

ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ
СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ
РОССИЙСКИЙ ФОНД ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
СОЮЗ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ:
ВЕХИ СТАНОВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
(К 100-ЛЕТИЮ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ)
16-18 МАЯ 2019**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н. И. Пирогова
Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Психиатрическая клиническая больница № 1
имени Н.А. Алексеева
Научно-практический центр психического здоровья детей и
подростков имени Г.Е. Сухаревой

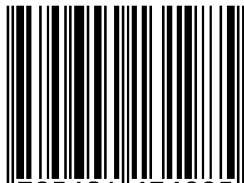
**ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА Г. МОСКВЫ:
ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ, СОВРЕМЕННОЕ
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
24 МАЯ 2019 Г.**

СБОРНИК СТАТЕЙ
ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ
Г.П. КОСТЮКА, А.А. ШМИЛОВИЧА

Москва
2019

УДК: 616.89
ББК 56.14 88.4
У59

ISBN 978-5-6041319-8-5



«Внебольничная психиатрическая помощь: веки становления и перспективы развития (к 100-летию амбулаторной психиатрической помощи)»¹ 16-18 мая 2019, **«Психиатрическая служба г. Москвы: история становления, современное состояние и перспективы развития»** 24 мая 2019 г., г. Москва. Сборник статей под общей редакцией Г.П. Костюка А. и А. Шмиловича. М. — 2019. — 388 с.

ISBN 978-5-6041319-8-5

Издание подготовлено к двум конференциям, посвященным важным датам в истории психиатрии, - международной конференции «Внебольничная психиатрическая помощь: веки становления и перспективы развития (к 100-летию амбулаторной психиатрической помощи)» и Научно-практической конференции «Психиатрическая служба г. Москвы: история становления, современное состояние и перспективы развития» в честь 125-летия ГБУЗ «ПКБ №1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ».

Сборник содержит статьи участников конференций, касающиеся широкого круга вопросов теоретической и практической психиатрии.

Редакторы: к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. А.В. Соколов

¹ Мероприятие проведено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 19-013-20129

© Авторы, текст, 2019
© А.В. Соколов, оформление, 2019

Дорогие коллеги!

Данный сборник содержит работы, приуроченные к двум важным датам в истории отечественной психиатрии, – 100-летию амбулаторной психиатрической службы и 125-летию ГБУЗ «ПКБ №1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ».

Российская психиатрия развивалась сразу в обоих направлениях, в организации как амбулаторной, так и стационарной форм помощи. Первая амбулаторная психиатрическая служба появилась в Москве в 1919 году. В 2019 исполняется 100 лет с момента ее основания.

В соответствии с Европейским планом действий в области психического здоровья (2013 – 2020 гг.) ВОЗ все страны европейского региона разрабатывают стратегии по переходу от преимущественно больничной психиатрической помощи к амбулаторной.

В нашей стране создана уникальная система специализированной амбулаторной психиатрической помощи. И во многом ее начало было положено в Алексеевской больнице с создания системы партонажа – предтечи амбулаторной психиатрии. И в наши дни Алексеевская больница стремится развивать и изучать наиболее актуальные направления практической психиатрии, что нашло отражение в работах конференции, посвященной ее 125-летию.

*профессор, д.м.н. Костюк Георгий Петрович
Главный внештатный специалист психиатр
Департамента здравоохранения города Москвы,
главный врач ГБУЗ «ПКБ №1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ»*

Дорогие друзья, коллеги, психиатры, психологи, психотерапевты, организаторы здравоохранения и все, кто так или иначе имеет отношение к психиатрии!

Текущий год невероятно богат на исторические события в Московской психиатрии. Одним из наиболее значимых из них бесспорно является 125-летие легендарной больницы им. Н.А. Алексеева.

Университетская клиника психиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова конечно не могла остаться в стороне от такого события. Мы публикуем сборник трудов конференции «Психиатрическая служба г. Москвы: история становления, современное состояние и перспективы развития», приуроченной к этому знаменательному Юбилею.

Работы, представленные в этом сборнике, освещают современные тренды развития психиатрической отрасли во всех аспектах – клиническом, биологическом, социальном и психологическом.

Психиатрия XXI столетия переживает глобальные организационные и научно-исследовательские трансформации. Я с гордостью представляю эти передовые отечественные работы пытливому читателю, так как убежден, что в наше время Российская психиатрическая школа продолжает оставаться на передовых позициях мировой медицины, развивая фундаментальные концепции ее основателей!

*Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.
А.А. Шмилович*

Оглавление

Органическая патология головного мозга в генезе задержки психического развития, вопросы квалификации, лечения и реабилитации	
Абрамов А.В., Панкова О.Ф., Балдина П.М.	14
Терапия коитальной аноргазмии у женщин	
Айриянц И.Р., Ягубов М.И.	22
Детская амбулаторная психотерапия: опыт и перспективы	
Александрова Н. В., Денисова Н. Г.	27
Реабилитация психически больных в психиатрическом дневном медико-реабилитационное отделении Омской психиатрической больницы	
Александрова О.А., Лычкова Ю.В., Швидко Т.А.	33
Сексологическая помощь в современных условиях	
Алексеев Б.Е.	39
Особенности полового самосознания у молодых мужчин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра	
Алексеева Г.Н. ¹ , Первичко Е.И. ²	46
Методика МАРИ как интегративный психодиагностический инструмент оценки личности	
Алиева Л.М. ¹ , Данилина М.В. ²	54
Оценка суицидальных тенденций у подростков, склонных к побегам и бродяжничеству	
Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.	59

Некоторые подходы к профилактике суицидального поведения у детей и подростков

Бибчук М.А., Безменов П.В., Басова А.Я. . 61

К истории организации амбулаторной геронтопсихиатрической помощи в Москве

В.В. Вожжов, С.А. Баскакова 67

Проблема насилия в обращениях абонентов телефона доверия в Омской области

Белебеха Е.А., Малыхина В.А., Кузьмина К.Н.
Пурысова Е.Г. 74

Основные направления развития внебольничной психиатрии в системе здравоохранения

Бобров А.Е., Довженко Т.В. 81

Принципы и этапы амбулаторной терапии расстройств пищевого поведения

Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В., Линева Т.Ю 89

Эволюция психического дизонтогенеза с позиций детской амбулаторной психиатрической службы

Вожжов В.В., Баскакова С.А. 92

Нарушение семейных коммуникаций как фактор расстройств пищевого поведения у подростков

Воликова С.В.¹, Носова Е.С.² 98

Некоторые аспекты проблемы нормы и патологии в психиатрии

Б.А. Воскресенский, А. Д. Трушкина, Д.С.
Радионов 104

Проблема кадровых ресурсов в обеспечении психиатрической помощью населения Кыргызской

Республики и политика мер, направленных на её решение	
Галако Т.И.	112
Особенности амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра, назначенного одновременно с исполнением уголовного наказания	
Гусев С.И. ¹ , Солопова С.Ю. ²	118
Клинические и социальные аспекты диагностики, терапии, наблюдения пациентов с психической и неврологической патологией в сельской местности	
С.И. Гусев, В.Ю. Лончакова.	126
История и опыт работы психоневрологического диспансера Невского района Санкт-Петербурга	
Демурчева В.С.	133
К вопросу о междисциплинарном подходе в диагностике и терапии психосоматических расстройств	
Добаева Н.В.	137
Диагноз шизотипического расстройства в детско-подростковом возрасте и его трансформация во взрослой сети	
Дорина И.В. ¹ , Панкова О.Ф. ² , Соболев А.А. ²	143
Addiction Treatment in the Community: Experience from a community clinic in India	
Prof Anju Dhawan, Dr Biswadip Chatterjee, Dr Siddharth Sarkar*(presenter)	151

Расстройства шизофренического спектра,
осложненные употреблением алкоголя (по данным
психоневрологических диспансеров)

Зиновьев С.В., Синенченко А.Г., Неженцева И.В.,
Бидерман Т.Г. 155

Амбулаторная психиатрическая служба Чеченской
Республики: состояние и перспективы

Идрисов К.А., Идрисова З.К. 160

Психотические расстройства в клинике детско-
подростковой психиатрии: распространенность,
проблемы диагностики и лечения

Колтыгина М.Ю.¹, Буромская Н.И.¹, Панкова О.Ф.²
164

Клиника и терапия соматоформных расстройств с
сексуально-тематическим оформлением у мужчин в
амбулаторных условиях

Кан И.Ю., Ягубов М.И. 171

Изменения типа аффективных расстройства у
больных с синдромом зависимости от опиоидов в
длиннике развития заболевания

Коньков В.И., Шмилович А.А. 177

Амбулаторная психиатрическая помощь детям и
подросткам, переболевшим онкологическим
заболеванием

Кравченко Н.Е., Суетина О.А. 179

Из истории в современность внебольничной
психиатрической помощи

Осколкова С.Н.¹, Кумечко В.М.² 187

Амбулаторная наркологическая помощь жителям города Донецка: периоды становления, основные направления деятельности, особенности течения наркологических патологий в период военного конфликта	
Кучерявая В.И., Цыба И.В., Кононенко И.Н.	194
Профилактика суицидальных и самоповреждающих действий в условиях реформ психиатрической помощи	
Левина С. Д.	202
Конфессионально-ориентированная реабилитация эндогенных психических больных в условиях амбулаторной службы	
Магай А.И. ^{1,2} , Бабурин А.Н. ^{1,2} , Копейко Г.И. ¹ , Борисова О.А. ¹	204
Психообразовательные подходы при нервной анорексии	
Мазаева Н.А., Головина А.Г.	212
Разработка инструмента оценки уровня комплаенса в процессе психосоциальной реабилитации	
Митихин В.Г., Солохина Т.А., Ястребова В.В., Тюменкова Г.В.	219
Диагностика ранних дезадаптивных схем при расстройствах шизофренического спектра	
Новикова А.Б., Миникаев В.Б.	228
Факторы, влияющие на мотивацию к изменениям у больных шизофренией.	
Ночевкина А.И., Солохина Т.А.	230

Развитие внебольничной геронтопсихиатрической помощи в Омской области

Одарченко С.С., Чеперин А.И., Альшанская М.В.,
Каротюк В.И. 239

Влияние дисморфофобии на качество жизни пациентов с расстройством пищевого поведения

Е.В. Оконишникова, А.Е. Брюхин, Т.Ю. Линева 245

Информационная парадигма в изучении шизофрении как перспективная основа для фундаментальных исследований.

Пархоменко А.А. 249

Биоэтика старости

Пищикова Л.Е. 257

Психотерапия в лечении трихотилломании у детей и подростков

И.К. Руднева, Э.Л. Казанцева 266

Оказание скорой психиатрической помощи при интоксикации синтетическими ПАВ.

Сазонова Л.А., Сыроваткин С.П., Четвериков Д.В.,
Максимов Ю.А. 268

Автоматизация исследования синдрома эмоционального выгорания

Сапегин А.Н. 277

О проблемах оказания психиатрической помощи в условиях психоневрологического интерната (юридические аспекты оказания внебольничной психиатрической помощи)

Сапожников П. Ю., Сапожникова О. И. 284

- Профилактика когнитивного дефицита у
родственников 1 степени родства пациентов с
болезнью Альцгеймера на терапии холином
альфосцератом
Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф. 291
- Patient with supraventricular arrhythmia and comorbid
mood disorders
Semiglazova M.V., Abudeeva I.S., Krasnov V.N.,
Paleev F.N. 296
- Journey of Community Psychiatry in India
Henry E. Siegerist 298
- Возможность применения Шкалы оценки мотивов
суицидального поведения (IMSA) в отечественной
клинической практике
Северина Ю.В.^{1,2}, Рытик Э.Г.¹, Соколов А.В.,
Басова А.Я.^{1,2} 304
- Современное состояние негосударственной
амбулаторной психиатрической помощи в Украине
И.Д.Спирина¹, А.В.Шорников^{1,2}, Е.С.Фаузи^{1,3} 309
- Использование вариабельности сердечного ритма
(ВСР) для оценки состояния больных нервной
анорексией
Соколов А.В.^{1,2}, Василиади Э.Г.², Арефьев И.М.¹,
Гардеева Е.А.¹, Басова А.Я.^{1,2} 315
- Клиническая значимость механизмов
психологической защиты в структуре аффективного
синдрома при сердечно-сосудистых и психических
расстройствах
Сулайманова М.Р. 318

Анализ динамики социально-демографических и
клинико-эпидемиологических показателей пациентов
дневного стационара. 325

Г.В. Тюменкова¹, Г.В. Митихин¹, Э.Г. Рытик², Ю.В.
Северина³

Первые опыты Н.Н. Баженова по деинституализации
психиатрической помощи во время работы в Рязани в
1885–1890 гг.

Федотов И.А.¹, Ландышев М.А.^{1,2}, Шпакова М.Е.¹
331

Возможности применения телемедицинских
технологий в детско-подростковой внебольничной
психиатрической практике

О.З. Хайретдинов, Л.И. Рубакова 340

Психопатологические аспекты нарушения
социального функционирования больных
биполярным аффективным расстройством в
амбулаторной психиатрической практике

Царенко Д.М., Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю. 346

Опыт работы медико-реабилитационного отделения
«Клиника памяти» на базе городской поликлиники

Целищев Д.В., Кудеринов С.В., Вологжанина Г.А.,
Минаева Е.В., Тарабыкина Е.Д., Скворцова К.В.,
Вологжанина А.Н. 352

История психиатрического диспансерного отделения
для взрослого населения Омской психиатрической
больницы

Шеллер А.Д., Бервинова А.Д. 358

Лечение психических расстройств у женщин с аноргазмией	
Шигапова В.И, Ягубов М.И.	365
Медико-социальная помощь и психообразование во внестационарной детско-подростковой психиатрической сети	
Шмакова О.П.	371
Сообщения Brief story of the Policlinic 18 of Malakoff (1991-2012) or how it has been possible, for twenty years, to hospitalize in the community	
Denis Chino	378
Strategies to fight against stigma of depression	
Adela Magdalena Ciobanu ¹ , Larisa Maria Catrinescu ² , Cristina Neagu ³ , Camelia Popa ⁴	380
Bipolar Depression in Clinical Practice	
Walid Sarhan	382
Психопатологические механизмы сексуальных ООД, совершенных психически больными, проходившими принудительное лечение в ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»	383
О.С.Ахмедова	383

Органическая патология головного мозга в генезе задержки психического развития, вопросы квалификации, лечения и реабилитации.

Абрамов А.В., Панкова О.Ф., Балдина П.М.

Актуальность изучения задержки психического развития (ЗПР) определяется не только ее высокой распространенностью [4,5], но и отсутствием до настоящего времени четких критериев диагностики и систематики, недостаточной дифференцированностью терапевтических подходов. До настоящего времени даже самостоятельность данного диагноза подвергается сомнению. В МКБ-10 термин ЗПР был выведен из употребления в качестве самостоятельного психиатрического диагноза. ЗПР рассматриваются в разделе F80-F89 «Расстройства психологического развития», куда входят рубрики, отражающие специфические расстройства речи и языка, развития учебных навыков, расстройства аутистического спектра. Недостаточно уточненной также остается нозологическая принадлежность ЗПР. При этом ЗПР остается клинической реальностью и служит одной из значимых областей детской психиатрии, о чем свидетельствуют публикации последних лет, как в отечественной, так и зарубежной литературе [1-3,6,7]. Однако отсутствие четких критериев постановки диагноза у детей младшего и дошкольного возраста препятствует своевременной диагностике и раннему началу проведения лечебных и коррекционных мероприятий.

Целью настоящей работы явилось проведение клинико-катамнестического исследования для оценки распространённости, клинико-нозологической квалификации и динамики ЗПР у пациентов крупнейшей детской психиатрической клиники Москвы.

Материалы и методы. Была подробно проанализирована медицинская документация детей (карта стационарного больного, амбулаторная карта), которым при первом обращении в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, в рамках стационарного обследования, был выставлен диагноз ЗПР, обозначаемый как F84.8 «Другие расстройства развития». Изначально был выбран временной интервал с 1999 по 2008 г., исходя из того, что на момент ретроспективной оценки (2019 год) возраст пациентов более 10-ти лет при повторных обращениях позволял более точно верифицировать диагноз.

Полученные результаты. Нозологическая структура патологии у пациентов рассматриваемой группы (n=1648) распределилась следующим образом: у 20% был выставлен диагноз умственной отсталости (F7), у 13% – органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0), у 3% – расстройства шизофренического спектра (F2), у 4% - расстройства психологического (психического) развития уточненные, включая аутизм (F8), 1% составили эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F9). Оставшиеся 56% пациентов (n=918) повторно за помощью в НПЦ ПЗДП не обращались. Катамнестическое изучение пациентов данной группы является целью дальнейшего исследования.

В данном фрагменте работы представлены показатели, полученные в группе пациентов с органической патологией головного мозга – раздел F0 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства». Были изучены данные 162 пациентов, из которых абсолютное большинство составили мальчики – 90% (n=141). Возраст постановки диагноза F84.8 «Другие общие расстройства развития» варьировал от 3 до 10 лет, средний возраст составил 5 л. 6 мес. Сроки уточнения диагноза находились в интервале от 1 г. до 12 лет, в среднем 5 л. 2 мес. Сроки катамнеза находились в пределах 5 лет. Средний возраст постановки диагноза F0 «Органические включая симптоматические психические

расстройства» составил 9 лет 11 мес. В 20% диагноз уточнялся в условиях диспансерного наблюдения, в 80% при повторных стационарированиях.

Распределение внутри группы по категориям было следующим. У 5% пациентов был выставлен диагноз F02 «Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах», куда были включены больные с эпилепсией и фенилкетонурией. В 50% случаев выставлялся диагноз из рубрики F07 «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга». Диагностическая категория F06 «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью» имела место у 40% пациентов. Деление пациентов внутри данной группы по диагностическим категориям: в 50% выявлялся диагноз F06.7 «Лёгкое когнитивное расстройство», в 10% F06.6 «Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство», в 30% F06.8 «Другие непсихотические расстройства».

Среди факторов, приводящих к резидуально-органической патологии головного мозга и имеющих несомненное влияние на возникновение ЗПР ведущее значение имела патология беременности и родов, отмеченная более чем в 90% случаев (n=138). В 50% случаев она была представленная выраженным токсикозом, как первой, так и второй половины беременности, в 40% – слабостью родовой деятельности и угрозой выкидыша, в 20% отмечены экзогенные интоксикации, асфиксия плода в родах, оперативное родоразрешение. У 10% пациентов после рождения применялись реанимационные мероприятия. В 30% случаев на первом году жизни дети наблюдались неврологом в связи с признаками перинатальной энцефалопатии. Изменения на ЭЭГ, свидетельствующие о незрелости структур мозговых структур или резидуальной органической патологии были выявлены уже при первом обследовании в 40% случаев. В 30% дети относились к категории часто болеющих. Помимо факторов, имеющих

значение в генезе органической патологии головного мозга, необходимо отметить социально-педагогическую запущенность, которая была выявлена в 30% наблюдений.

Клинические проявления. Основными проявлениями ЗПР у детей младшего дошкольного возраста (3-5 лет) являлись признаки отставания в развитии отдельных психических функций (моторики, речи, эмоций, социального поведения). Нарушения развития речи отмечались в 45% случаев и соответствовали общему недоразвитию речи (ОНР) 1-2 уровня. Наиболее тяжелая степень ОНР 1 уровня и моторная алалия отмечались у 5% пациентов. В старшем дошкольном (6-7 лет) и младшем школьном возрасте уже более явными становились нарушения когнитивных функций и специфические расстройства развития школьных навыков. По результатам методик оценки уровня умственного развития пограничные значения интеллекта выявлены в 60% наблюдений.

Значительное место в клинической картине занимали коморбидные психические расстройства. Уже в рамках первого стационарного обследования в 60% случаев были выявлены проявления гипердинамического синдрома. Возникающие в связи с данным синдромом поведенческие (психопатоподобные) расстройства в дошкольном периоде отмечены лишь в 20%. Трансформация гипердинамических проявлений в отчетливые психопатоподобные формы поведения чаще имели место в средней школе в препубертатном возрасте пациентов. У 40% пациентов с признаками гипердинамического синдрома в дошкольном периоде к препубертатному и пубертатному периоду преобладали церебрастенические и другие непсихотические расстройства преимущественно тревожного спектра. В 20% отмечена неврозоподобная симптоматика в виде страхов, транзиторных тиков, энуреза, реже энкопреза.

Терапия и реабилитация больных. Основу помощи детям с ЗПР составляли разнообразные психолого-педагогические коррекционные мероприятия,

направленные на развитие когнитивных функций, специфических школьных навыков, а также социализацию и преодоление микросоциальной (внутрисемейной и школьной) дезадаптации. Для этого использовался полипрофессиональный подход с активным участием психологов, логопедов, педагогов-дефектологов, а также врачей неврологов и педиатров. Ведущая роль в терапии и реабилитации детей с ЗПР должна принадлежать врачу-психиатру, в компетенции которого находятся вопросы верификации диагноза с учетом клинико-нозологических факторов, координация работы специалистов, а также налаживание альянса с родителями, от которого во многом зависит успешность помощи. Лишь врач-психиатр может назначить и контролировать необходимую симптоматическую психофармакотерапию. В качестве лечения в изученных случаях в 95% использовалась нейрометаболическая терапия, реже использовались вазопротекторы, оказывающие позитивное влияние на мозговой кровоток. Из психотропных средств в 60% случаев применялись нейролептики (преимущественно «малые», «корректоры поведения»), в 10% использовались антидепрессанты (в т.ч. при лечении энуреза).

Необходимость повторных госпитализаций для проведения курсов комплексной терапии и коррекции основных и коморбидных психопатологических проявлений имела место у 80% пациентов. В 30% случаев было рекомендовано оформление инвалидности.

Выводы

1. Проведенное исследование подтвердило, что ЗПР целесообразно рассматривать как сборную группу синдромов различной нозологии, имеющих сходную клиническую картину. Наиболее часто за фасадом ЗПР скрывается олигофрения, когнитивные и другие непсихотические расстройства вследствие органического поражения головного мозга, значительно реже – расстройства шизофренического спектра и аутизм.

2. Средний возраст первичной постановки диагноза ЗПР (5л.6мес.±1г.7мес.) и сроки его дальнейшей

верификации свидетельствуют о запоздалой диагностике, снижающей возможности оказания лечебно-реабилитационной помощи пациентам.

3. Выявление у ребёнка признаков ЗПР относится к компетенции детских специалистов (педиатр, невролог, эндокринолог, логопед и т.д.), а также воспитателей детских дошкольных учреждений и самих родителей. При подозрении на ЗПР необходима как можно более ранняя консультация врача-психиатра, в компетенции которого находятся вопросы верификации диагноза с учетом клинико-нозологических факторов, координация работы специалистов, а также налаживание альянса с родителями, от которого во многом зависит успешность помощи.

4. Специалисты первичного звена (педиатры, неврологи) должны обращать повышенное внимание на пациентов из группы риска (осложнённое течение беременности и родов, экзогенные интоксикации, частые и длительные соматические заболевания, задержка речевого развития) в плане дальнейшей патологии развития.

5. Своевременная диагностика ЗПР с учетом этиопатогенетических факторов, коморбидных психических расстройств, назначение адекватной терапии и комплексных реабилитационных мероприятий, включая выбор образовательного маршрута, должны способствовать предупреждению инвалидизации детей по психическому заболеванию и успешности их интеграции в обществе.

6. В ходе исследования при анализе медицинской документации не было получено данных о использовании пациентами электронно-вычислительной техники (планшеты, смартфоны, компьютеры). Изучение этого аспекта представляется перспективным ввиду существующей неоднозначности в оценке влияния устройств на психический онтогенез, растущей частотой встречаемости компьютерной и игровой зависимости.

Литература

1. Альбицкая Ж.В., Касимова Л.Н. Клинико-катамнестический анализ психических нарушений, диагностированных в раннем возрасте как задержка психического развития у детей, перенесших интра- и перинатальные повреждения центральной нервной системы. // Психическое здоровье. - 2014. - №: 9. - С. 36-42.
2. Альбицкая Ж.В. Проблемы диагностики и качества оказания психиатрической помощи как предиктор формирования инвалидизирующих психических расстройств у детей. // Социальная и клиническая психиатрия. 2018, т. 28 № 2 с.18-23
3. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных). // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 3. С. 11-16.
4. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей Российской Федерации в 1991-2012 гг. (эпидемиологическое исследование) // Ж.неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2014; 114 (1-2): 3-14.
5. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Исмаилова А.С. Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте // Российский психиатрический журнал. – 2015. - № 6. – С. 45-51.
6. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Деева М.А., Кормилицина А.С. Клинико-диагностические аспекты задержек психического развития в детском возрасте.// Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2016 (16), № 4 С.89-100
7. Saxena Sh., Jané-Llopis E., Hosman Cl. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice // J. World Psychiatry (пер. с англ. в «Обзоре

современной психиатрии». 2012. N 27. С. 14). 2012. N
5. P. 5–10

Терапия коитальной аноргазмии у женщин.

Айриянц И.Р., Ягубов М.И.

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ НМИЦ им.
В.П. Сербского*

Актуальность. Ведущую роль в патогенезе сексуальных расстройств у женщин (аноргазмий, диспареунии, дисгамии и т.д.) играют нарушения полового влечения. Известно, что «аноргазмия часто сочетается со снижением полового влечения или его отсутствием – алибидемией».

Материалы и методы. В наше исследование были включены 56 пациенток с первичной коитальной аноргазмией в возрасте от 22 до 43 лет. При обследовании пациенток применялись клинико-психопатологический, клинико-сексологические методы с использованием шкалы СФЖ (сексуальная формула женская), карты В.И. Здравомыслова (эрогенная реактивность), SFQ (Sex Fantasy Questionnaire) Г. Уилсона – опросника по сексуальным фантазиям с применением 7 бальной шкалы Ликерта.

Полученные результаты. Пациентки были распределены на три группы, исходя из сексопатологической симптоматики: первую группу составили пациентки с коитальной аноргазмией в сочетании с диспареунией и алибидемией, во второй группе коитальная аноргазмия наблюдалась на фоне гиполибидемии и в третьей группе – коитальная аноргазмия без нарушений сексуального влечения. В 1 группу вошли 21 (37,5%) женщин, страдающие коитальной аноргазмией в сочетании с алибидемией и диспареунией. Вторую группу составили 15 (26,7%) пациенток с коитальной аноргазмией на фоне гиполибидемии, и 3 группу составили 20(35,7%) женщин с изолированной коитальной аноргазмией. При анализе этапов психосексуального развития у 46,4% пациенток была выявлена задержка на эротической фазе, у 14,2% – на платонической. По результатам опросника SFQ у 35,7%

пациенток были выявлены латентные гомосексуальные тенденции: 61,9% в группе пациенток с алибидемией и диспареунией, 46,6% в группе с сочетанием коитальной аноргазмии и гиполибидемии. Средний возраст пациенток 1 группы составил $33 \pm 1,7$ лет. Среди особенностей психосексуального развития женщин 1 группы – высокий процент его задержки на ранних стадиях: 28,5% на платонической, 66,6% на эротической. При анализе их ответов на вопросы SFQ (опросник по сексуальным фантазиям) Г.Д. Уилсона, обращало на себя внимание высокая интенсивность и высокий процент присутствия фантазий с би-и гомосексуальным содержанием, сюжетов с платоническим компонентом. Была также установлена задержка психосексуального развития на платонической стадии и девиации либидо, маскировавшиеся за мнимой гиполибидемией и даже сексуальной аверсией. Достаточно высокий уровень частоты и интенсивности фантазирования у 80,1% ($p \leq 0,001$) пациенток также убеждают нас в том, что истинными причинами дисгамии и аноргазмии в этой группе являются нереализованные девиантные тенденции сексуального влечения. 23,8% пациенток из 1 группы имели опыт отношений с женщинами и, причем половина из них находила эти отношения более «возбуждающими», «комфортными» и «безопасными». Анализ карт эрогенных зон В.И Здравомыслова показал наибольшую реактивность клитора у 71,4% ($p \leq 0,001$) женщин и экстрагенитальных областей ($p \leq 0,01$). Интроитус и влагалищные зоны были отмечены, как негативная и болезненная область – у 90,4% ($p \leq 0,01$). При клинко-психопатологическом исследовании удалось выявить наличие шизоидных черт личности у 23,8% пациенток, истерических у 28,6%, и смешанных у 38%. Именно в этой группе наибольшее количество женщин, не имели постоянного партнера – 19%, что было обусловлено особенностями личности. Лишь 9% имели несколько партнеров. Во 2 группе средний возраст пациенток составлял $34,2 \pm 1,4$ года. У 53,3% из них выявлялась задержка психосексуального развития на эротической фазе, у 13,3 – на платонической. При анализе

сексологического анамнеза ответов на вопросы SFQ Г.Д. Уилсона, как и в 1 группе выявлялась большее, нежели в популяции присутствие в фантазиях полигамной, би-и гомосексуальной тематики, а также сюжетов с платоническим (романтическим компонентом). По карте В.И Здравомыслова, ожидаемо выявляются «лидирующие» зоны: клиторальная у 73,3% ($p \leq 0,001$) и молочные железы – у 53% ($p \leq 0,05$). Экстрагениальные зоны (рот, шея, внутренняя поверхность бедер средне-реактивные у 46,6% ($p \leq 0,05$). Интроитус и влагалищные зоны оценивались 80% пациентками ($p \leq 0,001$), как нейтральные или слабоположительные. Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить наличие у 33,3% пациенток 2 группы психастенических черт, у 40% истерических и у 26,6% шизоидных. По партнерской ситуации картина была следующей: у 6,7% было нескольких сексуальных партнеров, и 13,3% – не имели постоянного партнера. Среди женщин из 2 группы, опыт гомосексуальных отношений имели 20%, они называли его «интересным экспериментом», однако предпочли традиционные гетеросексуальные. Средний возраст пациенток 3 группы составлял $29,5 \pm 1,6$ лет. Задержка психосексуального развития на эротической фазе отмечалась у 20%. Результаты опросника Г.Д. Уилсона показали заинтересованность в романтическом компоненте сексуальных отношений, что объясняется фиксацией на эротической стадии либидо. Обращает на себя внимание интерес к полигамии, гомосексуальному контакту и переодеванию в одежду противоположного пола (интерес выше среднего на 10-30%). При сборе сексологического анамнеза и обсуждении результатов анкетирования, пациентки объясняли вышеупомянутый интерес и фантазии, тем, что сексуальные отношения с женщинами или с парой, представляются им менее «затратными» в эмоциональном и физическом плане, требующими меньше «стараний», без оргазма, или по крайней мере, без вагинального оргазма, который, с их точки зрения необходим во время гетеросексуального коитуса и

ожидаем со стороны партнера. Среди пациенток 3 группы 45% фантазировали на тему однополого секса, предпочитали сюжет группового сексуального контакта с участием двух женщин и одного мужчины, однако, реального подобного опыта не имели. Результаты по карте В.И Здравомыслова в этой группе выявило большую эрогенную реактивность экстрагенитальных зон – у 75% ($p \leq 0,001$), клиторальной зоны 80% ($p \leq 0,001$) и влагалищных зон – у 25% ($p \leq 0,05$). При клинико-психопатологическом исследовании у 35% пациенток были выявлены истерические черты личности, у 30% психастенические, у 15% шизоидные. Только 1 пациентка этой группы не имела постоянных партнерских отношений (встречалась с несколькими мужчинами параллельно). Остальные состояли в постоянных союзах и были заинтересованы в их сохранении и укреплении, в том числе и путем улучшения сексуальных отношений. Терапия сексуальных расстройств пациентов при наличии латентных тенденций полового влечения, представляет определенные трудности. его окружения к его «особенностям». Чаще всего латентные тенденции маскируются мнимой гиполибидемией, становятся причиной коитальной аноргазмии и часто приводят к сексуальной дисгамии. Ясно, что здесь когнитивная и разъяснительная психотерапия в паре и с партнером пациентки, с попыткой адаптировать его, научить «принимать партнершу» с ее би- или гомосексуальной направленностью либидо могут быть не только бесперспективны, но и разрушительны для отношений. Поэтому в первых двух группах (*помимо десенсибилизирующей терапии дисперунии*), велась индивидуальная психотерапия с пациенткой, направленная на осознание особенностей своего либидо, «проработка» негативных установок и запретов на сексуальное фантазирование с соответственной тематикой, разъяснение, того, что происходит вытеснение нежелательного, эго-дистонического сексуального влечения. На этом этапе 64% пациенток отметили

повышение настроения и уменьшение переживаний, «чувство облегчения». Обучение использовать имеющиеся особенности нормального по интенсивности либидо в виде эротических фантазий во время близости улучшило качество половой жизни у 35%. Пациенткам 3 группы проводилась индивидуальная и парная психотерапия (когнитивная и суггестивная), сеансы аутотренинга с элементами внушения, а также секс-тренинг, нацеленный на расширение зон эрогенной реактивности, усиление влагалищной чувствительности, включавший интеграцию мастурбаторных и оральных техник достижения оргазма в прелюдию партнеров и выработку адаптивного сценария близости, что позволяло обоим партнерам достигать большего удовлетворения в сексуальной сфере.

Детская амбулаторная психотерапия: опыт и перспективы.

Александрова Н. В., Денисова Н. Г.

Психотерапия в амбулаторных условиях вносят весомый вклад лечебно-реабилитационный процесс при психических расстройствах у детей. Не изменяя привычной жизненной среды, юные пациенты и их семьи получают положительное лечебное воздействие, подобранное с учетом их проблемы и семейно-средовой ситуации. В процессе работы в кабинете психотерапии психиатрического диспансерного отделения для детей и подростков нами накоплен собственный практический опыт, который состоит в следующем.

Максимально возможный положительный результат лечения психически больных детей возможен только при формировании семейного комплаенса. Это достигается, в том числе, и с помощью рациональной терапии: объяснения природы заболевания, действия лекарственных средств назначенных психиатром, механизма избранного метода психотерапии. Нами были разработаны направления рационального воздействия на родителей даже в рамках одного – первого психотерапевтического приема, которые позволяют повысить меру их ответственности за исход лечения и реабилитации и активизировать включенность в этот процесс.

Во всех случаях обращений проводятся элементы семейной психотерапии. Это помогает родителям принять факт психического заболевания ребенка, избегая завышенных требований, но и стараясь, по возможности, в семье создать условия для максимального его развития.

Существуют подходы, в которых семья и больной ребенок активно включены в психотерапевтический процесс. Это бихевиорально-когнитивное направление и семейная игровая психотерапия, в которые интегрирован комплекс психотерапевтических методов. Совместное участие в лечебном процессе родителей и детей повышает

терапевтическую эффективность. Однако не всегда удается привлечь родителей к длительному сотрудничеству в курсе психотерапии. Этому мешают их занятость работой, стигматизация семьи или ее нежелание прилагать усилия. Понимание того, что причиной инвалидности ребенка явилась психическая патология, очень тяжело переживается родителями в силу складывавшихся в течение прошлого века представлений о «карательной психиатрии» и мифов о лечении и ограничении возможностей. Во многих семьях не удается сформировать правильные представления о причинах и механизмах психического расстройства ребенка, прогнозе лечения, действии назначенных психиатром лекарственных препаратов.

Дети и подростки по причине морфо-функциональной незрелости их центральной нервной системы уязвимы к негативным психогенным воздействиям. Посттравматические стрессовые расстройства возникают у детей в ответ на большой круг психотравмирующих ситуаций, значимость которых может быть как весьма выраженной (чрезвычайные ситуации, смерть близких, автокатастрофы), так и, с точки зрения взрослых, практически ничтожной (гибель домашнего животного или потеря игрушки). Ведь система ценностей ребенка очень отличается от таковой у взрослого. Поэтому в ряде случаев возникает необходимость психотерапии острых стрессовых расстройств, которые послужили этиологическим фактором расстройства (при неврозах) либо усугубили имеющееся заболевание эндогенного либо органического регистров.

Для детей с трехлетнего возраста возможно проведение игровой психотерапии, которая позволяет ребенку начать лучше понимать себя, свои действия и эмоции, разбираться в своих чувствах [2, 4]. Этот метод не имеет нозологической специфичности и используется с детьми от 3-х до 7-11 лет при отсутствии противопоказаний. Дети этого возраста недостаточно вербализируют свои переживания. Игра для них является

естественной деятельности, способствую самовыражению и социализации, приобретению нового опыта, приносит удовольствие. В процессе взаимодействия с психотерапевтом, ребенок учится строить отношения с другими людьми, так как часто круг общения психически больного ребенка ограничен. Главный критерий для психотерапевтической работы с такими детьми – это возможность построения с ними контакта, так как без создания отношений «врач-ребенок» психотерапия невозможна. В процессе работы с ребенком врач продолжает поддерживать терапевтические отношения с родителями, отвечая на их вопросы и интересуясь изменениями, происходящими в поведении ребенка вне терапии.

С начала школьного возраста к игровой терапии присоединяется метод арт-терапии [3]. Этот метод может быть использован как в индивидуальной работе, так и в групповой. Обычно формируется нозологически неоднородная группа: как дети с инвалидизирующими эндогенными или органическими заболеваниями, так и пациенты невротического круга с нарушениями социальной адаптации. С помощью искусства (рисунок, лепка, оригами) и игры они отображают свои внутренние переживания, учатся лучше разбираться в своих эмоциях и чувствах. Ребенок получает обратную связь от других участников группы в виде принятия и поддержки, что позволяет расширить его социальный опыт.

С 14-15-летнего возраста используется метод групповой динамической психотерапии. В основе этого метода лежит создание терапевтической группы подростков, где в результате динамики лечебного процесса, возникают благоприятные межличностные отношения, что позволяет членам группы делиться своими проблемами, переживаниями. Атмосфера понимания и принятия создает благоприятный фон для личностного роста дальнейшей самоактуализации его личности. Улучшаются социальные навыки, что позволяет расширять и улучшать межличностные связи в обществе уже вне

терапевтической зоны. При этом психотерапия подростков предпочтительнее в группе, так как в этом возрасте очень важна оценка сверстников, а не взрослых.

Эффективным методом лечения органических заболеваний центральной нервной системы у детей и подростков является гипнотерапия. При повреждениях головного мозга происходят морфологические нарушения нервных клеток разной степени выраженности, нейрохимические сдвиги, нарушения соотношения процессов возбуждения и торможения, повышенная истощаемость с возбудимостью. А гипнотическое воздействие кроме функционального успокаивающего действия, нормализации соотношения возбудимых и тормозных процессов в ЦНС, оказывает и выраженное биологическое действие, нормализуя нейрохимические процессы. Одним из известных механизмов этого метода является стимуляция синтеза эндогенных опиатов, запуск реакции эустресса [6]. Эти процессы обеспечивают активизацию собственных восстановительных механизмов в организме в целом и центральной нервной системе в частности. Этот метод используется как в монотерапии, так и вместе с индивидуальной психотерапией, направленной на преодоление конкретных затруднений.

Широко используется поведенческая психотерапия, когда родители обучаются навыками подкрепления желательного поведения ребёнка. Совместно с психотерапевтом разрабатываются поведенческие стратегии, которые хорошо сочетаются с другими терапевтическими стратегиями (игровая терапия, арттерапия и др.). Такой всесторонний подход не только эффективно воздействует на поведение, но также способствует решению проблем, непосредственно не связанных с поведением, а именно: детская тревожность, осознание эмоций и эмоциональное самовыражение, обучению навыками совладения и т.д.

Использование указанных методов в сочетании с психофармакотерапией и логопедической коррекцией в ряде случаев приводит к уменьшению выраженности

симптомов психического расстройства и улучшает социальное функционирование детей. Однако такие положительные тенденции отмечаются у детей, родители которых своевременно обратились за лечебно-консультативной помощью.

Организация детской психиатрической помощи в регионе по методу полипрофессиональной бригады позволяет достичь выраженного терапевтического эффекта. Помощь достигается путем координированного включения в лечебно-диагностический и реабилитационный процессы таких специалистов, как психиатр, психотерапевт, клинический психолог, логопед и специалист по социальной работе. Но своевременному обращению за психиатрической и психотерапевтической помощью большинства нуждающихся в ней родителей больных детей препятствует стигматизация психиатрии. Это приводит к формированию запущенных случаев, нарушению адаптации и социализации детей и подростков, негативным социальным явлениям (суицидальному, аддиктивному и криминальному поведению).

Учитывая историческую и социальную обусловленность неоднозначного, часто некомпетентного и негативного, отношения населения к детской психиатрической помощи, мы считаем целесообразным формирование междисциплинарного взаимодействия, отраженного в работе Северного А. А., Иовчук Н.М. [5]. Поэтому к перспективам развития детской психотерапии мы относим выход из клинического пространства в социальные. Такой опыт накоплен и развивается с 2000-го года [1]. Налажено и продолжаются межведомственное взаимодействие, проведение мероприятий обучающего характера, популяризирующих психиатрию и психотерапию, работа со СМИ. Работа психотерапевтов во внешних социальных пространствах формирует лучшее понимание населением региона проблем детского психического здоровья и предлагаемых клинической психиатрией методов их решения, повышает доверие к

специалистам, оказывающим психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Литература

1. Александрова Н. В., Кадневский В.М., Дьяченко Е.Ю. Психологическое здоровье школьников: нужны системные решения // Народное образование. – 2013. - № 3. - С. 242-247
8. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии. М.: ЭКСМО-Пресс. - 2002. – 640 с.
9. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
10. Лэндрет Г.Л. Новые направления игровой терапии. Пер. с англ. М.: Когито-Центр. 2007. – 480 с.
11. Северный А.А., Иовчук Н.М. Междисциплинарное взаимодействие в психокоррекционной помощи детям и подросткам // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 2 (17). С. 215-216.
12. Тукаев Р. Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотнесении с диатез-стрессовыми моделями психиатрии. //Социальная и клиническая психиатрия. 2012, т. 22, № 2. С. 69-76

Реабилитация психически больных в психиатрическом дневном медико-реабилитационном отделении Омской психиатрической больницы

Александрова О.А., Лычкова Ю.В., Швидко Т.А.

Психиатрическое дневное медико-реабилитационное отделение открыто в 2002 году как реабилитационный дневной стационар на 50 мест. С февраля 2014 г., в соответствии с 566 приказом МЗ РФ, отделение преобразовано в психиатрическое дневное медико-реабилитационное отделение, внесены изменения в структуру и ставочный состав.

На сегодняшний момент отделение включает в себя:

- дневной стационар на 65 мест,
- лечебно-реабилитационный участок,
- два клубных помещения для пациентов:

Клуб № 1 (цокольный этаж 2 корпуса) предназначен для осуществления лечебного процесса, индивидуальной и групповой работы, а также является местом, где пациенты могут проводить время, общаться с друзьями, участвовать в «дневных программах» - играть в настольные игры, смотреть фильмы, читать книги и журналы под контролем персонала.

Клуб № 2 (3 этаж пищеблока) предназначен для проведения кружковых занятий по расписанию.

Основными задачами отделения являются:

а) осуществление медицинской деятельности, а именно: оказание лечебной, консультативно-диагностической, психопрофилактической, реабилитационной помощи в условиях дневного отделения;

б) осуществление социально-психологической помощи в условиях дневного отделения;

в) решение вопросов трудоспособности в соответствии с законодательством РФ.

г) обеспечение преемственности с психиатрическими диспансерными отделениями учреждения и другими подразделениями учреждения, а также другими учреждениями в лечении и социально-трудовой реабилитации психически больных;

д) освоение и внедрение в практику новых организационных методов амбулаторной помощи, современных средств и методов диагностики и лечения психических заболеваний, социально-трудовой реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта учреждений здравоохранения.

В отделении работает полипрофессиональная бригада специалистов. Работа с пациентами осуществляется в соответствии с индивидуальным планом лечения и психосоциальной реабилитации в рамках программы «Ведение случая» («Case management»). Включение пациентов в реабилитационные программы определяется уровнем их социальной адаптации. На Совете бригады оценивается динамика состояния, проводится коррекция проводимых мероприятий. Все виды помощи оказываются на основе принципа партнерства с пациентами в наименее стигматизирующих условиях.

Виды медицинской помощи, оказываемые в Отделении:

а) консультативно-диагностическая, лечебная и психопрофилактическая помощь;

б) психосоциальное лечение и реабилитация, в т.ч.

- индивидуальная работа (эмоциональная, психологическая, инструментальная поддержка; помощь в трудоустройстве с последующим психологическим сопровождением);

- групповая работа (в т.ч. психосоциальные, коммуникативные, рабочие, психотерапевтические, образовательные, «переходные» группы, библиотерапия и т.д.);

- работа с семьей, в т.ч. семейная психотерапия, психообразование;

- организация досуга, кружковая работа, терапия средой.

