, 10, 11].

Концепция психосоциальной помощи психически больным, сформированной в рамках Берлинской школы динамической психиатрии известного психиатра, психотерапевта и психоаналитика Г. Аммона (1918-1995) отличается именно комплексным воздействием, объединяющим индивидуальную и групповую терапию, широкий спектр вербальных и невербальных психотерапевтических методик, терапию средой, не отрицающим и биологическое лечение [1]. Теоретические взгляды и практические модели работы Г. Аммона и его школы динамической психиатрии нашли наиболее полное отражение в созданной им Клинике динамической психиатрии Менершвайге в пригороде Мюнхена. В последние десятилетия опыт работы этой клиники был достаточно подробно описан и в отечественной литературе [2, 3, 9, 12]. Терапия психических расстройств в данной модели динамической психиатрии основана на развитии конструктивных сторон личности и восполнении структурального дефицита, преодолении задержки развития и является возмещающей/корректирующей терапией идентичности [6].

Метод миле-терапии еще не получил широкого распространения в нашей стране, хотя активно применяется в ряде регионов России [2, 3, 7, 9]. Создание собственно терапевтической среды происходит в несколько этапов. На первом в принципе организуется психотерапевтическая работа с психически больными, расширяется контингент пациентов, которым оказывается психотерапевтическая помощь. На втором происходит реальная организация многопрофильных бригад специалистов и постепенное расширение участников бригад. И только на заключительном этапе формируется терапевтическая среда, когда каждый сотрудник участвует в лечении и реабилитационной работе [4]. До настоящего времени миле-терапия в психиатрических учреждениях России использовалась преимущественно на этапе стационарного лечения. Отличительной особенностью нашего опыта применения миле-терапии является ее внедрение на амбулаторном этапе психиатрической помощи [5].

Цель исследования – оценка эффективности в амбулаторных условиях концепции психосоциальной помощи психически больным, сформированной в рамках Берлинской школы динамической психиатрии известного психиатра, психотерапевта и психоаналитика Г. Аммона (1918-1995).

Материалы и методы исследования. Всего в исследовании приняло участие 60 пациентов с психическими расстройствами (Шизофрения (*F20*), Шизотипическое расстройство (*F21*), Биполярное аффективное расстройство (*F31*), Органическое поражение головного мозга (*F06-07*)). Было сформировано две группы: 1 группа (экспериментальная) – 30 пациентов, которые участвовали в проекте, 2 группа (контрольная) – 30 пациентов, проходящих амбулаторное лечение, но не задействованных в проекте. Критериями включения было: верификация психиатрического заболевания психотического уровня, с предшествующим лечением в стационаре, отсутствие коморбидной тяжелой соматической патологии, возраст старше 18, свободное владение русским языком, информированное согласие на участие в исследовании.

В ходе исследования использовались следующие методы: клинический, опросник «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (*YSQ – S3R*), шкала «Социально ориентированное и социальное функционирование» (*PSP*), метод экспертных оценок.

При дневном стационаре №1 Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко существует клуб бывших пациентов «Ступени», история которого насчитывает около 30 лет. Клубная форма работы является одной из форм психосоциальной реабилитации. К ней, наряду с другими, относились и различные формы самоорганизации пациентов, такие как организация праздников, театральные постановки, прогулки в парке и т.д.

Организация работы миле-терапевтической группы. Группа функционирует с января 2017 года, в ее составе 30 постоянных участников и несколько пациентов включаются в работу периодически, таким образом, группа является открытой и гетерогенной по составу, что соответствует специфике работы в амбулаторных условиях. Контрольная группа формировалась с учетом гетерогенности экспериментальной. Включение в ту или иную группу осуществлялось с помощью адаптивной рандомизации.