В отделении наряду с активным лечебным процессом, важное место занимает проведение психосоциальных мероприятий. Регулярно проводятся тренинги врачами, психологами, специалистами по социальной работе, медицинскими сестрами по различным направлениям.

В последние годы имеет место тенденция к увеличению числа пациентов, испытывающих потребность в организации дневной занятости, стремящихся к расширению кругозора, реализации творческих способностей, приобретению новых навыков. Для этой цели в отделении организованы кружки по интересам в сотрудничестве с рядом общественных организаций (Общественная организация инвалидов и их родственников «Новые возможности. Омичи») и волонтерских движений студентов ВУЗов (ОмГПУ, ОмГУ им. Ф.М. Достоевского, ОмГМУ), а также с участием в качестве ведущих пациентов, обладающих разнообразными творческими способностями.

Трижды в неделю проводятся занятия Вокального кружка «Веселые ребята», средней продолжительности 60 минут. Кружок регулярно посещает около 30 пациентов, причем постоянно идет обновление состава. Участники из числа пациентов клиники с удовольствием занимаются на репетициях и готовят выступления к дням Именинника, Дню «Психического здоровья», «Дню пожилого человека», календарным праздникам в подразделениях больницы и на общебольничных мероприятиях. Так, за 2015 год было проведено четыре общебольничных праздника: «Международный женский день», «День Победы», «Звуки наших сердец», «Новый год» на центральном пищеблоке. Участники кружка принимали участие в Третьем Московском международном Фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» (ноябрь 2014 г.).

Дважды в неделю идут занятия Театральной студии «Коммуналка», где ребята приобретают и закрепляют навыки по сценической речи, актерскому мастерству, готовят сценки, спектакли зарисовки по мотивам пьес. В спектаклях все роли исполняют лица, страдающие психическими расстройствами. Участники выступают на общепольничных мероприятиях, и в отделениях (в том числе принудительного лечения, где у пациентов нет возможности выхода за территорию). В 2012 г. театральная студия больницы принимала участие в гала-концерте Второго Московского международного Фестиваля творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны».

Дважды в неделю проводится кружок «Мягкая игрушка», где участники обучаются мастерству вязания, вышиванию, изготовления мягких игрушек и т.п. Материалы для работы приносят участники кружка, реализуют свои идеи на практике, обмениваются интересными решениями, делятся опытом работы в разных техниках.

Кружок «Палитра» объединяет желающих научиться рисовать. Кружок посещают пациенты с разными возможностями, и все получают одобрение, как других участников кружка, так и руководителя, и сотрудников отделения. Работы выставляются в отделении. А так же принимают участие в общепольничных творческих выставках, организованных и регулярно проводимых ко «Дню психического здоровья» с награждением отделений, концертом в Клубе-2.

Работы участников направляются для участия в Московском международном Фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны».

Поэтический кружок включает еженедельные встречи, где участники выступают, читают свои стихи, обмениваются мнениями. В 2012 году за счет спонсорских средств был выпущен сборник стихов, календарь со стихами и рисунками пациентов.

Шахматный кружок «Ход конем» объединяет любителей шашек и шахмат. Регулярно проводятся турниры среди пациентов. Здесь так же проводят обучающие курсы желающим приобрести навыки игры.

Большое внимание уделяется проведению спортивных мероприятий. В зимнее время – это настольный теннис, в летнее время волейбол, баскетбол, городки на открытой площадке. Стала традиционной Летняя спартакиада по разнообразным видам спорта (шашки, шахматы, дартс, командная спортивная игра, волейбол, настольный теннис). Привлекаются к участию пациенты, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. По итогам спартакиады проводится награждение команд почетными грамотами и призами. Вовлечение пациентов в спортивные мероприятия способствует формированию здорового образа жизни и ответственности за свое физическое здоровье, повышению коммуникации между участниками, увеличивает общую активность, способствует улучшению микроклимата в отделении. Контроль за проведением мероприятий лежит на сотрудниках больницы.

В течение ряда лет поддерживается связь с культурными и досуговыми учреждениями города Омска, администрация больницы составляет письма-обращения и договаривается с администрацией учреждений на благотворительное посещение театров, кинотеатров, музеев, выставок для пациентов ПДМРО и других подразделений больницы. Культурные учреждения города (ТЮЗ, Пятый театр) выделяют бесплатные билеты, предоставляя возможность лицам с психическими расстройствами смотреть спектакли, кинофильмы, выставочные экспозиции. Так же ежегодно организуется групповой выход на открытые выставочные площадки «Флора», «Агро-Омск», «Наутилус». Каждое лето пациенты отделения выезжают в Ачаирский монастырь. Администрация больницы выделяет автотранспорт для пациентов стационарных и детско-подростковых подразделений.

Ежедневная занятость пациентов приводит к улучшению качества жизни данной категории граждан, повышению мотивационного тонуса, самооценки, расширению круга общения, формированию навыков независимого проживания и др., а также способствует вовлечению лиц с психическими расстройствами в общественную жизнь.

Сексологическая помощь в современных условиях

Алексеев Б.Е.

Перспективы развития отечественной сексологии прямо зависят от двух непосредственных причин. Первая – включенность в контекст современных исследований сексуального функционирования человека в широком смысле слова. Вторая – адаптация организационной структуры сексологии в соответствии с потребностями общества.

В России первый пример комплексного подхода к сексуальности человека дал В.М. Бехтерев. В первые годы XX века В.М. Бехтерев высказал идею всеобъемлющего, комплексного, междисциплинарного изучения человека. Именно поэтому сексуальная сфера как наиболее важная была включена В.М. Бехтеревым в эту программу.

Не будет преувеличением сказать, что В.М. Бехтерев явился основателем отечественной сексологической школы. Начиная с 1891 года до 1928 года – года его кончины мы находим многочисленные публикации и протоколы выступлений Владимира Михайловича, посвященные различным аспектам, как тогда говорили, полового вопроса.

Эти исследования были новаторскими для своего времени и охватывали широкий диапазон проблем, которые разрабатывает и современная сексология.

В их числе фундаментальный вопрос о роли полов в наследовании признаков и о половом диморфизме. Также исследовались природа и закономерности сексуальности, ее отклонения в форме «половых извращений», физиологические механизмы полового возбуждения и их нарушение, лечение половых расстройств.

Большое значение В.М. Бехтерев придавал этическим вопросам сексуальных отношений и проблеме оздоровления половой жизни.

С точки зрения здоровья В.М. Бехтерев пропагандировал необходимость регулирования половой

жизни, а значит и полового поведения с целью профилактики нежелательных последствий. В полный рост этот вопрос встал со времени распространения в мире СПИД(а), которое в нашей стране достигло уровня эпидемии. А как мы можем уберечь наших подростков от ранних беременностей, от сексуального насилия, от СПИДа?! В стране нет должных государственных программ. Парадоксально! Хочется позвать – «Вперед – к В.М. Бехтереву!»

Гуманизм Бехтерева проявлялся в том, что он был против «высокомерного отношения к девушке с внебрачным ребенком» и к «бедному урнингу».

Он выступал за половое просвещение, за своевременное ознакомление детей родителями и воспитателями с половым вопросом и деторождением. Как современно это звучит! Он много пишет на эту тему не только в научных, но и в популярных изданиях. В России до сих пор эта проблема остается нерешенной и болезненной, что говорит об архаичности общественного сознания, погруженного в мифологическое мракобесие.

Другой наиболее значимой вехой в развитии отечественной сексологии стали труды и организационная деятельность проф. Г.С. Васильченко. Ученые, вступавшие на путь научного исследования сексуальной сферы человека, нередко подвергались остракизму. Примером может служить деятельность основоположника современной отечественной сексологии профессора Г.С. Васильченко. Свою замечательную научную концепцию, направленную на понимание сексуальных расстройств, он сформулировал в 1956 году, но защитить ее ему позволили только в 70-х годах. Сексологическая концепция профессора Г.С. Васильченко методологически обеспечила развитие отечественной сексологии и до настоящего времени она является наиболее передовой в мире.

Благодаря таланту и энергии профессора Г.С. Васильченко в союзе с тогда молодыми В.М. Масловым и сотрудником МЗ СССР А.С. Карповым удалось утвердить новую медицинскую специальность – «сексопатология».

А.С. Карпов, курировавший в МЗ СССР психиатрию, так или иначе участвовал во всех сексологических конференциях. Он помогал утвердить сексологию как специальность. Та атмосфера, в которой происходил бурный рост научных сексологических исследований и создание сети сексологической медицинской помощи явились своего рода ренессансом. Трудно представить, чтобы чиновничья среда наших дней порождала таких энтузиастов. Тогда люди были одержимы стремлением к знаниям. Для ренессанса характерна обращенность к человеку. Именно это ознаменовала сексология.

Значимость проблем, которые призвана решать сексология не подлежит сомнению. Однако нельзя оценить уровень их решения как минимум в последние два десятилетия как удовлетворительный.

В 2000 году ВОЗ приняла декларацию сексуальных прав человека, в числе которых провозглашаются:

- Право на сексологическую информацию, основанную на научных исследованиях.
- Право на всеобъемлющее сексологическое образование.
- Право на охрану сексуального здоровья.

Безусловно то, что названные аспекты взаимосвязаны. Без научных сексологических исследований невозможно сексологическое образование. Современные знания служат профилактике и охране сексуального здоровья людей. Кроме того, клиническая практика питает научные исследования. Но реализация этого комплекса возможна только при адекватной организации каждого из этих звеньев и всего комплекса в целом.

Вместе с тем имеются серьезные недостатки в организации сексологической помощи, которые носят системный характер. В нашей стране, благодаря трудам Г.С. Васильченко, родилась инновационная междисциплинарная модель сексологии. Однако некоторые группы специалистов, чаще это касается т.н. андрологов или психотерапевтов, воспроизводят

архаичную монодисциплинарную модель оказания сексологической помощи, от которой в последние годы стали отказываться западные специалисты. Но, если на западе теперь от узкого специалиста жестко требуется сертификация по обучающим сексологическим программам и ему предписывается алгоритм действий в процессе диагностики и лечения, четко очерчиваются рамки ответственности, которые строго контролируются, то в нашей системе здравоохранения любой специалист бесконтрольно имеет возможность практиковать с пациентами, которые имеют сексуальные расстройства.

Практика показывает, что такая стихийно складывающаяся структура предложений по оказанию помощи данному контингенту, имеет существенные недостатки. Невыполнение алгоритма оказания сексологической помощи приводит, например, к тому, что судьба пациента с функциональным расстройством может оказаться в руках хирурга, что нередко приводит к инвалидизации пациента. В то же время, психотерапевт не может без врача-сексолога правильно диагностировать и, следовательно, правильно лечить сексологического пациента, т.к. не будут выявлены соматические составляющие сексуального расстройства, а также специфические сексологические феномены, которые не входят в стандарт обучения психотерапевтов. В результате пациенты годами не получают эффективной помощи. Концепция о стадиях и составляющих копулятивного цикла показывают насколько сложной может быть структура сексуальных расстройств, приобретая сочетанный характер. Сексологи – носители профессиональных знаний и опыта, в силу плохой организации сексологической службы испытывают трудности в работе. В результате сокращается число специалистов данного профиля.

Различные разделы медицинской науки и практики вносят вклад в решение проблем пациентов с сексуальными расстройствами. В сложившейся ситуации возникает необходимость в целях координации действий

специалистов различных профилей в интересах пациентов интегрировать это многообразие в понятие **сексологическая медицина**. Данная парадигма позволит обоснованно на теоретическом и организационном уровне узаконить и реализовать алгоритм поэтапного оказания помощи сексологическому пациенту.

Существующая разобщенность специалистов свидетельствует об ограниченности кругозора и неготовности воспринимать пациента в его биопсихосоциальном единстве. Как пример, слабая осведомленность привела к утверждению одним из ведущих андрологов проф. Щеплевым П.А. на зарубежном конгрессе того, что лечение сексуальных расстройств является новым видом медицинской деятельности в России. Это было опубликовано в 2013 году. А, может быть этим безответственным заявлением, он хотел сообщить, что данная деятельность начинается с него?! Достаточно сказать, что в январе 2014 г. кафедре сексологии СЗГМУ им.И.И. Мечникова исполнилось 25 лет, возраст отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций НМИЦ ПН им. В.П. Сербского исчисляется десятилетиями, а история современного этапа отечественной сексологии составляет более 50-ти лет.

Возникающие новые требования к взаимодействию врачей разных специальностей ставят вопрос об общем понимании патогенеза сексуальных расстройств, диагностики и лечения сексологических пациентов. Это означает, что мы нуждаемся в подготовке различных специалистов сексологической медицины с различными практическими умениями, но с общим пониманием природы сексуальных проблем. Необходимо, чтобы был общий план подготовки для всех специалистов и дополнительные модули, по которым можно было бы готовить специалистов по направлениям сексологической медицины, например, таким как 1) консервативная терапия сексуальных расстройств и 2) хирургическое лечение.

Однако при существующем порядке в медицинскую сексологию вербуются специалисты только из психиатрии.

Сегодня встает вопрос о расширении этой базы. Целесообразно проводить переподготовку по сексологии также урологов, эндокринологов, гинекологов или даже врачей общей практики. Такой путь наиболее реалистичен для воплощения в жизнь. Но уже сегодня необходимо добиваться, чтобы в медицинских вузах преподавалась медицинская сексология.

В связи с задачами развития организационной структуры сексологической службы в стране нами был разработан ПРОЕКТ ПРИКАЗА МЗ РФ, который был передан в 2013 году в Министерство здравоохранения РФ и прошел общественное обсуждение. Приказ называется: **Порядок оказания медицинской сексологической помощи взрослому и детскому населению при сексуальных дисфункциях и расстройствах психосексуального развития.** Принципиальным новшеством является допущение к обучению с последующей сертификацией по специальности «сексология» не только психиатров, но и урологов, гинекологов, эндокринологов, врачей-психотерапевтов! Другим важнейшим аспектом данного проекта является его профилактическая направленность, т.к. предполагает выявление проблем психосексуального развития у детей и консультирование родителей по этим вопросам!

Повышение уровня оказания медицинской сексологической помощи населению предполагает утверждение алгоритма диагностики и лечения сексологических пациентов, а также разработку и утверждение стандартов оказания этой помощи на уровне МЗ РФ. Этому же будет способствовать развитие сети сексологических кабинетов и методическое сопровождение их деятельности. Решение этих проблем мог бы взять на себя Федеральный научно-методический и образовательный центр по проблемам сексологии. Поэтому мы должны обратиться в МЗ с предложением официально утвердить такой центр и наделить его соответствующими обязанностями и правами. Базой центра могли бы стать отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций

НМИЦ ПН им. В.П. Сербского и профессорско-преподавательский состав бывшей кафедры сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Целесообразно организовать инновационную структуру «Центр сексологической медицины», который будет осуществлять образовательную и лечебно-диагностическую деятельность. Данная деятельность будет осуществляться в рамках парадигмы, объединяющей консервативные и оперативные методы лечения на основе системного междисциплинарного методологического подхода. Деятельность такого центра позволит апробировать организационную модель сексологической медицины перед ее более широким внедрением.

Особенности полового самосознания у молодых мужчин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра.

Алексеева Г.Н.¹, Первичко Е.И.²

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России

²Кафедра нейро- и психопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова

В настоящее время транссексуализм, являющийся одной из наиболее часто диагностируемых форм расстройств половой идентичности, стал предметом изучения многих научных исследований [1,2,10]. Нарушения половой идентичности возникают в результате неправильного течения процесса идентификации в определенные периоды психосексуального развития, завершением которого является становление психического пола. Психический пол может определяться как континуум состояний с разным соотношением маскулинности и фемининности.

С точки зрения многих авторов [4,10] нарушения полового самосознания проявляются разными вариантами транссексуализма, характеризуясь, прежде всего, стойким осознанием своей принадлежности к противоположному полу. При этом индивид полностью отвергает свой гендерный статус и борется за смену паспортного пола и хирургическую пластику тела. Для пациентов с транссексуализмом является важным, чтобы в социуме их признали другими, в соответствии с желаемым полом, для них также важно получить подтверждающий это документ [7].

Смена пола в медицинском, социальном и юридическом понимании – это приведение гражданского пола в соответствие психическому полу пациента (Приказ

Минздрава России от 23.10.2017 г. № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола»).

Согласно принятой в России диагностической модели транссексуализма («Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», приказ МЗ РФ № 311 от 6.08.1999 г.) к основным симптомам транссексуализма относятся: полная идентификация полового самосознания и половой роли с противоположным полом; стойкие доминирующие идеи отвержения своего биологического и социального пола и идеи смены его на противоположный, наличие дисморфоподобных расстройств, гомосексуальная ориентация. К сопутствующей симптоматике относятся различные формы психосоциальной дезадаптации, проявляющиеся психогенными нарушениями, девиантным и деструктивным поведением, суицидальной активностью [6,10].

Решение вопросов дифференциальной диагностики, касающихся отграничения транссексуализма от других психических расстройств, симптоматика которого может быть включена в их клиническую картину, а также изучение половой идентичности и полового самосознания, определение полоролевых и сексуальных предпочтений, особенностей личности транссексуалов входит в задачи клинических психологов. [5,11].

Отечественные психологические исследования в области транссексуализма выявили конфликтность самосознания данного контингента пациентов вследствие большого разрыва между физическим и психическим образами «Я», глубокую диссоциацию между «Я-сегодня» (до операции) и «Я-завтра» (после операции). Первичным звеном в нарушении половой идентичности при транссексуализме является когнитивный образ, основанный на реальной телесной организации транссексуала. Негативное эмоционально-ценностное отношение возникает вторично в результате фрустрации значимых мотивов и жизненных целей [12].

Цель данного исследования – уточнить критерии дифференциальной психологической диагностики групп молодых мужчин с транссексуализмом и половой дисфорией при заболеваниях шизофренического спектра.

Объектом исследования явились мужчины, обратившиеся за помощью в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» с ощущением принадлежности к противоположному полу, идеей отвержения своего биологического и социального пола и желанием смены паспортного пола. В исследование было включено 25 мужчин в возрасте от 18 до 25 лет, с диагнозом транссексуализм - 9 мужчин, с диагнозом шизотипическое расстройство - 16 мужчин, и сравним в обеих группах.

Материалы и методы исследования

В работе использовались клинический, клинико-сексологический и клинико-психологический методы.

В экспериментально-психологическое исследование входил стандартный набор патопсихологических методик: «10 слов», «Пиктограмма» (модификация Б. Г. Херсонского, 1984), «Классификация» (модификация Л.С. Выготского и Б.В. Зейгарник, 1962), «4-й лишний», дополнительно проводились исследование самооценки по Дембо-Рубеншейн (С.Я. Рубинштейн (1970) и тест К. Махвер «Рисунок человека» (1948); также использовался «Цветовой тест отношений» (ЦТО) (Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В., 1998).

Данное экспериментально-психологическое исследование было направлено на изучение психосексуальной сферы и одновременно решало дифференциально-диагностические задачи.

В начале исследования проводилась частично структурированная клиническая беседа.

Результаты исследования

Сопоставление биографических сведений и данных, полученных в результате проведения экспериментально-психологического исследования, направленного на

изучение полового самосознания, позволило определить тип полоролевой идентичности пациента, его полоролевые и сексуальные предпочтения, получить представление о «Я-реальном» и «Я-идеальном» пациента в психическом и физическом планах.

Биографические данные, собранные как у самих пациентов, так и у их родителей, выявили следующие общие признаки у всех мужчин с шизотипическим расстройством и мужчин с транссексуализмом: нарушения детско-родительских отношений, воспитание по типу материнской гиперопеки, невротические расстройства в детском возрасте, предпочтение игр, интересов и одежды, характерных для девочек, чрезмерное фантазирование, негативное отношение к первичным и вторичным половым признакам, переживания отчужденности.

Особенности полоролевой идентичности

Идентичность в группе молодых мужчин с транссексуализмом характеризуется женской половой ролью. В группе молодых мужчин с шизотипическим расстройством идентичность фемининного типа представлена выраженной женской половой ролью, маскулинные черты в поведении представлены слабо.

Характеристика отношения к образу Я у мужчин с транссексуализмом и половой дисфорией при шизотипическом расстройстве

Образ Я у молодых мужчин с транссексуализмом характеризуется положительным эмоциональным отношением, для них типична идентификация с образом женщины на эмоциональном уровне (таблица). У молодых мужчин с шизотипическим расстройством в большинстве случаев выявлено негативное самоотношение. Для мужчин обеих групп характерна соотнесенность образов «Я-реальное» и «Я-идеальное».

Группы пациентов	позит ивный	амбивале нтный	негативн ый	Ито го
---------------------	----------------	-------------------	----------------	-----------

Мужчины с транссексуализмом	5	3	1	9
Мужчины с шизотипическим расстройством	1	5	10	16
Всего	6	8	11	25

Интериоризация женской половой роли

У мужчин с транссексуализмом образ женщины имеет позитивное эмоциональное отношение, женская половая роль усвоена, осознана ими. В группе мужчин с шизотипическим расстройством образ женщины не включен в ценностно-смысловую структуру личности, эмоциональная и смысловая интериоризации отсутствуют.

Полороловое поведение

Полороловое поведение у мужчин с транссексуализмом носит фемининный характер в общении как с мужчинами, так и с женщинами. У мужчин с шизотипическим расстройством поведение с лицами обоего пола имеет ещё более выраженный фемининный оттенок, приобретая гиперфемининный характер в общении с женщинами.

Сексуальное партнерство

Анализ сексуальных предпочтений выявил преобладание андрогинных черт (88%) в образе идеального партнера и фемининных (78%) в образе реального партнера у мужчин с транссексуализмом. Сексуальные предпочтения мужчин этой группы в большинстве своём не имеют четкой дифференцированности по полу.

Мужчины с шизотипическим расстройством в 61% случаев дают отрицательную или амбивалентную оценку немногочисленным половым контактам, испытывают сложности в установлении длительных отношений (75%), не удовлетворены половой жизнью, а в ряде случаев испытывают к ней неприязнь. Образ партнера слабо дифференцирован по полу, выявляются гомосексуальные предпочтения.

Кризис полоролевой идентичности

Становление полоролевой идентичности как в норме, так и при патологии происходит в результате преодоления кризиса идентичности в подростковом возрасте.

У всех мужчин с транссексуализмом кризис идентичности в пубертате характеризуется отсутствием идентификации со своим полом, недифференцированностью полоролевых предпочтений или присвоением противоположной своему полу идентичности. У этой группы мужчин нарушения телесного образа – испытываемый дискомфорт и чувство несоответствия, недовольство, желание изменения пропорций тела и очертаний лица - выражались в неприятии первичных (78%) и вторичных половых (67%) признаков и физиологических проявлений своего биологического пола (100%), в неприязни к своей внешности (55,5%). Суицидальные мысли возникали у 33% мужчин. Часто отмечались признаки социальной дезадаптации (67%).

Сомнения в своей половой принадлежности у мужчин с шизотипическим расстройством впервые возникли в подростковом возрасте у 81%. Для них типичным является наличие суицидальных мыслей и действий (38%). Неприятие первичных и вторичных половых признаков наблюдалось в 91% случаев и часто сочеталось со сниженным фоном настроения, переживаниями дисморфоманического характера и повышенной сензитивностью.

Закключение

Таким образом, экспериментальное патопсихологическое исследование пациентов, мужчин с транссексуализмом и с половой дисфорией при шизотипическом расстройстве, имеет дифференциально-диагностическую ценность для разграничения данных групп пациентов. Качественный анализ данных, полученных в результате дополненного патопсихологического эксперимента, позволяет

охарактеризовать особенности полового самосознания и психосексуальной сферы в представленных группах.

Несоответствие между полоролевой идентичностью и желаемой половой принадлежностью, недифференцированность сексуального партнера по полу; симптомы распада мыслительных процессов, диссоциация личностно-мотивационной и операционно-процессуальной сторон мышления, специфические расстройства эмоционально-личностной сферы по шизофреническому типу, снижение социального и личностного функционирования являются диагностически значимыми признаками при отграничении шизотипического расстройства от транссексуализма в процессе проведения дополненного патопсихологического исследования пациентов с половой дисфорией.

Дополненное патопсихологическое исследование достаточно информативно, его результаты учитываются в процессе дальнейшего оказания помощи пациентам, определяют направленность психотерапевтических мероприятий и вносят свой вклад в решение вопроса о целесообразности направления на медицинскую комиссию по смене паспортного пола.

Литература

1. Белкин А.И. Третий пол. М.: Олимп, 2000. 430 с.
2. Бухановский А.О. Транссексуализм: клиника, систематика, дифференциальная диагностика, психосоциальная адаптация и реабилитация: Автореф. дисс. ... доктора мед. наук. М., 1994. 48 с.
3. Васильченко Г.С. Справочник по сексопатологии. М.: Медицина, 1990. С.389-394.
4. Григорьева Т.Н. Клиника и терапия нарушений половой идентификации: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. С. 65-85, 100-122.
5. Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики. М.: Флинта, Наука, 2011. 216 с.

6. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 19, № 3.
7. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Шигапова В.И. Проблемы оказания помощи лицам с нарушением половой идентификации // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т. 18, №2. С.96-98.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд., М.: Медицина, 1995. 560 с.
9. Малыгин В.Л., Кутукова Е.А., Искандирова А.И., Кибрик Н.Д. и др. Особенности самосознания у лиц с расстройством половой идентификации // Психическое здоровье. 2015. № 8 (11). С. 31-34.
10. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). М.: Медицинское информационное агенство, 2012. 400 с.
11. Саламова Д.К., Ткаченко А.А., Ениколопов С.Н. Стратегия психологического исследования лиц с дисфорией пола // Российский психиатрический журнал. 2002. № 2. С. 33-40.
12. Соколова Е.Т. Самосознание при аномалиях личности. М.: МГУ, 1989. 215 с.

Методика МАРИ как интегративный психодиагностический инструмент оценки личности

Алиева Л.М.¹, Данилина М.В.²

¹ *ФГБНУ НЦПЗ, Москва.*

² *Тверской филиал Московского Гуманитарно-
Экономического Университета (Т.Ф. МГЭУ), Тверь.*

Актуальность. Методика МАРИ (MANDALA ASSESSMENT RESERCH UNSTRUMENT), в русском переводе «МАНДАЛА РЕСУРС ИССЛЕДОВАНИЕ», разработанная американским психологом и арттерапевтом Д. Келлог в 1975 г., появилась в России сравнительно недавно (2012 г.). Однако, она уже успела зарекомендовать себя как многомерный и эффективный метод исследования личности [1,2,4]. С 2018 года эта методика используется для психологического обследования пациентов Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье», участвующих в комплексной программе психосоциальной реабилитации, в частности, при проведении арттерапевтических сессий.

Указанная методика основана на архетипических символах и цветах, которые выбираются испытуемым интуитивно. Известно, что природа символов является древнейшим средством коммуникации, развивающейся на протяжении всей истории человечества. Символы имеют свой особый язык и связаны с бессознательными процессами в психике человека, а их выбор отражает индивидуальные психо-эмоциональные особенности личности. Помимо этого, оригинальностью методики является то, что она отражает жизненный цикл человека, состоящий из 14 стадий, размещенных в мандале по кругу и разделенных на четыре квадранта (первый квадрант: «Формирование», соответствует пренатальному периоду развития и соотносится со временем зачатия и

беременности; второй квадрант «Становление» – период детства и юности, который завершается полным отделением личности от родителей и обретением самостоятельности; третий квадрант «Расцвет» соответствует периоду личностной зрелости, профессиональному самоопределению, развитию и реализации личности в социуме; четвертый квадрант «Перерождение» – период завершения и трансформации, который отражает завершающий этап жизни человека, осмысление им прожитой жизни). Каждый квадрант имеет многомерное значение и оценивает психологические, соматические и духовные характеристики индивида. Все стадии имеют набор устойчивых психологических характеристик, которые были определены и описаны в результате 30-летних клинических исследований, проводимых создателем методики Д. Келлог и другими специалистами [1,2, 3]. Все стадии в верхней части мандалы (с четвертой по десятую стадию) отражают особенности проявления личности в социуме, а именно, особенности социального взаимодействия, возможности профессиональной самореализации, уровень социально-психологической зрелости личности. Стадии, относящиеся к нижней части мандалы (с одиннадцатой по третью стадию), отображают бессознательные психические процессы. Таким образом, методика МАРИ основана на принципе единства сознательного и бессознательного и позволяет определить особенности взаимодействия этих процессов, наличие внутренних конфликтов, личностные ресурсы индивида, психопатологические характеристики, а также опыт семейной системы.

В социально-психологическом ключе методика опирается на аналитическую теорию К.Г. Юнга, которая рассматривает личность как сложную систему, которая определяется психо-физиологическими особенностями человека и глубинным культурным опытом, связью с архетипами семьи, непосредственно связанных с личностью каждого.

По своей сути и структуре МАРИ представляет вариант проективной методики, интерпретация результатов в которой строится на анализе цветов, цветовых сочетаний и символов, их комбинации и местоположения как заданных (часть стимульного материала), так и проявляющихся в индивидуальном невербальном материале (рисунке в круге). Определяя, на каких стадиях находится личность, психотерапевт получает четкую картину проблем, с которыми в данный период жизни сталкивается человек, какие решает задачи и какие этапы индивидуального жизненного цикла проходит. Анализ цветовой гаммы, выбранной испытуемым, передает индивидуальные особенности проживания этих жизненных этапов.

Работа с методикой осуществляется в следующем порядке: графическое создание пациентом индивидуальной мандалы – изображения в круге, визуальное взаимодействие с архетипическими графическими конфигурациями, далее – выбор пациентом символов по принципу эмоциональной полярности и затем – выбор цветовых образцов к каждому из выбранных символов [4,5].

В настоящей статье представлен многомерный анализ личности пациента по методу МАРИ. В качестве примера предлагается описание случая пациента С., являющегося участником групповых арттерапевтических сессий более 2-х лет. Участнику 27 лет, длительность болезни 12 лет. Диагноз: шизофрения (F 20,0). Психологический портрет: общительный, проявляющий интерес к теме саморазвития и личностного роста, вместе с тем, тревожный, с низкой самооценкой, испытывает трудности концентрации внимания.

Анализируя особенности созданной пациентом мандалы, можно обратить внимание на следующие диагностические особенности рисунка: скудные оттенки цветовой палитры, пониженная плотность и яркость цвета, отсутствие основных цветов – желтого, синего, красного,

что отражает бедную эмоциональную жизнь, астенические и депрессивные проявления, снижение побуждений к деятельности. В мандале, созданной пациентом, все объекты «подвешены в воздухе», что свидетельствует об отсутствии или малом количестве «опор» в жизни С., а также о чувстве незащищенности, заниженной самооценке.

Анализируя выбор символов и цветов на другом рисунке, важно отметить, что С. выбрал символ на первой стадии в сочетании черного и красно-фиолетового цвета, указывающий на депрессивные тенденции, страх будущего, трудности в любых начинаниях. Цветовое сочетание на второй стадии указывает на регрессивные тенденции, связанные с идеализацией, чувством собственной исключительности, присутствует чувство фрустрации из-за острой потребности во внимании.

В то же время, зеленый цвет на седьмой стадии указывает на личностный потенциал, стремление к самореализации, независимости, стремление брать на себя ответственность. Выбранные цвета и символы на восьмой стадии указывают на потребность в одобрении, чувство зависимости, привязанности к матери (созависимые отношения). На двенадцатой стадии можно увидеть символы, указывающие на потенциальные возможности личности: интуицию, творческие способности, способность принимать ответственность, планировать будущее, чувство доверия.

Анализируя полученные результаты, можно отметить наиболее значимые характеристики С.: низкий энергетический потенциал, астеническое и депрессивное состояние, симбиотические (созависимые) отношения с матерью, трудности в социальной адаптации и личностной самореализации.

Таким образом, методика МАРИ как психодиагностический инструмент исследования позволяет дать интегративную оценку личности. Она предоставляет возможность получить данные о сознательных и бессознательных психических процессах,

индивидуальных характеристиках, стратегиях поведения и особенностях проявления социальной активности личности.

Литература

1. Takej M., Guide to use of Mandala Resource Study. Translation by Maria Danilina, Mari Creative Resources. 2013: 180.
2. Hallberg S. Interpretation of Mandalas in GM-therapy. Two interpretation models investigated and compared in connection with a case-study. Abstract. (Thesis in Danish.) Institute of Communication, Aalborg University, Denmark. 2010: 32.
3. Abt T. Introduction to Picture Interpretation –According to C. G. Jung. Zurich: Living Human Heritage Publications. 2005: 147.
4. Данилина М.В. Теоретические обоснования методики МАРИ как интегративного подхода к изучению личности // Актуальные проблемы практической психологии/тезисы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Тверь: ТФ МГЭИ. 2014: 9–13.
5. Данилина М.В. Методика МАРИ как интегрированный инструмент психологического исследования личности // Психология. Образование, социальная работа: актуальные и приоритетные направления исследований/ Материалы Всероссийской с международным участием научно-практической конференции студентов, магистров, аспирантов и молодых ученых. Тверь: ТвГУ. 2016: 79–82.

Оценка суицидальных тенденций у подростков, склонных к побегам и бродяжничеству.

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Ташкент*

Цель исследования: изучить влияние личностных особенностей девочек-подростков, склонных к побегам из дома и бродяжничеству на формирование суицидальных тенденций и намерений депрессивного генеза с оптимизацией психологической помощи.

Материал и методы: обследованы 48 девочек-подростков в возрасте 15–19 лет с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10-F91.2. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых использовался тест-опросник ПДО Личко.

Результаты исследования: с помощью теста Личко были выявлены акцентуированные черты характера: демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 12 больных (25%), дистимический тип был выявлен в 42% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными чертами (31 %) – в 13–14 лет. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев. В ходе исследования было установлено наличие только

суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки.

Выводы: установлены виды суицидальных тенденций в зависимости от личностных особенностей подростков, склонных к побегам из дома и бродяжничеству. Суицидальные попытки аффективного уровня наблюдались у подростков с дистимическим и тревожно-боязливым типом личности. Шантажного характера парасуициды были диагностированы у пациенток с демонстративными и застревающими типами личности. Импульсивные суициды отмечались у девочек-подростков с эмотивным типом личности.

Некоторые подходы к профилактике суицидального поведения у детей и подростков

Бебчук М.А., Безменов П.В., Басова А.Я. .

*ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», ФГБОУ ВО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

МКБ 10 определяет суицид как «акт с фатальным исходом, который умышленно был начат и исполнен самим погибшим субъектом, при условии знания или ожидания последним такого исхода, при чем исход рассматривается субъектом как инструмент в достижении желаемых изменений в самосознании и социальном окружении» (R.F.W. Diekstra, 1988). По данным ВОЗ ежегодно кончают жизнь самоубийством более 800 000 человек (частота самоубийств составляет 10,5 на 100 000 населения, 15,0 для мужчин и 8,0 для женщин, ВОЗ, 2018). На каждого человека, совершившего самоубийство, приходится 20 суицидальных попыток. Суицидальные попытки остаются важнейшим фактором риска совершения самоубийства в дальнейшем (ВОЗ, 2014). Самоубийства совершаются людьми на протяжении всей жизни, однако, в возрасте от 15 до 29 лет они становятся второй по значимости причиной насильственной смерти, уступая только гибели в автодорожных происшествиях. Мужчины совершают самоубийство достоверно чаще, чем женщины (1,6:1), однако для суицидальных попыток ситуация обратная.

В России, как и во всем мире, с 2001 по 2017 гг. происходило заметное снижение частоты суицидов с 39,5 на 100 000 населения в 2001 г. до 13,5 на 100 000 населения в 2017. Одновременно с этим, по данным ВОЗ, за последние годы отмечался значительный рост суицидов, совершаемых детьми и подростками. Так, по данным ВОЗ 2016 г., покончили с собой 9,368 (5,130 мальчиков и 4,238 девочек) детей в возрасте от 10 до 14 лет, в возрасте 15-19 лет – 52,750 (25,690 мальчиков и 27,060 девочек). Еще более резко выросли суицидальные проявления.

Так, в 2014 г. в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» было госпитализировано 4576 ребенка, из них 262 с суицидальными проявлениями (5,73%), в 2015 г. из 4497 поступивших – 409 с суицидальными проявлениями (9,09%), а в 2016 г. – 660 человек из 4730 (13,95%). В 2017 г. в Центр поступили 4995 человека, из них 801 (16,0%) - с суицидальными проявлениями.

В 2018 г. в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» поступило 5749 детей, из них 1042 ребенка с суицидальными проявлениями (18,12% от всех поступивших). 93% этих детей госпитализируются по экстренным показаниям, в том числе по скорой медицинской помощи, часть детей была переведена из других стационаров после консультации специалистами Центра им. Г.Е. Сухаревой. Суицидальное поведение у подростков в 2018 г. было представлено преимущественно суицидальными мыслями – 30,5% и суицидальными угрозами шантажного характера 33,9%, реже отмечались шантажно-демонстративные суицидальные попытки 21,7%, наиболее редко отмечались истинные суицидальные попытки –13,9%.

Согласно существующей биопсихосоциальной парадигме в психиатрии, суицид и суицидальное поведение также представляют собой единство биологических, психологических и социальных нарушений.

На биологическом уровне существует достаточно большое количество подтвержденных данных о генетической предрасположенности, лежащей в основе некоторых форм суицидального поведения.

Психологические особенности подросткового возраста, способствующие аутоагрессивному, в том числе суицидальному поведению включают: недифференцированность отношений привязанности, несформированность навыка вербального обсуждения проблем, недостаточность мотивации и навыков разрешения проблем в сфере межличностных отношений, низкую стрессоустойчивость в ситуациях социальной

неопределённости, склонность к подражанию, отождествлению, имитации.

Социальные факторы, влияющие на суицидальное поведение включают микро- и макросоциальные факторы. Микросоциальные факторы (особенности семьи ребенка) включают: неустойчивость родительского поведения в кризисных ситуациях, недостаточность навыка решения родительских/семейных проблем, непонимание, страх и недоверие к службе психического здоровья со стороны родителей, принятие решений без опоры на факты и достоверную информацию, вина и стыд в связи с суицидальным поведением ребенка, изоляция.

К провоцирующим макросоциальным факторам можно отнести: низкий уровень толерантности в обществе и в окружении ребенка, отсутствие культуры получения профессиональной психологической и психиатрической помощи, стигматизация лиц с психическими нарушениями и службы психического здоровья в целом, отсутствие доступной статистики, единого алгоритма действий среди профессионалов, протокола профессиональной помощи и механизмов преодоления юридических коллизий, возникающих при ее оказании.

Нередко, суицидальное поведение подростка представляет собой сигнал, «крик о помощи», поэтому, несмотря на чувство безнадежности и безысходности, они могут неосознанно «сигнализировать» окружающим о своих намерениях. В группу риска по суицидальному поведению в первую очередь попадают подростки страдающие психическими заболеваниями, находящиеся в сложной семейной ситуации (болезненный развод родителей, предпочтение родителями одного ребенка по отношению к другому, жестокое обращение в семье, психически больные родственники), испытывающие серьезные проблемы в учебе, не имеющие друзей, устойчивых интересов, хобби, переживающие разрыв отношений, утрату привязанности, имеющие семейную историю суицида (или ставшие свидетелями суицида, либо

сами пытавшиеся покончить с собой), употребляющие алкоголь, психоактивные вещества.

Профилактика суицидального поведения складывается из этапов первичной (досуицидальной), вторичной и третичной профилактики.

Первичная профилактика осуществляется до возникновения суицидальных попыток и направлена на формирование и укрепление противосуицидального барьера. В нее включаются:

- Государственная программа повышения толерантности и дестигматизации душевнобольных и психиатрической помощи;
- Массивная «атака» в интернет пространство и в СМИ антисуицидальной направленности (мероприятия в публичном поле);
- Тотальное просвещение в сфере ментального здоровья;
- Профилактическое психологическое семейное консультирование;
- Повышение квалификации и формирование «суицидальной настороженности» у специалистов, работающих с детьми и подростками.

Вторичная профилактика проводится на этапе уже имеющегося суицидального поведения и препятствует осуществлению суицидального акта.

В нее включаются:

- Выявление суицидального риска, в т.ч. у детей с депрессией;
- Кризисные консультации по телефону и онлайн;
- Помощь психолога и врача-психиатра в кабинете кризисной помощи;
- Консультация врача-психиатра в учреждениях ДЗМ соматического профиля в 100% случаев при поступлении ребенка в связи с суицидальной попыткой;
- Плановая и экстренная госпитализация в психиатрический стационар при угрозе жизни;
- Обязательное участие родителей в программе лечения ребенка.

Третичная госпитализация проводится на этапе реабилитации в стационаре и после выписки и направлена на предотвращение рецидивов суицидального поведения. В нее входят:

- Комплексная специализированная помощь в условиях психиатрического стационара с обязательным участием родителей в программе лечения и реабилитации

- Активное наблюдение каждого случая на постгоспитальном этапе в условиях дневного стационара, медико-реабилитационного отделения и амбулаторного звена с обязательным участием родителей на всех этапах сопровождения

- Очное или телефонное сопровождение каждого случая (дети и родители) при возникающей угрозе дестабилизации

Важнейшую роль в профилактике суицидального поведения на всех этапах играет семья. С одной стороны, она является мощнейшим антисуицидальным фактором для ребенка, давая ему чувство защищенности, эмоциональную привязанность, возможность справляться с субъективно значимыми тяжелыми жизненными ситуациями. С другой, если внутрисемейные отношения нарушены, она может фактически подтолкнуть к совершению самоубийства, став «последней каплей» в океане проблем. В связи с этим семье как одной из адресных групп должно быть уделено особое внимание. Крайне важно, чтобы воздействие на семью имело своей целью повышение родительской устойчивости и возможность выявления проблем ребенка задолго до того, как они послужат причиной суицидального поведения.

В качестве индикаторов эффективности первичных профилактических мероприятий целесообразно использовать в первую очередь снижение числа госпитализаций по поводу суицидальных попыток.

Показателем эффективности вторичной и, особенно, третичной профилактики может случить снижение частоты регоспитализаций в связи с суицидальным поведением.

С сожалением приходится констатировать, что до сих пор участники системы профилактики суицидов с наибольшей активностью включаются в работу уже после того, как суицидальное поведение становится очевидным для окружающих и служит для них сигналом к действию.

Важной площадкой профилактики суицидального поведения может стать информационное пространство, в первую очередь Интернет. Создание антисуицидальных сайтов информационной и психотерапевтической направленности, видеороликов с антисуицидальным содержанием, противосуицидальных приложений для мобильных устройств и т.д. окажет сильное профилактическое воздействие на целевую аудиторию.