С самого начала группа предполагала 3 встречи в неделю. В понедельник проходит вербальная встреча, на которой обсуждаются планы и обстановка в группе. Длительность этой группы – час. В среду и пятницу – непосредственная работа над проектом, т.е. воплощение сказанного и решенного на предыдущей вербальной группе. Длительность «рабочих» групп – по полтора часа. В группе работает 5 ведущих: один врач психотерапевт-психиатр, сестра-хозяйка и три психолога. Практически все ведущие прошли обучение современному групповому анализу, а также имеют личную терапию и регулярные индивидуальные и групповые супервизии. Диапазон возможных миле-проектов проектов в российских условиях довольно широк: от группового оформления стендов, до масштабных оформительских и строи-

тельных работ. С учетом наших условий был выбран проект оформления стен лестницы дневного стационара, располагающегося на 3-4 этажах здания психоневрологического диспансера.

В понедельник на вербальной группе обсуждаются вопросы что, кто и как будут рисовать. Фактически это динамическая группа, сконцентрированная на решении конкретных рабочих и социальных задач (договориться другу с другом кто и что будет делать). В течение часа обсуждаются идеи рисунков, возможности, трудности с которым только предстоит столкнуться или с которыми участники уже столкнулись при реализации задуманного. В два другие рабочие дня члены группы реализуют задуманное. Стоит отметить, что работа в среду и пятницу значительно более сложная, чем наброска эскиза, перенос его на стенку, и раскраска заготовки. Прежде чем начнется работа над воплощением рисунка, участники самостоятельно готовят себе рабочее пространство – стену, на которой скоро появятся первые штрихи, а это означает, что необходимо что-то отскоблить, подравнять, зашпатлевать, загрунтовать, побелить и т.п. Предварительно необходимо решить массу других вопросов: подобрать, найти, закупить, привезти, подготовить материалы и т.д. Таким образом, и воплощается главная идея миле-терапии – объединяются терапевтическая и жизненная ситуации участников.

Для статистико-математического анализа был использован пакет программ *STATISTICA 6.0*, в котором был рассчитан *U*-критерий Манна-Уитни. Это статистический критерий, который используется для оценки наличия и выраженности различий по какому-либо признаку между двумя независимыми выборками. Он является одним из самых эффективных тестов для выявления различий в между малыми выборками. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (*p*) в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Распределение пациентов экспериментальной группы по нозологическим группам, полу, возрасту, и длительности заболевания представлено в таблице. За исключением одного больного с шизотипическим расстройством, с длительностью заболевания – 2 года, все остальные пациенты имели 2 группу инвалидности по психическому заболеванию (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов миле-терапевтической группы по нозологическим группам, полу, возрасту, и длительности заболевания

Диагноз	Возраст / Пол						Длительность заболевания	Количество человек
	20-30 лет		30-49 лет		≥ 50 лет			
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	годы	абс.
Шизофрения (F20)	4		2	6			12,57±7,2	14
Шизотипическое расстройство (F21)	1		2	1			15,5±12,4	4
Биполярное аффективное расстройство (F31)			1			1	21,7±10,3	2
Органическое поражение головного мозга (F06-07)			4	4		2	17,4±5,9	10

С помощью методик *PSP* и *YSQ – S3R* была проведена констатирующая (в начале исследования) и контрольная диагностика (через 1 год после начала исследования) (табл. 2).

Таблица 2

U*-критерий Манна-Уитни для шкалы *PSP

Группа	Констатирующая диагностика			Контрольная диагностика		
	Средний ранг	Сумма рангов	<i>p</i>	Средний ранг	Сумма рангов	<i>p</i>
1	46,42	1392,6	0,045	57,41	1722,3	0,044
2	45,98	1379,4	0,048	50,12	1503,6	0,043

Были выявлены различия при контрольной диагностике между экспериментальной и контрольной группой по шкале *PSP*. Повышение среднего ранга свидетельствует об улучшении социального функционирования пациентов, проходящих курс миле-терапии.

При констатирующей диагностике в обеих группах был выявлен высокий уровень выраженности ранних дезадаптивных схем по следующим шкалам: «Покинутость», «Дефективность», «Неуспешность»,

«Зависимость», «Запутанность». Следует отметить, что повышенные и высокие показатели могли встречаться и у одного и того же лица. При констатирующей диагностике было отмечено снижение показателей по шкалам «Покинутость», «Неуспешность», «Зависимость» в группе 1, а в группе 2 только по шкале «Покинутость» (табл. 3).

Таблица 3

U-критерий Манна-Уитни для YSQ – S3R

Шкала	Группа	Констатирующая диагностика			Контрольная диагностика		
		Средний ранг	Сумма рангов	<i>p</i>	Средний ранг	Сумма рангов	<i>p</i>
Покинутость	1	61,33	1839,9	0,032	55,41	1662,3	0,033
	2	65,12	1953,6	0,012	64,23	1626,9	0,029
Неуспешность	1	58,6	1758	0,022	51,12	1533,6	0,028
	2	57,9	1737	0,029	55,8	1674	0,045
Зависимость	1	54,19	1625,7	0,04	49,89	1496,7	0,032
	2	53,26	1597,8	0,039	54,19	1625,7	0,011

Формирование групповых норм миле-терапии в амбулаторных условиях происходило постепенно. Длительное время группы по понедельникам и средам-пятницам были не идентичны по составу участников, т.к. некоторые пациенты не хотели приходить на обсуждение. Это часто мешало работе, т.к. отсутствующий на вербальной группе участник вмешивался в уже принятое всеми решение, что отнимало много времени и создавало проблемы при реализации проекта. В результате было принято групповое правило, что все обсуждения по проекту происходят только по понедельникам. В другие дни – только реализация. И если ты, как участник группы, хочешь, чтобы твой голос был услышан – приходи на все группы. Таким образом, среда и пятница стали днями, когда можно наблюдать, как творится реальное волшебство и непритязательные зеленые стены лестницы постепенно превращаются в чистые белые полотна, на которых постепенно проявляются разноцветные миры: встает солнце, проступают контуры животных и птиц, вырастают трава, цветы и деревья, порхают бабочки и многое другое.

Через некоторое время уже ведущими было принято решение, о необходимости проведения отдельной группы для руководителей проекта для обсуждения групповой динамики и согласования стратегии терапии. Фактически это интервизорская группа длительностью 30 мин. Она помогает понять особенности индуцированных пациентами чувств (контрперенос), диапазон которых весьма широк, а интенсивность высока. Поэтому ведущий должен уметь распознавать эти чувства, понимать, как они связаны с историей пациента, и уметь их использовать в психотерапевтической работе. Наличие такой группы не только позволяет консолидироваться в понимании пациентов и выработке общих стратегий, но и служит надёжной профилактикой эмоционального выгорания. В ходе работы над проектами мы периодически обнаруживали желание ведущих сделать часть работы «лучше» (качественнее и быстрее), чем сами пациенты. Медицинские патерналистские тенденции могут, таким образом, проявляться и в психосоциальной деятельности. Главная задача миле-терапии как лечебной и реабилитационной процедуры состоит не в качественном «конечном продукте», а в тренинге навыков общения, социального взаимодействия и развития самостоятельности участников группы. В коррекции указанной тенденции помогала интервизорская группа ведущих.

Также в миле-терапии мы столкнулись с такой проблемой, как страх пациентов быть некомпетентными и совершить ошибку. Миле-группа предполагает изменение среды, в нашем проекте – это смешанное декорирование стен. В самом начале проекта, пациенты боялись сделать что-то не так, опасаясь, что это будет принято негативно со стороны других участников или администрации. Длительное пребывание в системе психиатрической помощи, во многом патерналистически направленной, также не способствовало свободе самовыражения. Для преодоления этих чувств были использованы техники современного группового психоанализа (эго-синтонное присоединение, отзеркаливание, контейнирование) [14]. Другой более типичной проблемой являлась сильная разобщенность участников группы и их центрированность на ведущих. Пациенты скорее хотели взаимодействовать с руководителями группы, чем друг с другом. Для преодоления этого использовался «бриджинг» – другая техника современного группового анализа. Ведущий как бы наводил «мостики» между участниками группы через вопросы друг к другу.