К истории организации амбулаторной геронтопсихиатрической помощи в Москве

В.В. Вожжов, С.А. Баскакова

ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

Основная часть психически больных позднего возраста нуждается не в стационарной помощи, а в амбулаторной помощи [3,11,12]. До конца восьмидесятих годов амбулаторная психиатрическая помощь населению пожилого и старческого возраста оказывалось участковыми психиатрами в психоневрологических диспансерах. Причем, в отличие от стационарной психиатрической помощи, в диспансерах специально не выделялись структуры и специалисты оказывающие такую помощь. Необходимость структурного выделения амбулаторной геронтопсихиатрической службы аргументировалась наличием в пожилом возрасте особых психических расстройств (сосудистых и атрофических психозов, инволюционных параноидов, меланхолии и прочих расстройств), высокой частотой сопутствующих соматических заболеваний и лекарственных осложнений у пожилого контингента, а также высокой частотой неблагоприятных социальных ситуаций (одиночество, реакции горя и утраты, внутрисемейные конфликты, трудности самостоятельного передвижения, недостаток материальных средств и другие) требующих активной помощи [6,7,12]. Ситуация изменилась в конце восьмидесятих годов, когда была создана первая в России амбулаторная форма геронтопсихиатрической помощи. Сотрудники НЦПЗ РАМН (проф. В.А. Концевой, проф. В.С. Ястребов и другие) разрабатывали организационную модель амбулаторной геронтопсихиатрической помощи [6,7,11,12]. В 1986 г. на базе психоневрологического диспансера №10 Пролетарского района г. Москвы (главный врач - канд. мед. наук А.Е. Огнев) был открыт геронтопсихиатрический кабинет, на основе которого было создано амбулаторное гериатрическое отделение НИИ

клинической психиатрии ВНЦПЗ АМН СССР. Это отделение являлось центральным звеном разрабатываемой модели амбулаторного геронтопсихиатрического комплекса [6,7,11,12]. В рамках этой организационной модели был также открыт геронтопсихиатрический кабинет на базе городской территориальной поликлиники [9]. За время деятельности отделения накоплен и обобщен значительный опыт по амбулаторному обслуживанию психически больных позднего возраста, отраженный в нескольких десятках научных публикаций; защищен ряд диссертаций, тем или иным образом связанных с данной темой [4,9,11,12]. В тоже время, наряду с научной работой, отделением оказывалась повседневная амбулаторная помощь населению позднего возраста, обслуживаемого ПНД №10. Для обеспечения полного объема медицинской и медико-социальной помощи больным позднего возраста как в условиях амбулаторного приема, так и на дому, психоневрологическим диспансером №10 было выделено 2 ставки врача–психиатра для обслуживания данного контингента (в других диспансерах амбулаторное обслуживание больных пожилого и старческого возраста продолжало осуществляться участковыми врачами-психиатрами). Работа участковых геронтопсихиатров ПНД №10 осуществлялась в тесном взаимодействии с врачами амбулаторного геронтопсихиатрического отделения НЦПЗ РАМН. В период работы отделения количество часов приема врачами-консультантами достигало 25 часов в неделю, от НЦПЗ была выделена ставка заведующего отделением, ставка медицинской сестры, вел прием врач-терапевт. В рамках этого эксперимента получены важные данные о составе контингента получающих амбулаторную психиатрическую помощь. В последующие годы в Москве были открыты еще 3 геронтопсихиатрических кабинета на базе ЦСО, организованные МНИИП [1,8,10]. После сворачивания данной научной программы НЦПЗ в ПНД №10 осталось два геронтопсихиатрических участка.

Следует однако отметить, что опыт организации геронтопсихиатрических участков не нашел сколько-

нибудь серьезного распространения. В последующие десятилетия можно насчитать еще только около половины десятка подобных кабинетов, открытых в Москве, Твери, Ленинграде, Саранске [2,3,5,11]. Возникает вопрос, почему геронтопсихиатрические кабинеты и геронтопсихиатрические участки не были организованы в большинстве психоневрологических диспансеров? Казалось бы, психиатрическая помощь в этом случае оказывается участковым врачом-психиатром, имеющим дополнительную подготовку и опыт в области геронтопсихиатрии, что несомненно должно было бы положительно отражаться на качестве амбулаторной геронтопсихиатрической помощи. Кроме того, по мнению О.С. Румянцевой [11], организация геронтопсихиатрического кабинета в условиях психоневрологического диспансера приводит к выявлению нового контингента пожилых лиц с психическими расстройствами. Напротив, в условиях общего психиатрического участка этот контингент представлен лишь отдельными случаями, а также по мере старения пациенты исчезают из поля зрения ПНД, особенно больные, остающиеся без поддержки родственников. А наличие геронтопсихиатрического кабинета способствует повышению качества геронтопсихиатрической помощи как для больных с функциональными, так и с органическими психическими расстройствами.

Однако существует ряд неизбежно проявляющихся особенностей, невыгодно отличающих геронтопсихиатрические участки от обычных психиатрических участков, негативно отражающихся на их работе, и, по-видимому, препятствующих широкому распространению практики выделения особых геронтопсихиатрических участков. К таким особенностям геронтопсихиатрических участков следует отнести намного большую, чем обычно территорию обслуживания, равную примерно половине всей территории, обслуживаемой диспансером (при двух участковых геронтопсихиатрах), или всей территории, обслуживаемой

диспансером (при выделении одной ставки геронтопсихиатра), необходимость значительно большего объёма работы на дому по сравнению с другими участками диспансера, большие временные затраты на прием одного пациента старческого возраста по сравнению со средним статистическим пациентом диспансера (что связано с грубым замедлением психических процессов у пациентов старших возрастных категорий, обусловленных возрастными и органическими причинами, а также с необходимостью уделения достаточного внимания лицам, сопровождающих пациента на прием, сложностями оценки соматоневрологического состояния и другими причинами), большую динамику состава геронтопсихиатрических участков связанную с повышенной заболеваемостью и смертностью психически больных старческого возраста, большой объём работы, связанный с недобровольным психиатрическим освидетельствованием, решением вопросов о дееспособности и устройстве в дома-интернаты, обуславливающими существенное увеличение нагрузки на участкового врача-геронтопсихиатра, по сравнению с другими участками диспансера. Кроме того нельзя не отметить, что некоторые пациенты негативно относились к передаче их с обычного участка на геронтопсихиатрический участок в связи с достижением 60-тилетнего возраста. Предпринятая в ПНД №10 попытка добиться более адекватного обслуживаемому контингенту соотношения между часами амбулаторного приема и часами работы на дому путем выделения так называемых еженедельных «выездных дней», целиком посвящённых работе на дому, не смогла полностью решить особые проблемы геронтопсихиатрических участков.

Нельзя не отметить, что опыт диспансерной работы свидетельствует о недостаточной подготовленности молодых специалистов, выпускников ординатуры по психиатрии, в области геронтопсихиатрии. Это касается не столько вопросов диагностики, сколько вопросов особенностей терапии. Как показывает опыт, наиболее часто на практике можно говорить о не вполне адекватных

возрасту дозировках препаратов, необоснованном назначении корректоров, недоучете соматического и неврологического состояния пациентов, назначении транквилизаторов без учёта особенностей метаболизма лекарств в старческом возрасте, далеком от оптимального назначении метаболических церебропротекторов и антидементных препаратов, существенных погрешностях при выборе антидепрессантов, недоучете высокой вероятности развития побочных эффектов, неоправданном стремлении использовать депонированные нейролептики.

Таким образом, описанный опыт организации амбулаторной геронтопсихиатрической помощи был важен, однако в настоящее время на наш взгляд, ключ к улучшению качества амбулаторной психиатрической помощи лежит не в организации особых геронтопсихиатрических кабинетов и участков, а в повышении уровня подготовки в области геронтопсихиатрии участковых психиатров обычных психиатрических участков.

Литература

1. Баскакова С.А., Полищук Ю.И. Религиозная стратегия совладания с тревожными и депрессивными расстройствами в позднем возрасте. // Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов при организации помощи при психических расстройствах». М., 2009, С. 340
2. Богдан М.Н., Долгов С.А., Ротштейн В.Г. Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: больные, недовыявленные диспансером, или новый контингент? Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1997. Том 97. - №3. - С.53-56
3. Виноградова Р.Н., Лугинина О.В. Организация внебольничной геронтопсихиатрической помощи. // Сборник тезисов конференции «Организация психиатрической и наркологической помощи в РСФСР». М., 1991.- С. 32-33.

4. Сафарова Т.П., Белова М.Ю., Гусева О.А., Вожжов В.В. Перспективное фармакоэпидемиологическое исследование амбулаторных геронтопсихиатрических больных. // Психиатрия. – 2004. - №2. – С.33 – 38.
5. Земельштерн Ю.В., Бовина Е.Н. Психопрофилактическая и лечебная работа геронтопсихиатрического кабинета при районном психоневрологическом диспансере. Лечение и реабилитация психически больных позднего возраста. Л., 1990. С. 103-107.
6. Концевой В.А., Ястребов В.С., Огнев А.Е. Отделение внебольничной геронтопсихиатрической помощи. // Журн. Сов. Мед., 1987 - №7 - С. 71-73.
7. Концевой В.А., Трифонов Е.Г. Внебольничное отделение геронтопсихиатрической помощи в структуре районного психоневрологического диспансера. //Проблемы «нестеснения» в современной психиатрии. -М., 1991.- С. 75-78.
8. Летникова З.В. Опыт работы геронтопсихиатрического кабинета на базе КЦСО.// Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов при организации помощи при психических расстройствах». М., 2009, С. 347
9. Михайлова Н.М. М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники. Клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты : Автореф. дис. док. мед. наук :М., 1996, 36 с.
10. Полищук Ю.И. , Гурвич В.Б., Летникова З.В., Баскакова С.А. Полипрофессиональный подход к улучшению психического здоровья лиц позднего возраста в условиях центров социального обслуживания. // Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов при организации помощи при психических расстройствах». М., 2009, С. 353

11. Румянцева О.С. Геронтопсихиатрическая помощь: преимущества специализированной организационной формы // В сб.: Материалы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии» М., 2007, С. 144-145.
12. Трифонов Е.Г. Клинические и социальные аспекты психической патологии позднего возраста и принципы организации геронтопсихиатрической помощи// Автореф. дис. док. мед. наук. М., 1999. – 48 с.

Вожжов Владимир Владимирович, кандидат
медицинских наук, врач-психиатр

ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ; e-mail:
wwozhoww@gmail.com

Баскакова Софья Александровна, врач-психиатр,
врач-психотерапевт,

Москва, ; e-mail: *adelgess@mail.ru*

Проблема насилия в обращениях абонентов телефона доверия в Омской области.

Белебеха Е.А., Малыхина В.А., Кузьмина К.Н.
Пурясова Е.Г.

Насилие в семье является одной из самых острых и распространенных социальных проблем. Во всём мире насилие ежегодно становится причиной смерти более 1,5 миллионов людей. На каждую насильственную смерть приходится десятки случаев госпитализации, сотни выездов служб неотложной помощи и тысячи визитов к врачам. Помимо этого, насилие часто влечёт за собой пожизненные последствия для физического и психического здоровья пострадавших и их взаимодействия с другими людьми, а также может замедлять экономическое и социальное развитие. От насилия в семье не застрахован никто. Случается оно даже в благополучных на первый взгляд семьях. Об этом не принято заявлять вслух. Жертвы домашней тираннии часто готовы терпеть издевательства и ждать перемен к лучшему.

Семейное насилие — это повторяющийся с увеличением частоты цикл физического, сексуального, словесного, психологического и экономического оскорбления и давления по отношению к своим близким с целью обретения над ними власти и контроля. Суть любого насилия – это стремление максимально унижить жертву, поскольку только таким способом тот, кто проявляет насилие, может на время почувствовать себя «выше». Напряженность жизни, бездуховность, стрессы, социальная неустроенность, утрата ориентиров и семейных ценностей, возросшая алкоголизация... Все это в значительной степени формирует благодатную почву для возникновения той или иной формы насилия. Насилие – это не только физическая, грубая сила, как принято считать, но и более изощренные, психологические формы воздействия. Эта проблема характерна для всех социальных слоев

населения, но социально неблагополучные семьи она затрагивает чаще.

Выделяют несколько *форм насилия*:

1) физическое насилие - преднамеренное нанесение физических повреждений различной степени тяжести; побои, ограничения в еде и сне, вовлечение в употребление алкоголя и наркотиков и т.п.;

2) сексуальное насилие - преднамеренное манипулирование телом человека как сексуальным объектом; вовлечение в проституцию, порнобизнес и т.п.;

3) психологическое насилие (поведенческое, интеллектуальное, эмоциональное и проч.) - преднамеренное манипулирование человеком (ребенком или взрослым) как объектом, игнорирование его свободы, достоинства, прав, и приводящее к различным деформациям и нарушениям психического развития.

4) экономическое насилие - это контроль над финансовыми и иными ресурсами семьи, выделение жертве денег на «содержание», принуждение к вымогательству, запрет на получение образования и/или трудоустройство, намеренная растрата финансовых средств семьи с целью создания напряженной обстановки.

Психологическое насилие является самой распространенной формой семейного насилия и включает в себя различные формы: угрозы, унижения, оскорбления, чрезмерные требования, чрезмерная критика, ложь, запреты негативное оценивание, фрустрация основных нужд и потребностей, изоляция. Именно психологическое насилие является «ядром» насилия, его исходной формой, на основе которого может возникнуть физическое и сексуальное насилие.

Все эти формы воздействия на человека носят выраженный деструктивный характер и приводят к утрате доверия к себе и миру, беспокойству, тревожности, нарушениям сна и аппетита, депрессии, агрессивности, угодливость, низкой самооценке.

Возрастает склонность к уединению, формируются суицидальные наклонности и может возникнуть

личностная психопатология различной этиологии - наркотические зависимости, булимия, анорексия, соматические и психосоматические заболевания - язва желудка, аллергии, избыточный вес, нервные тики.

Дети и подростки, ставшие свидетелями домашнего насилия, перенимают гендерную модель поведения и воспроизводят её в следующем поколении. Наблюдается высокий риск криминального поведения (80 % склонны к преступлениям, 40 % — к жестоким).

В психологической науке выделяют несколько моделей насилия в семье, к которым предрасполагают такие факторы как низкая самооценка, алкоголь, наркотики, проблемы коммуникации, социальная изолированность, социальные, психологические и психиатрические проблемы, депрессивность, отсутствие самоконтроля, суицидальные наклонности, агрессивность, ранняя беременность матери, потеря ребенка и детей, физические и психические недостатки. К внешним (социальным) факторам насилия относятся: бедность, низкий уровень дохода, безработица, социальная изоляция и закрытость семьи, перенаселенность, низкий образовательный и культурный уровень. Особенность насилия в семейном контексте – и для насильника, и для жертвы – состоит в необходимости продолжать общение, которое становится крайне болезненным, сохранять и поддерживать систему межличностных взаимоотношений.

Синдром посттравматического стресса возникает в ответ на совершенное насилие и проявляется спектром таких симптомов как: навязчивые воспоминания и сны; повышенная тревожность; скрытность и стремление к одиночеству; снижение эмоциональности; склонность к депрессии и употреблению наркотических средств; немотивированная жестокость, агрессивность, агрессия, направленная на себя; суицидальные тенденции.

Согласно официальной позиции ВОЗ, причины насилия отчасти обусловлены биологическими и иными личностными факторами предрасположенности человека к агрессии, однако чаще такие факторы взаимодействуют с

семейными, общинными, культурными и прочими факторами внешнего характера и таким образом создают ситуацию, в которой возникает насилие. С заявлением в полицию обращается 10 % жертв от общего количества совершенных насилий. Одни стесняются, другие не хотят «выносить сор из семьи». Около половины граждан США сообщают хотя бы об одном эпизоде насилия в жизни в жизни, 16,4% – в течение последнего года. В первичном звене здравоохранения наблюдаются схожие (55,1%) показатели. 39,5% женщин, прерывающих беременность, делают это вследствие насилия. В наркологической клинике их доля снижается до 37, среди пациентов обычного госпиталя – до 26%. У лиц старше 70 лет ДН встречается в 11,9% случаев, среди детей – 0,3 случая на 1000 лиц соответствующего возраста. Распространенность случаев ДН в Австралии колебалась от 2,1 до 28%. Существенная разница зависела от дефиниции насилия. В США одна треть женщин в течение жизни хотя бы раз оказывается жертвой ДН, в Аргентине их число достигает 50%. Статистика во всех случаях в первую очередь была тесно связана с деятельностью специалистов первичной медицинской сети. Хотя женщины тоже могут быть агрессивны по отношению к своим партнёрам – мужчинам (мужьям, сожителям), последние всё же более склонны к насилию. По данным Всемирной организации здравоохранения, от 10 до 69% женщин подвергаются разным формам насилия многократно в течение длительного времени. Жертвами внутрисемейных убийств чаще становятся жёны, реже – родители, ещё реже – дети, братья и сёстры [1].

Человеку необходимо осознать себя либо в качестве жертвы, либо в качестве насильника, осознать свой психотравмирующий опыт, внутренне принять его и выразить, примиряясь с прошлым. Этот шаг является крайне важным для избавления от душевных страданий. Он помогает освободиться от бремени разрушительных переживаний, чувства вины и помогает строить свою жизнь более конструктивно.

Для того, чтобы преодолеть последствия семейного насилия и выйти из ситуации посттравматического стресса, нужна профессиональная помощь психологов и психотерапевтов.

Таким образом «Телефон доверия» становится все более актуальным и удобным способом получения помощи в кризисных ситуациях. В современном обществе человек испытывает огромное количество стрессов. В условиях политического, экономического, и духовного кризиса ценности человека, как индивидуума, находятся под угрозой. Даже в окружении множества людей человек часто чувствует себя одиноко и испытывает эмоциональные страдания. Межличностное общение зачастую настолько поверхностно и неграмотно, что некоторым людям становится трудно найти друзей и в трудные минуты жизни не с кем поговорить, поделиться своими проблемами, не у кого спросить совета и получить поддержку. В этой ситуации работа «Телефона Доверия» приобретает особую актуальность, так как предлагает мгновенную поддержку любому, кто в ней нуждается.

На территории Омской области с 1991 года функционирует отделение «Телефон доверия с кабинетом медико-социально психологической помощи», как структурное подразделение Омской областной клинической психиатрической больницы. Телефон доверия оказывает экстренную медико-психологическую помощь лицам, находящимся в кризисных и суицидоопасных состояниях. С целью повышения доступности специализированной помощи, с 2010 года возможности помощи по телефону были расширены. Телефон доверия стал многоканальным, выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами Омской области.

Оказание помощи осуществляется по принципу полипрофессиональной бригады с участием психиатра, психотерапевта, психиатра - нарколога и клинического психолога. Количество обращений на Телефон доверия в связи с популяризацией данной службы постоянно увеличивается. Среднее число обращений на «ТД» Омской

области колеблется от 8 до 13 тысяч в год. В сутки на Телефон доверия поступает от 25 до 45 обращений.

Анализ проблематики телефонных обращений показал, что в 2012 – 2016 гг. наряду с проблемами здоровья, которые составляют 39 % от всех профильных обращений, выделяется специальный раздел обращений по поводу семейных отношений, которые в среднем составляют -12% от проблемных обращений. Это проблемные обращения, связанные с супружеской и партнерской изменой, разводом, распадом семьи, конфликтными отношениями, сексуальной и/или психологической совместимостью.

Количество обращений по вопросам насилия в семье составляет около 15% от обращений в связи с семейными отношениями. Звонки данной проблематики включают в себя сообщения о физическом, психологическом, эмоциональном и сексуальном насилии. О семейном насилии зачастую заявляют косвенно, не напрямую. Домашнее насилие в семье распространяется не только на супружеские пары, но и на сожителей, бывших супругов, родителей и детей. Причинами насилия в семье могут быть психологическая несовместимость партнеров, вредные привычки и девиантное поведение, склонность к асоциальному образу жизни членов семьи, пребывание и освобождение из мест заключения в связи с правонарушениями, нестабильная экономическая ситуация в стране, безработица, деформация восприятия института семьи и брака.

Людям, страдающим от насилия в семье тяжело принять помощь, как от близких, так и от других людей. Довольно часто они просто боятся обращаться за помощью, стесняются, стыдятся своего положения и огласки. В этом случае психотерапевтическая помощь по телефону представляет собой единственный возможный вид интервенции лицам, переживающим семейные конфликты. По своей доступности помощь по Телефону доверия превосходит другие виды психотерапии: помощь можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно,

конфиденциально. Помимо психологической помощи консультанты Телефона доверия могут оказывать и информационную поддержку, помогая тем самым определиться в правильности дальнейших действий потерпевших. В центрах социальных служб для семьи и молодежи есть возможность получить социальную и правовую помощь. Помочь могут и в управлении по делам молодежи. Непосредственно с заявлением следует обращаться в органы внутренних дел.

Предупреждение насилия решается путем взаимодействия в рамках системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, педагогического и правового характера. Телефон доверия часто становится первым видом помощи, а иногда и единственным, к которому прибегают лица в ситуациях связанных с насилием.

Литература

1. М.П. Сергеев, А.В. Голенков. Насилие в семье: распространенность, причины, профилактика. – Чебоксары, 2004
[//http://giduv.com/journal/2004/2/violence_in_family](http://giduv.com/journal/2004/2/violence_in_family)

Основные направления развития внебольничной психиатрии в системе здравоохранения

Бобров А.Е., Довженко Т.В.

*НМИЦ ПН им. В.П. Сербского,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва*

Распространенность психических расстройств в первичной медицинской сети составляет от 30 до 40%, что сопоставимо с эпидемией. Ее преодоление требует безотлагательного использования специальных организационных, терапевтических и профилактических методов. Однако, внедрение указанных методов на протяжении последних 30 лет происходит слишком медленно. Причина этого - недостаточная развитость соответствующей научно-методологической базы, что, в свою очередь, сказывается на образовательно-кадровых и организационных шагах, предпринимаемых в рамках реформирования отечественной системы здравоохранения.

Прослеживая развитие психосоматической медицины в нашей стране, можно выделить несколько методологических подходов, на базе которых происходит взаимопроникновение психиатрии и соматической медицины. Первый рассматривает значительную часть психических расстройств, выявляемых в общей медицинской сети, как преимущественно стертые или неразвернутые психопатологические формы психических заболеваний шизофренического или аффективного спектра, либо тревожных и стрессовых расстройств. Психические расстройства понимаются как коморбидные состояния. Согласно такому подходу, диагностикой и лечением психических расстройств в медицинских учреждениях общего профиля должны заниматься врачи-психиатры, являющиеся проходящими консультантами. Этот подход можно обозначить как консультативный, и он вписывается в модель традиционной консультативной психиатрии.

Второй подход заключается в том, что психические расстройства не рассматриваются как самостоятельные болезненные формы. Они расцениваются как факторы, отягощающие протекание основных соматических заболеваний. Это, прежде всего, состояния, угрожающие жизни больных (например, нарушения сознания, психомоторное возбуждение, галлюцинозы, острые энцефалопатии). В последнее время в рамках такого подхода психиатры и медицинские психологи стали обращать внимание на организацию лечебного процесса, а также на жалобы и поведение больных, препятствующее либо затрудняющее распознавание и терапию соматических заболеваний. Сюда можно отнести различного рода психопатологические симптомы, затрудняющие выполнение медицинских процедур или обследований. К ним относятся снижение приверженности терапии, необоснованные отказы от обследования и лечения, симуляция, сокрытие симптоматики, немотивированные протесты и агрессия, самоповреждения, провокативное поведение, психологическое «давление» на врачей, и т.п. Ведение таких больных – это прерогатива врачей общего профиля, а психиатр или психолог должен оказывать им посильное содействие в рамках своих профессиональных компетенций. Названный подход можно охарактеризовать как оптимизационный, и он вписывается в модель узко специализированной и высокотехнологической помощи.

Третий подход заключается в том, что психопатологическая симптоматика расценивается как существенный и даже необходимый компонент психосоматических заболеваний. Психические и соматические расстройства рассматриваются в неразрывном единстве, при котором органическая патология взаимосвязана с нарушениями поведения и эмоциональными реакциями. При этом психические нарушения понимаются как отражение аномалий поведения, которые возникают вследствие сдвигов в функциональных системах организма, объединяющих

соматические и психологические компоненты адаптации. Этот подход укладывается в развивающуюся в настоящее время мультиморбидную концепцию, согласно которой многие заболевания представляют собой мультиорганную и трансдисциплинарную патологию, включающую изменения ЦНС и психофизиологических основ поведения. В целом этот методологический подход соответствует персонифицированной модели медицины и направлен на улучшение качества жизни, связанного со здоровьем.

На практике перечисленные подходы нередко смешиваются. Это приводит к противоречивости профессиональных ролей, в которых выступает психиатр, оказывающий помощь пациентам соматических лечебно-профилактических учреждений. В первом случае он выступает как независимый и сторонний консультант, самостоятельно диагностирующий и подбирающий терапию больному. Во втором он принимает на себя роль эксперта, выявляющего неэффективность взаимодействий между условиями оказания помощи, врачом и пациентом. Благодаря участию психиатров и психологов в таких случаях осуществляется коррекция психосоциального звена лечебно-профилактических процессов, а в ряде случаев санкционируется применение мер медико-психологического, социального и даже юридического характера. В простейшем случае дается направление на недобровольную госпитализацию, преодолеваются конфликтные ситуации или осуществляется коррекция негативных установок больного по отношению к проводимому лечению. И только при третьем методологическом подходе психиатр становится полноправным участником медицинской бригады, осуществляющей многостороннюю диагностику и вырабатывающей терапевтическую тактику и стратегию. В этих случаях можно говорить о психиатрическом и медико-психологическом сопровождении больных. Такое сопровождение лежит в русле формирования интегративной медицинской помощи.

Анализ работы медицинских учреждений и взаимодействия врачей первичной помощи с психиатрами, психотерапевтами и медицинскими психологами свидетельствует о том, что в нашей стране доминирует консультативная модель. В некоторых случаях используется оптимизационный подход, а модель сопровождения фактически отсутствует за исключением ситуаций эксклюзивного медицинского обслуживания.

Следует отметить, что все три названных подхода подразумевают образовательную работу, которая адресована как к интернистам, так и к специалистам по психическому здоровью. Ключевыми задачами консультативной модели являются своевременная диагностика психопатологических состояний, разработка оптимальных терапевтических и профилактических алгоритмов. С этим тесно связано обучение врачей первичной практики, разработка для них специализированных образовательных программ и создание психиатрических (психотерапевтических) кабинетов в многопрофильных учреждениях здравоохранения. В рамках консультативной модели главной задачей врача общего профиля является выявление лиц с психическими расстройствами и направление их к психиатру на консультацию и лечение. В целом же ряде случаев лечащие врачи могут оказывать посильную помощь пациентам (например, назначать антидепрессанты) под контролем консультирующих психиатров.

Оптимизационная модель подразумевает включение психиатров и медицинских психологов в технологические цепочки лечения, реабилитации и профилактики отдельных форм соматических заболеваний. Это могут быть больные, перенесшие инфаркт миокарда или инсульт, лица, страдающие онкологическими, костно-суставными, эндокринными заболеваниями или ВИЧ-инфекцией. Ввиду относительно стабильного набора требований к психическому состоянию таких пациентов, арсенал психодиагностических и психотерапевтических

мероприятий в подобных случаях ограничен. При этом основное внимание специалистов по психическому здоровью бывает нацелено на развитие коммуникативных и других психологических навыков, борьбу со стрессом, преодоление дезадаптирующих защит личности и алекситимии, формирование конструктивных копингов, освоение роли больного и образование групп поддержки. Эта форма помощи осуществляется как одна из опций базисной соматической терапии, где лечащий врач фактически на постоянной основе сотрудничает с психотерапевтом или психологом. В случаях же выявления тяжелых психических расстройств эти пациенты переводятся на консультативные формы психиатрической помощи.

Лечащие врачи, не являющиеся психиатрами, в рамках оптимизационной модели должны знакомиться с основными психологическими проблемами пациентов (например, кризис поло-ролевой идентичности после экстирпации матки и яичников, реакции отрицания при некоторых опухолевых процессах, дисморфофобические, суицидальные тенденции, демобилизационные и гиперкомпенсаторные реакции после инфарктов и параличей). Это необходимо для улучшения психологической среды и повышения уровня профессиональной этики в соответствующих лечебных подразделениях, создания условий для возникновения групп самопомощи. Однако основная задача по психологической реабилитации таких пациентов ложится на службы психического здоровья.

Существенно более сложные задачи встают в случаях медико-психологического сопровождения больных. Прежде всего необходимо сформировать надлежащий контакт с семейными врачами и врачами общего профиля, курирующими пациентов. Для реализации этой задачи надо кардинальным образом повысить уровень знаний указанных специалистов в сфере психического здоровья и создать надлежащие формы постоянного взаимодействия с ними. Следующим шагом

является разработка систем многосторонней квалификации психического состояния пациента и его динамического мониторинга. Однако указанные системы не должны ограничиваться фиксацией психопатологической симптоматики. Они должны учитывать ведущие стереотипы поведения и социального взаимодействия пациентов, а также субъективной интерпретации ими жизненных событий, которые провоцируют ухудшение психического и соматического состояния (например, служебные или семейные конфликты). Естественно, что большая роль должна отводиться дистанционным и комплексным методам оценки состояния больных.

Определение основных моделей и функций внебольничной психиатрии имеет немаловажное значение для усиления организационных и образовательных мер по привлечению внимания к общемедицинским аспектам психического здоровья. При этом, как показывает опыт, приходится сталкиваться с серьезным сопротивлением как со стороны управленческого аппарата и администрации лечебно-профилактических учреждений, так и части медицинского сообщества. Дело в том, что перенос акцента на психическое здоровье может существенно сказаться на сложившемся распределении приоритетов медицинских специальностей, а также серьезным образом затронуть концептуальные, статусные, управленческие и экономические характеристики современного здравоохранения. Поэтому в качестве доводов, направленных против расширения психиатрической помощи в общесоматических учреждениях выдвигаются такие соображения как перегруженность работающих в них врачей, их недостаточная компетентность в области психиатрической диагностики и этики, а также вероятность необоснованного применения психофармакологических препаратов. Ряд аргументов связан с трудностями профессиональной подготовки по психиатрии и психотерапии, которая в том или ином объеме потребует у врачей, не являющимся психиатрами. Кроме того, важное значение имеет стигматизация психических расстройств, в

результате чего врачи якобы будут избегать постановки таких диагнозов и тем более проводить соответствующее лечение. Имеются возражения и иррационального порядка. Они обычно сводятся к тому, что попытки врачей общей практики оказывать помощь пациентам с психическими расстройствами будут провоцировать агрессию и суицидальное поведение, вызывать у больных «зависимость от препаратов», создавать условия для необоснованного привлечения врачей к юридической ответственности за действия за пациента.

Все эти возражения повторяются на протяжении многих лет и не выдерживают критики при непредвзятом обсуждении. Тем не менее, главным доказательством необходимости развития психиатрической помощи в условиях общемедицинских учреждений, может явиться только реальный опыт такой работы, который доказывал бы преимущества перехода к оптимизационной модели или модели медико-психологического сопровождения.

Такой опыт был получен в Московском НИИ психиатрии, в котором на протяжении 20 лет разрабатывалась методология внебольничной психиатрии, и был предложен целый ряд соответствующих организационных и образовательных мероприятий. Многие из них предполагают существенное изменение практики последипломного образования врачей и формирование у них новых профессиональных компетенций. С этой целью были разработаны необходимые медико-юридические основания, определены этические критерии, подготовлены методические материалы и образовательные программы. К указанным компетенциям относятся выявление основных психических расстройств с использованием сокращенной классификации психических расстройств и формулирование соответствующего диагностического заключения. Был предложен ряд показаний и ограничений для назначения в условиях первичной медицинской практики противотревожных, антидепрессивных и антипсихотических препаратов. Описаны алгоритмы их

применения и порядок супервизии со стороны психиатров (психотерапевтов). Были изучены основные типы взаимодействия терапевтов с пациентами. С учетом этого разработаны рекомендации по обучению врачей коммуникативным навыкам и методам краткой психокоррекции. Апробирована «эпидемическая» система взаимодействия психотерапевта и участковых врачей. Организован ряд психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, прослежена динамика обращения в них населения, а также структура таких обращений. Описаны организационные формы внебольничной психиатрии в условиях первичной медицинской практики. Большое внимание уделялось оптимизации работы с врачами первичного звена здравоохранения и их руководством.

Принципы и этапы амбулаторной терапии расстройств пищевого поведения.

Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В., Линева Т.Ю

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии,
Медицинский Институт ФГАОУ ВО «Российский
университет дружбы народов», Москва*

Нервная анорексия и нервная булимия-наиболее часто встречающиеся виды расстройств пищевого поведения (РПП). Наряду с ними, хотя и значительно реже, выявляются атипичные формы этих заболеваний, так называемое компульсивное переедание и набирающие в последнее время значительный рост такие расстройства как избегающее/ограничительное расстройство приёма пищи, бигорексия, орторексия, прегорексия и другие. В последнее десятилетие отмечается значительный рост расстройств пищевого поведения, что обусловлено увеличением числа аффективной и тревожной патологии в популяции, а также дисморфофобических и социофобических переживаний. Немаловажную роль в росте количества РПП играет и мощный прессинг средств массовой информации, увлечение молодёжи глянцевыми журналами, девайсами и социальными сетями, быстрота получения и распространения информации в различных пабликах с использованием интернета. Наблюдается и высокая коморбидность расстройств пищевого поведения с аффективной патологией, тревожными расстройствами, аддиктивными нарушениями, расстройствами личности. Такой полиморфизм клинических проявлений РПП, сочетаний их с другими видами психической патологии, вовлечённость родителей и ближайшего окружения пациентов в их нездоровые поведенческие пищевые паттерны, длительность заболевания и тенденция к хронификации определяют сложности как диагностики, так и лечебно-реабилитационных подходов. Длительное время считалось необходимым стационарное лечение пациентов, нередко по витальным показаниям, в

психиатрические больницы с комплексным лечением, включавшим усиленное наблюдение за больными, диетотерапию со строгим режимом питания, парентеральным введением питательных растворов, кормление с помощью назогастрального зонда, соматотропное и психотропное лечение и значительно реже – психотерапевтическое воздействие. Некоторые психиатрические школы пропагандировали и настаивали по сути на изоляции пациентов и их насильственном кормлении. Однако в последние десятилетия в связи с определенным патоморфозом РПП, увеличением доли менее тяжёлых случаев заболевания, появлением значительно более безопасных психофармакологических средств и разработкой психотерапевтических методов лечения, стало возможным ведение больных с РПП исключительно в амбулаторных условиях или как можно более ранний переход со стационарного этапа терапии на амбулаторный. Критериями возможности оказания внестационарной помощи при РПП являются: отсутствие тяжелого истощения-кахексии с угрожающими жизни вторичными сомато-эндокринными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, головного мозга, водно-электролитного обмена, отсутствия гипотермии. Наиболее важными для определения лечебной тактики являются особенности психических и поведенческих нарушений у больных с РПП: это навязчивый, либо умеренно-сверхценный характер дисморфофобических переживаний, легкий или средний уровень аффективной патологии, отсутствие грубых форм патологического пищевого поведения, включая рвоты, применение мочегонных и слабительных препаратов, суицидальной настроенности пациентов. Важнейшими условиями осуществления успешного амбулаторного лечения являются критичность как самих пациентов, так и их родственников, желание сотрудничать с врачом, настрой на выполнение рекомендаций и требований психиатров, диетологов, врачей-стоматологов, психотерапевтов и медицинских психологов. При наличии вышеуказанных

критериев возможен своевременный перевод больных с этапа стационарного лечения на амбулаторный. Существующие в настоящее время возможности оказания амбулаторной психиатрической помощи этому контингенту больных являются приемлемыми, но в силу возраста пациентов, специфики клинических проявлений РПП, полиморфизма психических, соматических и поведенческих проявлений этих заболеваний, целесообразным является создание специализированных центров по оказанию полипрофессиональной амбулаторной помощи больным, консультативного обеспечения и психотерапевтического сопровождения родственников пациентов. Создание первого в Москве специализированного центра, включающего обширное амбулаторное звено с широкой представленностью психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, терапевтов, эндокринологов, диетологов позволит, надеемся, значительно улучшить внестационарную помощь этому сложному, все увеличивающемуся количественно и в возрастном диапазоне контингенту больных.

Эволюция психического дизонтогенеза с позиций детской амбулаторной психиатрической службы

Вожжов В.В., Баскакова С.А.

ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

Как известно структура психиатрической заболеваемости и болезненности среди детского контингента в последние годы существенно изменилась, что, возможно, связано с эволюцией психического дизонтогенеза [3], это в свою очередь обуславливает необходимость пересмотра акцентов в организации помощи детям с психическими расстройствами в условиях психоневрологического диспансера.

Нами проанализирован состав континента детей, получавших амбулаторную психиатрическую помощь на детском психиатрическом участке в 2018 году и 15 лет назад (в 2003 году) в одном из районов Южного административного округа города Москвы. Проанализированы и сопоставлены данные статистической отчётной документации этих лет, в том числе, процентный состав детей, находящихся под диспансерным наблюдением и получавших консультативно-лечебную (амбулаторную) помощь. Также использовались данные диспансеризации детей в возрасте двух и шести лет в 2018 году.

Выявлены следующие основные тенденции изменения состава контингента. С одной стороны, существенно возрос удельный вес больных с расстройствами аутистического спектра, что соответствует литературным данным, свидетельствующим о существенном росте данной патологии в последние годы [2,3,4]. Удельный вес больных детским аутизмом различного генеза (без учета других общих расстройств развития аутистического спектра) за эти годы вырос в 6 раз и составил в 2018 году 33% от всех детей, находящихся под диспансерным наблюдением (почти во всех случаях это были тяжелые формы детского аутизма, требующие

присвоения больным категории «ребенок-инвалид»). Причем речь идет об истинном росте числа таких больных, а не об изменениях в диагностических подходах. Так, число больных с тяжелой и умеренной умственной отсталостью возросло незначительно (на 13%), что говорит не в пользу возможного предположения о росте числа больных детским аутизмом за счет изменений в диагностических подходах к больным с умственной отсталостью. Отчетные данные исключают и возможное предположение о росте числа и удельного веса больных за счет изменения диагностических подходов при постановке диагноза детского типа шизофрении в пользу детского аутизма, в том числе, так называемого «регрессивного» аутизма, поскольку даже в 2003 году число больных с диагнозом шизофрении составляло всего 3 человека. Следует отметить, что диагнозы, установленные больным с расстройствами аутистического спектра, верифицировались их всесторонним амбулаторным или стационарным обследованием в ГБУЗ «НПЦ ПЗД им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ», НЦПЗ. Можно согласиться с утверждением о преимущественной эпигенетической природе роста расстройств аутистического спектра [3], что, однако, не избавляет от необходимости дальнейшего расширения генетических консультаций наблюдаемого контингента. Особую проблему составляют сибсы детей с расстройствами аутистического спектра. Часто у этих детей бывают достаточно выражены пограничные психические расстройства, на наличие которых родители, сосредоточенные на помощи другому своему ребёнку с тяжёлым расстройством аутистического спектра, не обращают должного внимания. В решении этой проблемы могли бы помочь специалисты по социальной работе в области психиатрии, специализирующиеся на помощи детям.

С другой стороны, значительно сократилось (более, чем в 6 раз) число больных с непсихотическими психическими расстройствами резидуально-органического генеза, которые проявлялись преимущественно

неврозоподобными расстройствами в виде заикания, энуреза, тиков, что также совпадает с литературными данными [3]. При этом речь идет не о существенном перераспределении потока таких детей от детских психиатров к другим специалистам (неврологам, урологам, логопедам), а о реальном снижении распространенности неврозоподобных расстройств, что подтверждается статистикой результатов диспансеризации детей района участковым детским психиатром. Создаётся впечатление, что если раньше декомпенсация резидуально-органической церебральной симптоматики происходила чаще в период так называемого «второго возрастного криза», приходящегося на младший школьный возраст[1], то в настоящее время декомпенсация резидуально-органической церебральной симптоматики приходится на ранний возраст и приводит к более тяжелым нарушениям.

Существенно снизилось за последние 15 лет число больных эпилепсией, находящихся в группе диспансерного наблюдения, что, однако, напрямую связано с организационными изменениями в системе помощи таким детям и не отражают истинных показателей болезненности эпилепсией среди детей изучаемого района.

Хотя литературные данные [3] свидетельствуют о росте расстройств пищевого поведения в детском возрасте, в 2018 году среди детей района не было установлено ни одного диагноза данной категории. Остается очень распространённым синдром дефицита внимания с гиперактивностью, хотя в настоящее время можно говорить об отсутствии заметной динамики распространенности этого расстройства среди детей района.

Данные диспансеризации 2018 года свидетельствуют о существенном росте удельного веса детей с задержками речевого развития. Однако отставание в речевом развитии в большинстве случаев не сопровождаются расстройствами аутистического спектра. Среди детей в возрасте от двух до трех лет, проходящих диспансеризацию, отставание в

речевом развитии, главным образом, расстройство экспрессивной речи выявлено более, чем в 50% случаев. Изучение анамнеза обследуемых детей не позволяет говорить о возрастании роли антенатальной, перинатальной и постнатальной патологии в генезе такого отставания. Возможно, определенную роль в генезе этого отставания могли сыграть и определенные изменения в условиях семейного воспитания в век цифровых технологий. Известно, какую роль играет в речевом развитии детей первого и второго года жизни их общение и взаимодействие с матерью.

Наш опрос матерей дошкольников (проведенный при диспансеризации детей, поступающих в дошкольные учреждения) показал, что почти половина опрошенных матерей, находясь дома, проводит в интернете (социальные сети и пр.) больше времени, чем в общении со своим ребенком. Понятно, что существенное увеличение процента детей с нарушениями речевого развития требует дальнейшего изучения, и его нельзя объяснить коммуникативной депривацией из-за поглощенности родителей гаджетами, также, как и тем, что современные подгузники являются еще одним фактором, сокращающим время коммуникации матери и ребенка в период становления навыков опрятности. Однако беспокойство вызывает толерантность родителей к отставанию детей в речевом развитии. Нередко можно услышать фразы: «Вот мой брат начал говорить в 4 года, а я начала говорить в 3 года и сейчас все нормально», «Все сверстники моего ребенка пока не разговаривают, поэтому ни о каком отставании в речевом развитии не может быть и речи», «Мальчики вообще поздно начинают говорить» и т. д. Иногда подобную толерантность к отставанию в речевом развитии занимают педиатры и детские неврологи, что может негативно отражаться на своевременности выявления детей с задержками психического и речевого развития, с расстройствами аутистического спектра.

Таким образом, структура болезненности детей утяжелилась за счет значительного возрастания удельного

веса тяжелых аутистических расстройств на фоне снижения пограничных психических расстройств резидуально-органического генеза. При этом, вопрос о росте расстройств аутистического спектра обсуждается главным образом в научной литературе, а представление родителей об этой патологии всё ещё остаются недостаточными. Даже среди детских специалистов мало кто осведомлен о Всемирном дне распространения информации о проблеме аутизма (2 апреля). Существующие противоречия в диагностических, лечебных и реабилитационных подходах в отношении расстройств аутистического спектра как в нашей стране, так и за рубежом, затрудняют работу с данным контингентом. Нельзя исключить, что расстройства аутистического спектра в ближайшие годы станут ведущей психиатрической патологией среди пациентов психоневрологических диспансеров, потеснив такое распространенное заболевание, как шизофрения. Тем не менее, вычленение данной патологии из круга расстройств шизофренического спектра оставило таких детей без права на бесплатное лекарственное обеспечение (за исключением детей с оформленной инвалидностью и детей из многодетных семей). Учитывая существенную роль медикаментозной терапии при реабилитации этих пациентов [2], необходимо организовать обеспечение таких детей бесплатными лекарствами в рамках региональной льготы. Эти больные также нуждаются в регулярных электроэнцефалографических обследованиях в условиях ПНД, поскольку 30% таких детей склонны к развитию судорожных припадков. Представляется целесообразным включение штатных специалистов по социальной работе в области психиатрии психоневрологических диспансеров в работу с такими детьми и их родителями.

Литература

1. Висневская Л.Я., Вожжов В.В. , Голубева Н.И. Динамика пограничных психических расстройств резидуально-органического генеза в условиях

- психоневрологического санатория для детей школьного возраста. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. №1. – С. 31 – 38.
6. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 288с.
 7. 3. Шевченко Ю. С. Эволюции психического дизонтогенеза // Самохвалов В.П. (ред.) Социальная психопатология. М.: Издательский дом Видар-М, 2018.— С.217– 243.
 8. Цунами детского аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь / под ред. А.П.Чуприкова // Издательство Европейской Академии Естественных Наук (Ганновер, ФРГ): «Гнозис», М., 2017. — 390 с.

Нарушение семейных коммуникаций как фактор расстройств пищевого поведения у подростков

Воликова С.В.¹, Носова Е.С.²

¹*Московский научно-исследовательский институт психиатрии (филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), ГБОУ ВО МГППУ*
²*ГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»*

Актуальность. Расстройство пищевого поведения – одна из самых распространённых и актуальных психических патологий, встречающихся в современном обществе. В качестве самостоятельного синдрома расстройство было представлено относительно недавно и до сих пор вызывает множество споров и разногласий относительно этиологии, эпидемиологии, терапии и профилактики нарушений. По данным ряда исследований в большинстве экономически развитых стран мира прослеживается отчётливая тенденция к увеличению числа больных с нарушением пищевого поведения. Очень часто это расстройство начинается в подростковом возрасте. Важным фактором, влияющим на возникновение и течение расстройств пищевого поведения, является семья подростков. Зарубежные исследования показывают, что семьи пациентов с расстройствами пищевого поведения характеризуются импульсивной коммуникацией и высоким риском по насилию. В таких семьях много критики, высокий уровень конфликтности, слабые связи между людьми, высокий уровень стресса и дефицит конструктивных способов решения проблем при высоком уровне ожиданий социального успеха (Rodgers, Paxton, Chabrol, 2009, Rodgers, 2012). Отечественных исследований семейных факторов расстройств пищевого поведения значительно меньше.

Цель данного исследования. выявить особенности семейных коммуникаций в семьях подростков с расстройствами пищевого поведения.

Материалы и методы. Для выявления особенностей семейной системы - опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (Холмогорова, Воликова); для выявления симптомов нарушения пищевого поведения и установок по отношению к телу - опросник образа собственного тела (Скугаревский, Сивуха), шкала оценки пищевого поведения (EDI), шкала физического перфекционизма (Холмогорова, Дадеко, 2010). Всего обследованы 74 девушки в возрасте 12-17 лет. Было выделено три группы: 1) клиническая группа - 20 чел. (основную часть группы составили девочки-подростки из стационарного отделения Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой, большинство из них с диагнозом «нервная анорексия»), 2) девочки-подростки с симптомами пищевых расстройств, не получающие медико-психологическую помощь - 13 чел., 3) контрольная группа - 41 чел. (девочки-подростки без симптомов пищевых расстройств). Группы статистически не различаются по полу и возрасту.

Результаты. У девочек-подростков из клинической группы и из популяционной группы с симптомами расстройств пищевого поведения больше нарушений в образе тела ($p=0,000^{***}$ для всех попарных сравнений) и ожидаемо больше нарушений в пищевом поведении, чем в норме. Для них более значима идея собственной худобы, они в большей степени неудовлетворенны своим телом, предъявляют к своей внешности повышенные (перфекционистские) требования, стараются игнорировать физиологические сигналы организма о голоде и жажде. Корреляционный анализ показал, что неадекватно высокие перфекционистские требования к собственной внешности, к своему телу (т.е. уровень физического перфекционизма) связаны со стремлением девочек к худобе ($p=0,203^*$), с хронической неудовлетворенностью своим телом ($p=0,268^*$). Таким образом, можно предполагать, что чем выше требования к своему внешнему виду, к своему телу, тем более выражена неудовлетворенность своим телом, тем больше вероятность, что девочка начнет следить за

весом, худеть, идеи худобы приобретут болезненную форму.

Девочки из клинической выборки склонны идеализировать свою семью. Результаты исследования показывают, что родители девочек клинической группы очень фасадны, стараются скрывать проблемы семей перед другими людьми, стараются представить семьи в более выигрышном свете ($p < 0,005$ при сравнении клинической группы с нормой). Также для родителей девочек из клинической группы характерно наличие неадекватно высоких перфекционистских требований ко всем членам семьи ($p < 0,005$ при сравнении клинической группы с нормой).

Девочки-подростки, у которых имеются симптомы расстройств пищевого поведения, но выраженность симптомов не доходит до уровня расстройства, более открыто говорят о проблемах своих семей. Они отмечают, что родители чаще, чем в группе нормы, критикуют их, меньше обращают внимания на эмоциональную сферу, на эмоциональное состояние этих девочек, в этих семьях много тревоги. Девочки с симптомами расстройств пищевого поведения отмечают больше нарушений в семейных коммуникациях, чем в группе нормы. Скорее всего, больше нарушений в семейных коммуникациях у девочек из группы с симптомами расстройств пищевого поведения выявляется именно из-за большей открытости этих девочек и меньшей «фасадности» их собственной и их семей. Корреляционный анализ показал, что чем выше уровень родительской критики ($r = 0,307^{**}$), чем больше неадекватно высоких (перфекционистских) требований у родителей к обследованным девочкам и другим членам семьи ($r = 0,302^{**}$), чем более нарушенные в семье коммуникации ($r = 0,276^*$), тем больше вероятность появления симптомов нарушения пищевого поведения. Чем более формальные отношения в семье, чем меньше внимания родители уделяют эмоциональной сфере детей, чем больше семья стремится выглядеть внешне благополучной и скрывать от других свои проблемы, чем

больше уровень семейного перфекционизма, тем больше нарушений в образе тела выявляется у девочек, проживающих в таких семьях. Так же можно говорить о том, что чем выше уровень перфекционизма в семье, уровень критики и стремление родителей к внешнему благополучию, тем выше стандарты внешности у подростка.

Таким образом, по результатам этого пилотажного исследования можно высказать ряд предположений. Можно говорить о том, что девочки с диагностированным расстройством пищевого поведения характеризуются неадекватно завышенными требованиями к своему телу, внешнему виду. Можно предполагать, что эти требования влияют на искажение образа тела, что может подкреплять перфекционистские требования к себе. Эти перфекционистские требования могут рождаться из-за высоких требований к девочкам в семье. Часто эти требования таковы, что им очень трудно соответствовать, что может сильно фрустрировать девочек. В их семьях сильны стремления предъявлять окружающим свои успехи, успешный, благополучный внешний «фасад». Поэтому девочки могут оставаться один на один со своими переживаниями, они не могут получить поддержки ни в семье (т.к. родительские требования очень высоки), ни у окружающих (т.к. семья стремится к созданию внешне благополучного образа, имеются запреты на открытость с окружающими). И, вероятно, девочка, вслед за семейными требованиями, также начинает игнорировать эмоциональную сферу и сосредотачивается на том «внешнем», что можно предъявить окружающим, - внешности и теле.

Девочки-подростки из популяции, у которых выявляются симптомы расстройств пищевого поведения, также имеют завышенные (перфекционистские) требования к своему внешнему виду, к телу. Но создается впечатление, что они более открыты, чем девочки из клинической выборки, более откровенно могут говорить о своих проблемах, проблемах семей. Можно предполагать,

что они растут в семьях, где много критики, родители часто индуцируют тревогу, при этом игнорируют эмоциональное состояние девочек, коммуникации в семьях не очень устойчивы. Но из-за большей открытости девочка может получить поддержку если не в семье, то во внешнем мире. И это может препятствовать болезненной фиксации на собственной внешности, препятствовать переходу единичных симптомов на клинический уровень расстройства пищевого поведения.

Все высказанные предположения нуждаются в дальнейшей более подробной проверке. Но результаты данного исследования подтверждают необходимость не только медикаментозной, но и психологической помощи этой группе пациентов. Нарушения на уровне семейной системы (фасадность семей, семейный перфекционизм, индуцирование тревоги в семье), на уровне детско-родительских отношений (критика, игнорирование эмоций подростков) могут стать мишенями психологической помощи подросткам с симптомами или расстройствами пищевого поведения и их семьям. Такие подростки нуждаются как в индивидуальной психологической помощи, так и в семейной психотерапии.

Литература

2. Холмогорова А.Б., Дадеко А.А. Физический перфекционизм как фактор расстройств аффективного спектра в современной культуре. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 3. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2010_3_4/nomer13.php (дата обращения: 22.02.2019)
3. Rodgers, R. Body Image: Familial Influences in T. F Cash Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. [Text] / R. Rodgers — London, UK, and San Diego, CA: Academic Press (Elsevier), 2012. — 938 p.
4. Rodgers, R. F. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model [Text] / R. F. Rodgers, S. J. Paxton,

and H. Chabrola // Body Image. — 2009. — Vol.6, № 3 —
P. 171—177.

Некоторые аспекты проблемы нормы и патологии в психиатрии

Б.А. Воскресенский, А. Д. Трушкина, Д.С. Радионов

РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

В клинической¹ психиатрии понятия нормы и патологии неразрывно связаны. Констатируя одно из них, эксперт, будь он врач или же человек, с медициной никак не связанный, (заметим, что психиатрия неизменно привлекает к себе повышенное общественное внимание) всегда – осознанно или интуитивно - подразумевает и второе.

Определение психического расстройства (как – повторим - и психической нормы) не есть изначальная непоколебимая данность. Хотя сами психические расстройства трансторичны, понимание их изменчиво. В примитивных древних обществах болезнь (точнее – выражающие ее поведение, высказывания, переживания) понималась как состояние, вызванное действием богов: будь то слепой гнев или наказание за грехи. Порой психически больных людей почитали, обнаруживали у них магические способности, возводили в ряды прорицателей, предсказателей, шаманов, иесущих добро или же связанных с силами зла. Наряду с этим имели место отдельные клинически адекватные оценки расстройств.

Культуральные особенности также оказывали свое влияние на понимание нормы и патологии. Так в язычестве, в частности в античном мире гомосексуальность была повсеместным явлением. В Средние века, по мере распространения христианских воззрений она перешла в статус греха, а еще позднее превратилась в болезнь. В

¹ Предмет клинической психиатрии – болезненные переживания и связанные с ними переживания больных (это, в нашем понимании не одно и то же).

конце XX века она «двинулась» в обратном направлении, вернулась в «норму»².

А утверждение категории личной ответственности за чистоту христианского жизненного пути, с особой категоричностью звучавшее, в Средневековье, не позволяло относить бред одержимости (демонопатия, демонолатрия) к компетенции медиков, грешник, отступник должны были быть сурово наказаны.

В эпоху Просвещения представления о патологии расширялись и углублялись, врачи искали органические и средовые причины психических расстройств. Формировалось и дифференцировалось понятие *болезни*, а сам «сумасшедший был возведен в ранг душевнобольного» (по известному выражению Н.Н. Баженова). Но должно было пройти еще много-много десятилетий, прежде чем в психически больном человеке перестали видеть фатально обреченное на вырождение биологическое существо, а научились всматриваться в личность с ее внутренним миром.

При этом маятник общественных оценок качнулся в другую сторону. Болезни (в том числе и отдельные соматические³) стали романтизироваться. Некоторые болезни считались способными «заострять сознание» и пробуждать скрытые таланты, а порой и наоборот - особая одаренность сама собой подразумевала ту или иную психическую патологию. В наши дни эта позиция – психическое расстройство как особое «достоинство личности» - становится массовой. Биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройства оказываются в глазах современных подростков и молодых людей свидетельством уникальности и особого возвышенного склада характера (для обозначения данных

² Культуральный аспект мы понимаем не просто как ту или иную традицию, обрядовость, а как воплощение определенной картины мира.

³ Достаточно вспомнить Виолетту Валери с ее туберкулезом из «Травиаты» Д. Верди (см. С. Сонга «Болезнь как метафора»).

заболеваний они используют уменьшительно-ласкательные термины («биполярочка»), а «депрессия» вызывает чувство гордости). В социальных сетях депрессивные и суицидальные переживания также популяризируются⁴.

Личностная свобода, свобода самовыражения абсолютизируются, фетишизируются, утрачивают всякие ограничения. Как следствие этой «безбрежности» возникает проблема злоупотребления психиатрией. В работах М. Фуко представлена концепция «психиатрической власти», согласно которой психиатрический диагноз — это прежде всего инструмент, которым социум устранил всех, ему противостоящих: «каждая культура создает из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями». В «Фабрике безумия» Т. Саса прослеживается как деятельность инквизиции преобразовалась в «психиатрические репрессии» (термин наш — *Б. В.*). В этом контексте представляется уместным упомянуть и проблему «преступность и психические аномалии».

Из сказанного становится очевидным, что определение нормы и патологии психики значимо как для профессионалов-психиатров, так и для самых разных общественных групп.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое

⁴ Рост распространенности депрессивно окрашенных переживаний — и в рамках нормы, и субпсихотических и безусловно психопатологических это, по нашему мнению, не только патоморфоз, но одно из проявлений непрерывно протекающего (пусть не всегда отчетливо фиксируемого) усложнения человеческой психики. Но это вопрос требует специального обсуждения.

здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества.

Оно обеспечивается, в частности, осознанием цельности и постоянства своего «Я», критичностью к результатам своей деятельности, адекватностью реагирования на жизненные ситуации, подразумевающей как однотипность переживаний (в повторяющихся обстоятельствах), так и их оптимальные изменения в новых обстоятельствах и прочее.

Наполнить этот перечень конкретным содержанием почти невозможно. Критичность — да - это норма. А абсолютная убежденность в своей правоте, беззаветное служение делу? Адекватность реагирования на ситуации — это их принятие или преодоление, мудрость или беспринципность? Вопросание бесконечно, при этом обнаруживаются столкновение социального и индивидуального, ценностного (прежде всего — нравственного) и психологически-физиологического.

Как один из путей решения проблемы во второй половине XX в. были предложены отдельные психологическая и медицинская модели психического здоровья. Психолог в ней оценивает функционирование личности, ее самореализацию, наполненность смыслом и т. п. Для психиатра психическое здоровье — это отсутствие болезни, отклонений от нормы. Эту квалификацию определяют как негативную — отталкивающуюся от понятия болезни. Мы в принципе согласны с этим подходом, который пользуясь богословской терминологией, определяем как апофатический («норма не есть болезнь, не есть психическое расстройство⁵»). Но его нередко упрекают в бессодержательности, а, значит, в бесполезности.

5 Здесь и далее мы будем употреблять слова «болезнь» и «расстройство» как синонимы, хотя современное клиническое мышление их разграничивает, что требует отдельного историко-культурного рассмотрения.

Ответить на все поставленные вопросы более содержательно, преодолеть смешения и очертить пределы компетенции психиатра позволяет трихотомическая концепция личности (дух-душа-тело) (Д.Е. Мелехов 1997, Б.А. Воскресенский 1992).

С некоторой долей условности ее можно представить в виде трех вписанных друг в друга окружностей. Тело (*внутренний круг*) — это органы и системы органов в их взаимодействии и взаимосвязи. Это поле деятельности врачей-интернистов –терапевтов, хирургов, окулистов и проч.

Средний круг построен аналогично первому, из отдельных и в тоже время взаимосвязанных составляющих . Его формируют психические (точнее говоря, душевные процессы) ⁶ – восприятие, мышление, память, эмоции, воли, сознание и т.д. И так же, как в нормальном, здоровом состоянии внутренние органы человеком не ощущаются, не чувствуются, душевные процессы как таковые себя не проявляют. Лишь при тех или иных затруднениях - недостаточное освещение, ответственное выступление в напряженной обстановке, необходимость в специально отработанной координации движений – человек сосредоточится, будет специально оценивать и адаптировать к ситуации свое зрение, мышление, моторику. «Душа как таковая не есть объект» подчеркивает К. Ясперс (Ясперс 33). Она объективируется благодаря осмысленным внешним проявлениям, поясняет он далее.

Эти проявления - определенное содержание человеческих переживаний, смыслы, ценности. Из них и образуется внешний круг – лух. Дух – это то, что человек

⁶ Нередко слова «психика», «душа», «дух» употребляют как синонимы, что очень затрудняет выяснение отношений между ними. В предлагаемом нами подходе психика - это единство духовного и душевного. Но все же полностью избежать взаимозаменяемости слов не удается, их точный смысл становится ясным из контекста.

ставит выше себя, ради чего он живет. Содержание «духовного» бесконечно многообразно и изменчиво. Это и Бог, вера, и гуманистические идеалы, и художественное творчество, и научная работа, и повседневная обыденная работа, и забота о близких, и служение своим потребностям – бескорыстным или эгоистическим, даже криминальным⁷. Все эти аспекты «духовного» – религиозные, эстетические, этические, юридические – компетенция не медиков, не психиатров, а специалистов других соответствующих служений и призваний. «Дух как таковой, не может заболеть» (Ясперс, 871) (в медицинском понимании, уточним мы, чуть забегаая вперед).

Тело, в своем здоровом и больном состоянии в большинстве ситуаций очевидно и для неспециалиста. Душевные процессы – настроение, размышления, желания неосознаны, нематериальны. Их принимают, понимают лишь как «надстройку», как корреляты нейрофизиологических процессов, того или иного состояния головного мозга и полагают, что при накоплении достаточных знаний этого рода необходимость в «душе» отпадет.

По нашему мнению, реальность души как самостоятельной структуры может быть обоснована. Проведенное польским лингвистом А. Вежбицкой «Сопоставление культур через посредство лексики и прагматики»⁸ позволило ей предложить «языковую модель человека» (Вежбицкая, 161-162). В нее входят глаголы видеть, слышать, знать, думать, говорить, чувствовать, хотеть, делать, - слова, обозначающие все основные психические (равно – душевные) процессы. Иначе говоря, все эти переживания («вижу», «думаю», «делаю» и т.п.) изначально, без каких либо разъяснений, уточнений,

⁷ Такое понимание «духовного» отличается от богословского. Поскольку оно используется для решения медицинских задач (диагностика, лечение), мы определяем его как клиническое.

⁸ Именно так называется один из сборников работ А. Вежбицкой.

переводов присущи каждому представителю рода человеческого и поэтому могут рассматриваться как особые (нематериальные) элементы, «кирпичики», из которых складывается, выстраивается «душа». Именно она и болеет, по-особому изменяется, разрушается при психических расстройствах. В этом контексте для нас особо важное место в словаре А. Вежбицкой приобретают слова «жить» и «умирать». Последнее внутренне содержит в себе понятие (а главное – сам феномен) болезни (в медицинском смысле) как распада, разрушения, гибели отдельных структур – телесных (в соматической медицине), душевных (в психиатрии) с неизбежным финалом - смертью⁹.

Итак, основная арена, на которой разыгрывается психическое заболевание – это душевные процессы. Но внешне их болезненное преобразование нередко обнаруживает себя как изменение духовного облика. Вдруг (или постепенно) меняются интересы, увлечения, привязанности, идеалы, образ жизни, моральные критерии, новые, необычные свойства приобретает религиозно-мистический опыт. Однако, необычность, непонятность поведения, круга общения, ритма жизни, взятые сами по себе, не могут расцениваться как безусловный признак психического расстройства. В ходе диагностического обследования врач-психиатр стремится увидеть за всеми этими переживаниями и поступками галлюцинации, бред, депрессию, расстройства влечений, нарушения сознания и другие симптомы психического заболевания, то есть нарушения в круге душевных процессов. Если такое преобразование не удастся, то предположение о душевном расстройстве следует отвергнуть, как бы непонятны, вызывающи или устрашающи не были переживания и

⁹ А)Подробнее об этом см. Воскресенский Б.А. Основы психиатрии. С. 28-35

Б) В современной психиатрии и психологии трихотомия обозначается несколько иначе – как биопсихосоциальная модель человека. Элементы триады в ней не нерахичны, а рядоположены, не подчеркивается примат духовной сферы.

поступки обследуемого. Оценить (и в необходимых случаях их коррегировать) вправе, как упоминалось выше, люди духовного (в самом широком смысле) призвания, служения, образования – священнослужители, деятели искусства, педагоги, юристы, политики. Критерии у каждого из них будут свои. Говоря другими словами, понятия нормы – религиозной, художественной, общепринятой, правовой, национальной, статистической - не совпадают.

Повторим, психиатрическая норма психического здоровья - это отсутствие болезни. Такое «негативное», апофатическое, но рассмотренное в контексте трихотомии, определение перестает быть апологией незнания, оно подчеркивает, что человек – существо прежде всего духовное, безграничное в своих творческих возможностях.

Проблема кадровых ресурсов в обеспечении психиатрической помощью населения Кыргызской Республики и политика мер, направленных на её решение.

Галако Т.И.

*Кыргызская государственная медицинская академия,
Бишкек*

Анализ текущей ситуации по кадровым ресурсам Кыргызской Республики (КР) в области охраны психического здоровья показал, что с каждым годом нарастает дефицит специалистов. Если в 1991 г. на 4,5 млн. жителей Кыргызстана было около 300 психиатров, то в 2018 г. население более 6 млн. человек обслуживают 151 психиатров. Показатель обеспеченности штатными должностями специалистов к 2018г. снизился до 0,3 на 10тыс. населения. Потребность в психотерапевтах составляет более 70 человек, медицинских психологов всего 24, и они сосредоточены только в Республиканском (РЦПЗ) и 2-х областных Центрах психического здоровья, нет квалифицированных социальных работников. В республике лишь 11 детских психиатров (в 1991г. было 38 ставок). Как следствие - недостаточная выявляемость и оказание специализированной помощи детям с психическими, поведенческими и речевыми расстройствами.

В нескольких психо-наркологических отделениях общепрофильных больниц в качестве психиатра вынуждены работать врачи со специальным образованием невролога, терапевта и др. Кадровый дефицит особенно заметен в регионах.

К сожалению, не предвидится приток специалистов и в ближайшие годы, т.к. за последние 5 лет выпуск интернов и клинических ординаторов по специальностям психиатрического и наркологического профилей очень маленький (5-10 человек в год). Престиж врача-психиатра

значительно снизился, выпускники медицинских высших учебных заведений не мотивированы стать специалистами в этой области. Сказывается сложность профессии, низкая заработная плата и другие социально-экономические аспекты.

В большинстве психиатрических учреждений имеет место отсутствие немедицинских должностей, таких как юристы, социальные работники, логопеды, которые должны привлекаться к работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами. Численность специализированного медицинского персонала и персонала общего профиля, занимающегося вопросами психического здоровья, крайне недостаточна не только по Министерству здравоохранения, но и по другим ведомствам.

Как достижение, за последние годы следует отметить значительное сокращение кадрового дефицита среднего персонала, задействованного в оказании психиатрической помощи, в том числе, и в регионах республики. Однако, в специализированных и общепрофильных стационарах, а также в амбулаторной службе часто встречается ситуация, когда медицинские сёстры не имеют специальной подготовки по работе с больными, страдающими психическими расстройствами. Это приводит к трудностям при найме, текучести кадров и другим негативным последствиям.

На современном этапе большое значение придаётся оказанию психиатрической помощи, приближенной к месту жительства пациента. В соответствии с 6-ой задачей Хельсинской декларации, «обеспечение доступа лиц с проблемами психического здоровья к высококачественной первичной медико-санитарной помощи» [1] должно стать приоритетом оказания психиатрических услуг».

Кыргызская Республика на основе международного опыта, реформировала систему первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) путем внедрения семейной медицины (СМ), которая должна обеспечить улучшение

качества медицинского обслуживания при меньших финансовых затратах.

Европейский план действий по охране психического здоровья определил «учреждения первичной медико-санитарной помощи как точку первого обращения для людей с нарушениями психического здоровья» и призвал «обеспечить в первичном звене потенциал для лечения распространенных психических расстройств» [2].

В настоящее время вопросы охраны психического здоровья не являются приоритетными направлениями в деятельности ПМСП. Пока они не включены в показатели оценки качества и эффективности деятельности центров семейной медицины.

Помимо специалистов психолого-психиатрического профиля, психиатрическую помощь на уровне первичного звена здравоохранения, должны оказывать семейные врачи. Но, к сожалению, и по данной врачебной специальности также отмечается значительный дефицит кадров.

При потребности 3300 семейных врачей, работают 1706, из них около 70% пенсионного возраста. Результаты исследования, проведенного в 2008-2010гг. при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ, показали, что только 28% семейных врачей прошли хотя бы краткосрочные циклы обучения по проблемам психического здоровья, что объясняло низкий процент выявления психических расстройств на первичном уровне здравоохранения. Данная ситуация усугублялась устаревшими клиническими руководствами и протоколами для врачей ПМСП по отдельным психическим расстройствам. Следует отметить, что ситуация значительно улучшилась после обучения более 700 семейных врачей основам оказания психиатрической помощи.

В целях обеспечения кадрами первичного звена здравоохранения, в последипломном образовании планируются изменения для клинических ординаторов узкого профиля, в том числе, и психиатров. По новым

требованиям, 1-й год обучения все клинические ординаторы будут проходить подготовку в качестве врача общей практики и только потом 2-4 года (в зависимости от специальности), по узкой специализации.

Обращает на себя внимание слабое взаимодействие в деятельности семейных врачей, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов по оказанию медицинской помощи лицам с психическими расстройствами. В каждом ЦСМ функционируют кабинеты укрепления здоровья, однако, деятельность данных кабинетов не включает вопросы охраны психического здоровья.

Проблема кадрового дефицита в службе психического здоровья вынесена уже на государственный уровень. В Программе Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения КР на 2018-2030 годы [3] разработана политика мер, направленных на оптимизацию кадрового обеспечения оказания психиатрической помощи на всех уровнях здравоохранения. В частности, предусматривается:

Повышение мотивации и привлечение кадровых ресурсов в систему охраны психического здоровья, с учетом оценки потребностей в специалистах.

Совершенствование стандартов оказания медицинской помощи на всех уровнях организаций здравоохранения, с учетом усиления роли среднего медицинского персонала, с последующим их внедрением в программы на додипломном, последипломном и непрерывном уровнях обучения.

Интеграция и улучшение взаимодействия организаций непрерывного образования специалистов других секторов, задействованных в охране психического здоровья.

Для разработки плана действий в данном направлении был проведен ситуационный анализ ресурсов оказания психиатрической помощи на уровне ПМСП, который показал положительные тенденции в данном направлении.

В целом, система первичной медико-санитарной помощи в стране располагает определенными ресурсами для оказания психиатрической помощи, приближенной к месту проживания населения. В частности, это - представленность ПМСП во всех районах Кыргызстана, наличие ставок специалистов психолого-психиатрического профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов), отработанная система финансирования, передача психиатрических кабинетов из Центров психического здоровья в ЦСМ в больших городах республики. Кроме врачей, на уровне ПМСП работают 10549 специалистов со средним образованием, из них 6191 - с группами семейных врачей. При этом ставки среднего медицинского персонала укомплектованы полностью.

Происходят значительные изменения в системе оказания психиатрической помощи, направленные на повышение её качества, приближение к месту жительства пациента и преобладание психосоциальных услуг:

Прошли обучение по проблемам психического здоровья более половины семейных врачей, после чего возрос показатель выявляемости психических расстройств на уровне ПМСП.

Психиатрические кабинеты из Центров психического здоровья были переданы в Центры семейной медицины.

Начата разработка новых и пересмотр устаревших стандартов, клинических руководств и протоколов по оказанию помощи при психических расстройствах на уровне первичной медицинской помощи.

С 2016 в 8 южных регионах КР внедряется новая модель по оказанию комплексных медицинских услуг, интегрированных на ПМСП. Пилотирование данной модели предполагает психосоциальную реабилитацию лицам с психическими расстройствами, оказание им помощи на дому мобильными командами, психообразование, а также консультирование, обучение, оказание поддержки семейным врачам. Мультидисциплинарная команда предоставляет широкий

спектр услуг (медицинских, психологических, социальных), которые реализуются командой специалистов различного профиля: психиатр, психолог, медицинская сестра, социальный работник (патронажная медицинская сестра). Такой вид помощи является экономически менее затратным, чем другие модели психиатрической помощи в сообществе (дневные центры, защищенное жилье, трудовые мастерские).

Перечисленные и другие меры будут способствовать решению кадровой проблемы в службе охраны психического здоровья и оптимизации психиатрической помощи, в том числе, оказанию быстрой и качественной медицинской помощи нуждающимся по месту жительства.

Литература

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Хельсинки, Финляндия, 2005г.
2. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Чешме, Измир, Турция, 2013г.
3. Программа Правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018-2030 годы. Постановление Правительства КР №119 от 01.03.2018г.

Особенности амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра, назначенного одновременно с исполнением уголовного наказания.

Гусев С.И.¹, Солопова С.Ю.²

¹ «*Кемеровский государственный институт культуры*»,
Кемерово

²*ФКУЗ МСЧ-42 ФСИН России, Кемерово*

В настоящее время актуален вопрос назначения, применения принудительных мер медицинского характера в виде амбулаторного принудительного лечения и наблюдения у врача-психиатра, особенно при соединении с уголовным наказанием. Такие принудительные меры медицинского характера могут применяться к разным категориям граждан. Это осужденные, которые отбывают срок наказания, связанный с лишением свободы и проходят назначенное принудительное лечение в исправительных учреждениях. При освобождении часть из них должна продолжить амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у врача-психиатра по месту жительства. Вторая группа преступников – это те, которым назначен условный срок наказания. Они должны также проходить амбулаторное принудительное наблюдение и лечение по месту жительства в учреждениях органов здравоохранения и одновременно находиться под наблюдением в уголовно-исполнительной инспекции. Существующие особенности требуют формирования новых правовых и практических механизмов межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения и службы исполнения наказаний. В современных условиях требуется пересмотреть ряд положений применения принудительных мер медицинского характера, особенно для осужденных в пенитенциарных учреждениях, в том числе и с условным сроком наказания. Особенно это касается принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных

условиях, осужденных с психическими расстройствами, не исключаящими их вменяемости (статья 97 УК РФ). Однако в практике реализации данного вида принудительных мер медицинского характера по-прежнему существует ряд не решенных вопросов правового, социального, медицинского характера. Накопленные наблюдения и проведенные научные исследования нуждаются в системном анализе и подготовке методических материалов, которые бы учитывали специфику личности осужденных, криминальные, психологические характеристики и особенности пенитенциарных условий. В настоящее время система нормативно-правового регулирования применения принудительных мер медицинского характера в отношении осужденных в виде амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра остается не сформированной, требуется глубокий научный анализ накопленного практического опыта и внесение реальных изменений для ее совершенствования. Существуют разночтения и значительные пробелы правового и медицинского характера, как между нормами самого уголовного закона, так и нормами других отраслей права об этом пишут С.Н. Шишков и С.В. Полубинская. По-прежнему актуальны исследования, направленные на уточнение и формализацию критериев назначения, прекращения принудительных мер медицинского характера [1, 2, 3]. Неадекватно выбранный вид, назначение или прекращение принудительного лечения может вызвать социальную дезадаптацию, спровоцировать возникновение повышенной опасности, нарушений режима и чрезвычайных происшествий, ухудшить состояние пациента. Одним из проблемных является вопрос о сроках проведения и критериях отмены принудительного лечения, о чем писали многие авторы, однако в своих работах они не учитывали специфику пенитенциарных условий и связанной с ними динамику клинических симптомов, социальных аспектов личности осужденных [2, 4].

В случае проведения амбулаторного принудительного лечения и наблюдения у врача-психиатра в пенитенциарных условиях существует ряд специфических правовых, социальных, медицинских аспектов, которые обязательно должна учитывать комиссия врачей-психиатров. Это и особенности личности пациента, характер и неоднократность совершенных преступлений, состояние и характеристики в период отбывания срока наказания, качество выполнения реабилитационных мероприятий, их завершенность и комплексная оценка клинического статуса с прогнозом возможного рецидива. И главное, что необходимо учитывать специфику режимных и других условий ограничения в период отбывания срока наказания. Учитывая анамнез и социально-бытовые условия, оценку степени общественной опасности адекватно и своевременно решать вопрос о продолжении принудительных мер медицинского характера по окончании срока наказания. Или рассматривать данный вопрос уже после нахождения пациента вне мест лишения свободы, с учетом адаптации в привычных условиях проживания пациента [1].

Специфика социальной изоляции в пенитенциарных условиях, отсутствие привычных социальных стереотипов, провоцирующих или стимулирующих характерные формы поведения, не позволяют оценить поведенческие реакции для данной личности вне изоляции и динамику клиники. Строгая регламентация жизни с временными рамками, с формированием нового поведенческого стереотипа или приспособленческих приемов, часто скрывает характерные личные чувства, эмоции, реакции и дополняется диссимуляцией. Влияние особенности условий, отбывания срока наказания на динамику психических расстройств подробно описано в работах В.Я., Семке, С.И. Гусева [4]. Специфика пенитенциарных условий затрудняет адекватную оценку качества ремиссии, усложняет прогнозирование общественно опасных действий и клинико-социальную оценку состояния пациента.

Существующие нарушения поведения, психические расстройства проявляются в неспособности больных адекватно вести себя в сложных социальных ситуациях, сдерживать эмоции, что приводит к вынужденной изоляции их от окружающих людей, неустроенности и неряшливости в быту, неспособности осваивать новые производственные навыки и т.д. И все же, такие пациенты способны выполнять несложную привычную работу, обслуживать себя, выполнять требования режима. Наличие стойких когнитивных расстройств, эмоционально-волевые нарушения, частые состояния декомпенсации требуют регулярного наблюдения у врача-психиатра, коррекции психопатологической симптоматики с применением различных терапевтических методик. Особенно сложно первое время пребывания в учреждениях уголовно-исполнительной системы, когда поведение осужденного психического больного может измениться в сторону декомпенсации имеющегося у него психического расстройства - это возникновение психопатоподобных проявлений в виде возбудимости, дисфорических эпизодов и истерического поведения, либо аффективных и неврозоподобных расстройств. В пенитенциарных условиях зачастую такие проявления расцениваются как обычные дисциплинарные нарушения, а не как болезненные расстройства. Тем не менее, именно на их фоне возникает обострение патологического процесса, что может повлечь за собой развитие декомпенсации, острого психотического состояния и требует адекватной и своевременной терапии. Дополнительные сложности возникают при оценке трудоспособности данного пациента с решением ряда социальных и правовых вопросов [2, 3, 4].

В практике реализации данного вида принудительных мер медицинского характера следует выделить разные группы лиц среди таких преступников, мотивы преступлений, оценить тяжесть психопатологической симптоматики, динамики клинических проявлений, специфики диагноза в контексте свершенных преступлений особенно при сочетании с

убийством, тяжкими телесными повреждениями, сексуальным насилием. Необходимо разработать комплексную систему раннего выявления психопатологических расстройств, при тенденции латентного течения у лиц с психической и наркологической патологией.

Для решения вопроса о порядке применения принудительных мер медицинского характера необходимо комплексно изучить данную проблему с участием врачей-психиатров, психологов и представителей судебно-следственных органов, уголовно-исполнительной системы. В практике периодически встречаются случаи, когда осужденным за типичные преступления, проходившим судебно-психиатрическую экспертизу, имеющим выставленные психиатрические диагнозы по решению суда, не назначаются принудительные меры медицинского характера. В тоже время, по имеющимся материалам четко прослеживается связь мотивов и характера совершенного преступления и отрицательной динамикой психопатологического состояния [1, 4].

Следует определить типичную структуру психических расстройств, среди данной категории осужденных, этапы динамики психопатологических расстройств, имеющие определенные клинические и временные периоды. Это позволяет прогнозировать динамику психопатологической симптоматики. Исходя из клинических данных, можно предполагать, что подавляющее большинство из них имеют психические расстройства в виде расстройства личности различного типа, умственной отсталости и органического поражения ЦНС различного генеза. В большинстве случаев, как показывает многолетняя практика, реализации агрессии, преступного поведения способствует злоупотребление алкоголем, наркотиками с частым формированием синдрома зависимости. Таким образом, в данных случаях всегда необходимо проводить тщательное клиническое исследование на выявление коморбидной наркологической патологии. Однако, как показывает практика, даже при

описании в материалах дела, данных анамнеза и клинического исследования при проведении судебно-психиатрической экспертизы, признаков зависимости от алкоголя или наркотиков, данный диагноз просто не выносится в заключение и, соответственно, не учитывается. Учитывая ведущий психопатологический синдром, симптоматику с выраженным патологическим влечением, требуется лечение основного психического расстройства с применением адекватной психофармакотерапии и разработкой специальных программ комплексной реабилитации. С учетом выраженности психопатологической симптоматики, возможности диссимуляции и латентного течения клинических проявлений определить этапы и характер терапии, периодичность наблюдения, комплекс административных мер за отказ от терапии, посещения врача-психиатра и невыполнение реабилитационной программы, либо решение вопроса об изменении вида принудительных мер медицинского характера.

Выводы.

Исходя из медицинских, юридических критериев, законодательно утвердить и включить в перечень обязательных документов для проведения принудительных мер: приговор суда, подлинник акта судебно-психиатрической экспертизы осужденного, в котором отражается анамнез, динамика клинического состояния, диагноз и рекомендации врачей-психиатров-экспертов.

Разработать критерии оценки стойкости ремиссии с учетом специфики личности преступников, пенитенциарных условий для качественного и своевременного решения вопроса о продлении или прекращении принудительных мер медицинского характера соединенных с исполнением уголовного наказания.

Следует законодательно предусмотреть комплекс социальных и административных мер по реализации данных программ с конкретными юридическими санкциями, за отказ от участия в реабилитационных

программах или при нарушениях программ, в том числе, и режима принудительного наблюдения и лечения.

В рамках межведомственного взаимодействия с судебно-следственными органами определить порядок назначения, проведения и исполнения амбулаторных принудительных мер медицинского характера с возможным назначением и продолжением амбулаторного принудительного наблюдения при освобождении осужденного от отбывания срока наказания с разработкой инструктивно-методических материалов.

Рассмотреть вопрос о создании межведомственной базы учета лиц с психическими нарушениями склонных к совершению правонарушений, преступному и асоциальному поведению. Отдельно, организовать учет лиц нуждающихся, уклоняющихся от принудительных мер медицинского характера, в связи с возможностью частого рецидива.

В комплексе мероприятий контроля психического состояния осужденных и формирования качественной и стойкой ремиссии, шире использовать длительный административный надзор с различными видами ограничений, в том числе, и запрет на определенные профессии. Рассмотреть возможность применения ссылки для определенных категорий преступников при склонности к негативному течению симптоматики и склонности к рецидиву преступного поведения.

Литература

1. Гусев, С.И. Об адекватности приговора суда в части назначения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра / С.И. Гусев, Г.Я. Снигирева // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. - 2002. - №3. - С. 36-38.
2. Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А.. Внебольничные формы профилактики общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами: Методические

- рекомендации. – М.: ФГБУ «ГНЦССП им.В.П. Сербского», 2015. - 27 с.
3. Принципы осуществления принудительного наблюдения и лечения осужденных, психически больных в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Пособие для врачей. /Авт. – сост. Степанова Э.В., Брюн Е.А. Смирнова Е.Б. Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «ГНЦССП им.В.П.Сербского», 2015. - 27 с.
 4. Семке, В.Я. Пенитенциарная психология и психопатология: рук-во в 2-х т. / В.Я. Семке, С.И. Гусев, Г.Я. Снигирева; под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. – М.-Томск-Кемерово, 2007. Т. 2. 544 с.

Клинические и социальные аспекты диагностики, терапии, наблюдения пациентов с психической и неврологической патологией в сельской местности.

С.И. Гусев, В.Ю. Лончакова.

*«Кемеровский государственный институт культуры»,
Кемерово*

В практике амбулаторного приема, пациентов с психической, неврологической патологией, наблюдающихся у неврологов и психиатров возникают проблемы клинического, социального характера связанные с диагностикой, терапией и решением ряда других вопросов при коморбидной патологии [1, 3, 5, 8]. С нашей точки зрения можно выделить две основные группы таких пациентов по возрасту - это дети и подростки до 18 лет, часто имеющие инвалидность с детства. Вторая группа - это взрослые пациенты с нарастающими когнитивными и поведенческими нарушениями, на фоне возрастных, сосудистых, травматических или иных состояний, с затруднениями при решении вопросов связанных с определением ведущих клинических симптомов, диагноза, тактики терапии, оформлением временной трудоспособности, назначением или продлением группы инвалидности.

Значительные затруднения вызывают вопросы, связанные с обучением детей и подростков, имеющих неврологические, психические расстройства и требующие ответственных решений по изменению вида обучения или образовательной программы. В современных условиях определенные сложности вызывает оценка степени ограничения здоровья при решении вопросов обучения, в связи с изменением образовательных программ и реализацией концепции инклюзивного образования. Многие представители органов образования, педагоги, родители считают, что инклюзивное образование дает возможность обучать всех детей в одних школах и

практически по одним и тем же программам, трактуя все положения инклюзивного образования по-своему. Часть проблем, связанных с получением общего и профессионального образования, связана с критериями изменения образовательных программ или решения вопроса об обучении на дому, профессиональном обучении и возможными ограничениями по неврологическим или психиатрическим нарушениям ведущими на момент обследования и вынесения решения. У таких детей и подростков могут наблюдаться не только ограниченные возможности здоровья, но и серьезные клинические нарушения, которые возможно требуют оформления инвалидности, индивидуальных реабилитационных мероприятий, в том числе образовательных, профессиональных. В данном случае наибольшие проблемы вызывают дети и подростки с неврологической и психической патологией. В силу различных причин такие дети чаще всего длительно наблюдаются у педиатров и детских неврологов (при наличии такого специалиста). В поле зрения врачей-психиатров, особенно в сельской местности, они могут попадать в возрасте 7 лет и позже при решении вопросов о невозможности дальнейшего обучения в рамках общеобразовательных программ младших классов в связи с различными причинами, либо в связи с ухудшением клинического состояния [2, 3].

Анализ доступных данных структуры детской инвалидности, по формам болезней в 2014 г. по РФ показал, что наиболее высокий уровень инвалидности детей, занимают психические расстройства и расстройства поведения (23 % от общего числа инвалидов). Также можно заметить, что в сравнении с 2013 г. эти заболевания имеют отрицательную тенденцию (рост числа детей-инвалидов). Затем идут показатели инвалидности в результате врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений (21 %). Болезни нервной системы занимают в этой структуре третье место (20 %) [5]. На основе проведенного анализа можно сделать вывод об увеличении общего числа детей-инвалидов в Российской

Федерации за анализируемый период. При этом наблюдается отрицательная динамика инвалидности (ее увеличение) отмечается при большинстве заболеваний, формирующих инвалидность [5]. В 2015, 2016 годах на первом месте по причинам инвалидности до 18 лет находятся психические расстройства и расстройства поведения. Исходя из таких данных, следует предполагать наличие значительного числа лиц с ограниченными возможностями среди детей, подростков с психическими расстройствами, в том числе и не имеющих инвалидность. Большинство из них на начальном периоде наблюдаются у педиатров, детских врачей-неврологов с резидуальными нарушениями центральной нервной системой, массой других диагнозов в основе которых, как правило, лежит перинатальное или раннее постнатальное поражение головного мозга. До определенного периода, как правило, это начало посещения детских дошкольных образовательных учреждений или школы такие дети не попадают в поле зрения врача-психиатра, что связано с различными причинами.

По данным литературы и собственных наблюдений в диагностике неврологической патологии, при анализе структуры обращаемости на прием, группы диспансерного наблюдения у врача-невролога были установлены следующие основные тенденции. У детей и подростков преобладают следующие варианты патологии: перинатальное поражение центральной нервной системы, резидуальная органическая энцефалопатия, детский церебральный паралич, эпилепсия, последствия перенесённой нейроинфекции, задержка психического развития и другие. В проведенных исследованиях указываются следующие данные о структуре пациентов получающих амбулаторную неврологическую помощь: эпилепсия – 24,8% (из них с когнитивными нарушениями и расстройствами поведения 12,8%); детский церебральный паралич – 19% (в сочетании с умственной отсталостью 0,9%); вегето-сосудистая дистония – 13,6% (с преобладанием цереб्रोастенической симптоматики – 54%); неврозы -

2,3% (преобладают тики простые 24,8 %, навязчивости – 0,8%, тревожные расстройства – 28,5%). Резидуально-органическое поражение ЦНС 9,9% (в структуре синдрома ММД, ЗППР, СДВГ, неврозоподобные, поведенческие нарушения. Последствия перенесённой нейроинфекции 1,2% (цереброастенический и психопатоподобный синдромы). Последствие черепно-мозговой травмы 2,3% (синдром цефалгии, ВСД, цереброастенический с-м, неврозоподобный) [1, 2, 3, 5, 8].

По различным данным от 40 до 55% случаев встречается диагноз в виде «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью». Термин «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ), который в литературе упоминается чаще, является обобщенным для нескольких различных сочетаний нарушений активности и внимания (Заваденко Н.Н., 2014). Как показывает практика в подавляющем большинстве случаев это органические нарушения центральной нервной системы различного характера и в дальнейшем диагноз меняется на клинически обоснованный в соответствии с МКБ-10.

При анализе показателей инвалидности в сельском районе среди детей и подростков с неврологической патологией, выявлено 25%, а вместе по психическими заболеваниями- 42,7%, это почти половина от всех имеющих инвалидность детей и подростков. По взрослым за 2018г это 14,4% инвалидов в связи с неврологическими заболеваниями, все с умеренными и тяжелыми нарушениями функций (половина из них с комбинированными психическими расстройствами – приобретенное слабоумие, депрессивно-тревожные расстройства, изменения личности по органическому типу).

В структуре детей и подростков, получающих специализированную помощь у врача-психиатра в сельской местности преобладают следующие психические расстройства: органические непсихотические состояния различного генеза - 36,6%, умственная отсталость - 52,3%, расстройства шизофренического спектра – 0,7%, прочие -

10,4%. В связи с возрастом, динамикой первичной обращаемости показатели периодически изменяются.

Наличие органической патологии мозга приводит к психическим нарушениям различного спектра и требует консультации специалиста врача-психиатра с совместным решением о комплексной терапии и решения других вопросов. Однако часто или врач-невролог не направляет пациентов на консультацию, или родители отказываются от консультации, опасаясь стигматизации, «психиатрического диагноза» не приходят на прием с детьми и подростками. Довольно часто только наличие выраженных проблем в поведении, обучении, или желание «получить инвалидность» заставляет их обратиться на прием к психиатру.