Особенности течения заболевания и психопатология пациентов оказывали свое влияние на работу группы. В периоды обострения болезни или нестабильного состояния им было труднее соблюдать групповые нормы и правила безопасности, а ведущим было труднее контролировать групповой и творческий процесс. Также имела место сиблинговая конкуренция. Пациенты временами неосознанно конкурируют за ведущих, время, пространство на стене, творческие идеи и т.п. Самым сложным было, не ограничивая созидательного порыва пациентов, соблюдать установленные группой общие правила работы. От-

дельно следует отметить деструктивное взаимодействие, наблюдающееся в группе. Например, когда пациент оттягивает на себя все внимание группы или излишне вторгается в пространство другого участника. Некоторые члены группы были периодически излишне токсичны для других, могли занять собой все пространство группы. Работа с деструктивными тенденциями, которые становятся видимыми и открыто проявляются на группе, являются важным терапевтическим фактором психодинамически ориентированной модели лечения. Психиатрическая и психодинамическая подготовка ведущих позволяла справляться с указанными проблемами.

Выводы. Внедрение милье-терапии на амбулаторном этапе психиатрической помощи является весьма трудоемкой и сложной задачей. Снижение выраженности ранних дезадаптивных схем и улучшение уровня социального функционирования являются теми, показателями, которые демонстрируют её эффективность. На данном этапе милье-терапия находится ещё на стадии внедрения, но представляет собой перспективный метод реабилитации пациентов.

Обобщая вышеизложенное, можно утверждать, что такая форма психосоциальной работы, как милье-терапия успешно внедряется в работу дневного стационара психиатрической больницы. Используемый формат работы позволил интегрировать методику в комплексную терапию психических расстройств. Милье-терапия как психодинамически ориентированный вариант терапии средой позволяет расширить и обогатить имеющиеся формы психотерапии и психосоциальной реабилитации душевно больных.

Литература

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия в ракурсах времени. К столетию со дня рождения. М.: ИД «Городец», 2018. 568 с.
2. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция // Российский психиатрический журнал. 2004. №3. С. 59–63.
3. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. СПб.: СпецЛит, 2012. 335 с.
4. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Основы психотерапии в психиатрии: учебное пособие. СПб.: Изд-во ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. 72 с.
5. Бабин С.М., Базарова Н.Д., Федоров Я.О., Павлова М.В., Черепанова М., Шарина Н. Милье-терапия в психиатрическом дневном стационаре: задачи, организация, трудности // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. 2018. Вып. 5. С. 15–20.
6. Бурбиль И. Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии. Пер. с нем. Оренбург, 2002. 24 с.
7. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Баженова С.Г. Метод психодинамически ориентированной милье-терапии в восстановительной терапии психически больных: пособие для врачей. СПб.: Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1999. 23 с.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2004. 492 с.
9. Казаковцев Б.А., Виноградова Р.Н., Стяжкин В.Д., Козяков С.Б., Бабин С.М. Профилактика правонарушений и медико-социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия // Российский психиатрический журнал. 2001. №6. С. 48–51.
10. Лиманкин О.В. Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи. СПб.: Таро, 2015. 228 с.
11. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, вып. 3. С. 99–106.
12. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. Кабанова М.М., Незнанова Н.Г. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
13. Рихарц Б., Дворжак М. Терапия средой в психиатрии, психотерапии и реабилитации. Пер. с нем. Оренбург, 2000. 33 с.

References

1. Ammon G. Dinamicheskaja psihiatrija v rakursah vremeni [Dynamic psychiatry from the perspectives of time]. K stoletiju so dnja rozhdenija. Moscow: ID «Gorodec»; 2018. Russian.
2. Ammon M, Babin SM, Kazakovcev BA. Psihoterapija v Orenburgskoj oblasti i model' di-namicheskoy psihiatrii G. Ammona: vzaimodejstvie i integracija [Psychotherapy in the Orenburg region and the model dynamic psychiatry]. Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2004;3:59-63. Russian.
3. Babin SM. Psihoterapija psihozov: prakticheskoe rukovodstvo [Psychotherapy of psychoses: a practical guide]. Sankt-Peterburg: SpecLit; 2012. Russian.