Выводы.

Установлено, что значительная часть пациентов получающих консультативную помощь, состоящих на диспансерном учете у врача-невролога, параллельно нуждаются в оказании консультативной психиатрической помощи, а иногда и в изменении диагноза, решении вопроса об установлении стойкой нетрудоспособности в бюро МСЭ психиатрического профиля.

Следует разработать критерии оценки клинического состояния с выделением ведущих патологических симптомов и синдромов для своевременного решения вопроса о назначении консультации врача-психиатра или проведении врачебной комиссии для оценки адекватности терапии, возможности изменения диагноза или изменении профиля диспансерного наблюдения, решения вопросов дальнейшего обучения, получения профессии или трудоустройства.

В рамках врачебной комиссии или консилиума решать вопрос о возможности амбулаторного изменения диагноза, либо назначения стационарного обследования при затруднении в вынесении основного диагноза и профиля бюро медико-социальной экспертизы, куда должен быть направлен пациент.

В рамках взаимодействия при решении вопросов о направлении на ПМПК, изменении формы обучения следует обязательно проводить комплексное неврологическое и психиатрическое обследование детей и подростков с вынесением мотивированного решения, об изменении вида или программы обучения, особенно при направлении на домашнее обучение.

Проводить совместные консультации, осмотры при назначении терапии, изменении схем лечения, препаратов, дозировок учитывать комплаенс к терапии пациентов и их родителей, опекунов, сложность взаимодействия препаратов и их реальную стоимость для пациентов.

Рассмотреть вопрос о создании методических рекомендаций по совместному ведению пациентов с неврологической, психической патологией, особенно по отдельным нозологическим группам, в том числе детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью.

Литература

1. Буторина, Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста / Н.Е. Буторина. — Челябинск: АТОКСО. — 2008. — 192 с.
2. Гусев С. И. Современные аспекты психических расстройств и проблемы инклюзивного образования // Психосоциальная реабилитация: новые вызовы- новые технологии: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора А. А. Корнилова (Кемерово, 12 апреля 2018 г.) / под науч. ред. академика РАН Н. А. Бохана. – Томск: Издательство «Иван Федоров», 2018. – С. 82-85.
3. Гусев С. И. Оказание психиатрической помощи и психосоциальной реабилитации в сельской местности // Психосоциальная реабилитация: новые вызовы- новые технологии: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной

памяти профессора А. А. Корнилова (Кемерово, 12 апреля 2018 г.) / под науч. ред. академика РАН Н. А. Бохана. – Томск: Издательство «Иван Федоров», 2018. – С. 78-82.

4. Заваденко Н.Н., Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения. /Вопросы Современной педиатрии. /2014/ ТОМ 13/ № 4. С. 48-53.
5. Лаврова Д. И. Динамика инвалидности детского населения в Российской Федерации / Д. И. Лаврова // Наука и мир. 2015. № 9 (25). С. 113–114.
6. Лаврик С.Ю. [и др.] // Минимальная мозговая дисфункция у детей дошкольного и раннего школьного возраста /Восстановительная и профилактическая медицина: сб. материалов VIII междунар. науч. конф. - Иркутск, 2007. -С. 54-56.
7. Лысенко К. Ю., Трифонова А. Д. Исследование динамики детской инвалидности в России за 2000–2015 гг. // Молодой ученый. — 2016. — №14. — С. 359-362.
8. Потехина Е.С., Михайлюк Е.В., Зененко М.Н. Неврологическая патология у детей и подростков. Анализ заболеваемости основными нозологическими формами. //Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 6.

История и опыт работы психоневрологического диспансера Невского района Санкт-Петербурга.

Демурчева В.С.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер №9 Невского района», г. Санкт-Петербург

У истоков создания первого в г. Ленинграде психоневрологического диспансера стоял академик Владимир Михайлович Бехтерев. В феврале 1908 года В.М. Бехтерев представил на утверждение проект устава попечительства «о душевно и нервнобольных, состоящих при институте». В последующие годы он фактически возглавил в стране внебольничную психиатрическую организацию, продолжая совершенствовать формы её работы. Уже весной 1914 года в одной из комиссий при Обществе русских врачей памяти Н.И. Пирогова возникла идея об образовании психиатрических диспансеров.

Впервые психоневрологический диспансер в нашей стране был открыт весной 1924 года в городе Воронеже в виде амбулатории с небольшим стационаром, затем в конце 1924 года аналогичный диспансер стал действовать в г. Москве. В 1926 году появился первый диспансер в городе Ленинграде в Володарском районе (ныне Невском районе.)

12 апреля 1926 года академик В.М. Бехтерев обратился в лечебный отдел Наркомздрава РСФСР с докладной запиской, обосновывающей необходимость создания диспансера в Ленинграде. В.М. Бехтерев писал: «В развитии сети диспансеров необходимо организовать по крайней мере один из них в городе Ленинграде, как крупном промышленном центре с большим количеством рабочего населения».

Постепенно стала вырабатываться структура психоневрологического диспансера в виде «амбулатории» с лечебными кабинетами по психотерапии, электро- и водолечению, службой оказания материальной

патронажной помощи, мастерскими для лечебно-трудового режима, ночными и дневными стационарами, физкультурными залами, столовыми, лабораториями, психотерапевтическими и психологическими кабинетами.

В ноябре 1926 года администрация диспансера представила заявку в Лечебный подотдел Горздравотдела г. Ленинграда следующего содержания: «Нервно-психиатрический диспансер при клинической больнице для нервнобольных Патолого-рефлексологического института просит Вашего разрешения об изготовлении для диспансера углового штампа и круглой каучуковой печати». Таким образом, исторически следует считать начало работы ПНД Невского района с ноября 1926 года. Первым результатом работы диспансера стала в 1927 году диспансеризация лиц, страдающих наркоманией (морфинистов).

В предвоенные годы сотрудники диспансера под руководством профессорского состава Психоневрологического института разрабатывали задачи и методы диспансерного наблюдения, методы медикаментозного лечения, систему социальной помощи нервно-психически больным. В 1939 году профессором Г.В. Зиневичем была разработана система динамического наблюдения больных, которая используется и в настоящее время. Структура и содержание работы нервно-психиатрического диспансера постоянно менялась и совершенствовалась. Диспансер расширял свою деятельность, выявлял душевнобольных, проводил их лечение и наблюдение, при необходимости направлял пациентов в психиатрические стационары, развивал патронажную службу.

На современном этапе диспансер осуществляет специализированную психиатрическую, психотерапевтическую, реабилитационную помощь взрослому населению Невского района г. Санкт-Петербурга. Ежегодно в диспансер обращаются более 70000 человек. С 1992 года открыт и функционирует дневной стационар диспансера. За время работы дневного

стационара количество повторных госпитализаций в психиатрические стационары снизилось на 30%. С 2006 года на базе расформированных лечебно-трудовых мастерских функционирует медико-реабилитационное отделение, основной задачей которого является ранняя реабилитация психически больных, возвращение их в общество, в семью.

Акцент в оказании психиатрической помощи сделан на стационарозамещающие технологии. Пациенты с острыми и подострыми состояниями при наличии положительной установки на лечение направляются в дневной стационар, где уже на ранних этапах начинается реабилитация. После купирования острого состояния пациенты направляются в медико-реабилитационное отделение для продолжения реабилитационных мероприятий социальной и медицинской направленности.

На всех этапах оказания психиатрической помощи применяется полипрофессиональный метод работы. Наряду с психиатрами в оказании помощи лицам с психическими расстройствами участвуют врачи-психотерапевты, клинические психологи, социальные работники, специалисты в области трудотерапии, юристы.

Более 30-ти лет диспансер сотрудничает с кафедрой социальной психиатрии и клинической психологией ФГБУДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты РФ в вопросах, касающихся разработки реабилитационных программ и определения стойкой утраты трудоспособности пациентов с психическими расстройствами. Активная работа медико-реабилитационного отделения во взаимодействии с данной кафедрой позволяет предупредить раннюю инвалидизацию пациентов. Обслуживая 548 тыс. взрослого населения района, диспансер направляет на первичное освидетельствование в БМСЭ до 26 пациентов ежегодно.

Психотерапевтическая и психологическая помощь оказывается на всех этапах: в амбулаторном отделении,

дневном стационаре и медико-реабилитационном отделении.

Длительное время диспансер успешно сотрудничает с большинством государственных медицинских учреждений района, оказывающими первичную медико-санитарную помощь. Проводится обучение медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, основам психиатрической диагностики и лечения, правовым основам оказания психиатрической помощи. В ближайшее время в целях приближения психиатрической помощи к населению планируется создание отделения медико-психосоциальной помощи на базах поликлиник, обслуживающих отдаленные от диспансера участки района.

К вопросу о междисциплинарном подходе в диагностике и терапии психосоматических расстройств.

Добаева Н.В.

*МНИИП - филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского»
Минздрава России.*

В современном мире стремительно изменяются условия жизни, характер межличностного общения уходит из реальности в виртуальную сферу, меняется характер общества в целом. Благодаря интернету мы получаем новую информацию мгновенно, что с одной стороны является подспорьем в экономии времени и повышении продуктивности работы благодаря новым знаниям, а с другой стороны нам приходится обрабатывать огромное количество информации, которая быстро меняется и нам необходимо успевать приспосабливаться к этому, что не может не отразиться на состоянии наше психического и соматического здоровья. Человеку все труднее успевать за темпами изменения окружающей среды, что вызывает психоэмоциональную перегрузку и создаются условия для развития психосоматических заболеваний. В последние годы появляется все больше публикаций по поводу того, что роль психотравматизации в возникновении соматических заболеваний растет, что приводит к увеличению количества психосоматических расстройств в структуре психических заболеваний.

Психосоматические расстройства характеризуются затяжным течением, частыми рецидивами ввиду того, что причины возникновения данного состояния лежат в нарушении работы нескольких систем организма, что вызывает определенные сложности при диагностике и лечении. Зачастую больные долгое время проходят лечение у специалистов общего медицинского профиля, которым сложно увидеть пограничные психические расстройства, которые могут усугублять течение основного заболевания.

Необходимость в разработке междисциплинарного, системного подхода для своевременного выявления психической патологии у пациентов с соматическими заболеваниями, чтобы избежать однополюсного взгляда на проблему является актуальной для практической медицины.

Таким образом одной из важных задач современной медицины стоит своевременные распознавание и терапия коморбидных психических расстройств, которые помимо лечения основного заболевания (соматического) требуют консультации врача-психиатра. Чем раньше диагностировано расстройство психической сферы, тем прогноз более благоприятный. Это даст возможность оказания эффективной психиатрической помощи в общей медицинской практике, а также осуществлению реабилитационных программ для пациентов с хроническими соматическими заболеваниями.

Используя междисциплинарный подход нами было проведено исследование 98 больных с хроническими дерматозами (псориазом, атопическим дерматитом), относящихся к психосоматическим, для выявления при помощи применяемых в сексологической практике методов исследования клинических вариантов сексуальных дисфункций.

При постановке клинического диагноза важными принципами являлись определение у пациентов личностных акцентуаций характера, преморбидных и сопутствующих заболеваний, а также выявление клинических вариантов психопатологических расстройств, механизмов, участвующих в их формировании и их влияние на течение сексуальных дисфункций у больных исследуемой группы. Следующим значимым принципом являлось определение конституциональных особенностей пациентов, особенностей психосексуального развития и сексуального опыта. Третьим принципом при обследовании и постановке диагноза являлось изучение характерологических и конституциональных особенностей партнеров и взаимоотношения в паре, что позволяет понять

путь формирования и перспективы терапии парной сексуальной дисгармонии, а также степень участия партнеров в лечении больных в качестве «сотерапевта». Наконец, было необходимо изучить сексуальные тенденции и предпочтения, в том числе и латентные, обоих партнеров для уточнения этиологии сексуального расстройства и использования этих особенностей пациентов при сексуальных тренингах в качестве предлагаемых сценариев сексуального поведения.

Анализ анамнестических данных выявил, что психотравмирующие ситуации разной природы играли одну из решающих ролей в дебюте и обострении хронических дерматозов. у 79% больных выявляется сочетанное действие стрессовых ситуаций, предшествующих как дебюту, так и утяжелению его течения. Опрос однозначно показал тесную взаимосвязь между эмоциональным состоянием и симптоматикой кожного заболевания. Большинство исследованных в качестве причины затруднений в личной жизни указывали на наличие хронического дерматоза. Переживания из-за косметического дефекта на открытых участках кожного покрова травмировало психику и приводило к сексуальной дезадаптации. На первом месте из стрессовых ситуаций стоят семейно-сексуальные проблемы, на втором - проблемы, связанные с работой и финансами, которые приводят к началу кожного заболевания, и к рецидиву. При анализе характерологических особенностей данной категории лиц, выявляется что наиболее распространены акцентуации характера по сензитивному и психастеническому типам. В качестве основных причин обращения к сексологу обследуемые отмечают снижение сексуального влечения, отсутствие сексуального удовлетворения, эректильную дисфункцию, чувство внутреннего напряжения, сниженный фон настроения, конфликтное поведение в семье и на работе, чувство собственной неполноценности и суицидальные мысли, навязчивые опасения в связи с состоянием здоровья, соматовегетативные жалобы, расстройства сна). Также

отмечалась аутизация, ограничение контактов, интроверсия, недоверчивость, подозрительность, склонность к эксплозивным реакциям и актам агрессии; наряду с этим - сензитивность, повышенная ранимость, пониженная социальная активность, смена интересов и жизненного стереотипа. 98% пациентов перед обращением к психиатру уже обращались за помощью к другим специалистам (урологам, дерматовенерологам, эндокринологам, терапевтам).

Клиническая картина сексуальных дисфункций у пациентов с псориазом и нейродермитом варьировала в зависимости от наличия в преморбиде или развившегося на фоне кожной патологии того или иного психического расстройства, проявляющегося в виде дистимии, ипохондрического и смешанного тревожного и депрессивного расстройства и распределилось относительно равномерно. Анализ нарушений сексуальной функции и исследуемых позволил выделить следующие расстройства: дебютантные формы сексуальных расстройств, семейно-сексуальные дисгармонии и пациенты с гиполибидемией.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы. Одной из причин возникновения рецидивов нейродермита и псориаза, является проблема межличностных партнерских отношений. Психические расстройства и сексуальные дисфункции выявляются у подавляющего большинства (77%) больных хроническими дерматозами. Выявляется уверенность пациентов в том, что именно кожное заболевание толкнуло их на путь социо-сексуальной изоляции и в дальнейшем привело к сексуальной дезадаптации. Длительность течения дерматоза не оказывает существенного влияния на характер выявленных сексуальных и психических расстройств, а зависит от распространенности очагов дерматоза и частоты рецидивов.

Психические расстройства возникают либо первично, либо вторично на фоне дерматоза, когда факторы, связанные с проявлениями дерматоза, выступают

в роли длительных психогенных воздействий, что способствует формированию дисфункций.

При терапии сексуальных дисфункций у лиц, страдающих хроническими дерматозами, основными принципами являются: этапность лечебно-реабилитационных мероприятий,

комплексный характер, направленный на все звенья патогенеза сексуального расстройства, индивидуализация терапевтических усилий с учетом соматического состояния, возрастной нормы и социо-культурального уровня.

В начале лечения объяснялись основы физиологии и психогигиены сексуальности, а также основы совместной сексуальной жизни, включая информацию о «технике» полового акта; корригировались неправильные суждения и предрассудки, связанные с сексуальной активностью и запросами человека противоположного пола; поддерживалась уверенность пациента в самом себе, снижался уровень опасений, совместно с пациентом выбиралась ориентация его поведения в процессе лечения. Механизмы развития кожного заболевания, сексуального расстройства и психической патологии обсуждались и разрабатывались принципы его поведения больного, нацеленные на оптимизацию условий дальнейшего лечения. В дальнейшем проводились тренинговые методики основанные на обучении новым, правильным, желательным реакциям и формам поведения или на отучении от нежелательных форм поведения, нарушающих нормальное функционирование человека в сфере сексуальности. При этом дополнительно применялась фармакотерапия, направленная на редукция психопатологической, сексологической и кожной симптоматики.

Терапевтические мероприятия направлены не только ликвидировать дисфункцию, нормализовать, сексуальную гармонию, но и редуцировать невротическую симптоматику и кожные проявления хронических дерматозов, компенсировать психическое состояние пациентов и повысить уровень социо-сексуальной

адаптации и качества жизни в целом. Проведенный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий был эффективен в 76% случаев.

Полученные результаты дополнили представления о клинических особенностях сексуальных расстройств у лиц, с хроническими дерматозами. Выявление факторов, способствующих возникновению и развитию рецидивов дерматозов и сексуальной патологии, может способствовать профилактике подобных расстройств, ранней их диагностике и более эффективному лечению. Знание причин возникновения особенностей течения кожного заболевания и сексуальных дисфункций могут быть использованы врачами различных специальностей в целях своевременного направления больных за квалифицированной сексологической помощью.

В основе лечебно-реабилитационной помощи больным психосоматическими расстройствами лежит мультидисциплинарный подход. Использование возможностей современных методов исследования позволяет врачу создать полную картину болезни, а при включении в обследование тестов, шкал, опросников для определения уровня тревоги и депрессии у больных соматического профиля, позволяет более точно диагностировать состояние и повысить эффективность терапии. В связи с этим целесообразной является интеграция психиатрической и общесоматической служб для эффективной помощи населению.

Диагноз шизотипического расстройства в детско-подростковом возрасте и его трансформация во взрослой сети

Дорина И.В.¹, Панкова О.Ф.², Соболев А.А.²

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им.Г.Е.Сухаревой» ДЗМ г. Москвы

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова» Минздрава России

Введение. С учетом предстоящего пересмотра международной классификации болезней (ICD-11), одной из значимых проблем психиатрии является уточнение места и критериев диагностики шизотипического расстройства. Дискуссии о его нозологической самостоятельности и роли в возникновении расстройств психотического регистра с возможностью трансформации в шизофрению в работах зарубежных и отечественных исследователей не прекращаются со времени выделения шизотипического расстройства личности в DSM-III и ICD-10 [4-12]. Широкое распространение получило представление о спектрах психических расстройств (шизофреническом, аффективном), под которым понимается совокупность и диапазон всех проявлений, характерных для данной группы заболеваний. Основные изменения в DSM-V и, как видно из проекта, все более сближающейся с ней ICD-11, касающиеся раздела расстройств шизофренического спектра, включают снижение значимости для диагностики симптомов первого ранга, удаление клинических форм болезни, переход от категориальной к дименсиональной парадигме, а также введение диагностических критериев продромальных проявлений эндогенного заболевания, выделяемых в рамках аттенуированного, то есть ослабленного психотического синдрома «attenuated psychosis syndrome»

[1,7,8,12]. Один из ведущих отечественных психиатров С.Н.Мосолов в своей программной статье [3] констатирует, что «мы точно не знаем, есть ли четкие границы искусственно выделенных диагностических категорий, или существует целый спектр шизофренических расстройств с перекрытием симптоматики с аффективными или обсессивно-компульсивными расстройствами, а также с шизотипическим личностным расстройством». В используемой в нашей стране классификации МКБ-10 рубрика шизотипическое расстройство (F21) относится к расстройствам шизофренического спектра, тогда как в американской классификации она ранее рассматривалась в рамках личностной патологии и была введена в данную группу лишь в DSM-V. Как известно, в отечественной клинической практике диагнозы из рубрики F21 «Шизотипическое расстройство» расцениваются в большинстве случаев как малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения. В одной из последних работ, посвященных изучению распространенности расстройств шизофренического спектра в Москве на основе статистики ПНД за 2016 год [2], приведены данные, что среди первичных больных диагнозом F21 был выставлен у 11,6% больных. В то же время работ, посвященных изучению клиники, диагностики и распространенности шизотипического расстройства в детско-подростковом возрасте, крайне мало.

Целью настоящей работы явилось изучение распространенности диагнозов шизофрении и шизотипического расстройства у детей и подростков, находившихся на стационарном лечении, и в амбулаторной психиатрической сети города Москвы в сравнении с данными среди взрослых больных.

Материалами послужили статистические данные архивных историй болезни детей и подростков, находившихся в 2013-2017гг. на стационарном лечении в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков (НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ г.Москвы, директор – к.м.н. М.А.Бибчук), а также данных

годовых отчетов всех психоневрологических диспансеров города Москвы (ПНД), поступающих для обработки в Информационно-аналитический центр, функционирующий на базе данной клиники с 1989 г.

Рис.1. Распространенность шизофрении и шизотипического расстройства среди пациентов стационара НПЦ ПЗДП им.Г.Е.Сухаревой

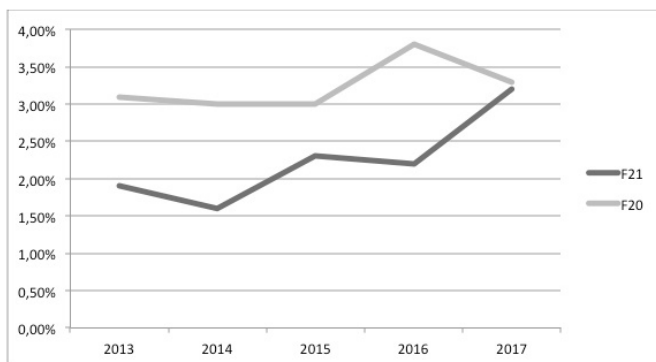
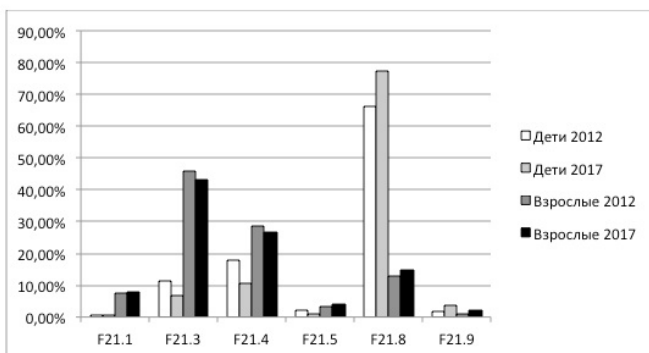


Рис.2. Клинические варианты шизотипического расстройства у взрослых и детей и подростков по данным учета ПНД г.Москвы



Полученные результаты и их обсуждение. Полученные данные, графически представленные на рис.1, свидетельствуют об имеющейся тенденции роста числа пациентов с диагнозом из группы шизотипического расстройства (F21) при стабильных показателях диагнозов из группы шизофрении (F20). Удельный вес больных с расстройствами

шизофренического спектра (F2) от всех пациентов, находившихся на лечении в НПЦ ПЗДП им.Г.Е.Сухаревой, составил в 2013 г. 7,3% (n=250), в 2017 г. – 9,1% (n=414). Пациенты с диагнозом шизофрении (F20) составили 3,1% в 2013г. и 3,3% в 2017 г. тогда как больные шизотипическим расстройством 1,9% в 2013г. и 3,2% в 2017 г. Процент пациентов с диагнозом шизотипического расстройства в группе расстройств шизофренического спектра составил: 26,4% в 2013 г. и 33,7% в 2017 г. При этом общее количество детей и подростков, поступивших на стационарное лечение в 2017 г. увеличилось на 60,4%, составив в числовом выражении: 3403 чел. в 2013 г. и 5638 чел. в 2017 г. Наибольшее количество поступлений приходилось на подростковый возраст (12-15 лет) - от 56 до 85% в разные годы. Растет частота первичных госпитализаций в психиатрический стационар детей и подростков, заключительным диагнозом у которых при выписке явилось шизотипическое расстройство. В 2017 году их удельный вес составил 61,6%. Практически половина (47,6%) из этих больных поступили экстренно. Причиной госпитализации чаще всего служили разнообразные суицидальные проявления, аффективные расстройства с аутодеструктивным поведением, транзиторные психотические расстройства, расцениваемые как «квази-психотические».

Проведенное нами изучение показателей распространенности расстройств шизофренического спектра в амбулаторной психиатрической сети (данные статистики ПНД за 2012г. и 2017 г.) с целью выявления общих тенденций, обнаружило обратные показатели. На фоне увеличения количества учтенных больных всеми видами психической патологии (2012 год – 171430 чел., 2017 год – 506717 чел.), удельный вес детей и подростков уменьшился с 13% в 2012 г. до 8,5% в 2017 г. От общего количества учтенных больных психической патологией среди взрослых больные шизотипическим расстройством (F21) составили 6,5% в 2012 г. и 3,6% в 2017 г. Среди всех больных с расстройствами шизофренического спектра (F2)

больные с шизотипическим расстройством как в 2012 г., так 2017 г, составляли около 17,5%.

Существенные отличия в показателях распространенности расстройств шизофренического спектра выявлены у детей и подростков. Из всех детей и подростков с психическими расстройствами диагноз из группы расстройств шизофренического спектра (F20-F29) имели в 2012 году 3,37%, а в 2017 году лишь 0,25%, а диагноз шизотипического расстройства имели 1,25% в 2012 году и 0,10% в 2017 году. Данные тенденции противоречат показателям роста распространенности шизотипического расстройства у пациентов детского психиатрического стационара. Причинами подобных расхождений могут быть как расширенная первичная диагностика шизотипического расстройства у детей и подростков, так и непсихотический уровень расстройств, позволяющих использовать альтернативные формы оказания психиатрической помощи (частно-практикующие врачи-психиатры), а также отказ родителей от обращения за психиатрической помощью для их детей в ПНД по месту жительства. При этом шизотипическое расстройство продолжает занимать гораздо больший удельный вес по сравнению со взрослыми больными среди расстройств шизофренического спектра 37,02% в до 48% в 2017 году.

Возрастные отличия имели место и в распространенности отдельных клинических форм (вариантов) шизотипического расстройства. У взрослых больных наиболее часто встречались псевдоневротическая (46% - 2012 год, 43,05% - 2017 год) и псевдопсихопатическая (27%+/-1%) формы шизофрении. У 13% в 2012 году и 15% в 2017 году имел место диагноз F21.8 Шизотипическое личностное расстройство. При этом в цитируемой выше работе [2] данный диагноз отсутствует в качестве первичного у взрослых больных. Реже всего выставлялся диагноз неуточненного шизотипического расстройства, шизофренической реакции и бедной симптомами шизофрении. У детей и подростков в более половине случаев (65% - 2012 год и 77,48% - 2017 год) был

выставлен диагноз шизотипического личностного расстройства (F21.8), в то время как диагноз псевдоневротической шизофрении выставлялся лишь в 12% в 2012 году и 6,79% в 2017 году наблюдений, а псевдопсихопатической шизофрении - в 18% в 2012 году и 10% в 2017 году.

Заключение

Проведенное исследование показало, что диагноз шизотипического расстройства в отечественной психиатрии является клинической реальностью. Рубрики данного типа расстройств используются для квалификации аутохтонных расстройств с непсихотическими проявлениями на всем протяжении заболевания или с транзиторными квази-психотическими эпизодами, возникающими на определенных его этапах. Подавляющее использование у детей и подростков рубрики F21.8 Шизотипическое личностное расстройство отражает особенности возрастной психопатологии в виде ее полиморфизма с незавершенностью, рудиментарностью, изменчивостью клинических феноменов. Используемое обозначение диагноза представляется не совсем корректным, так как у детей и подростков нельзя еще говорить о личностном расстройстве, за исключением нарастания шизоидизации. Критериями постановки диагноза шизотипического личностного расстройства в детском и подростковом возрасте являются не черты характера, а симптомы, которые указаны в преамбуле отечественного психиатрического тезауруса, используемого для квалификации расстройств.

Требуется дальнейшая разработка критериев диагностики различных клинических форм шизотипического расстройства, включая аттенуированный психотический синдром, которая позволит улучшить выявляемость больных и групп риска по шизофрении и даст возможность оказывать своевременную коррекционную и лечебную помощь данному контингенту.

Необходимо проведение дальнейших клинико-катамнестических исследований для изучения клинико-

динамических особенностей и исходов шизотипического расстройства с началом в детском и подростковом возрасте.

Литература

1. Аутохтонные непсихотические расстройства/под ред А.П.Коцюбинского. – С.-Петербург: СпецЛит, 2015. – 495 с.
2. Костюк Г.П., Шмуклер А.Б, Голубев С.А.Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве. // Социальная и клиническая психиатрия, 2017, т. 27 № 3, с.5-9
3. Мосолов С.Н. Актуальные дискуссионные вопросы диагностики, классификации, нейропатологии, патогенеза и терапии шизофрении // Биологические методы терапии психических расстройств(доказательная медицина клинической практике) Под ред. С.Н.Мосолова.- М.: Социально-политическая мысль, 2012. – с.61-102
4. Омельченко М.А., Голубев С.А., Никифорова И.Ю., Каледа В.Г. Риск манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. // Журн. неврол. и психиатр.им.С.С.Корсакова. -2014. Т. 6, с.14-20
5. Смулевич А.Б. Расстройства личности и шизофрения // Журн. неврол. и психиатр.им.С.С.Корсакова. - 2011, Т.1 с.8-15
6. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P. [et. al.]. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update// Amer. Journ. Psychiat. -2001. Vol. 158 (2) – P. 163-175.
7. Cannon T.D.,Comblatt B., McGorry P. The empirical status of the ultra high-risk (prodromal) research paradigm// Schizophr. Bull. – 2007.- Vol.33. – P.661-664
8. Carpenter W.T. Anticipating DSM-V: Should Psychosis Risk Become a Diagnostic Class? // Schizophr. Bull. – 2009.- Vol.35, No 5 – P.841-843

9. Insel T., Schoenbaum M., Wang P. Components of the Economic Burden of Serious Mental Illness in the US // US Neurology. 2009 Vol.5 № 1 p.10-11.
10. Gustavsson A., Svensson M., Jacobi F. et.al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010// Eur. Neuropsychopharmacol. 2011/ Vol/21, p.718-779/
11. Pamas J., Raballo A., Handest P. etal. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-yearfollow-upofthe Copenhagen prodromal Study// World Psychiat. -2011/ - Vol./ 10- P.2040-2044
12. Ruhrmann S., Schlitz-Lutter F., Salokangas R.K. et. al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective prediction of psychosis study// Arch. Gen. Psychiatry/ - 2010/ - Vol.67. – P.241-251

Addiction Treatment in the Community: Experience from a community clinic in India

Prof Anju Dhawan, Dr Biswadip Chatterjee, Dr Siddharth Sarkar*(presenter)

Department of Psychiatry and NDDTC, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India – 110029; Email: sidsarkar22@gmail.com

Addiction in context: Substance use disorders are challenging public health problems that affect the community at large. In India, opioid and alcohol use disorders affect considerable segments of the population. Though effective treatment options are available for the management of these disorders, there exists considerable treatment ‘gap’ in accessing services for these conditions. Treatment of substance use disorders is often protracted (especially Opioid Substitution Treatment), and requires frequent and sustained contact with patients. A substantial proportion of the patients can be managed on the outpatient basis. Provision of community based treatment as a low cost model is helpful for reducing the burden associated with substance use disorders. Thus, a clinic was envisaged by the National Drug Dependence Treatment Centre, to provide services in the community in high substance use pocket of Delhi. This paper discusses the salient features of the clinic.

The Clinic: The community clinic was set up in 2008 in a resettlement colony in east Delhi. The area has high population density, and generally the residents belong to low socio-economic status, engaged in a variety of jobs. The houses are small, with several members of family sharing a room. The area has a high prevalence of opioid use disorders, and heroin use in the chased form is the predominant method of use. The area has a few deserted ‘hotspots’ where substance users congregate to take their substances. Crime rates are high in the area, though many of the crimes are unreported. The clinic is located on an extension building of a small health facility in the

area. The clinic space comprises of a waiting area, and three rooms – one of which is used for medical consultation and evaluation, one for dispensing of medications, and one for storage and ancillary activities. The clinic is outpatient based, and is open in the morning hours (8 am to 3 pm). Doctors (psychiatrists) are available at the clinic twice a week. Nurses are available on a daily basis and dispense medications to patients. Social workers also carry out evaluations, conduct field visits and engage with the community.

Patient profile and treatment approaches: The typical patient is a young male who either chased or injected heroin. Apart from heroin users, there was a fair share of alcohol dependent individuals who sought services. The patients with heroin use disorders are offered buprenorphine as opioid substitution treatment (OST), if indicated. However, buprenorphine is offered only to those who are willing to come for daily supervised dosing for the initial few months. Those who have short duration of opioid dependence and are willing to stop all opioids are referred to our inpatient facility at Ghaziabad (about 20 kilometres away) for detoxification and initiation of naltrexone if outpatient detoxification is not possible. Subsequently, naltrexone is dispensed from the centre. Patients with alcohol dependence are attempted for outpatient based detoxification using benzodiazepines. After detoxification disulfiram or naltrexone as pharmacoprophylaxis options are considered. Patients who were medically unstable are referred to other hospitals in the area for management of acute conditions. The treatment including medications are provided free of cost from the centre, through public funding. Overall, very few patients need referral to the main facility and most are managed in the community clinic.

The patients are generally accompanied by family members in the initial intake. Wherever possible, family members are encouraged to follow-up with the patient. In some cases, they also helped in supervision of the medications. Over the course of the years, only a handful of females have sought treatment, primarily reflecting the substance user profile in the region. Many adolescents have been also brought in the

treatment fold. After gradual initial progress, the recent years has seen enrolment of about 250 new cases every year. About 100 patients are dispensed medications every day. The engagement into treatment has resulted in positive outcomes in many patients, in terms of cessation of illicit substance use and mainstreaming the substance affected individuals. Publicity of the centre has occurred by the word of mouth of the treated patients and their family members.

Pragmatics: The day to day functioning of the clinic is under the administrative control of a faculty. Co-ordinated efforts are required for the general upkeep of the centre, allocation of personnel, and incremental value additions to the centre. Engagement with the community in the form of meeting the family members and family visits are carried out. Safety and security of the centre personnel and property was another consideration that came up over time, and guards were deployed. Efforts have been made to sensitize the local law enforcement about the drug dependence treatment activities at the centre. Efforts have been made to provide counsel for vocational pursuits, but quite often the family members are able to provide employment related directions. Regular supply of medications has been ensured with systematic procurement procedures as per the rules and regulations. The clinic serves as a model for low-cost strategy for treatment of substance use disorders in the country. The clinic serves as teaching facility for nursing students and residents from the department of psychiatry. It also hosts trainees from different organizations who come for field visits.

Issues and challenges: Any community based endeavour has its fair share of challenges, and so does this community clinic. A challenge has been to engage patients after drop-out from treatment. Many patients leave treatment and relapse to substances, as the motivation fluctuates. Bringing them into the treatment fold again promptly remains a challenge. Another issue has been occasional instances of disruptive behaviour by some patients. Patients with substance use disorders are often a challenging population, some of whom may be having antisocial traits. Yet, their overall behaviour is

better at the clinic than in the street. One issue has been of diversion of medications; especially by patients who are dispensed take home doses when they are engaged in gainful occupations. To curb this, patients are dispensed medications for a few days only and family members are encouraged to supervise.

The way forward: The clinic has demonstrated the feasibility, utility and acceptability of community treatment clinic for addiction treatment in India. Apart from institution quality improvement measures in the clinic, there is scope of systematically assessing outcomes in this clinic. A formal cost benefit study can be planned to see the actual ground impact of the clinic. The qualitative aspects of health-care seeking process and the satisfaction can be conducted, and compared with other addiction treatment facilities. Liaison with other treatment facilities can be done for providing information about the centre and encouraging cross referrals.

Расстройства шизофренического спектра, осложненные употреблением алкоголя (по данным психоневрологических диспансеров).

Зиновьев С.В., Синенченко А.Г., Неженцева И.В.,
Бидерман Т.Г.

*ГБУ СПб «Научно-исследовательский институт скорой
помощи им. И.И. Джанелидзе»*

Актуальность. По данным литературных источников, количество случаев употребления различных психоактивных веществ (ПАВ) среди больных шизофренией в последние десятилетия значительно возросло [1,2,3]. В первую очередь это касается регулярного употребления алкоголя как самого доступного и распространенного в большинстве стран ПАВ [4,5,6,7].

Цель исследования. Установить социально-демографические и клиничко-динамические особенности у больных психоневрологических диспансеров, страдающих шизофренией, осложненной синдромом зависимости от алкоголя.

Для решения поставленной цели были сформулированы задачи:

1. Провести эпидемиологический анализ распространенности алкогольной зависимости и употребления алкоголя с вредными последствиями среди больных шизофренией.
2. Оценить социально-демографический состав данной группы больных.
3. Проанализировать их клиничко-динамическую картину.
4. Оценить влияние регулярного употребления алкоголя на клинику и течение эндогенного процесса.

Материалы и методы. Были обследованы 1157 пациентов, находящихся под амбулаторным наблюдением нескольких диспансеров города Санкт-Петербурга –

мужчин и женщин в возрасте от 18 до 72 лет (в среднем $43,5 \pm 5,7$ лет) с расстройствами шизофренического спектра согласно критериям диагностики МКБ-10. С целью изучения выраженности основных эндогенно-процессуальных проявлений и их возможной взаимосвязи анализировался рейтинг баллов по пяти подшкалам шкалы позитивных и негативных симптомов PANSS [8]. Для определения наличия аддиктивной патологии использовалась стандартизированная шкала обследования потребителя психоактивных веществ [9]. Математическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0. Применялись проверка нулевой гипотезы по t-критерию Стьюдента, проверка гипотезы о характере распределения по критерию χ^2 , определение коэффициента информативности «b», отражающего на основе «t» степень различия показателей по какой-либо переменной.

Результаты. В результате проведенного исследования признаки алкогольной зависимости либо употребления алкоголя с вредными последствиями были выявлены у 10,8% когорты амбулаторных больных с расстройствами шизофренического спектра (91 человек). Отобранные в случайном порядке 100 больных с аналогичной патологией без аддиктивных расстройств составили группу контроля.

В исследуемой группе (регулярно употребляющих алкоголь) был выявлен достоверно более ранний ($p < 0,05$) средний порог выявления начала заболевания ($29,0 \pm 3,5$ лет против $35,7 \pm 5,6$). Пик начала регулярного употребления алкоголя имел место в диапазоне 16 – 20 лет (60,3% пациентов) на фоне преимущественной манифестации эндогенного заболевания, в диапазонах 16 – 20 (30,3% больных) и 26 – 30 лет (25,2%). Ассоциированные с употреблением ПАВ расстройства шизофренического спектра чаще имели острое начало (44,0% против 23,0%; $p < 0,05$). Эти больные реже обращались за помощью добровольно (11,0%, в группе контроля – до 45,0%; $p < 0,01$). Чаще они впервые

освидетельствовались через скорую психиатрическую помощь (50,5 и 27,0%; $p < 0,05$).

Инвалидность по психическому расстройству имели 60,4% пациентов исследуемой группы и 51% – контрольной (различия незначимы). Средний возраст признания пациента инвалидом составлял 30,9 и 37,5 лет ($p < 0,01$). При этом работали по специальности 15,2 и 36,0% пациентов ($p < 0,05$), со снижением квалификации – 15,2 и 6,0% ($p < 0,05$), не работали – 68,8 и 59,0% (различия незначимы).

Регулярно употребляющие алкоголь пациенты реже создавали семьи (44,0% против 18,0; $p < 0,01$). В группе контроля преобладали состоящие в браке (49,0%, исследуемая группа – 15,4%; $p < 0,01$). Количество разведенных в исследуемой группе было значимо большим (36,3 против 20,0%; $p < 0,05$), вдовых было 5,5 и 11,0%. Проживали одиноко 40,0 и 23,0% ($p < 0,05$) больных, с родителями 20,0 и 23,0% (различия недостоверны), с другими членами семьи – 36,2 и 54,0% ($p < 0,05$). Только в исследуемой группе встречались лица БОМЖ (5,8%). Большинство семей, в которых проживали пациенты исследуемой группы, характеризовались разными дисфункциональными межличностными отношениями.

Пациенты исследуемой группы достоверно чаще совершали противоправные действия (40,0 и 14,0%; $p < 0,01$) и имели проблемы, связанные с приводами в полицию и судимостью. Суицидное поведение встречалось у них значимо чаще (24,2%, в исследуемой группе – 11,0%; $p < 0,05$) и было более brutальным (частые неоднократные и тяжелые, комбинированные и импульсивные попытки с последующей госпитализацией).

При оценке доминирующих форм расстройств среди регулярно употребляющих алкоголь был более высоким удельный вес простой формы шизофрении F 20.6 (26,4 и 4,0%; $p < 0,01$). Различия между остальными клиническими формами были незначимыми.

Ассоциированные с употреблением ПАВ расстройства шизофренического спектра отличались

доминированием на всем протяжении заболевания психопатоподобных (вплоть до 50% от общего количества; $p < 0,01$), а на поздних стадиях болезни – увеличением доли галлюцинаторно-бредовых и аффективно-бредовых синдромов (как за счет нонкомплайентности, так и, возможно, психотоксического действия алкоголя). Спектр негативных проявлений включал дисгармонизацию личности, снижение ее уровня (в среднем около 50% на разных этапах наблюдения; $p < 0,01$) либо регресс (на поздних стадиях заболевания).

Для группы контроля было типичным сохранение и на отдаленных этапах заболевания изначального разнообразия спектра позитивных синдромов, по преимуществу – на фоне дисгармонизации личности (также до 50% и больше на разных этапах заболевания; $p < 0,01$).

При обследовании с помощью шкалы PANSS 50 отобранных в случайном порядке пациентов исследуемой и 50 - контрольной группы имел место ряд различий по рейтингу баллов подшкал, отражающих основные проявления расстройств шизофренического спектра. В исследуемой группе были более высокими показатели подшкалы «враждебность/возбуждение» (25,4 балла против 15,6; $p < 0,05$) и более низкие – «тревога/депрессия» (13,2 и 18,5 баллов, различия незначимы).

Заключение. Полученные результаты, с одной стороны, могут свидетельствовать об участии алкоголя не только в патоморфозе, но, возможно, и в патогенезе конкретных случаев эндогенного процесса. С другой стороны, возможно, изначально более неблагоприятные социальные условия у больных с расстройствами шизофренического спектра служат почвой для формирования у них регулярной алкоголизации.

Литература

1. Распространенность психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 году:

- Аналитический обзор. М.: ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, 2014. 43 с.
2. Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Добровольская А.Е., Лобко А.Н. Субъективные оценки клинико-социальных особенностей шизофрении (по материалам анкетирования врачей-психиатров)//Социальная и клиническая психиатрия.-2016.-Т.26.-№ 2. - С. 36- 41.
 3. Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Пашковский В.Э. Некоторые социально-демографические и клинико-динамические показатели больных шизофренией,отягощённой злоупотреблением психоактивными веществами//Наркология.-2012.-Т.11.-№ 2. - С. 30- 35.
 4. Егоров А.Ю. Эпидемиология химической зависимости//Руководство по аддиктологии/Под ред. проф. В.Д. Менделевича. -СПб.: Речь, 2007. -С. 628-631.
 5. Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2006г // Вопросы наркологии. - 2007. - № 6. - С. 54- 55.
 6. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. // Am. J. Psychiatry. - 2007. – V. 149 – P. 391 – 393.
 7. Goswami S., Mattoo S.K., Basu D. et al. Substance-abusing schizophrenics: do they self-medicate?//Am. J. Addict. -2004. -Mar.-Apr. -Vol. 13. -№2. -P. 139-150.
 8. Kay S.R., Opler L.A., Fitzbain A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Scizophrenia Bulletine. – 1987. – V. 13. – P.271 – 276.
 9. Галанкин Л.Н. Стандартизированная шкала обследования потребителя психоактивных веществ (ПАВ) // Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии. - СПб., 2001. - С. 237 - 248.

Амбулаторная психиатрическая служба Чеченской Республики: состояние и перспективы

Идрисов К.А., Идрисова З.К.

*ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»,
Грозный
ГБУ «Республиканский психоневрологический диспансер»,
Грозный*

Состояние и динамику развития психиатрической службы Чеченской Республики (ЧР) необходимо рассматривать в контексте общей ситуации, сложившейся в ЧР в последние десятилетия. Длительная чрезвычайная ситуация (ЧС) и ее характер, периода 1992-2004 гг., существенным образом оказали влияние на состояние психиатрической службы и ее возможности по оказанию психиатрической помощи населению.

До начала военных событий в ЧР существовала разветвленная сеть психиатрической службы, основные показатели которой приближались к среднероссийским. Имелся Республиканский психоневрологический диспансер (РПНД) со стационаром на 60 коек и амбулаторным отделением, 12 психиатрических кабинетов при Центральных районных больницах (ЦРБ), Республиканская психиатрическая больница с. Дарбанхи (РПБД) на 330 коек, Республиканская психиатрическая больница с. Самашки (РПБС) на 220 коек. В результате военных действий материально-техническая база психиатрической службы оказалась практически полностью уничтоженной. Полностью разрушен и сгорел Республиканский психоневрологический диспансер (сгорела и вся первичная документация больных). Обе психиатрические больницы оказались разрушенными на 70%. Если до начала военных событий в РПНД работало 26 врачей-психиатров, то к 2004 г. осталось два психиатра. До 1992 г. в психиатрических больницах работало 27 врачей, к 2004 г. осталось только 8 психиатров. Из 12 психиатрических кабинетов при ЦРБ только 3 были

укомплектованы врачами-психиатрами. Таким образом, если на начало военных действий обеспеченность врачами – психиатрами на 10000 населения ЧР составляла 0,49, то в 2002 г. этот показатель составил 0,13. Этот показатель сохранялся вплоть до 2010 г.

В настоящее время амбулаторная психиатрическая служба ЧР представлена: амбулаторно-поликлиническим отделением ГБУ «РПНД» в г. Грозном на 100 посещений в смену, кабинетом психиатра при ГБ №1 г.Аргун и 13 кабинетами психиатра при ЦРБ, из которых 11 укомплектованы врачами-психиатрами. Обеспеченность врачами-психиатрами на 10 000 населения, с учетом стационарной службы, составляет 0,22 при динамично увеличивающемся населении. Если в 1990 г. население ЧР составляло 1064500 человек, то в 2018 г. – 1437 000 человек.

В 2018 году за психиатрической помощью обратились 10576 (736,5 на 100 тыс. населения) человек (в 2017 г. - 10027). Из этого числа 1139 детей до 14 лет включительно (в 2017 году соответственно 1118 детей до 14 лет), подростки 493 человека (в 2017 г. – 332 подростка). По сравнению с 2017 годом произошел незначительный рост общего числа больных, обративших за психиатрической помощью.

Сравнительный анализ показателей болезненности психическими расстройствами в ЧР с показателями соседних регионов и со среднероссийскими (Казаковцев Б.Д. и др., 2015 г.) показывает, что показатели ЧР значительно ниже по всем нозологическим формам (табл.1)

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей
болезненности психическими и поведенческими
расстройствами (на 100 тыс. населения)

Наименование	Чеченская Республика	СКФО	РФ
Психические расстройства - всего	736,5	2073	2764,9
Психозы и (или) состояния слабоумия	289,2	509,5	757,3
из них: шизофрения, шизотипические расстройства, шизоаффективные психозы, аффективные психозы с неконгруэнтным аффекту бредом	214,2	316	384,8
Психические расстройства непсихотического характера	115,2	951,4	1400,6
Умственная отсталость	332	612,1	607,1

Всего по проблемам психического здоровья население в ЧР обращалось к специалистам в 2,8 раз реже, чем в соседних регионах и в 3,7 раз реже, чем в среднем по РФ. Особенно настораживает отставание показателей ЧР по графе «Психические расстройства непсихотического характера», которые в 8 раз ниже, чем в соседних регионах и в 12 раз ниже среднероссийских показателей. Эта

диспропорция свидетельствует о том, что население ЧР обращается к психиатрам в основном, в случаях, если больные находятся в психотическом состоянии, состоянии декомпенсации или для оформления медицинской документации.

Из общего числа обратившихся за психиатрической помощью на диспансерном наблюдении находятся 9349 (651 на 100 тыс. населения) человек, из которых: психозы и состояния слабоумия – 3614 (251,4 на 100 тыс. населения); шизофрения (шизофреноподобные расстройства) – 2973 (207 на 100 тыс. населения); психические расстройства непсихотического характера – 1194 человека (83,1 на 100 тыс. населения); умственная отсталость – 4541 (361,2 на 100 тыс. населения).

Впервые в 2018 г. за психиатрической помощью обратилось 1396 (97,2 на 100 тыс. населения (РФ-300,9)) человек из которых дети до 14 лет – 310, подростки – 99 человек, женщины – 616.

Таким образом, можно констатировать, что несмотря на то, что психиатрическая служба Чеченской Республики начала восстанавливаться, развивая материально-техническую базу и привлекая профессиональные кадры, обеспеченность населения врачами – психиатрами остается крайне низкой, что существенно влияет на основные показатели болезненности и заболеваемости психическими расстройствами, которые значительно ниже не только среднероссийских показателей, но и показателей соседних регионов по СКФО.

Психотические расстройства в клинике детско-подростковой психиатрии: распространенность, проблемы диагностики и лечения.

Колтыгина М.Ю.¹, Буромская Н.И.¹, Панкова О.Ф.²

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им.Г.Е.Сухаревой» ДЗМ г. Москвы

²ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова» Минздрава России

Актуальность. В последние годы в отечественной и зарубежной психиатрии большое внимание уделяется первому психотическому эпизоду (ППЭ), под которым понимается тяжелое психотическое расстройство, отличающееся полиморфизмом клинических проявлений, нарушением целостности и единства психических функций [2,3,5,6,9-12]. При этом большинство работ посвящено юношескому и зрелому возрасту, в то время, как подобные расстройства с началом в подростковом и даже детском возрасте остаются мало изученными. Как известно, большинство психозов в подростковом возрасте являются первым приступом эндогенного заболевания, в частности шизофрении или БАР и может быть вызвано употреблением ПАВ. Несмотря на то, что еще в 1981 г. исследования М.Я. Цуцульковской В.А.и Абрамовой [1] показали, что определенная связь между возрастом начала болезни и тяжестью ее исхода отсутствует, до сих пор рядом исследователей раннее начало рассматривается прогностически неблагоприятным.

Современная парадигма оказания помощи в случаях ППЭ, разрабатываемая Всемирной психиатрической ассоциацией (WPA) и Европейской психиатрической ассоциацией (EPA), предполагает раннее выявление психотических расстройств и раннее начало антипсихотической терапии с использованием

атипичных антипсихотиков в качестве препаратов «первой линии» [9-12], ввиду того, что была обнаружена сравнительно низкая эффективность классических нейрорепродукторов по сравнению с атипичными [8]. По мнению как зарубежных, так и отечественных исследователей [2-5, 7, 8,10], адекватная, своевременно начатая терапия первого психотического эпизода шизофрении как у взрослых, так и у подростков имеет ключевое значение для всего течения эндогенного процесса, его прогноза и исхода, способствует профилактике рецидива психоза и предупреждению регоспитализации. Важное значение придается реабилитационным мероприятиям, психообразованию, направленным на предупреждение когнитивного дефицита, способствующим более качественной ремиссии и уменьшающим социальные потери больных [2].

Цель и задачи исследования: изучить распространенность, психопатологическую структуру и динамику психотических расстройств, впервые возникших в детском и подростковом возрасте, возможности диагностики и терапии.

Материалы и методы. В ходе настоящего исследования были изучены и статистически обработаны данные, полученные из медицинской документации пациентов, поступивших на обследование и лечение в стационарных условиях в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (НПЦ ПЗДП) - крупнейшую детскую психиатрическую больницу столичного мегаполиса.

Полученные результаты и их обсуждение. На рис. 1 отражены показатели первичной и экстренной (в порядке неотложной помощи) госпитализации пациентов в НПЦ ПЗДП, свидетельствующие о тенденциях устойчивого роста. Если в 2010 г. число экстренных госпитализаций было равно 68, то в 2018 г. таких госпитализаций было 1259, то есть количество детей и подростков, нуждавшихся в неотложной госпитализации возросло в 18 раз. Резкий

скачок в 2016 г. по сравнению с предыдущими годами был обусловлен закрытием подростковых отделений в ПКБ №15, в результате чего НПЦ ПЗДП остался единственной психиатрической больницей, оказывающей экстренную помощь детям и подросткам в Москве. В подавляющем проценте случаев в качестве причин обращения за неотложной психиатрической помощью являлось аутоагрессивное поведение, включая суицидальные высказывания, намерения и действия, а также несуицидальное самоповреждение, или гетероагрессия с разрушительным поведением. Состояния, расценивавшиеся как психотические, встречались гораздо реже. Впервые госпитализированные пациенты, клиническая картина у которых при поступлении позволяла оценивать их состояние в рамках первого психотического эпизода (шифр по МКБ-10: F23 Острое и преходящее психотическое расстройство - ОППР) составили: за 2016 год – 4,2% (n=43), за 2017 - 2,3% (n=28), 2018 - 2,9% (n=36) от числа поступивших на стационарное лечение в экстренном порядке. Это свидетельствует о том, что при росте абсолютного числа пациентов, нуждающихся в неотложной психиатрической помощи, показатели расстройств психотического регистра оставались стабильными.

Выше отмеченные события (закрытие подростковых отделений в ПКБ №15) отразились и на возрастном составе пациентов с ППЭ. Если в 2015 г. клиника ППЭ имела место у 16% детей младшего школьного возраста, причем только у мальчиков, в 47 % у подростков 12-14 лет, в 36 % у подростков 15-17 лет, то начиная с 2016 года, количество пациентов старшего подросткового возраста возросло до 77-81%. Интересные тенденции были выявлены по половой принадлежности пациентов с ППЭ. В 2015-2017 г. преобладали пациенты мужского пола (55-69%). В 2018 г. была отмечена противоположная ситуация – девочки составили 65% среди изученной когорты пациентов.

Что касается уточнения диагноза за время наблюдения пациентов в стационаре, то при выписке были

отмечены следующие показатели (рис.2). Диагнозы пациентов ППЭ обозначавшиеся шифрами из рубрики F23 ОППР в определенном проценте наблюдений уточнялись и при выписке выставлялся диагноз шизофрении (F20) или шизотипического и шизоаффективного расстройства(F25). Следует отметить наметившуюся в последние годы тенденцию к уменьшению диагностики шизофрении, что может быть объяснено как сложностями квалификации психопатологических проявлений детско-подросткового возраста в рамках нозологических единиц, так и стремлением врачей выставлять «реабилитационные» диагнозы, борясь со стигматизацией.

Значение стигматизации сказывается на стремлении подростков старшего возраста, а также родителей детей и подростков до 15 лет как можно скорее выписаться из стационара. Стоит отметить, что примерно 16% больных были выписаны по решению суда в связи с категорическим отказом родителей от стационарного лечения.

Что касается терапии, то в лечении больных использовались как антипсихотики первого поколения (галоперидол, хлорпромазин, левомепромазин, трифлуоперазин, перфеназин) в более чем 60% случаев, так и следующих поколений (атипичные нейролептики). Из последней группы наиболее часто применялись: клозапин, рисперидон, оланзапин, гораздо реже - кветиапин и амисульприд. Сложность назначения атипичных нейролептиков обусловлена отсутствием у большинства из них разрешения на использование в детско-подростковом возрасте. Для их назначения требовалось проведение ЛЭК или консультации научных сотрудников. Из других препаратов назначались антидепрессанты, нормотимики. Из психотерапевтических методов большое значение придавалось самообразованию больных и работе с их родителями в рамках семейной психотерапии. Важное значение придавалось мероприятиям по антистигматизации и реабилитации больных.

Обсуждение и выводы.

Проведенное пилотное исследование выявило целый ряд проблем в диагностике и оказании лечебно-реабилитационной помощи больным с ППЭ. Анализ госпитализаций детей и подростков в крупнейшую психиатрическую больницу Москвы показал, что диагноз ППЭ является относительно редким в общем массиве психической патологии детско-подросткового возраста. И если изучение возрастного аспекта ППЭ подтверждает явное преобладание пациентов старшего подросткового возраста (15-17) лет, то обнаруженные тенденции последних лет, свидетельствующие о значительном росте пациентов женского пола среди изученной когорты, требуют дальнейшего изучения для объяснения выявленных изменений.

Существующие трудности при первичной квалификации психопатологических проявлений у детей и подростков в рамках расстройств психотического регистра, о чем свидетельствует подтверждение диагноза после проведенного обследования и наблюдения в стационаре только в половине случаев ОППР, связаны в первую очередь с полиморфизмом и рудиментарностью симптомов, а также незавершенностью и вариабельностью клинических синдромов. В связи с этим представляется целесообразным ограничение в случаях ППЭ в детско-подростковом возрасте диагнозом рубрики F23 Острые и преходящие психотические расстройства без поспешных суждений о его принадлежности шизофрении и прогнозе течения заболевания.

Требуется проведение дальнейших углубленных исследований психопатологического и клинико-динамического аспектов ППЭ в детском и подростковом возрасте с использованием катamnестического метода с целью совершенствования диагностики и подбора адекватных методов лечения и реабилитации больных.

Позднее обращение за психиатрической помощью, включая стационарную, отказ от нее обусловлены сохраняющимся страхом родителей перед стигматизацией. Основными причинами госпитализации подростков, в том

числе с психотическими расстройствами, являются аутодеструктивное поведение или угроза для окружающих. Важное значение в достижении положительных сдвигов в дестигматизации, способствующей ранней диагностике и терапии, должна иметь психопросветительская работа среди родителей, учителей, школьных психологов, врачей других специальностей, а также психообразовательная работа с больными и их ближайшим окружением.

Литература

1. Абрамова Л. И., Цудульковская М. Я., Элиава В. Н. К вопросу о типологии конечных состояний юношеской злокачественной шизофрении (клинико-катамнестическое исследование).— Журн. невропатол. и психиатр., 1982, т. 82, в. 4, с. 579—585.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь): монография.- М.:ИД «Медпрактика-М».- 2010.- 544 с.
3. Зайцева Ю.С. Значение показателя «длительность нелеченного психоза» при первом психотическом эпизоде шизофрении. // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. -Т. 17. - Вып. 1. - С.72 -79.
4. Каледа В.Г., Омельченко М.А., Румянцев А.О. Психотический риск в юношеском возрасте //Психиатрия и психофармакотерапия т.19, 2017, № 2 с. 27-33.
5. Мазаева Н.А. Ранние превентивные вмешательства при эндогенных болезнях: реальность и перспективы// Психиатрия и психофармакотерапия. Журн.им.П.Б.Ганнушкина. – 2010.- Т.12, вып.5.- с.20-25.
6. Медведев В.Э. Диагностика латентного течения и первого эпизода шизофрении (обзор зарубежной литературы) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им.П.Б.Ганнушкина.– 2012.- Т.14, вып.6.- с.65-69.

7. Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г., Динамика психопатологических симптомов ультравысокого риска манифестации шизофрении у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста//Журн. неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.- 2016.-№ 2.-С.16-21.
8. Carlson G., Koplewicz H. Update in child and adolescent psychopharmacology. // In: Progress Notes. 1997. - Vol. 8, No 2, 4852.
9. Fusar-Poli P. Voxel-wise meta-analysis of fMRI studies in patients at clinical high risk for psychosis.- J. Psychiatry Neurosis.- 2012.- vol.37(2)/- pp.106-112.
10. McGorry P. Risk syndromes, clinical staging and DSM V: new diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry schizophrenia.// Schizophrenia Research.- 2010. - 120: 49 – 53.
11. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas R.K. et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. // Arch Gen Psychiatry. -2010. - 67:241-51.
12. Schmidt S.J., Schultze-Lutter F., Schimmelmann B.G., Maric N.P. et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. - J. of the European Psychiatric Association. – vol. 30.- №3. – pp. 388-404

Клиника и терапия соматоформных расстройств с сексуально-тематическим оформлением у мужчин в амбулаторных условиях.

Кан И.Ю., Ягубов М.И.

*МНИИП-филиал ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П.Сербского"
Минздрава России*

Соматоформные расстройства включают повторно возникающие физические симптомы, позволяющие предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования [7,8,10,11,12]. Нередко в качестве таких симптомов выступают патологические ощущения в области половых органов и сексуальные дисфункции.

Целью настоящего исследования является анализ клинических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин при соматоформных психических расстройствах и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

Проанализированы материалы обследования 75 пациентов мужского пола в возрасте в среднем $35,2 \pm 12,2$ лет, обратившихся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций МНИИП. У каждого пациента было получено информированное согласие. Признаком, по которому пациенты включались в изучаемую группу, являлось наличие у них множественных, часто видоизменяющихся ощущений в области половых органов, исчезающих и повторно возникающих, усиливающихся на фоне сексуальной активности, имевших место на протяжении ряда лет вне рамок диагностированного соматического заболевания. Проведенный обобщенный анализ включал оценку клинической динамики психических и сексуальных расстройств у пациентов, характера партнерской ситуации, конституциональных особенностей больных. Для сравнения характерных клинико-психопатологических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин при соматоформных психических

расстройствах в рамках различных вариантов психической патологии в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 [9] больные были распределены на две группы. Группу из 50 (66,7 %) человек составили больные с соматизированным расстройством. Сексуальные дисфункции у больных с соматизированным расстройством проявлялись в основном снижением сексуального влечения (у 36 (48%)). Остальные 14 (18,7 %) пациентов страдали расстройством эрекции. Значимое место в клинической картине соматизированных расстройств у пациентов занимали коиталгии-болезненные ощущения во время полового акта. Ведущими переживаниями больных с соматизированными расстройствами являлись озабоченность наличием болевой и сомато-вегетативной симптоматики, а также неудовлетворенность эмоциональными отношениями с партнером или одиночество. В группу больных с сексуальными дисфункциями, обусловленными ипохондрическим расстройством, вошли 25 (33,3%) мужчин. Основным признаком, объединяющим этих больных, была постоянная озабоченность наличием возможного тяжелого и прогрессирующего заболевания. Сексуальные дисфункции у 16 (21,3%) пациентов с ипохондрическим расстройством проявлялось снижением полового влечения, а у 9 (12%) – расстройством эрекции. Нерегулярные спонтанные эрекции, которые на фоне возникшей астенической симптоматики становились слабее и реже оценивались больными как признак, подтверждающий органическую патологию в половых органах.

Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении данного контингента включают три этапа и носят комплексный характер. Терапевтическая тактика строится с учетом определяющей роли психической патологии [4] и выявленных в ходе исследования факторов, участвующих в ее формировании. В связи с этим на первом этапе терапии основной акцент делается на психофармакотерапии и психотерапии.

Последовательность и объем этих мероприятий зависят от характера психической патологии. При выборе психотропных средств учитываются патогенез и клинические проявления психических расстройств [3]. Для предупреждения отрицательного их действия на половую функцию препараты назначаются в малых и средних терапевтических дозах и по возможности выбираются те, которые не имеют или оказывают минимальное побочное действие на сексуальную активность [2,6].

Больным с соматизированным и ипохондрическим расстройством назначали в сочетании антидепрессанты [5] и нейролептики. Нейролептики назначались в малых дозах. При их выборе учитывалось как их активизирующее действие, так и эффективность при патологических ощущениях. Психотерапевтическая работа с больными начинается с момента первого посещения [1], продолжается на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий и основывается на различных методах психотерапевтического воздействия (рациональной с элементами когнитивной и поведенческой терапии, релаксационной и суггестивной). На первом этапе пациента постепенно подводят к мысли о целесообразности приема психотропных средств как необходимого звена в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий. Для решения проблем межличностного взаимодействия с партнером применяются приемы и техники семейной психотерапии. К концу первого этапа на фоне улучшения настроения, сна, повышения активности, редукции тревожной и соматовегетативной симптоматики возобновляются и учащаются спонтанные эрекции. На этом фоне появляется интерес к сексуальным отношениям. Прослеживается тенденция к постепенной нивелировке патологических ощущений, но они еще сохраняются. Улучшение настроения и повышение активности этими пациентами расценивается как положительный результат терапии. Хуже поддаются терапии больные со ипохондрическим расстройством, что объясняется природой их

синдромологической структуры. На втором этапе терапии, по мере редукции психопатологической симптоматики у больных с положительной динамикой как психопатологической, так и сексопатологической симптоматики, дозировки препаратов постепенно снижаются. При значительном ослаблении психопатологической симптоматики в схему лечения добавляются средства, повышающие адаптивные возможности пациентов, с целью более полной редукции астенической симптоматики и усиления сексуальной активности. Третий этап лечебно-реабилитационных мероприятий направлен на сексуальную реадаптацию пар. С этой целью применяются методы рациональной терапии, включающие секстерапевтические рекомендации, с учетом индивидуальных особенностей пары.

Анализ динамики клинической картины расстройств сексуального влечения показывает, что в первую очередь редуцируется аффективная симптоматика. Уже на этом фоне появляется интерес к сексуальной активности с учащением спонтанных эрекций. Сексуальная предприимчивость повышается на втором этапе терапии и сопровождается дальнейшим улучшением психического состояния с нивелированием выраженности патологических ощущений в тазовой области. На последующих этапах психофармакотерапии и терапии, активирующей сексуальную активность в сочетании с психотерапией, наряду с улучшением психического состояния улучшаются и показатели сексуальной активности. Возобновляются спонтанные эрекции, они возникают чаще и сильнее, даже у тех больных, у которых отмечалось их исчезновение в начале психофармакотерапии. Порой улучшение спонтанных эрекций сопровождается появлением ранее присущего либидозного сопровождения. За улучшением спонтанных эрекций следуют положительные изменения и в качестве адекватных эрекций.

В результате проведенного исследования было установлено, что возникновение сексуальных дисфункций

у мужчин при соматоформных психических расстройствах и специфика клинической картины определялись их психопатологической структурой, что и учитывалось при выборе тактики терапевтических мероприятий.

Литература

1. Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др.; Под ред. Г.С. Васильченко.- Сексопатология: Справочник.- М.: Медицина, 1990.-с.17, 18.
2. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Кан И.Ю. Нарушения полового влечения у мужчин в клинике психических расстройств непсихотического уровня: Методические рекомендации.- Москва, 2017.- 23 с.
3. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича . – М. 2000. – 223 с
4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. М: ПЕР СЭ 2002; 879с.
5. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – М. 1995. – 565 с.
6. Ягубов М.И., Кибрик Н.Д., Кан И.Ю. Расстройства либидо у мужчин: вопросы терапии. – В журнале «Андрология и генитальная хирургия» № 1, том 18, 2017, Москва, с.23-27.
7. Beutel M. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction. //J. Andrologia., 1999, 31,suppl. P. 37-44.
8. Ford C.V. The somatizing disorders. Illness a way of life //Elsevier Biomedical. – New York. 1983. - P.265.
9. ICD-10 / МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии: Пер. с англ.– СПб.: «АДИС» – 1994. – 208 с.
10. Kellner R. Somatization // J.Nerv. Ment. Dis. – 1990. – Vol. 178. – P.150-160.

11. Shader R.I. Manual of psychiatric therapeutic.-2 nd ed. – Little Brown and Comp. (Inc.) – Washington, D.C., 1994. – 378 p.
12. Wise T.N. The somatizing patients // Ann. Clin. Psychiat. – 1992/ - №4 - P.9-17.

Изменения типа аффективных расстройства у больных с синдромом зависимости от опиоидов в длиннике развития заболевания

Коньков В.И., Шмилович А.А.

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ
им. Н.И. Пирогова*

Актуальность. Аффективные расстройства у больных с синдромом зависимости от опиоидов остаются по настоящий момент времени актуальной темой. В работе выявляется особенность изменения аффективной сферы в зависимости от этапа заболевания.

Целью данного исследования является выявление типов аффективных расстройств в зависимости от длительности развития синдрома зависимости от опиоидов с последующим дифференцированным подходом на этапе лечения.

Материал исследования: клинко-психопатологическое и клинко-статистическое исследование 122 больных с синдромом зависимости от опиоидов.

Результаты исследования. Выявлены пациенты с аффективными расстройствами, которые носят субдепрессивный характер, представленный, преимущественно, дисфорическим, апатическим и тоскливым типами.

Наркотизация вносит выраженный дисбаланс во взаимоотношения больного с членами его семьи, характер отношений приобретает формальный, поверхностный и потребительский тип к своим родным. Общение больных становится ограниченным, среди которого преобладающими являются наркоманы, общение с которыми только ограничено получением и употреблением наркотика, т.е.наступает своеобразная «микроаутизация»

больного, обусловленная опиоидной наркоманией. Следствием наркомании выступает психическая и физическая адинамия, которую удается «выключить» временно только очередной дозой наркотика; индивидум таким образом выпадает из социума.

С ростом стажа наркотизации увеличивается преобладание депрессивного регистра расстройств апато-абулического и дисфорического спектра. У больных со стажем наркотизации до 3 лет отмечается преобладание гипотимическо-тоскливого типа аффективных расстройств, что обусловлено малым стажем наркотизации, таким образом выявлено, что с нарастанием стажа наркотизации начинают преобладать дисфорические и апато-абулические депрессивные расстройства.

Выводы: Аффективные расстройства у больных с синдромом зависимости от опиоидов на начальном этапе развития заболевания представлены гипотимическо-тоскливым типом депрессивных расстройств, который в дальнейшем сменяется дисфорическим и апатоабулическим спектром депрессивных расстройств.

Лечение дифференцированно.

Амбулаторная психиатрическая помощь детям и подросткам, переболевшим онкологическим заболеванием

Кравченко Н.Е., Суетина О.А.

ФГБНУ НЦПЗ

Актуальность. За последние десятилетия заметно вырос интерес к исследованиям психических расстройств у больных, страдающих онкологической патологией. Считается, что развитие сопутствующих онкологическому процессу психических расстройств обусловлено сочетанием разных факторов (психогенных, соматогенных, токсических и т.п.), в большинстве работ указывается на превышение уровня психической патологии у больных со злокачественными новообразованиями по сравнению с общей популяцией [1,2,3]. Успехи детской онкологии во многом связаны с внедрением в практику агрессивных методов лечения (полихимиотерапии, высокодозной химиотерапии, сочетанием краниального облучения и химиотерапии), а неизбежными побочными эффектами подобных лечебных интервенций оказываются токсические поражения центральной нервной системы, описаны отдаленные последствия противоопухолевой терапии – так называемые «поздние эффекты противоопухолевого лечения» [4]. Сопровождающая онкологический процесс интоксикация также неблагоприятно воздействует на головной мозг. Проведенный нами десятилетний мониторинг психического статуса пациентов, наблюдающихся в НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, показал, что те или иные нарушения психического здоровья имели место у многих детей и подростков на разных этапах лечения, в том числе – на отдаленных. При этом выявляемые психопатологические проявления в большинстве случаев ограничивались нетяжелыми расстройствами невротического уровня, среди

которых наиболее часто можно было наблюдать стрессогенно обусловленные: тревожно-фобические, депрессивные, поведенческие реакции, а также непсихотические резидуально-органические состояния, реже отмечалась коморбидная психическая патология, имевшая место уже до развития онкологического заболевания, либо провоцированная им.

Несмотря на значительное число отечественных работ [4,5,6,7], посвященных теме терапии и особенностям социального функционирования несовершеннолетних переболевших раком, исследования, касающиеся типологии и лечения психических нарушений у них, остаются весьма немногочисленными.

Цель работы. Выявить особенности психической патологии и выработать возможные терапевтические подходы к курации в амбулаторных условиях некоторых психопатологических симптомокомплексов у детей и подростков, переболевших онкологическим заболеванием.

Материалы и методы. В работе использовались клинический, клиничко-катамнестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации и сведений, полученных от родителей. Материал исследования: 78 пациентов обоего пола – детей, подростков и лиц юношеского возраста (от 4 до 21 года), в разные годы проходивших стационарное лечение в НИИ детской онкологии и гематологии по поводу различных форм онкологических болезней (солидные опухоли разной локализации и опухоли кроветворной системы). К моменту осмотра все больные относились к категории излеченных от злокачественного заболевания или находились в состоянии ремиссии продолжительностью от 2 до 15 лет.

Результаты. В ходе исследования было выявлено три основных типа психических нарушений: имевшие место в разном возрасте резидуально-органические расстройства, тревожные и тревожно-фобические синдромы, характерные для детей и младших подростков и «отставленные» психогенные состояния, наблюдающиеся в старшей возрастной группе.

Практически у всех обследованных больных регистрировались органические расстройства разной степени выраженности. Преобладали органические симптомокомплексы с регрессионной динамикой. Наиболее часто (у 59 из 78) негрубая органическая патология (астеническое органическое расстройство, легкое когнитивное расстройство), более отчетливо выступавшая в течение первых 2-3 лет после окончания противоопухолевого лечения, в последующие годы сглаживалась. Благоприятная динамика характеризовалась постепенной редукцией психопатологической составляющей органического синдрома. К моменту обследования, спустя 5-10 лет после окончания специфического противоопухолевого лечения резидуально-органические проявления зачастую были минимальными и грубо не нарушали социального функционирования. Молодые взрослые (8 чел.), подростки (31 чел.) и дети (20 чел.) учились, активно общались со сверстниками, реализовывали поставленные цели. Симптоматика резидуально-органической дисфункции ограничивалась церебрастеническим симптомокомплексом, негрубой недостаточностью «предпосылок интеллекта» (нарушение концентрации внимания, трудности запоминания или воспроизведения материала) и эмоциональной лабильностью. Признаками, указывающими именно на церебрально-органическую недостаточность, и отличающими эти состояния от неорганических астенических синдромов были — цефалгии на фоне физического и психического напряжения; патология вестибулярного аппарата с появлением головокружений, плохой переносимостью транспорта; дисфункция вегетативных мозговых центров с недостаточностью терморегуляции, плохой переносимостью жары, духоты, явлениями ВСД; метеозависимость; легкие когнитивные нарушения (в основном трудности концентрации внимания и запоминания, вследствие чего снижалась продуктивность интеллектуальной деятельности); эмоциональная

лабильность, повышенная аффективная возбудимость; гиперестезия к запахам, громким звукам. Можно отметить, что эти пациенты с негрубыми, но относительно стойкими проявлениями органического расстройства были отнесены к категории психически больных с известной долей условности, т.к. не страдали собственно душевным заболеванием.

Реже (19 чел.), когда имело место сочетание нескольких повреждающих факторов – нейротоксического воздействия химиотерапевтического лечения, краниального облучения и изначально имеющейся резидуальной органической недостаточности из-за перинатальной патологии, ЧМТ или последствий интоксикаций в связи с общим наркозом при хирургических вмешательствах — проявления органического психического расстройства могли быть более выраженными, а их регрессивная динамика замедлялась. В таких случаях клиническими составляющими психоорганического синдрома, включающего обязательную триаду – снижение памяти, ослабление продуктивности интеллектуальной деятельности и изменение аффективности (неустойчивость и лабильность эмоций, повышенная раздражительность), были также поведенческие расстройства (утрированные протестные и эксплозивные реакции), очаговые симптомокомплексы (эпиприпадки — у 2), выраженные нарушения ликвородинамики (частые упорные головные боли, метеозависимость, головокружения — 19).

Своевременное введение адекватной медикаментозной курсовой терапии, направленной на коррекцию резидуально-органических нарушений в начале их формирования или декомпенсации, не всегда было возможным на фоне основного соматического недуга ввиду ограничений применения некоторых ноотропных и витаминных средств у онкобольных. Однако по выходе в ремиссию большинству пациентов, получавших лучевую и высокодозную химиотерапию, необходимым являлось, с нашей точки зрения, назначение курсовой терапии

препаратами церебропротекторного ряда для предотвращения формирования в дальнейшем у них стойких цереброорганических расстройств. Вместе с тем, хотя лечение резидуально-органических расстройств относится к компетенции как неврологов, так и психиатров, эти пациенты, как оказалось, не получали необходимой терапевтической помощи, т.к. не обращались к участковым психиатрам – из-за боязни стигматизации. Неврологи же, как и многие врачи общесоматических поликлиник, опасались иметь дело с онкобольными и назначать им лечение, хотя не возражали против назначений, в том числе – собственно неврологических препаратов, рекомендованных онкологами. В процессе очередного обследования у онкопедиатров (для продления инвалидности, констатации состояния ремиссии), эти пациенты (с согласия их родителей и самих больных) были осмотрены также и психиатрами, что позволило нам не только зафиксировать имевшиеся у них расстройства, но и назначить соответствующее, согласованное с онкологами, лечение. Использовались ноотропные средства (пикамилон, пантогам, фенибут, пирацетам), полипептиды (кортексин), аминокислоты (глицин), адаптогены (когитум), витаминоподобные вещества (карнитин), холинимиетики (глиатилин). Применялись методы дегидратации (мочегонные).

У большинства (18 чел.) детей дошкольного и младшего школьного возраста на этапе ремиссии онкологического процесса могли сохраняться разнообразные страхи и тревога на фоне нерезко сниженного настроения, усиливавшиеся или возобновлявшиеся в ситуации повторного обследования и посещения онкологического учреждения, наряду с которыми (15 чел.) имели место психопатоподобные поведенческие девиации. Для лечения этих состояний использовались разрешенные у детей и подростков современные серотонинергические антидепрессанты (флювоксамин, сертралин, пароксетин), мягкие нейролептики (алимемазин, тиоридазин, сульпирид) и

противотревожные препараты (гидроксизин), фитопрепараты (настойка валерианы, новопассит), другие средства (тенотен). Психопатоподобные расстройства поведения, наблюдаемые у подростков (выраженная раздражительность, агрессивное поведение, конфликтность по отношению к матери и близким), удавалось смягчить назначением карбамазепина, перициазина, алимемазина в средневозрастных дозах, что позволяло редуцировать или полностью купировать подобные поведенческие девиации.

Также следует отметить, что у некоторых излеченных пациентов (9 чел.) спустя несколько лет после окончания специфического противоопухолевого лечения в подростковом периоде или на этапе ранней взрослости могли наблюдаться своеобразные «отставленные» психогенные состояния. Переболев онкологическим заболеванием в раннем детском возрасте, уже, будучи подростками, они осознавали опасность и тяжесть перенесенной болезни, её последствия (возможность рецидива, влияние лечения на репродуктивную функцию, необходимость постоянного наблюдения онколога и соблюдения некоторых ограничений), что приводило к развитию у них спустя несколько лет психогенных реакций со стойким, но не глубоким изменением аффективного фона с превалированием сниженного настроения, единичными были характерные для ПТСР повторяющиеся навязчивые наплывы тягостных воспоминаний о болезни (так называемые «флешбэки»). В таких случаях наряду с использованием лекарственных средств (антидепрессантов, транквилизаторов) необходимой составляющей оказывалась психотерапевтическая и психокоррекционная помощь.

Заключение. Несмотря на очевидную значимость мультидисциплинарного подхода к терапии и реабилитации онкологических заболеваний у детей и подростков, приходится с сожалением констатировать, что зачастую вектор внимания служб здравоохранения сосредоточен только на организации процесса терапии

опасного соматического недуга, а вопросы дальнейшей комплексной реабилитации излеченных и находящихся в ремиссии больных оцениваются как второстепенные, в частности, упускается из вида возможность психолого-психиатрической, исключающей стигматизацию (вне районных ПНД) амбулаторной помощи при детских онкологических стационарах, которая необходима таким пациентам для полноценного и успешного социального функционирования в дальнейшей жизни. Накопленный опыт показывает эффективность такой помощи в ряду других социо-реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез»). – Ж. «Психические расстройства в общей медицине». – 2009.– №1.– С. 4-12.
2. Stark D., Kiely M., Smith A. et al. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relations to Quality of Life.–J. Clin. Oncol. –2002.–№ 20.–Р.3137-3148.
3. Wein S.,Sulkes A.,Stemmer S. The oncologists role in managing depression, anxiety and demoralization with advanced cancer. – Cancer J. – 2010. – Vol.16, № 5. – P. 493-499
4. Хондкрян Г.Ш., Досимов Ж.Б., Желудкова О.Г., Бородина И.Д. Поздние нейротоксические эффекты противоопухолевой терапии острого лимфобластного лейкоза у детей. Тезисы докладов XI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». –М., апрель, 2004. -С. 723.
5. Василенко С.А., Юнси Г.А., Тулякова Т.А., Усаченко В.П., Требушенко С.Ю. Качество жизни детей в ремиссии злокачественных заболеваний лимфоидной и кроветворной систем в Республике Крым. Вестник международного центра исследования качества жизни. 2017. № 29-30. С. 43-51.

6. Кенжегулова Р. Б., Омарова К. О., Скляр С. В. Нервно-психические расстройства у детей с острым лейкозом на этапах программной химиотерапии. – Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты). – Тезисы докладов.– Томск 27апреля 2010г.– С. 91-93.
7. Ткаченко И.В., Рогачева Е.Р., Лаврухин Д.Б., Тесленко Б.В., Румянцев А.Г. Анализ состояния здоровья детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза. // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2009.– 4 (42).– С.8-14

Из истории в современность внебольничной психиатрической помощи.

Осколкова С.Н.¹, Кумечко В.М.²

¹ *«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава РФ, г. Москва,*

² *«Психоневрологический диспансер №5» ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина», г. Москва*

В период расцвета земской медицины, работы выдающегося отечественного психиатра В.П. Сербского не считалось правильным длительное пребывание в психиатрической больнице, так как отсутствие занятий и побуждений способствуют прогрессирующему снижению уровня личности, развивающимся проявлениям госпитализма. Однако долгое время внебольничная помощь отсутствовала – кроме посемейного патронажа (Зеневич В.В., 1955) Таким образом, многие взгляды В.П. Сербского на профилактику и лечение психического заболевания, взаимосвязи психиатрии и общества, больного и родственников в полной мере не утратили актуальности.

Большое значение придавал он и подбору кадров, условиям жизни врачей, медперсонала. Именно земские врачи широко обсуждали вопрос об организации первичной психиатрической помощи. В 1892 г. Н.Н. Баженовым был основан первый московский патронаж в с. Семеновское. Он подчеркивал, что при помещении больных в семьи надо учитывать симптоматику и отношения родственников, а не форму заболевания (Прозоров Л., 1909). В.П. Сербский считал правильной идею Н.Н. Баженова о нахождении патронажа близко к месту жительства, что облегчает наблюдение больного врачами, а при необходимости - быстрого помещения его в клинику. Конечно, близкое проживание к

психиатрическому учреждению теперь редко, но есть транспорт.

Более 100 лет назад патронаж получил признание как средство разгрузки психиатрических больниц и терапевтическая мера, помогая избегать госпитализма.

Патронаж (франц. patronage – покровительство) психически больных впервые возник в Бельгии во 2-й половине XIX в. в виде колоний посемейного призрения. Можно добавить, что в XXI в. этот метод во многом гуманнее помещения в ПНИ. В 1-ую мировую войну патронаж прекратил существование. В 1954 г. он был возвращен в медико-социальную систему с регламентацией основных форм и задач. Как и издавна считалось, в патронаже важную роль играют медицинские сестры.

Постепенно актуальность приобретали и другие его структурные звенья, получившие современные названия: бригад лечения в обществе (Гурович И.Я. и соавт., 2006; Турушева Н.Б. и соавт. и соавт., 2006), различных форм «жилья под защитой») от общежитий до квартир независимого проживания (Гажа А.К., 2006; Лиманкин О.В., Лаптева К.М., 2003; Поташева А.П., Багаутдинова Н.А., 2006;), полипрофессиональных бригад психосоциальной работы с семьями больных. Особой формой патронажа издавна считалась медико-социальная помощь одиноким и престарелым больным. Теперь он становится все более актуальным в связи с постарением населения в целом. Одиноко проживающие составляют 1/3 всех психически больных позднего возраста. Они входят в группу высокого риска социальной дезадаптации, в частности, совершая ООД (Криворучко Ю.Д., Барков И.Н., 1985; Макушкин Е.В., Пищикова Л.Е., 2015). В последние 10 лет необходимость создания стационаров на дому также мотивируются клиническими и микросоциальными факторами. Считается, что она наиболее приемлема для групп с расстройствами шизофренического спектра, органическими психическими расстройствами и

психическими расстройствами вследствие эпилепсии (Агаркова О.В., Семин И.Р., 2010).

Первые невро-психиатрические диспансеры, как форма внебольничной психиатрической помощи были созданы в России в 1919 г., то есть 100 лет назад, а работающие по территориальному принципу - в 1923 г. (Боголепов Н.К., 1936). С тех пор их число возрастает, но все еще недостаточно приближение к населению, особенно в крупных городах. Перспективы развития российской внебольничной психиатрии вызывают дискуссии среди врачей всех специальностей и, естественно, в обществе. Например, Т.Б. Дмитриева 12 лет назад предвидела развитие психиатрической помощи в сторону «амбулаторизации» наряду с многофункциональностью учреждений, что важно в реформировании отрасли. Имеются различные пилотажные модели описанной психиатрической помощи в районах Москвы, регионах России с территориальной отдаленностью стационаров от амбулаторных отделений, в крупных городах. В частности, стационар на дому, патронаж могут сочетаться с укрупнением психиатрического учреждения за счет территориального и функционального соединения с обычным и дневным стационарами.

Амбулаторная помощь дает возможность лечить больных, не отрывая от привычной среды. Значительная часть таких больных, как показывает отечественный и мировой опыт, никогда не попадает в психиатрические больницы. Проблемы психического здоровья в последнее время становятся все более актуальными как показатель качества жизни, о чем свидетельствуют общемировые тенденции (Гурович И.Я., 2003; Краснов В.Н., 2004; Чуркин А.А., 2004). Это связано с распространенностью психических расстройств и возможностью их медико-социальных последствий. Пациенты с неострыми состояниями могут эффективно и качественно лечиться амбулаторно по альтернативным моделям психиатрической службы, что требует разработки таких форм психиатрической помощи в интересах общества

(Казаковцев Б.А., 2003; Ястребов В.С., Митихин В.Г., 2005; Дмитриева Т.Б., 2007; Голланд В.Б. с соавт., 2007). Сложившийся взгляд на психиатрический диагноз как стигматизирующий факт также подчеркивает актуальность развития нестационарных форм терапии психически больных в соответствии с мировой практикой (Франкл В., 2001; Гурович И.Я., 2004; Краснов В.Н., 2009; J. Thornicroft et al., 1998; Geller J.L., 2000). Первой формой, объединившей в патронаже все преимущества амбулаторного и стационарного лечения, явились дневные стационары, впервые возникшие в СССР в 30-е годы. О.И. Несифоровой, И.М. Беккер описан опыт работы круглосуточного стационара «первого психотического» эпизода при ПНД в Набережных Челнах. После госпитализации в больницу для долечивания организована эта форма с гибким графиком в течение суток, что не мешает привычной жизни.

Современная система патронажа включает программу профилактики дезадаптации и совершения ООД больных: частые осмотры, контроль соматоневрологического состояния, нормализацию взаимоотношений с микросоциальным окружением, формирование навыков самостоятельной жизни. При улучшении психического состояния больные снимаются с патронажа, при ухудшении – возвращаются или помещаются в ПБ. Психиатрическая помощь при патронаже на дому при необходимости оказывается экстренно - транспорт ПНД доставляет специалиста к больному.

Наряду с расширением видов внебольничной психиатрической помощи возрастает частота диссимуляции психотических расстройств как одно из отражений усложнения микросоциума. Нередки реакции на стресс, внезапные обострения хронических психических заболеваний, изменения латентной формы на клинически очевидную, в том числе, с ауто- и гетеро агрессией. Это подчеркивает актуальность тесной связи стационарной и

амбулаторной психиатрической помощи, в том числе, со скорой.

Горбунова и соавт. (2010) находят важным создание реабилитационных бригад на базе амбулаторного отделения больницы. Они могут оказывать комплексную помощь больным, состоящим на АДН, их родственникам, связываться с социальными службами.

Резервы по повышению структурной эффективности внебольничных форм помощи видятся и в более динамичном развитии клубов, реабилитационных центров психически больных совместно с родственниками, дневных и ночных стационаров, групп взаимной поддержки и самопомощи инвалидов, эффективность которых доказана во многих регионах страны и за рубежом. В.П. Сербский понимал горе и там, где была болезнь, и где её не было, например, у родственников больного. Во всех работах он подчеркивал, что в психиатрическом учреждении больные должны иметь посильную занятость (трудотерапия в современном понимании), которая «предохраняет их от отупения и вызывает удовлетворение сделанным».

В.П. Сербский писал о целесообразности создания при психиатрических больницах благотворительных обществ. Они при необходимости, в частности, при выписке, должны снабжать больных одеждой, находить подходящее занятие и даже оказывать денежную помощь. В наше время такие идеи звучат очень актуально и вполне реальны к претворению в жизнь – при помощи спонсоров, для которых помощь больным может быть идеальной рекламой. С нашей точки зрения, разнообразная помощь часто нужна психически больным и при внебольничных формах лечения.