4. Babin SM, Sluchevskaja SF. Osnovy psihoterapii v psihiatrii: uchebnoe posobie [Fundamentals of psychotherapy in psychiatry: textbook]. Sankt-Peterburg: Izd-vo FGBOU VO SZGMU im. II Mechnikova; 2016. Russian.

5. Babin SM, Bazarova ND, Fedorov JaO, Pavlova MV, Cherepanova M, Sharina N. Milie-terapija v psihiatricheskom dnevnom stacionare: zadachi, organizacija, trudnosti [The Milie-therapy in a psychiatric day hospital: challenges, organization challenges]. Psihoterapija i psihosocial'naja rabota v psihiatrii. 2018;5:15-20. Russian.

6. Burbil' I. Terapija i psihologicheskaja diagnostika v klinike dinamicheskoj psihiatrii [Therapy and psychological diagnostics in the clinic of dynamic psychiatry]. Per. s nem. Orenburg; 2002. Russian.

7. Vid VD, Lutova NB, Bazhenova SG. Metod psihodinamicheski orientirovannoj mil'e-terapii v vosstanovitel'noj terapii psihicheski bol'nyh: posobie dlja vrachej [Method oriented psychodynamic milieu-therapy in regenerative therapy of the mentally ill: a Handbook for physicians]. Sankt-Peterburg: Psihonevrologicheskogo NII im. VM. Behtereva; 1999. Russian.

8. Gurovich IJ, Shmukler AB, Storozhakova JaA. Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja rehabilitacija v psihiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moscow: MEDPRAKTIKA-M; 2004. Russian.

9. Kazakovcev BA, Vinogradova RN, Stjazhkin VD, Kozjakov SB, Babin SM. Profilaktika pravonarushenij i mediko-social'naja rehabilitacija lic s psihicheskimi rasstrojstvami, sover-shivshih obshhestvenno opasnye dejstvija [and delinquency Prevention and medico-social rehabilitation of persons with mental disorders.-have committed socially dangerous acts]. Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2001;6:48-51. Russian.

10. Limankin OV. Sovremennye tendencii razvitija obshhestvenno-orientirovannoj psihiatricheskoj pomoshhi [Modern trends in the development of socially-oriented psychiatric care]. Sankt-Peterburg: Taro; 2015. Russian.

11. Limankin OV. Aktual'nye problemy vnedrenija reabilitacionnyh tehnologij v praktiku psihiatricheskikh uchrezhdenij [Actual problems of introduction of rehabilitation technologies in practice of psychiatric institutions]. Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2012;22(3):99-106. Russian.

12. Oчерki dinamicheskoj psihiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie [Essays on dynamic psychiatry. Transcultural research]. Pod red. Kabanova MM, Neznanova NG. Sankt-Peterburg: Institut im. VM. Behtereva; 2003. Russian.

13. Riharc B, Dvorzhak M. Terapija sredoj v psihiatrii, psihoterapii i rehabilitacii [herapy environment in psychiatry, psychotherapy and rehabilitation]. Per. s nem. Orenburg; 2000. Russian.

Библиографическая ссылка:

Бабин С.М., Лиманкин О.В., Фёдоров Я.О., Иващенко Д.М. Терапия средой (миле-терапия) на амбулаторном этапе оказания психиатрической помощи // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. №2. Публикация 1-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-2/1-5.pdf> (дата обращения: 25.03.2019). DOI: 10.24411/2075-4094-2019-16370. *

Bibliographic reference:

Babin SM, Limankin OV, Fedorov YO, Ivashinenko DM. Terapija sredoj (milie-terapija) na ambulatomnom jetape okazanija psihiatricheskoj pomoshhi [Therapy environment (milieu-therapy in french) in outpatient psychiatric care] // Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2019 [cited 2019 Mar 25];1 [about 6 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-2/1-5.pdf>. DOI: 10.24411/2075-4094-2019-16370.

* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2019-2/e2019-2.pdf>