Таким образом, в России интенсивно развивается комплексная внебольничная психосоциальная помощь. Вместе с тем ряд ее аспектов остаются недостаточно интегрированными в единую медико-социальную сеть помощи психически больным (Коцюбинский А.П. с соавт., 2004; Краснов В.Н., 2007). Разрабатывая основные схемы

внебольничной психиатрической помощи в последние годы учитывалась и системная концепция взаимосвязи синдромов, личности и микроситуации, что может позволить дифференцировать и оптимизировать выбор формы такой помощи. При этом улучшается социальное функционирование пациентов, увеличивается интенсивность общения, вероятно снижение выраженности психопатологических переживаний, улучшение соблюдения режима и терапии, уменьшаются частота и длительность госпитализаций, что имеет медико-социальный и экономический эффект. Вопрос о свободе больного не "ключевой", а психологический: система открытых дверей порождена требованиями не только гуманизма, но и эффективности лечения. Перед выпиской больного, по мнению В.П. Сербского, врачам следует подготовить «переход к жизни вне больницы». С нашей точки зрения, важен и переход от стационарной к амбулаторной помощи.

Литература

1. Боголепов В.К. Вопросы невро-психиатрической диспансерной практики. М., 1936. – 118 с.
2. Агаркова О.В., Семин И.Р. Стационар на дому в психиатрической практике //Мат-лы XV съезда психиатров России. – М., 2010.- С. 27.
3. Гажа А.К. Система этапной реабилитации в психиатрическом стационаре //Мат-лы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных»- М., 2006.- С.72.
4. Горбунова М.В., Антохин Е.Ю., Кузнецов И.П. Реабилитационная бригада в структуре амбулаторной помощи душевнобольным //Мат-лы XV съезда психиатров России. – М., 2010.- С. 39.
5. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Осколкова С.Н. Сербский В.П.. Уроки будущего»- М., 2008.
6. Друзь В.Ф., Олейников И.Н. Особенности геронтопсихиатрической помощи одиноким больным

- в ПНД\ \ Мат-лы II-го национального конгресса по социальной психиатрии. - М., 2006. – С. 25- 26.
7. Зеневич Г.В. Организация внебольничной невропсихиатрической помощи. М., 1955. - 64 с.
 8. Краснов В.Н. Психиатрическое и медико-психологическое сопровождения деятельности учреждений первичной медицинской помощи. – Метод. рекоменд. - М., 2009.- 37 с.
 9. Макушкин Е.В., Пищикова Л.Е. Аспекты эволютивности и инволютивности в раскрытии онтогенеза позднего возраста \ \ РПЖ. – 2013.- № 2.- С. 50-57.
 10. Несифирова О.И., Беккер И.М. Гибкие технологии использования мест в дневном-ночном стационаре при организации стационаре первого эпизода в условиях оптимизации круглосуточных коек \ \ Мат-лы XV съезда психиатров России. – М., 2010.- С. 80.
 11. Прозоров Л. Московские патронажи для душевнобольных. Воскресенский патронаж. // Ж. невропат. и псих. им. С.С. Корсакова. 1909. -Кн. 3-4. - С. 637- 638.
 12. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А. Анализ эффективности структурных преобразований в психиатрической службе России // Мат-лы II-го Национального конгресса по социальной психиатрии. - Москва, 2006. – С. 25- 26.

Амбулаторная наркологическая помощь жителям города Донецка: периоды становления, основные направления деятельности, особенности течения наркологических патологий в период военного конфликта.

Кучерявая В.И., Цыба И.В., Кононенко И.Н.

Республиканский наркологический центр, Донецк

Психиатрическая (наркологическая) помощь в Донецкой Народной Республике лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, презумпции психического здоровья, гуманности, соблюдения прав человека и гражданина, добровольности, конфиденциальности, минимальности социально-правовых ограничений, доступности и в соответствии с современным уровнем научных знаний (ст.3 Закона ДНР «О психиатрической помощи»).

Амбулаторная наркологическая помощь населению города Донецка Донецкой Народной Республики оказывается девятью наркологическими кабинетами, максимально приближенными к населению обслуживаемых участков. Количество наркологических кабинетов соответствует количеству районов города Донецка. С учетом специфики обслуживаемого контингента пациентов, наркологические кабинеты были размещены в центральных частях районов города, с удобной досягаемостью общественным транспортом.

С 1988 по октябрь 2010 года в городе Донецке функционировало два наркологических диспансера – областной и городской. Такая структурированность была обусловлена большим количеством населения областного центра, стремящегося к двухмиллионной отметке. За указанный период сокращалось население города и области, и, следовательно, проводилась оптимизация наркологической службы и сокращение коечного фонда.

В результате сокращения, городской наркологический диспансер лишился стационара с дневным пребыванием а, затем, - и с круглосуточным пребыванием. И, в октябре 2010 года, администрацией области и управлением здравоохранения было принято рациональное решение об объединении городского и областного наркологических диспансеров в единый - областной наркологический диспансер. Это позволило значительно улучшить преемственность в работе амбулаторной службы и стационаров, и, соответственно, активизировать мониторинг ремиссии и контроль рецидивов у больных, прошедших лечение в стационарных условиях.

После начала военных действий на донецкой земле, с февраля 2015 года Республиканский наркологический центр стал правопреемником Донецкого областного наркологического диспансера. Учреждению удалось сохранить свой основной кадровый потенциал и структуру оказания наркологической помощи.

Специалисты амбулаторной наркологической службы считают своей первостепенной задачей профилактику наркологических патологий среди различных организованных слоев населения, с акцентом на подростковое и детское население. Для этой цели используются новые формы пропагандистской работы, пользующиеся наибольшим интересом у слушателей, такие как видео-лектории, брейн-ринги, викторины, конкурсы детских рисунков. Большим успехом пользуется показ мультфильмов о вреде курения и алкоголя для детей среднего школьного возраста и фильмов из серии «Секреты манипуляции» и «Из жизни наркоманов» для более взрослой аудитории. После просмотров, специально обученные фельдшера для младшей аудитории и врачи-наркологи для старших слушателей дают комментарии по просмотренному материалу и отвечают на вопросы аудитории.

Наркологические патологии легче предупредить, чем лечить. Ведь отличительной особенностью клиники

современных форм зависимости от психоактивных веществ является злокачественность становления стержневых синдромов аддикции с одновременным нарастанием церебрально-органических расстройств. Произошла кардинальная патологическая эволюция в развитии наркопатологии в сторону повышения доз разового приема, суточной толерантности, галопирующим нарастанием тяжести патологического влечения, обвальным нарушением соматических и неврологических функций, быстро наступающим личностным регрессом.

Глобальная угроза исходит от ранней алкоголизации, наркотизации и никотинизации, когда первые опыты наркотизма в детском и подростковом возрасте включают перемежающееся употребление и эксперименты с различными видами психоактивных веществ (И.К.Сосин, Ю.Ф.Чуев «Наркология» , 2005г., стр. 9-10).

Изучение особенностей течения наркологических патологий в условиях проживания либо непосредственного участия в военном противостоянии за период с 2015 года по настоящее время, позволило выделить их отдельные характеристики. В частности, было отмечено, что в начале военных действий, под воздействием дистрессовых факторов, участились случаи развития алкогольной зависимости за короткий промежуток времени – в течение одного года, у людей, которые ранее не были склонны к злоупотреблению спиртными напитками.

Двойное действие алкоголя на организм человека сделало его популярным среди отдельных категорий граждан: седативный и транквилизирующий эффект от выпитого алкоголя содействует популяризации его употребления при стрессовых ситуациях, а эйфориизирующая составляющая становится привлекательной для желающих снять депрессивное состояние и улучшить свое настроение. Люди, имеющие генетическую предрасположенность к развитию зависимостей, за плечами которых ранний опыт приобщения к алкоголю, длительно злоупотребляющие спиртными напитками, либо имеющие достаточно

кратковременный (не более года) эксцесс, связанный с систематическим злоупотреблением алкоголя в больших количествах, становятся зависимыми от него. Наличие в анамнезе у пациентов черепно-мозговых травм, контузий, тяжелых психотравмирующих ситуаций, связанных со смертью или тяжелыми увечьями близких людей, способствует утяжелению клиники алкогольной зависимости.

Ситуация, сложившаяся на Донбассе, является уникальной и способствует, в ряде случаев, изменению клиники алкогольных психотических расстройств.

Донбасс всегда был сложным регионом. Край шахтеров и металлургов с большой концентрацией городского населения, бешеным ритмом жизни и тяжелой экологической ситуацией, - он притягивал людей, как магнит (Закревский А.П., 2010). А с 2014 года, с первым бомбовым ударом, жизнь жителей региона раскололась на «до» и «с момента»...

Известный французский врач и философ Каннабих в конце XVIII-го, начале XIX века, когда во Франции происходили революционные события, подчеркивал: «Есть еще одна причина душевных болезней, а именно - мозг. Когда социальная жизнь построена уродливо и жестоко, мозговая деятельность чаще отклоняется от правильного пути» (Каннабих Ю.В., 1929). Венский профессор психиатрии Крафт-Эбинг в 1897 году утверждал: «Объяснение происхождения прогрессивного паралича (тогда весьма распространенного психического расстройства, возникавшего через ряд лет после заражения люисом, укладывается в лаконичную формулу - сифилизация и цивилизация» (Каннабих Ю.В., 1929).

В 1869 году Бирд описывает неврастению, которую стали называть «американским неврозом», так как ее происхождение связывалось с индустриализацией, с американскими условиями жизни, с ее интенсификацией, с такими факторами, как телеграф, телефон, пресса, наука, конкуренция, борьба за выживание.

Психические расстройства обычно имеют мультифакториальное происхождение, они неспецифичны, картина их во многом зависит не только от внешних, но и от внутренних условий (наследственность, преморбидность личности), дополнительных патогенных моментов. Особое место занимают транскультуральные исследования патогенного действия на психическое здоровье населения в экстремальных ситуациях. В таких условиях определяется также (Хохлов Л.К. 1997) возрастание числа психосоматозов (соматических заболеваний и органических, функциональных расстройств, в развитии которых большое значение имеют отрицательные психологические факторы или дистресс), которые, в свою очередь, могут привести к алкоголизации и наркотизации. Возникающая при экстремальных ситуациях патология имеет особенности (Краснов В.И. 1995): сочетание, синергизм ряда факторов (в том числе условно патогенных); их соматотропизм и, как следствие этого, сосуществование психических, соматических и неврологических изменений; сопряженность экзогенных и психогенных реакций, индивидуального и популяционного, сенсбилизация, особая уязвимость в отношении новых, даже ординарных, в том числе экологических, воздействий.

Нужно отметить, что стрессоры (т.е. стимулы с ощущением угрозы) могут иметь физическую природу (физические травмы, радиация, интоксикации, инфекции, алкоголизация, наркотизация и т.д.), но при этом в реакцию все равно вовлекается психическая сфера, а в ответной реакции организма на эмоциональный стрессор участвует не только психика, но и внутренние органы, вегетативная нервная система (целостное реагирование).

Фактически можно наблюдать проявление массового культурального шока, поскольку буквально все наше население в кратчайший срок переместилось из привычной, хотя и многими нелюбимой, социалистической среды в новую, совершенно иную, незнакомую и тревожную, не имеющую четких ориентиров обстановку

(Положий Б.С. 1995). Иными словами, происходит массовое резкое изменение «динамического стереотипа» (Павлов И.П.), что нередко переживается весьма болезненно, возникает эмоциональный (психический) дистресс, состояние тревоги.

В Донбассе война явилась мощным дистрессовым фактором абсолютно для всех категорий людей, независимо от возраста, пола, профессии и расстояния их жизнедеятельности от эпицентра военных действий. На сегодняшний день обязательными сопутствующими функциональными нарушениями каждого дончанина являются неврозы, нарушения сна, тревога, депрессии.

Выявлена тенденция возникновения алкогольных психозов у людей, которые ранее не были замечены в злоупотреблении спиртными напитками.

Наиболее уязвимой группой лиц в изменившихся условиях жизни являются больные, зависимые от употребления алкоголя и других психоактивных веществ. У этих категорий прослеживается ряд изменений в поведении и реакциях на экстремальную ситуацию, выражающихся в следующих, наиболее распространенных формах: миграция в более «комфортные регионы» с целью продолжения привычного образа жизни и, соответственно, продолжения алкоголизации (наркотизации); ситуационная ремиссия (чаще у наркозависимых) с изменением поведения и воздействия на центр удовольствия (Павлов И.П.) для получения привычной эйфории, ранее получаемой от употребления психоактивных веществ, путем аддиктивного экзальтированного поведения при непосредственном участии в военном конфликте (такие бойцы отмечаются руководством, как особо храбрые и нацеленные на выполнение особо трудных и опасных заданий); злокачественное течение наркологических патологий.

Сложившаяся дистрессовая ситуация в Донцке оказывает существенное влияние на организмы людей, постоянно проживающих в зоне военного конфликта. Проводимый анализ клинических случаев свидетельствует

об изменении течения наркопатологии. Отмечается значительный удельный вес и выраженность психогенных, невротизирующих факторов у соматически больных непосредственных и опосредованных участников современных войн, вооруженных конфликтов, преобладание во многих случаях личностного уровня реагирования над, так называемым, мозговым, требует активного вмешательства невролога и психиатра-нарколога в процесс диагностики и лечения такого рода соматической патологии. С другой стороны, постепенная, а, зачастую, и быстро наступающая соматизация уже имеющих невротических, неврозоподобных, личностных расстройств, органических поражений нервной системы на различных уровнях, делает необходимым столь же активное привлечение терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога, эндокринолога и других специалистов «соматического профиля» к работе с наблюдающимся контингентом лиц. При этом привычные рамки нейросоматических, психосоматических заболеваний, как уже говорилось, значительно расширяются. Подавляющее число больных - участников современных боевых действий с наличием разных вариантов патологии - психопатологической, неврологической, соматической - необходимо рассматривать не просто как лиц с сочетанием, комбинацией ряда заболеваний, а как больных с наличием общей, организменной патологии, общего дезадаптационного синдрома. Именно с этих позиций возможны наиболее верные, адекватные, оптимальные подходы к диагностике, лечению, прогнозированию выявленных у них патологий.

Диспансерно-динамическое и профилактическое наблюдение, осуществляемое в районных наркологических кабинетах за учтенным контингентом пациентов, позволяет своевременно патронировать на дому и осуществлять динамику наблюдения на амбулаторном приеме со своевременной коррекцией возможного рецидива заболевания и срыва ремиссии. Как показывает практика и данные анализа случаев больных, снятых с

учета в связи со стойкой ремиссией, наилучших результатов при достижении полной ремиссии и профилактики прогрессирования наркологических патологий достигают пациенты, имеющие доверительный постоянный контакт с лечащим врачом, получающие противорецидивное медикаментозное лечение в комплексе с психотерапевтическими методиками. Большое значение для пациентов имеет также поддержка близкого окружения в выборе здоровой модели поведения.

Профилактика суицидальных и самоповреждающих действий в условиях реформ психиатрической помощи

Левина С. Д.

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии, РНИМУ
им. Н. И. Пирогова*

Проблема парасуицидального поведения является одним из актуальнейших вопросов психиатрии. Термин «парасуицид» подразумевает истинные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки, а также самоповреждающие действия, не имеющие цели лишения жизни. Понятие «парасуицидальные тенденции» также включает в себя мысли о смерти или нанесении несмертельных травм, подготовку к таким действиям. Однако в настоящее время пребывание пациентов в стационаре стало максимально коротким, и больные, практически еще не достигшие ремиссии, остаются без круглосуточного наблюдения. Поэтому парасуицидальные тенденции могут остаться незамеченными.

Для упрощения диагностики парасуицидальных тенденций пациентов в современных условиях все более широко применяются различные стандартизированные опросники. Такой подход формализованный подход характерен для западных стран, отечественной психолого-психиатрической школе более свойственна клинико-феноменологическая модель диагностики. Однако мировая практика не может не оказывать влияния на российскую действительность, особенно в условиях экономических перемен.

В то же время многие опросники не учитывают особенностей мышления душевнобольных. Пациенты с выраженными изменениями мышления описывают свои поступки паралогично; совершившие парасуицидальные действия вследствие кататонической импульсивности вовсе не могут описать мотивы собственных поступков;

больные, испытывающие бред и галлюцинации, находятся в кругу своих переживаний и зачастую неправильно понимают обращенные к ним вопросы; лица с психопатическими и психопатоподобными проявлениями вряд ли ответят правду. Несуицидальные же действия зачастую имеют принципиально иную подоплеку.

Они характеризуются отсутствием намерения лишиться себя жизни, характерных для суицидов приготовлений, пресуицидального периода, суицидального мировоззрения, ситуационных влияний. Наиболее актуальными в плане риска самоповреждений оказались нанесение самоповреждений в анамнезе, бред воздействия, одержимости, парафренный, преследования, ипохондрический, дисморфоманический бред, псевдогаллюцинации императивного содержания, снижение болевой чувствительности, проявления патологии влечений, садомазохистские тенденции, гетероагрессия.

Стандартизированные опросники, предлагаемые практическим врачам для обязательного использования с целью профилактики аутоагрессии, не могут охватить всего разнообразия реально встречающихся самоповреждающих действий.

Выходом из создавшейся ситуации нам представляется следующее: клинико-феноменологическая диагностика синдрома, вызвавшего аутодеструкцию, и последующее применение опросника, адаптированного для данной ситуации.

Конфессионально-ориентированная реабилитация эндогенных психических больных в условиях амбулаторной службы.

Магай А.И.^{1,2}, Бабурин А.Н.^{1,2}, Копейко Г.И.¹,
Борисова О.А.¹

*1 – ФГБНУ Научный центр психического здоровья,
Москва*

*2 – Межрегиональное общественное движение в
поддержку семейных клубов трезвости, Москва*

Реабилитационные технологии у больных с психической патологией представляют научную и практическую значимость в связи с широким распространением психической патологии в обществе, а также возможностью применения подобных технологий для восстановления нарушенных функций в результате психических заболеваний. Особое значение представляют амбулаторные и внестационарные программы, обеспечивающие эффективную помощь и поддержку пациентов при малой экономической затратности и значительной ресурсности. Представлен пример конфессионально-ориентированные программы для психически больных с религиозным мировоззрением.

В научной литературе можно встретить описание специальных методик реабилитации больных, куда входят как индивидуальные, так и групповые формы работы. Среди них наибольшее распространение получили тренинги социальных навыков, общения, самоуважения, уверенного поведения, независимого проживания, обучение умению справляться с остаточными симптомами психоза, семейная терапия. Адекватное и своевременное применение этих подходов обеспечивает успешность и эффективность психосоциальной терапии и реабилитации психически больных. Практика подобной работы свидетельствует о необходимости использования элементов реабилитации в ближайшее время после выхода

пациента из острого состояния, когда он имеет возможность в той или иной степени адекватно воспринимать окружающую реальность [4].

Использование реабилитационных мероприятий помогает пациенту почувствовать автономность своего функционирования и испытывать ответственность за свое состояние. Поддержка со стороны семьи, врачей и мультидисциплинарной команды специалистов в случае возникновения трудностей или обострений заболевания помогает пациентам сформировать собственный стиль поведения, который может быть максимально приближен к полноценному здоровому образу жизни. Значительное место в этом процессе занимают стратегии управления комплаенсом, которые включают в себя повышение безопасности и улучшение переносимости лекарств, психообразование пациентов и их близких, соблюдение самим врачом клинических рекомендаций (S. Burton, 2005; R. Gray и соавт., 2002; J. Kane, 2006).

Исследование различных реабилитационных программ и форм оказания психиатрической помощи на современном этапе в различных странах свидетельствует о широком распространении внебольничных подходов. Изучение передового мирового опыта психосоциальной реабилитации привело ряд специалистов к выводу, что использование групповых методик психосоциальной и когнитивной реабилитации способствует совершенствованию системы социальной адаптации больных и дальнейшему развитию психосоциальной реабилитации [3]. Большое значение приобретают общественно ориентированные виды психиатрической помощи, становлению которых способствовало доказательство негативного влияния на пациентов с психическими заболеваниями продолжительного пребывания в институциональных условиях (социальная депривация), осознание необходимости включения в организацию психиатрической помощи разнообразных потребностей пациентов и социальной поддержки,

желание пациентов выбирать и контролировать оказываемую им помощь при условии независимого проживания в обществе. Нельзя не отметить и случаи злоупотреблений со стороны медицинского персонала при институциональных формах помощи. Психосоциальная терапия и реабилитация, реализуемые общественными организациями в рамках деятельности по охране психического здоровья, оказываются эффективными благодаря возможности использовать разнообразные ресурсы социальных сообществ на стадии восстановления и ресоциализации лиц с психическими расстройствами [8].

В современных экономических и социальных условиях жизни в России возрастает значение социально-ориентированных некоммерческих организаций и общественного сектора в системе психиатрической помощи. В значительном количестве случаев помощь в такого рода организациях оказывается волонтерами, имеющими специальное профессиональное образование (врачи, психологи, психотерапевты, социальные работники), либо добровольцами, прошедшими специальную подготовку. Контроль за подготовкой волонтеров, как правило, осуществляются силами общественных организаций, однако наиболее целесообразным является обучение волонтеров специализированным психообразовательным программам на базе научно-обоснованных технологий при научно-исследовательских клинических центрах [1].

Практической формой реализации комплекса мероприятий, направленных на улучшение качества здоровья и жизни людей с психическими особенностями, является проводимый Союзом охраны психического здоровья с 2015 года ежегодный Фестиваль реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Другие?». Мероприятия Фестиваля способствуют развитию системы негосударственных реабилитационных услуг, а также общественно-ориентированной психиатрической помощи и социальной защиты. Необходимо отметить многолетнюю деятельность

РБОО «Семья и психическое здоровье», коллективом которой была разработана комплексная программа психосоциальной реабилитации [6].

Ведущие исследователи во всем мире обращают внимание на необходимость использования в реабилитационных программах духовного компонента. В реабилитации пациентов с религиозным мировоззрением должно учитывать ценностные и смысловые особенности данной категории больных и помимо психосоциального контекста учитывать духовные потребности. В связи с этим требуются воздействия, дифференцированные на разных уровнях – индивидуальном, семейном, общественном, а также конфессиональном, что способствует актуализация религиозного ресурса. Van Praag утверждает, что религиозность присуща человеку, является атрибутом человеческого разума, укоренена в самом нашем существе, генетически предопределена [10]. Научные исследования у людей, практикующих традиционные религии, свидетельствуют о положительном влиянии духовных и мистических переживаний на показатели общего психического здоровья, что выражается в лучшем качестве межличностных отношений, более низком уровне тревоги, более позитивном взгляде на жизнь в целом [9]. Allport считает, что помощь человеку в ситуации наличия актуальных проблем и экзистенциальных исканий может заключаться в переходе от внешней религиозной ориентации к зрелой, всеобъемлющей, внутренней религиозности [7].

Исследование религиозных копинг-стратегий у верующих больных позволило выявить наиболее эффективные религиозные стратегии, которые могут быть использованы в реабилитации больных, страдающих эндогенными психическими расстройствами: 1) религиозные методы сохранения базовых ценностей жизни — консервация традиционных ценностей и смыслов; 2) стратегия социальной поддержки через религиозную общину; 3) методы религиозного трансформационного

копинга; 4) религиозная копинг-стратегия обретения эмоционально-комфортного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, успокоение, прощение, примирение) [5].

Использование духовно-ориентированных реабилитационных технологий у психически больных людей требует специальной подготовки профессионалов и волонтеров, оказывающих помощь людям с религиозным мировоззрением. Применение психообразовательных технологий среди священников и студентов духовных школ лишь в небольшой степени способны решить проблему интеграции духовенства в целостный реабилитационный процесс. Также вызывает большие сложности систематическая подготовка профессиональных врачей, психологов и других специалистов, связанных с реабилитацией психически больных, основам духовной жизни человека. Одной из задач конфессионально-ориентированной реабилитации является разработка и внедрение инновационных образовательных технологий.

Возможным решением в сложившейся ситуации является развитие в России конфессионально-ориентированных общественных служб, альтернативных больничным, действующих совместно с конфессиональными организациями и научными учреждениями психиатрического профиля. В организационном плане такие службы могут быть представлены как социально-ориентированными общественными организациями (Со-НКО), так и научно-клиническими подразделениями научно-исследовательских институтов. Комплексный реабилитационный процесс в структуре такой организации может включать в себя лечебно-консультативную помощь на базе профильных психиатрических клиник, а также внестационарные реабилитационные этапы/модули (например, клубная работа, участие в программах дестигматизации, духовно-ориентированные мероприятия), реализация которых может проводиться на

базе религиозных приходов, действующих в том числе на территории психиатрических клиник и диспансеров. Преимуществом подобной формы реабилитационной деятельности является активное участие волонтеров, прошедших специальную подготовку, использование ресурса конфессионального сообщества, повышение мотивации к лечению и реабилитации благодаря улучшению социального функционирования и терапии средой, постоянное взаимодействие больных с мультидисциплинарной бригадой специалистов.

Примером практической реализации подобной службы является амбулаторная конфессионально-ориентированная программа реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями, реализуемая ФГБНУ НЦПЗ на протяжении более чем двадцати пяти лет. В ходе мероприятий реабилитационной программы специалистами отделения особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ осуществляется медицинский и лечебно-консультативный модули реабилитации. Последующие внестационарные модули проводятся на базе больничного храма иконы Божией Матери «Целительница», а также в рамках работы терапевтического сообщества, деятельность которого представлена различными направлениями (паломнические поездки, работа реабилитационного лагеря на острове Валаам). Отделением особых форм психической патологии в сотрудничестве с Межрегиональным общественным движением в поддержку семейных клубов трезвости (МОД СКТ) с 2014 года осуществляется реабилитация эндогенных психических больных с коморбидной патологией. Работа ведется в рамках технологии конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных психических больных с алкогольной зависимостью [2].

Литература

13. Бабурин А.Н., Казьмина О.Ю., Магай А.И., Казьмина Е.А. Психообразовательные технологии в структуре

- реабилитационной деятельности у психически больных с религиозным мировоззрением // В сборнике: Психическое здоровье и образование сборник научных статей по материалам II Конгресса "Психическое здоровье человека XXI века". 2018. С. 122-124.
14. Бабурин А.Н., Соборникова Е.А., Магай А.И., Казьмина Е.А. Семейные клубы трезвости как подход в реабилитации лиц, зависимых от употребления алкоголя и их созависимых родственников // Вопросы наркологии. – 2016. - №11-12. – с. 101-103
 15. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи. // Социальная и клиническая психиатрия 2014; 24: 1: 5—9.
 16. Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Лапина Ю.А., Магай А.И. Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией // Методические рекомендации. Москва. 2016. — с. 143.
 17. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. // Психиатрия. 2016;2:40-49.
 18. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: Методические рекомендации/ Т.А. Солохина др. М.: МАКС Пресс, 2012. – 32с.
 19. Олпорт Г. Личность в психологии. М.: КСП+; СПб: Ювента. При участии психологического центра “Ленато”, СПб, 1998. С. 103—112.
 20. Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Современные тенденции развития системы психиатрической помощи. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(10):4-9
 21. Andrew Newberg, M.D., Eugene D’Aquili, M.D., Ph.D. and Vince Rause. Why God Won’t Go Away: Brain Science and the Biology of Belief. New York, Ballantine Books, 2002. P.129-130.

22. Van Praag H. M. Religiosity, a personality trait to be reckoned within psychiatry. *World Psychiatry*. Feb 2013; 12 (1): p. 33–34.

Психообразовательные подходы при нервной анорексии

Мазаева Н.А., Головина А.Г.

ФГБНУ НЦПЗ

Современные представления о психообразовании определяют его как дидактико-психотерапевтическое направление, аккумулирующее в своем составе различные методики. Однако в реальности его задачи и возможности выходят за рамки чисто терапевтических. Психообразование представляется необходимым для ликвидации пробела в психиатрических представлениях как у самих пациентов, так и специалистов, отвечающих за их ведение по жизни, определение приемлемых для больного деонтологических подходов, поиска и создания условий проведения длительной амбулаторной терапии на основе современных медицинских знаний. Продемонстрируем выдвинутые положения на примере ведения пациентов с нервной анорексией.

По своей распространенности нервная анорексия как таксономическая единица сопоставима с шизофренией: 1-2%. Пик манифестации болезни приходится на период adolescence. Так, по данным D. Wood и C. Knight [1] ежегодно 2-м девочкам из 1000 впервые ставится диагноз расстройства приема пищи (РПП), что выводит эту патологию на второе место по частоте среди всех психических болезней подросткового возраста после депрессии. Как известно, нервная анорексия характеризуется тенденцией к хроническому течению и высокими показателями смертности.

1) Хотя этиология нервной анорексии остается предметом дискуссии, в отношении патогенетической и прогностической значимости ее отдельных «ядерных» проявлений в последние годы, по крайней мере, у зарубежных ученых наметился определенный консенсус. Речь идет о нарушенном восприятии больным своего тела.

В основе искаженного восприятия «образа тела» (body image) у личности, согласно представлениям психологов, лежит формирующийся еще в раннем детстве сложный комплекс факторов, включающий нарушение гармоничного взаимодействия матери и ребенка, создающий представление о «культурном теле» [2] как идеальном и абсолютно необходимом для успешного функционирования в обществе стандарте внешнего облика. Именно он воспринимается, особенно в препубертате и пубертате, психологически незрелым и неуверенным в себе индивидуумом как одна из ведущих и не подлежащих критической оценке аксиом и базовых жизненных ценностей. Зарубежные исследователи, изучая пациентов с нервной анорексией, получили ряд данных, позволяющих по-новому взглянуть на эту проблему. В поисках эмпирических доказательств S. Gatsby [3] рассматривает три сферы искаженных телесных представлений у больных нервной анорексией: восприятие своего тела (body percept) – мысленный образ своего тела; схему тела (body schema), используемую для моторного контроля и имитации, и тактильную форму (tactile form), реализуемую при различных видах тактильной перцепции. В экспериментах по оценке размеров собственного тела больные неизменно их преувеличивают, даже не глядя на себя и не видя себя в зеркале, то есть исходя исключительно из данных телесной перцепции. В опытах с проходом через рамку пациенты воспринимают строение тела более громадным (делают больший разворот в плечах, чем здоровые участники). При прикосновении к поверхности тела афферентные сигналы, передаваемые через механорецепторы кожи в соматосенсорный кортекс, предоставляют информацию не только о локализации тактильного воздействия, но и расстояния между точками прикосновения. Больные нервной анорексией значительно преувеличивают тактильные дистанции, в первую очередь, в области живота и бедер – зонах, ассоциирующихся с излишним весом. При этом «расширение» дистанций отмечается только по горизонтальной оси. Указанные искажения восприятия

могут сохраняться и после восстановления веса. Объяснение этому феномену S. Gatsby [3], ссылаясь на гипотезу O. Shaughnessy, видит в наличии у индивидуума долговременного устойчивого телесного образа, который стремится к восстановлению прежних телесных перцепций в случае их изменения и лишает больных нервной анорексией способности привести свои представления в соответствие с новыми дименсиями после потери веса, даже смотря на себя в зеркало. Предпринимались попытки соотнести искажения в восприятии своего тела у больных нервной анорексией с пониженным аффектом и тревогой, которые сами по себе могут вести к нарушению телесной перцепции в сторону завышенной оценки размеров тела.

Клинико-прогностическую значимость дисморфического расстройства обычно недооценивают, и в отечественной психиатрии ему не уделяют должного внимания, хотя его объективная диагностика не представляется слишком сложной. Искажение восприятия своего тела может формироваться уже в конце инициального этапа заболевания, когда причина значительной потери больными веса остается малопонятной как для родственников, так и для интернистов, к которым они обращаются. В то же время констатация дисморфического расстройства может явиться критерием хоть и запоздалой, но все еще ранней диагностики. Формирование искаженного представления об объеме и весе своего тела соотносится по времени с утратой способности к критическому восприятию сложившейся ситуации, тяжести болезни и ее негативных последствий. В дальнейшем даже при восстановлении нормативного веса нельзя ожидать устойчивой ремиссии до редукции и полного исчезновения дисморфического расстройства, персистирование которого является предиктором раннего рецидива.

2) Успех лечения нервной анорексией в значительной степени определяется правильно построенной деонтологической тактикой. Ведение таких больных в нашей стране значительно отличается от

принятого за рубежом. В качестве основной задачи специалисты-медики позиционируют восстановление веса, тогда как коррекция неадекватных психологических установок, разрешение внутренних конфликтов, налаживание семейного микроклимата остается на втором плане. Больных же в большей степени беспокоит не потеря веса, а психологические проблемы: собственное место в социуме, восприятие себя, отношения с окружающими, заниженная самооценка. Именно неудовлетворенность собой как личностью, неприятие своего «я» часто находят выражение в претензиях к внешнему облику. Усугубляет ситуацию существование в обществе жестких стандартизированных канонов привлекательной внешности, отождествляемых с высоким статусом, успешностью и большими возможностями реализации себя в будущем. Эти представления нередко вступают в противоречие с индивидуальными особенностями, физиологическими возможностями человека. Они определяют в качестве идеального типа фигуры утрированную худощавость, чем создают благоприятную почву для развития анорексии. Восприятие собственного облика как непривлекательного, не соответствующего эталону, создает хронический душевный дискомфорт у отличающихся перфекционизмом пациентов с нервной анорексией. Для психологически незрелых индивидуумов даже в отсутствие признаков психических расстройств, характерно отношение к своему телу как к объекту, инструменту, позволяющему достичь определенной цели (например, нравиться себе или окружающим). Причинение телесной оболочке вреда, символического или реального в представлении пациентов несет не только функцию унижения, наказания за невыполненные «обязанности», но и приносит удовлетворение, создавая чувство контроля над своим организмом. Такого рода установки чреваты аутоагрессивным, вплоть до суицидального, поведением и злоупотреблением психоактивными веществами.

Отсутствие у специалистов интереса к психологической составляющей их страдания

воспринимается пациентами как невнимание к своей личности и, в свою очередь, ухудшает и без того трудно достижимый комплаенс с врачами, в частности, в отношении психофармакотерапии и терапии вообще. Современные представления о нервной анорексии диктуют необходимость разработки и внедрения новых моделей курации со смещением акцента с набора веса в пользу терапии, направленной на купирование психосоциального и нейрокогнитивного дефицита, ассоциированного с обсуждаемой патологией, а также улучшения качества жизни хронически больных. Однако отечественная психиатрия не готова к такому повороту.

3) Отсутствие общепринятых патогенетических подходов к терапии и недостаточная компетентность осуществляющих ее специалистов зачастую приводят к назначению больным препаратов, усугубляющих наблюдающуюся у них нейрогормональную дисфункцию. Так, преимущественное использование с целью восстановления веса и менструальной функции психотропных средств второго поколения, побочным эффектом которых является набор веса, сопровождается резкой прибавкой массы тела за счет висцерального жира, тогда как гормон лептин, участвующий в регуляции эндокринных процессов (в частности, в восстановлении менструального цикла), вырабатывается подкожной жировой клетчаткой. Такой подход нередко приводит к рецидиву, подрыву авторитета врача, отказу от лечения.

4) Как правило, до осмотра психиатром больные, страдающие нервной анорексией, успевают посетить терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, пройти бесполезную для них терапию и даже побывать в общесоматическом стационаре. Сложившаяся ситуация свидетельствует о крайне низкой компетентности врачей-интернистов в области расстройств пищевого поведения. За рубежом внебольничная помощь больным анорексией, организация и контроль паттернов пищевого поведения возлагаются на врача общей практики, диетолога-нутрициолога, а также психотерапевта, осуществляющего

длительное амбулаторное сопровождение и регулярное проведение психотерапевтических сессий, а лишь затем на психиатра, исполняющего роль консультанта [4]. Такая многопрофильная помощь совершенно невыполнима в наших условиях. Трудно представить, чтобы педиатр или врач общей практики мог заподозрить у больной нервную анорексию, основываясь на гематологических параметрах и метаболическом профиле, позволяющем выявить дегидратацию, гипонатриемию, гипофосфатемию, изменения уровня трансаминаз, показателей белковых фракций крови, амилазы, состоянии тиреоидной функции, характерных для этих пациентов. Для раннего выявления и своевременного направления к психиатру необходимо не просто психообразование, а систематизированное обучение интернистов тактике обследования и ведения таких пациентов.

5) Большинство больных нервной анорексией воспитываются и живут в дисфункциональных семьях, неспособных не только установить партнерские отношения с больным, но и оказать ему помощь в преодолении симптомов болезни. Обычно именно в семейных коллизиях, эмоциональном отторжении, физическом и психологическом насилии, неспособности матери обеспечить чувство безопасности и душевного комфорта больные видят причину своего страдания. Их мнение согласуется с позицией ряда исследователей, констатирующих прямые соответствия между недостатком материнской привязанности и заботы, недовольством и завышенными требованиями, предъявляемыми к ребенку и последующим развитием у него обсуждаемой патологии. Причем, обусловлено это как психологическими, так и нейробиологическими факторами, в частности, возникающей вследствие дефицита ласки, дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Психообразование в широком смысле, проводимое параллельно с семейной психотерапией, является необходимым условием благоприятного исхода

обострений и формирования стойкой ремиссии при этом заболевании.

Несмотря на тяжесть указанной патологии и большой процент негативных краткосрочных и долговременных исходов, в России до настоящего времени не существует единой системы оказания длительной полипрофессиональной помощи, которую больные могли бы получать не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях. Ведение пациентов во многом остается эмпирическим, не учитывающим современные данные нейронаук, и осуществляется специалистами, уровень психообразования которых оставляет желать лучшего.

Все это открывает новые перспективы для дальнейшей деятельности отечественного психиатрического сообщества. Именно комплексная реализация программ реабилитации в амбулаторных условиях позволит заметно повысить качество помощи пациентам с нервной анорексией.

Литература

1. Wood D., Knight Cl. Anorexia nervosa in adolescence // *Pediatrics and Child Health*. 2015. 25:9, p.428-432.
2. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. - 287 с.
3. Gatsby S. Distorted body representations in anorexia nervosa // *Consciousness and Cognition*. 2017. v. 51, p. 17-33. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2017.02.015>
4. Moskowitz L., Weiselberg E. Anorexia nervosa / Atypical anorexia nervosa // *Currents Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2017. v. 47, p.790-884. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>

Разработка инструмента оценки уровня комплаенса в процессе психосоциальной реабилитации.

Митихин В.Г., Солохина Т.А., Ястребова В.В.,
Тюменкова Г.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

Введение. Реализация задач психосоциальной реабилитации связана с решением проблемы комплаенса. Формирование комплаенса – весьма сложный процесс, который обусловлен взаимодействием многочисленных факторов (по данным работ [1-2] их более 200). Хотя выявлено множество факторов, имеющих отношение к формированию уровня комплаенса, наиболее проблематичным остается вопрос об инструменте его оценки.

В зарубежных исследованиях комплаенса наиболее часто используются опросники в виде интервью или полуструктурированных интервью, представляющие собой самоотчеты пациентов. В российских работах (см., например, [3]) предложена шкала медикаментозного комплаенса, которая имеет в своем составе ряд субшкал: отношение к лекарствам; факторы, связанные с пациентом; факторы, связанные с близким окружением; факторы, связанные с лечащим врачом.

Основная проблема оценивания комплаенса, связанная с использованием подобных опросников, шкал и субшкал, состоит в том, что эти инструменты являются порядковыми (ранговыми) шкалами. Ранговые (дименсиональные) шкалы широко используются в психиатрии и неврологии для сравнительной оценки тяжести психопатологических состояний в динамике (например, в процессе психофармакотерапии или психосоциальной реабилитации), для оценки выраженности неврологических, нейрокогнитивных и эмоциональных нарушений.

Однако для случая порядковых (ранговых) шкал невозможно вычисление простейших статистических характеристик ранговых выборок, таких, как среднее (средний балл), дисперсия, корреляция и т.д. Это хорошо известные (скоро уже как 50 лет) факты из теории измерений и теории шкал (см., классическую работу [4]), которые вошли в учебники по математическим методам обработки данных, (см., например, [5], а также работы [6-7], в которых обсуждается использование ранговой информации в психиатрии). Весьма часто эти факты не принимаются во внимание при обработке ранговых данных в медицине, психологии, социально-экономических науках, и это не позволяет получать корректные выводы, а также формировать адекватные модели соответствующих процессов. В этих дисциплинах при оценке состояния и поведения человека необходимо принимать решения (например, оценка психопатологического состояния, постановка диагноза и др.) на основе разнородной информации. Такая информация иерархически организована и включает как количественные (кардинальные) показатели (например, возраст, длительность заболевания, частота госпитализаций, результаты лабораторных исследований, проч.), так и нечисловые (ранговые, дименсиональные) показатели (например, выраженность психопатологических симптомов, характеристики социального поведения и окружения).

Таким образом, проблема разработки инструмента оценки уровня комплаенса является сложной, многокритериальной проблемой, связанной с использованием разнородной информации.

В настоящее время наиболее естественным и эффективным методом принятия решения для многокритериальных, слабо структурированных проблем, в которых должна обрабатываться разнородная информация (количественная и качественная) является метод анализа иерархий (МАИ или в оригинальном названии автора метода Т. Саати [8] – Analytic Hierarchy

Process – АНР). Изложение применения аппарата МАИ к некоторым проблемам в психиатрии можно найти в работах [9-10]. Для корректного преобразования исходной ранговой информации в числовую (кардинальную) информацию предлагается использовать метод анализа иерархий.

Цель исследования. Разработка моделей и алгоритмов для оценки уровня комплаенса пациентов с учетом клинических, социально-демографических, психологических характеристик пациента и характеристик семейного окружения, а также факторов оказания психиатрической помощи.

Материал и методы. В исследовании участвовали 107 пациентов (из них 44 мужчин и 63 женщин) с диагнозами шизофрении, шизоаффективного и шизотипического расстройства, соответствующих критериям МКБ-10, а также 105 членов их семей (из них 27 мужчин и 78 женщин). Обследование проводилось на базе ПНД № 18 ГБУЗ «ПБ № 14 ДЗМ».

В исследовании использован набор из 12 клинических и психологических опросников и шкал: оценка осознания болезни при психозе (ISP - M. Birchwood et al., 1994); оценка отношения больных и родственников к лекарственным препаратам (T.Hogan et al., 1983); оценка социального функционирования (SAS-SR - M.Weissman, S. Bothwell, 1976); оценка выраженности стадий мотивации (URICA); оценка смысложизненных ориентаций (по Леонтьеву А.Д.); оценка выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90); оценка уровня стресса от проблем в межличностном общении (ИР-64); оценка созависимости родственников пациентов и ряд других. Проведен анализ социо-демографических и клинико-эпидемиологических характеристик больных.

Для обработки полученных данных использовались методы: клинический, статистический (корреляционный и регрессионный анализ), системного анализа, анализа иерархий.

Результаты. Впервые получены регрессионные модели, демонстрирующие зависимость приверженности лечению от социально-демографических, клинических, психологических и гендерных особенностей пациентов с учетом факторов семейного окружения [11-12]. Разработаны оригинальные алгоритмы оценки уровня комплаенса пациентов на основе полученных регрессионных моделей.

I. На первом этапе обработки данных для формирования групп пациентов и родственников с целью оценки комплаенса в этих группах использовались:

A) результаты теста «Оценка осознания болезни при психозе (ISP)». На основе оценок по субшкалам этого теста были сформированы следующие группы пациентов и родственников:

1) Группа пациентов и родственников с полным осознанием болезни (оценки не менее 4 баллов по субшкалам теста ISP).

2) Группа пациентов и родственников с неполным осознанием болезни (оценки менее 4 баллов по субшкалам теста ISP).

B) синдромальные характеристики пациентов:

1) Группа пациентов с дефицитарными синдромами.

2) Группы пациентов с психотическими синдромами: параноидный, аффективно-бредовой, галлюцинаторно-бредовой.

II. На втором этапе в рамках полученных на первом этапе групп пациентов и родственников проводился корреляционный анализ с целью отбора характеристик пациентов и родственников, значимых для показателя комплаенса. В качестве показателя комплаенса рассматривался показатель отношения пациента и родственника к лекарственным препаратам.

III. На третьем этапе формировались регрессионные модели показателя комплаенса в зависимости от клиничко-эпидемиологических и социально-демографических характеристик пациентов и родственников в рамках соответствующих групп.

Исходный список социально-демографических показателей для пациентов и родственников, а также клинико-эпидемиологических характеристик пациентов включал около 50 параметров. Среди них: пол, возраст, образование, профессиональная группа, трудовая занятость, доходы, отношения в семье, длительность заболевания, диагноз, реабилитационные программы, социальная активность, инвалидность, число госпитализаций, стадия психопатологического процесса, удовлетворенность пациентов и родственников помощью, отношение к болезни пациентов и родственников, показатель уровня стресса от проблем в межличностном общении (по ПР-64) и другие.

В качестве примера рассмотрим полученную регрессионную модель показателя комплаенса пациента из группы пациентов и родственников с полным осознанием болезни.

Для оценки комплаенса пациента имеем следующий набор данных после отбора наиболее значимых факторов. Список значимых факторов модели: Хдб – длительность болезни, Хвоз – возраст, Хчг – частота госпитализаций, Хсоз – показатель уровня созависимости.

В результате анализа данных получена следующая линейная регрессионная модель для показателя комплаенса пациента (М1) в зависимости от указанных факторов с надежностью $R^2 = 0,72$ (т.е., объясняющая на 72% вариацию величины Кп):

$$M1 = 12.697 + 0.091 X_{дб} - 0.134 X_{воз} + 1.073 X_{чг} - 0.016 X_{соз} \quad (1)$$

Из соотношения (1) следует, что положительное влияние на уровень комплаенса пациента (т.е. на увеличение уровня комплаенса пациента) оказывают следующие факторы: длительность болезни; частота госпитализаций. Отрицательное влияние связано с факторами: возраст; показатель созависимости.

Аналогично получены модели показателя комплаенса для всех выделенных групп пациентов. Всего было получено 7 моделей: М1 – Пациенты с полным

осознанием болезни; М2 – Пациенты с неполным осознанием болезни; М3 – Пациенты с выраженной негативной симптоматикой; М4 – Пациенты с преобладанием в состоянии психотических симптомов – параноидных; М5 – Пациенты с преобладанием в состоянии психотических симптомов – аффективно-бредовых; М6 – Модель для показателя комплаенса для пациентов-мужчин; М7 – Модель для показателя комплаенса для пациентов-женщин.

Модель оценки прогноза уровня комплаенса пациента при психосоциальной реабилитации разработана на основе использования уравнения логистической регрессии.

Логистическая регрессия – классический инструмент для решения задачи регрессии и классификации, который широко используется при построении моделей в доказательной медицине. Суть метода в том, что используется логистическая функция:

$$L = 1 / (1 + \exp(-f)) \quad (2)$$

В качестве аргумента экспоненты f в соотношении (2) в нашей работе используется модельное значение уровня комплаенса, который в зависимости от набора выбранных социально-демографических, клинических и психологических показателей, характеризующих пациента и родственника, может определяться на основе полученных регрессионных зависимостей (модели типа (1)).

Для оценки прогноза уровня комплаенса у пациента соответствующей группы в качестве аргумента экспоненты в соотношении (2) использовались значения уровня комплаенса, полученные на основе моделей М1 – М7.

Так как любой рассматриваемый пациент входит в каждую из 3-х групп пациентов, выделенных на основе 3-х признаков: 1 – осознание болезни; 2 – синдромальные характеристики; 3 – гендерный признак, то для любого пациента можно дать взвешенный, усредненный прогноз эффективности (в %) оценки уровня комплаенса на основе линейного соотношения:

$$\text{Э} = w_1 * L_1 + w_2 * L_2 + w_3 * L_3 \quad (3)$$

Значения величины Θ в силу свойств логистической функции (2) и нормированности весовых коэффициентов $w_1 - w_3$ меняются в интервале от 0 до 1. На практике величину Θ удобно выражать в %.

В соотношении (3) значения L_1, L_2, L_3 вычисляются на основе значений логистической функции (2), для которой аргументами являются соответствующие тройки из набора оценок уровня комплаенса, полученных с помощью моделей $M_1 - M_7$, а нормированные весовые коэффициенты w_1, w_2, w_3 определяются на основе значений надежности R^2 соответствующих регрессионных моделей $M_1 - M_7$.

Заключение. Разработанные алгоритмы оценки уровня комплаенса пациентов и выделенные при этом значимые для комплаенса характеристики пациента, характеристики семейного окружения и факторы оказания психиатрической помощи, позволяют повысить эффективность терапии, выбора персональных стратегий психосоциальных и психообразовательных интервенций, снизить риск повторных госпитализаций и повысить уровень социальной адаптации и качества жизни пациентов и их семей.

Литература

1. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. //World Psychiatry – 2013. – v. 12 – p. 216–226.
2. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – 2014. – № 2 – с. 4–12.
3. Лутова Н.Б, Борцов А.В, Вукс А.Я и др. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии. – Санкт-Петербург: ИЦ С-Пб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2007. – 25 с.

4. Pfanzagl J. Theory of measurement. In cooperation with Baumann V. and Huber H. 2nd revised edition. – Wurzburg – Wien: Physica-Verlag.1971.
5. Купцов М.И., Филипова Е.Е., Слободская И.Н. и др. Математические методы в психологии. Учебник для вузов. – М.: Горячая линия – Телеком, 2017, 156 с.
6. Berrios G.E., Markova I.S. Is the concept of “dimension” applicable to psychiatric objects? // World Psychiatry – 2013. – v. 12 – p. 76-79.
7. Митихин В.Г., Солохина Т.А. Обработка полученных при использовании психометрических шкал ранговых данных на основе метода анализа иерархий. // Ж. неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. 2019; 119 (2): 32-37.
8. Саати Т. Л. Принятие решений при зависимостях и обратных связях: Аналитические сети / Пер. с англ. – М.: Изд. ЛКИ. 2008 – 357 с.
9. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2008 – № 108 (6) – с. 4-10.
10. Митихин В.Г. Инновационная технология системной оценки уровня комплаенса психически больных. // Сб. материалов 5-ой науч.-практ. конф. с межд. участием «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии», СПб. 28-29. 06. 2018. – СПб.: Изд. «24 линия», 2018 – с. 190-192.
11. Ястребова В.В. Факторные модели комплаентности больных шизофренией. / Психическое здоровье и образование: сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века. с. 224-227. – М.: ИД «Городец», 2018.
12. Солохина Т.А. Социально-психологические проблемы в семьях больных шизофренией пути их решения. /Психическое здоровье и образование: сборник научных статей по материалам II Конгресса

«Психическое здоровье человека XXI века. – М.: ИД
«Городец», 2018. – с. 199-203.

13.

Диагностика ранних дезадаптивных схем при расстройствах шизофренического спектра

Новикова А.Б., Миникаев В.Б.

*Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва,
Россия*

Результативность схема-терапии, разработанной Джеффри Янгом при различных психических расстройствах подтверждена несколькими рандомизированными клиническими исследованиями (RCTs) и мета-анализами. Одним из наиболее успешных диагностических методов, позволяющих выявлять психотравматический опыт, полученный в детском и подростковом возрасте, является «Диагностика ранних дезадаптивных схем». Однако исследования, посвященные изучению ранних дезадаптивных схем при расстройствах шизофренического спектра, немногочисленны.

Цель исследования: Оценка ранних дезадаптивных схем с целью выявления специфических патопластических факторов в развитии расстройств шизофренического спектра.

Материалом для настоящего исследования послужили данные диагностического исследования ранних дезадаптивных схем с помощью психологических тестов. С этой целью было обследовано 25 больных с расстройствами шизофренического спектра (основная группа) в возрасте от 18 до 52 лет, находившихся на лечении в ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, контрольную группу составили 17 человек, здоровые в возрасте от 19 – 46 лет. Для проведения диагностики были использованы: опросник YSQ – S3R «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» под редакцией Касьяника П.М., Романовой Е.В.; симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) - клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки

паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц.

Результаты: Диагностика ранних дезадаптивных схем выявила у большинства исследуемых основной группы высокий уровень схемы «Запутанности/неразвитой идентичности» (78%), «Зависимости/Беспомощности» (72%), «Социальной отчужденности» (67%), «Дефективности» (59%). В контрольной группе преобладали схемы «Жестких стандартов» (57%), «Поиска одобрения» (52%). Полученные данные указывают на неспособность к полноценному социальному функционированию у больных с расстройствами шизофренического спектра, в результате значимых нарушений удовлетворения базовой потребности в безопасной привязанности и автономии начиная с детского и подросткового возраста.

При заполнении опросника SCL были определены в основной группе высокий уровень психотизма 79%, а также враждебности (61%), депрессии (54%). В контрольной группе – показатели не превышали даже 2%, что подтверждало отсутствие у обследуемых психических расстройств.

Выводы: 1. Выявленные высокие показатели схем «Запутанности/неразвитой идентичности», «Зависимости/Беспомощности», «Социальной отчужденности», «Дефективности», свидетельствуют о возможном прогностически неблагоприятном психотравматическом опыте в детстве, как значимом патопластическом факторе в развитии эндогенного процесса. 2. Учитывая результаты диагностики ранних дезадаптивных схем, возможно более эффективное проведение комплексных профилактических мероприятий, направленных на своевременную психологическую коррекцию поведенческих изменений, приводящих к формированию расстройств шизофренического спектра.

Факторы, влияющие на мотивацию к изменениям у больных шизофренией.

Ночевкина А.И., Солохина Т.А.

ФГБНУ НЦПЗ

Актуальность. Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из ключевых понятий, используемых для объяснения причин поведения и деятельности человека [3, 5]. При шизофрении происходит формирование аномальных характеристик личности – сужается круг мотивов, происходит разрыв их смыслообразующей и побудительной функций, нарушается регуляция психической деятельности в ее ключевом, потребностно-мотивационном компоненте [2, 4, 5]. Мотивационный дефицит (амотивация) играет центральную роль в инвалидизации, вызванной шизофренией, и является одной из основных терапевтических мишеней. Амотивация представляет собой ядерный негативный симптом и имеет высокую прогностическую значимость [9]. Поэтому одной из важных задач при проведении психосоциальной реабилитации больных шизофренией является воздействие на сниженную заболеванием мотивацию [6], что обуславливает актуальность выявления активирующих её факторов.

Цель исследования. Изучение факторов, активирующих или снижающих мотивацию к лечению, в том числе к психосоциальному, у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, для применения наиболее эффективных терапевтических интервенций ее повышения. В рамках решения данной проблемы оценивалась связь между мотивацией к изменениям и индивидуальными характеристиками, отражающими активность мозговых систем активации и торможения поведения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 пациентов, участвующих в комплексной

долгосрочной реабилитационной программе в условиях Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье» (РБОО «Семья и психическое здоровье»). Средний возраст обследованных лиц составил $38,5 \pm 5,3$ года, из них 64% составляли мужчины и 36% женщины, высшее образование имели 43,3%, среднее и среднее специальное – 56,7% из них. Не состояли в браке 80,7% пациентов, проживали с родителями – 70,6%. Инвалидами являлись большинство обследованных пациентов (85,2%). В нозологической структуре участников исследования (диагноз ставился на основе МКБ-10) преобладала параноидная шизофрения (54%). В меньшей степени диагностировались шизофрения резидуальная (14%), детского типа (12%), шизотипическое (12%) и шизоаффективное расстройства (8%).

Для изучения мотивации к лечению использовались следующие шкалы и опросники:

1. Шкала оценки готовности к изменениям URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale), разработанная в 1989 Е.Н. McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer, и адаптированная В.М. Ялтонским (2004). Шкала URICA подразделяется на четыре подшкалы, соответствующие разным стадиям готовности к изменению – предразмышление, размышление, действие и сохранение [11], что позволяет оценить особенности мотивации, ее уровень.

2. Опросник The BIS/ BAS scales C.S.Carver, T.L.White, созданный в 1994 г. [8], русскоязычная адаптация которого проведена Г.Г. Князевым с соавт. в 2004 г. [13]. Теоретическим обоснованием опросника является биологическая теория мотивации Джеффри Грея, постулирующая существование трех широких нейropsychологических мотивационных систем – активации, торможения и «борьбы, бегства, застывания». Первая система, активирующая поведение (Behavioral Activation System, BAS), чувствительна к стимулам награды, а также релевантна такой личностной особенностью, как импульсивность. Именно BAS является

частью побудительной мотивации. Вторая система – торможения поведения (Behavioral Inhibition System, BIS), соотносится с повышением уровня тревоги в ответ на новые или угрожающие стимулы и проявляется подавлением поведения, которое может привести к наказанию или лишению награды. Третья система – «Борьба-Бегство-Застывание» (Fight-Flight-Freeze System) связана с быстрым ответом на безусловные сигналы угрозы, которые проявляются в соответствующем поведении [1, 8, 10].

В основу опросника BIS/BAS, включающего 24 пункта, положены две нейропсихологические мотивационные системы – активации (BAS) и торможения (BIS) поведения. При этом BIS состоит из 7 пунктов, отражающих чувствительность к отрицательным сигналам и тревогу на эмоциональном уровне и вызывающих торможение поведения. В BAS представлены эмоциональные и поведенческие проявления активации; эта шкала состоит из трех подшкал: «Чувствительность к награде» (Reward Responsiveness, BAS-R) включает 5 пунктов и связана с повышением энергии и положительными эмоциями в ситуации, указывающей на возможность желаемого события и получения награды; «Драйв» (Drive, BAS-D) состоит из 4 пунктов, которые оценивают упорство в достижении цели; подшкала «Поиск развлечений» (Fun-seeking, BAS-F) включает 4 пункта, указывающих на склонность к импульсивному стремлению к удовольствию [1, 12].

Статистическая обработка материала проводилась на основе непараметрического критерия Манна-Уитни, коэффициента корреляции Спирмена, в тексте приведены средние значения и стандартное отклонение. Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты. По результатам методики URICA 44 % (22 пациента) опрошенных пациентов находятся на стадии предразмышления, т.е., они не признают у себя проблем, которыми следовало бы заниматься. Отличительной

особенностью лиц, находящихся на данной стадии, является сопротивление пониманию и разрешению проблемы. Пациенты, находящиеся на этой стадии, могут заявлять о своем желании что-либо сделать, что это вовсе не означает серьезных намерений изменить что-либо.

На стадии размышления находятся 10% (5 человек) опрошенных респондентов. В данном случае пациенты признают наличие проблемы, пытаются искать способы их решения, однако мотивация для изменения поведения недостаточна.

Стадия действия обнаружена у трети респондентов (32%, 16 человек). Пациенты проявляют наиболее явные, открытые поведенческие действия, что требует от них значительных затрат времени и энергии. Характерная черта пациентов на стадии действия – это инверсия привычного образа действия и способность прикладывать значительные усилия для этого.

На стадии сохранения находятся 14% (7 человек) опрошенных пациентов. Респонденты уже достигли определенных результатов в решении своей проблемы и для них является важным сохранение позитивных изменений и недопущение существовавших ранее проблем.

Сравнительный анализ методики URICA и опросника BIS/BAS выявил статистически значимую связь выраженности активирующих или тормозящих факторов поведения пациентов с уровнем их мотивации к изменению (таблица). Так, у пациентов, находящихся на стадии «Предразмышление» по сравнению с тремя другими стадиями – размышление, действие, сохранение, выявлен наиболее высокий балл по шкале BIS, что свидетельствует о низком уровне мотивации в связи с повышенной тревожностью и торможением поведения.

Напротив, у пациентов на стадиях размышления, действия и сохранения выявлены высокие баллы мотивационной системы активации поведения (BAS), что свидетельствует о чувствительности к стимулам награды и вызывает необходимые действия. Так, пациенты, находящиеся на стадии размышления, имеют наиболее

высокие показатели по подшкале BAS-R, достигающие статистически значимой разницы ($P < 0,05$) по сравнению с показателями по шкалам BAS-F и BAS-D, что отражает факторы, активирующие мотивацию. Пациентам на данной стадии свойственно реагировать повышением энергии и положительными эмоциями в ситуации предвкушения получения награды.

На стадии «Действие» у испытуемых в большей степени проявляется мотивация по подшкалам BAS-F и BAS-D. Эти пациенты характеризуются высоким уровнем мотивации, они способны упорно трудиться и настойчиво добиваться своей цели.

У испытуемых на стадии «Сохранение» наблюдается повышение оценок по подшкалам BAS-R и BAS-D. Респонденты уже достигли определенных результатов в решении своей проблемы и для них является важным сохранение позитивных изменений и предотвращение существовавших проблем.

Таблица 1. Сравнительный анализ тормозящих и активирующих аспектов мотивации в зависимости о стадий готовности к изменениям

Стадии готовности к изменениям (URICA)	Шкалы опросника Карвера-Уайта (BIS/BAS)			
	BIS (M ± σ)	BAS-R (M ± σ)	BAS-F (M ± σ)	BAS-D (M ± σ)
Предразмышления	9,88 (±3,7)*	8,48 (±2,9)	7,88 (±3)	8,36 (±2,6)
Размышления	8,20 (±2,3)	9,80 (±2,7)**	9,00 (±1,9)	8,80 (±1,3)
Действия	7,80 (±2,7)	9,07 (±3,2)	9,47 (±2,9)**	9,47 (±3,4)**
Сохранения	8,40 (±3,3)	9,60 (±2,4)**	8,40 (±1,1)	9,40 (±1,1)***

* - статистические различия по шкале BIS и стадиям по шкале URICA при $p \leq 0,05$.

** - статистически значимые различия между шкалами BAS при $p \leq 0,05$.

*** - статистически значимые различия между шкалами BAS-F и BAS-D при $p \leq 0,05$.

Корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Пирсона подтверждает наличие значимых взаимосвязей уровня мотивации с факторами, влияющими на нее. Так, показатели шкалы BIS имеют отрицательные связи со стадиями размышление ($r = -0,34$ при $p \leq 0,05$), действие ($r = -0,41$ при $p \leq 0,01$) и сохранение ($r = -0,48$ при $p \leq 0,001$), т.е., при снижении угрозы наказания, страха лишения награды, наблюдается повышение мотивации.

Реакция на стимулы награды имеет также отрицательную связь со стадией «Предразмышления» ($r = -0,23$ при $p \leq 0,05$), это означает, что на данной стадии активизация мотивации посредством позитивного подкрепления не является эффективной.

Таким образом, можно сделать вывод, что доминирование чувствительности к отрицательным стимулам, снижает мотивацию к лечению. Полученные данные подтверждают исследование M.R. Scholten, J. van Honk, A. Aleman и R.S. Kahn (2006), в котором пациенты с шизофренией при использовании шкалы BIS показали более высокую чувствительность к ситуациям, которые они считают угрожающими им, чем респонденты контрольной группы без заболевания [12]. Факторы, влияющие на мотивацию, у больных шизофренией на каждой стадии их готовности к изменениям являются разными. Так для каждой стадии выявлены свои корреляты, отражающие функционирование систем активации и торможения поведения.

Заключение. Таким образом, изучение факторов, активирующих мотивацию, может способствовать лучшему пониманию способов ее повышения у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, обоснованию психотерапевтических интервенций в зависимости от разных этапов готовности к изменениям у больных.

Литература

1. Алфимова М.В. Оценка мотивации в контексте трансляционной психиатрии. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. М.; 2016: 53–65.
2. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М.: Изд-во МГУ; 1978: 88.
3. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М.: Политиздат; 1977: 385.
4. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / Под ред. В.П. Критской, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Полякова. М.: Изд-во МГУ; 1991: 256.
5. Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2013; 13(1): 34–39.
6. Ястребова В.В., Ночевкина А.И. Влияние клинко-психопатологических особенностей больных шизофренией на мотивацию к психосоциальному лечению. // Университетская клиника психиатрии: превенция рецидивов в психиатрии: сб. ст., М.; 2018: 126–127.
7. Ястребова В.В., Солохина Т.А. Особенности мотивации и когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и подходы к их психосоциальной реабилитации // Социальная интеграция психически больных (психиатрические, психотерапевтические, психологические аспекты): сб. ст., М.; 2018: 172-181.
8. Carver C. S., White T. L. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales // Journal of Personality and Social Psychology. 1994; 67: 319–333.
9. Daniel H. Wolf, et al. Amotivation in Schizophrenia: Integrated Assessment with Behavioral, Clinical, and

- Imaging Measures. // *Schizophrenia Bulletin*. 2014; 40(6): 1328–1337.
10. Gray J. A. *The psychology of fear and stress* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
 11. McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1989; 26(4): 494-503.
 12. Scholten M.R., van Honk J., Aleman A., Kahn R.S. Behavioral inhibition system (BIS), behavioral activation system (BAS) and schizophrenia: relationship with psychopathology and physiology // *Journal Psychiatr. Res*. 2006; 40: 638-645.
 13. Кныазев Г. Г., Слободская Н. Р., Уилсон Г.Д. Comparison of construct validity of the Gray–Wilson personality questionnaire and the BIS/BAS scales // *Personality and Individual Differences*. 2004; 37: 1565–1582.

Сведения об авторах:

Ночевкина Алёна Игоревна – младший научный сотрудник отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва.

aljonblch@gmail.com +7 (926) 3901884

Солохина Татьяна Александровна – доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, исполнительный директор РБОО «Семья и психическое здоровье», г. Москва.

tsolokhina@live.ru +7 (905) 7257232

Развитие внебольничной геронтопсихиатрической помощи в Омской области.

Одарченко С.С., Чеперин А.И., Альшанская М.В.,
Каротюк В.И.

Проблема организации геронтопсихиатрической помощи становится одной из первостепенных задач современной психиатрии. Старение населения стало существенной проблемой практически во всех странах мира. Соответствующая демографическая обстановка сложилась и Омской области, где численность всего населения старше трудоспособного (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше) составила 19,8 % от общей численности населения на 2017 год и 20,3 % на 2015 год. В связи с грядущим повышением пенсионного возраста в стране и, соответственно, повышением психосоциальных нагрузок на лиц позднего возраста, мы прогнозируем увеличение психических расстройств в данной группе прежде всего за счет нарушений аффективного и невротического регистров. Нельзя не упомянуть, что Омская область является одним из лидеров отрицательной миграции населения, когда регион покидают главным образом молодые стеничные жители. Распространенность психических заболеваний в старших возрастных группах составляет свыше 300 на 100 тыс. населения. Лица, достигшие пожилого и старческого возраста, как правило, имеют хронические соматические заболевания, которые связаны с многочисленными физическими и психологическими трудностями, что, в свою очередь, зачастую может приводить к формированию и развитию симптомов психических расстройств. К данным симптомам, являющимися признаками психических проблем в пожилом и старческом возрасте, относят различного рода бредовые переживания, аффективные расстройства, спутанность, ажитацию, состояния апатии, пассивности и депрессии.

Одним из основных направлений реорганизации геронтопсихиатрической помощи в России является перенос акцент оказания помощи со стационарных во внебольничные условия и разработка и создание комплексной программы медико – социальной помощи пожилым лицам с психическими расстройствами.

В Омской психиатрической больнице старт организации специализированной помощи пожилым пациентам был дан в 1972 году, когда было открыто женское геронтопсихиатрическое отделение. К настоящему моменту организованы следующие профильные подразделения:

кабинет приема врача – геронтолога на базе психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения. Кабинет ориентирован на амбулаторную помощь лицам пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами, а также для консультативной помощи их родственникам;

психиатрическое геронтологическое отделение непсихотических расстройств на 50 коек для лечения пациентов пожилого возраста с пограничными психическими нарушениями;

два психиатрических соматогериатрических отделения для стационарного лечения психически больных с тяжелой сопутствующей соматической патологией и для пациентов старческого возраста с психическими расстройствами;

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для пожилых.

Данное подразделение предназначено для оказания медицинской (диагностической, лечебно-профилактической, психореабилитационной) и психосоциальной помощи во внебольничных условиях пациентам пожилого возраста (женщинам от 55 лет, мужчинам от 60) с психическими расстройствами, не требующим лечения в условиях круглосуточного стационара.

Таким образом, геронтопсихиатрическая помощь оказывается всему контингенту лиц пожилого возраста от пограничной патологии до грубых когнитивных нарушений и деменции. Психиатрическая служба больницы оказывает психологическое сопровождение пациентам, находящимся на лечении во всех подразделениях.

Связующим звеном между геронтопсихиатрическими службами в Бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова» стало отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста, созданное в марте 2016 года.

Основными задачами отделения являются:

оказание лечебно-диагностической, психопрофилактической и реабилитационной помощи в амбулаторных условиях, решение экспертных вопросов.

осуществление социально-психологической помощи во внебольничных условиях;

консультативная помощь в решении вопросов дееспособности пациентов, участие в решении вопросов опеки над лицами, признанными недееспособными и не имеющими опекунов, находящимися в стационаре Учреждения;

обеспечение преемственности с психиатрическими диспансерными отделениями и другими подразделениями Учреждения, а также другими организациями в оказании медико-социальной помощи пожилым;

освоение и внедрение в практику новых организационных форм, направленных на развитие внегоспитальной помощи и ресурсосберегающих технологий, современных средств и методов диагностики и лечения психических заболеваний, социально-трудовой реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта учреждений здравоохранения;

Помощь в отделении оказывается по методу бригадного ведения пациента на основе принципа партнерства с пациентами и их родственниками. Такой формат имеет ряд преимуществ: помощь оказывается пациенту без отрыва от привычной ему среды. Данная служба выполняет интегрирующие функции в обеспечении не только психиатрической помощи, но и оказывает социальную помощь. Курация пациентов осуществляется полипрофессиональной бригадой в которую входит врач – психиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. Подход к каждому пациенту индивидуален, на каждого составляется индивидуальный план лечебно – реабилитационных мероприятий. В зависимости от необходимости более или менее социальной поддержки пациенты делятся на три группы: первая группа – с выраженной социальной дезадаптацией (утрата навыков к независимому проживанию, части социальных и гигиенических навыков (70% больных), вторая группа – умеренная социальная адаптация (частично сохранены социальные и гигиенические навыки, навыки не зависимоного проживания, но требующие напоминания и стимулирования активности (20%) и пациенты, адаптированные в социальном плане (обладают всеми необходимыми навыками, но требующие эпизодического контроля с стороны персонала, в частности за соблюдением лекарственного режима (10 % больных).

Врач назначает лечение, регулирует расписание посещения пациентом или членами семей отделения определяет необходимость и частоту посещения пациента на дому другими членами бригады. В случае обострения заболевания специалисты предоставляют краткую информацию и оценивают потребность пациента в дальнейших вмешательствах (консультация невролога, терапевта, госпитализация, помещение в дом-интернат), оформляет документы, производит необходимые консультации и дают соответствующие рекомендации.

При выезде на дом медицинский персонал производит идентификацию симптоматики и, проводит

динамическую оценку состояния и дает рекомендации, осуществляет помощь пациенту и семье в определении негативно влияющих на заболевания условий или образа жизни, производит идентификацию иных медицинских, социальных или психологических проблем, устанавливает медицинское наблюдение, обеспечивает семью информацией о лекарствах и лечении, производит оценку комплаентности больного, а также оценка безопасности функционирования больного, направление к специалистам, производит забор анализов (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови). Медицинская сестра и социальный работник проводит психообразовательные беседы с родственниками по уходу за пациентами.

Бригадная форма работы создает условия для обмена знаниями и навыками между различными специалистами; демонстрирует модель разнообразных и открытых отношений как пациенту, так и членам бригады; вносит вклад не только в улучшение оказания психиатрической помощи, но и способствует личностному росту занятых там работников.

Оказание полипрофессиональной помощи пациентам пожилого и старческого возраста является одной из приоритетных задач современной медицины. Введение бригадного метода обслуживания пациентов представляется чрезвычайно важным, и его развитие становится одной из первоочередных задач совершенствования психиатрической помощи. Взаимодействие специалистов разных профилей, в том числе усиление социальной работы в области психиатрии признано одним из неотъемлемых компонентов стандартов качества психиатрической помощи.

Биопсихосоциальная модель помощи психически больным в полной мере отвечает современным требованиям к результатам терапевтического и реабилитационного процесса: показателем эффективности помощи служит не только клиническое улучшение, но и повышение социальной независимости, компетентности и качества жизни пациентов, наиболее полная интеграция их

в семью и общество. Новая организационная форма оказания геронтопсихиатрической помощи (ОИОПП) является эффективной, как с гуманитарной стороны (лечение без изоляции в условиях привычного окружения), так и с экономической точки зрения (общие затраты за 1 год работы отделения на лечение составило 38% от традиционных затрат если бы пациенты находились на стационарном лечении, за счет резкого снижения госпитализации).

Влияние дисморфофобии на качество жизни пациентов с расстройством пищевого поведения.

Е.В. Оконишникова, А.Е. Брюхин, Т.Ю. Линева

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии,
Медицинский Институт ФГАОУ ВО «Российский
университет дружбы народов» Москва*

Актуальность. Качество жизни – сложная конструкция, которая охватывает различные аспекты жизни человека и связана с определенным набором условий, необходимых для оптимального функционирования. К таким условиям относят физическое здоровье, психосоциальное благополучие, функциональную независимость, материальное положение и состояние окружающей среды. Качество жизни человека не равно количеству материальных благ и не является только эквивалентом статуса физического здоровья или уровня медицинской помощи. А. Боулинг в своём исследовании от 2005 года определяет качество жизни как «субъективное восприятие степени своей физической и личностной сохранности, полноценности социальных возможностей, в основе которого лежат цели, ожидания, стандарты». Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами, заботами. На качество жизни влияет большое количество факторов, среди которых главными являются физическое здоровье, психологическое благополучие и социальная активность. Очевидно, что при различных заболеваниях, как соматических, так и психических качество жизни человека значительно ухудшается, что справедливо и для пациентов с расстройствами пищевого поведения. Среди психических заболеваний, расстройства пищевого поведения - нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), занимают одно из первых мест по угрозе летального исхода, имеют

тенденцию к хроническому течению и высокий суицидальный риск. У пациентов с нервной анорексией и нервной булимией вышеперечисленные факторы, входящие в понятие качества жизни, значительно нарушены, способствуют социальной дезадаптации и влияют на успех терапии и стойкость ремиссии. Психопатологической основой НА и НБ является болезненное недовольство собственной внешностью или дисморфофобия, которая характеризуется навязчивыми, сверхценными или бредовыми идеями физического недостатка, влияет на формирование аффективной патологии, снижает уровень социального функционирования и ухудшает качество жизни. Несмотря на очевидное ухудшение физического, психического и социального благополучия этих больных, существует явный недостаток исследований, посвящённой этой проблеме. Своевременная оценка качества жизни этих пациентов дает возможность распознать и минимизировать риски влияющие как на успех терапии, так и на длительность ремиссии. В настоящее время в распоряжении клиницистов имеются разнообразные и надежные инструменты оценки качества жизни как здоровых людей, так и пациентов с различными заболеваниями. Для нашего исследования был использован адаптированный на российской популяции опросник качества жизни SF-36, который включает такие составляющие, как эмоциональное, когнитивное, и социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, физическую энергичность и субъективную оценку здоровья, условно разделённые на физическую и психологическую компоненты теста.

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни у пациентов с НА и НБ и корреляционной связи степени недовольства собственным телом - дисморфофобии с аффективным состоянием и качеством жизни.

Материалы и методы. Клинико - психопатологически и психометрически обследовано 130 пациентов женского

пола с НА и НБ в возрасте 13-44 лет (средний 18), длительность заболевания составила от 6 месяцев до 24 лет. Использовались: Опросник оценки качества жизни (SF-36); Опросник образа собственного тела (ООСТ); Шкала удовлетворенности собственным телом (ШУСТ); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); статистический пакет Microsoft Excel.

Результаты. Установлены следующие закономерности оценки физической (PH) и психологической (MH) компоненты здоровья. По показателю физической компоненты здоровья (PH) выявлено: пониженное значение (от 21 до 40 баллов из 100) у 26,92% пациенток, среднее значение (от 41 до 60 баллов) у 65,38%, повышенное значение (от 61 до 80 баллов из 100) у 7,69% пациенток. По показателю психологической компоненты здоровья (MH) выявлено: низкое значение у 26,92% пациенток, пониженное значение у 53,08%, среднее значение у 20% пациенток. Высокого значения качества жизни (100 баллов) по физической и психологической компонентам теста не зарегистрировано.

По тесту ООСТ - выраженная неудовлетворённость собственным телом у 84,62% (n 110) пациенток, умеренная неудовлетворённость собственным телом у 15,38% (n 20) пациенток. По тесту ШУСТ - характеристиками относящимися к голове (глаза, нос, уши) не довольны 32,31% (n 42) пациенток, относящимися к туловищу (живот, грудь, спина) 45,38% (n 59), к нижней части тела (ягодицы, таз, бедро) 56,92% (n 74) пациенток. Количество недовольных всеми перечисленными частями тела равно 38% (n 49), что клинически определяется как полидисморфофобия. По тесту HADS: субклинический уровень тревоги у 23,85% (n 31) пациенток, клинический уровень у 45,38% (n 59) пациенток; субклинический уровень депрессии у 15,38% (n 20) пациенток, клинический уровень депрессии у 31,54% (n 41) пациенток. Выявлены следующие корреляционные закономерности: недовольство собственным телом по тестам ООСТ и ШУСТ имеет заметную положительную корреляцию с

тревогой и депрессией; недовольство собственным телом имеет заметную положительную корреляцию с психологической компонентой здоровья, оказывая слабое влияние на физическую компоненту здоровья, подтверждая клинические факты удовлетворительной физической активности пациенток в течении длительного времени, несмотря на соматическое и психическое неблагополучие.

Заключение. Патологическое недовольство собственным телом, или дисморфофобия разной степени выраженности у пациенток с нервной анорексией и нервной булимией, значительно влияет на их аффективное состояние, повышает уровень тревоги и депрессии, ухудшает преимущественно психологическую составляющую качества жизни что, со временем приводит к снижению функционирования вплоть до социальной дезадаптации и инвалидизации. Подробное изучение качества жизни у данного контингента больных, возможно с использованием ряда других опросников, поможет оптимизировать тактику ведения этих пациентов - подобрать наиболее рациональный и комплексный метод лечения, который включает медикаментозную (психотропную и соматотропную) терапию, поэтапное восстановление питания с участием диетологов, различные виды психотерапии и длительную реабилитацию.

Информационная парадигма в изучении шизофрении как перспективная основа для фундаментальных исследований.

Пархоменко А.А.

ГБУЗ «ПКБ №5 Департамента здравоохранения г. Москвы.

С 1990-ых гг. в научных работах по шизофрении интенсивно развивалась нейро-когнитивная парадигма, которая базировалась на трех основных платформах:

- внедрение в практику новых атипичных нейролептиков;
- нейровизуализация;
- использование шкал для оценки когнитивных способностей.

В результате, наши представления о шизофрении претерпели радикальные изменения. Оказалось, что при параноидной форме заболевания, как правило, сначала появляются когнитивные нарушения, затем на авансцену выходят негативные симптомы, и только потом пациента настигает психотический манифест [1]. Когнитивный дефицит растет обычно медленно и выходит на плато, но именно он вносит решающий вклад в инвалидизацию больных.

Хочется отметить, что в 1990-ые и в нулевые годы прогресс был достигнут именно в лучшем понимании динамики шизофрении. Куда скромнее были успехи в изучении этиопатогенеза и в лечении этой болезни. В некотором смысле, термин «нейрокогнитивный» является зеркальным ремейком двухкоренного слова «психоневрологический», которое получило распространение лет 90 тому назад. И тогда, и сейчас наиболее оптимистичный сценарий выглядел следующим образом: еще, кажется, совсем немного, и мы выявим в головном мозге структурные мишени на тканевом или молекулярном уровне, определяющие патогенез шизофрении, а дальше

нетрудно будет подобрать средства, прицельно бьющие по этим целям. Именно таким был изначальный посыл работ американского профессора Алана Брайера, сопоставлявшего клиническую эффективность атипичных антипсихотиков с данными МРТ головного мозга [2].

Однако, в очередной раз, решающий штурм крепости под названием «Шизофрения» не удался. В 2010-ых гг. в практику вошло очень мало новых антипсихотиков, и они не имеют принципиальных преимуществ. Лекарственное лечение совершенствуется, в основном, в направлении пролонгации эффекта уже имеющихся препаратов. На мой взгляд, ограниченность успехов нейро-когнитивной парадигмы обусловлена именно тем, что, в очередной раз была сделана ставка на биологические подходы. До сих пор принято подчеркивать, что в основе шизофрении лежит материальный процесс в виде своеобразной энцефалопатии [3, 4].

Тем не менее, нынешнее внимание на когнитивной сфере перекидывает мостик для перехода к новой парадигме - информационной. Об этом автор настоящей статьи впервые услышал 20 ноября 2017г. на лекции профессора, д.м.н. А.Е. Боброва: «Когнитивные эффекты психофармакологических препаратов: новая парадигма в психиатрии?» (анонс лекции - [5]). Информационная парадигма может рассматриваться как развитие на новом витке представлений о «функциональном» характере психопатологии при шизофрении, с возможностью обратного развития раннего слабоумия, согласно Э. Блейлеру и его последователям на отечественных кафедрах [6].

В итоге размышлений по этой теме, мной сформулированы, предварительно, положения информационной парадигмы применительно к изучению шизофрении:

- Основу здоровой психики составляет сознание, включающее восприятие своего

«я» и объединяющее информацию из окружающего мира.

- Шизофрения - болезнь сознания, не связанная с его помрачением, а заключающаяся в его внутреннем расстройстве.
- Характерную симптоматику при шизофрении (в частности, симптомы Курта Шнайдера) можно представить как информационные нарушения, связанные с искажением и прерывистостью аутоидентификации.
- Когнитивные расстройства - это один из видов информационных поломок при шизофрении.
- Перенапряжение в информационных потоках ведет к вторичной энцефалопатии, что является основой для возникновения порочного круга.

Разные уровни информации - генетический, медиаторный, электронейрональный, психологический и т. д.) не изолированы друг от друга, а составляют единую систему и имеют то или иное влияние на сознание.

Факторы, способствующие возникновению шизофрении, как бы притягиваются друг к другу, - вероятно, по принципу информационного средства. Поэтому сочетание разных факторов в процессе генеза шизофрении (наследственных, биохимических, поведенческих, средовых) может быть отнюдь не случайным.

В этой системе взаимосвязанных представлений содержатся три главные инновационные идеи:

- возможность нарушений сознания, отличающихся от синдромов помрачения;
- взаимосвязь разных информационных систем;
- вероятная неслучайность сочетания факторов в генезе шизофрении.

Наибольшие трудности будет представлять изучение сознания. Поддается ли оно вообще структурному исследованию? По сложности эта задача сравнима с изучением пространства и времени, но они уже давно рассматриваются фундаментальными научными дисциплинами (физика, математика) с соответствующими моделями. Сознанием же занимается на бытийном полюсе философия, а медицина - в прикладном аспекте, но каких-либо исследований, отвечающих на вопрос, как функционирует сознание, нам неизвестно. В англоязычной литературе часто это понятие отодвигается на второй план понятием «интеллект» - *intelligence*. Но интеллект и когнитивные процессы несравнимо проще для моделирования, чем сознание. Уже есть определенные достижения на пути создания искусственного интеллекта. В то же время, подходы для искусственного воспроизведения сознания отсутствуют. Не исключено, что такое воспроизведение принципиально невозможно. В современной науке ведь не отваживаются говорить о разработке, например, «искусственного пространства». Тем не менее, уже сейчас можно обрисовать некоторые особенности сознания. Для него характерен, с моей точки зрения, замкнутый контур информации о себе, парадоксально сочетающийся с суммацией всех доступных сигналов извне. Неудивительно, что обнадеживающими являются сообщения об эффективности методов лечения шизофрении с использованием принципа активной обратной связи [7]. Перспективно изучение роли циркадных состояний сознания (- бодрствования, фазы быстрого сна) в генезе шизофрении. Важная роль сна бросается в глаза любому клиницисту при курации больных с эндогенными психозами.

В биологии и в медицине взаимосвязь разных информационных процессов прослежена пока очень мало. По большому счету, в ходу противоположное представление, согласно которому биологические и психологические аспекты развития шизофрении как бы изолированы друг от друга, а в биологическом срезе

каждый информационный уровень имеет свой язык, непонятный для других уровней. В самом деле, как проследить связь между кодировкой нуклеотидных последовательностей ДНК и сигналами ЭЭГ, и разве имеются какие-либо сопоставления ЭЭГ с конкретными словами человеческого языка? В деле изучения шизофрении подобный скепсис выливается в сильную разобщенность гипотез: генетической, вирусной, нейро-медиаторной, психологической и других. Между тем, некоторые фундаментальные работы говорят, во-первых, о гибкости функционирования различных уровней информации, а, во-вторых, об их взаимном влиянии. Например, система генома отнюдь не является статичной, она имеет множество механизмов регуляции и весьма подвержена внешним воздействиям, в том числе, информационного плана. Так, было показано, что психологическая травма от насилия в детстве приводит к эпигенетическим нарушениям [8]. Лауреат Нобелевской премии Барбара Мак-Клинток считала, что стресс является мощным фактором генных изменений и даже может быть источником образования новых видов [9].

Растет число работ по исследованию таких феноменов как саккадические движения глаз и терагерцовое излучение головного мозга [10, 11]. С помощью подобных явлений можно получать некоторые данные о психическом состоянии человека [12]. Тем самым открывается широкое поле деятельности на стыке психиатрии и аппаратной физики.

Хочется надеяться, что единство языка разных информационных систем всё же существует. Ведь человек с его психикой представляет собой нечто целостное, а не набор из кодов и шифров, не связанных друг с другом. Здесь вспоминается идея Л.С. Выготского, которую он рассматривал как центральную для проблематики шизофрении: «...не внутри мозга или духа, но в знаках, языке, орудиях, социальных отношениях таится разгадка тайн, интригующих психологов» (цитата по [13]).

Мысль об первостепенном значении информации в нашем универсуме развивал в своих философских трудах Вилем Флюссер [14]. Его подходы, несомненно, окажутся очень востребованными для новой парадигмы в психиатрии.

В качестве объединяющего информационного средства может выступать язык ритмов. Кроме того, хочу напомнить, что с начала эры шизофрении у всех на слуху такие базовые нарушения как амбивалентность, аспонтанность, парадоксальность реакций, сбой распознавания «я» и «не-я». Все это имеет прямой выход на социальную коммуникацию, которую В. Флюссер справедливо считал сущностью человеческой личности.

Многообещающей представляется также идея о неслучайности сочетания различных факторов, как бы сходящихся в конкретном локусе времени и пространства и совместно обуславливающих развитие шизофрении у данного человека. Коллеги-психиатры, наверное, согласятся с тем, что у больных шизофренией сочетание сразу нескольких предрасполагающих факторов встречается отнюдь не редко. Если эта гипотеза о неслучайности подтвердится, то психиатрия могла бы сыграть пионерскую роль в новом понимании причинности в медицине. Движущую силу взаимного притяжения факторов можно предварительно обозначить как информационное средство, - подобное притягивается к подобному, а может быть, каждый элемент пазла ищет свое место в общей картине? Мультимодальная терапия при шизофрении эффективна, скорее всего, именно потому, что при ней содружественно действует несколько лечебных векторов, нивелируя объединенное действие патогенетических процессов. Вероятно, у математиков имеется опыт абстрактного описания подобных закономерностей. В этой связи, помощь медицине от «царицы наук» может быть очень плодотворной.

Заключение. Данная статья об информационной парадигме изучения шизофрении носит, в значительной мере, сигнальный характер. Выдвинутые в ней идеи могут

стать отправной точкой для обсуждения. Воодушевляет сама возможность взаимодействия психиатрии с другими научными дисциплинами, в том числе фундаментальными. В этом сильная сторона информационной парадигмы, ведь тем самым она повторяет одну из существенных характеристик сознания - объединение разного в едином целом.

Литература

1. Lewandowski K.E., Cohen B.M., Ongur D. Evolution of neuropsychological dysfunction during the course of schizophrenia and bipolar disorder.// Psychol. Med. 2011. Feb; 41(2): 225-41.
2. Breier A. Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis. //Br J Psychiatry Suppl. 1999; (37): 16-18.
3. Дорофейкова М.В. Структура и факторы развития когнитивных расстройств у больных шизофренией. Дисс. на соискание уч. степени к.м.н. СПб, 2017.
4. Тиганов А.С. (под ред.) Эндогенные психические заболевания. Патологическая анатомия. - На сайте: psychiatry.ru/lib/54/book/29/chapter/23.
5. Бобров А.Е. Когнитивные эффекты психофармакологических препаратов: новая парадигма в психиатрии? - Анонс лекции на сайте mosgorzdrav.ru, 2017.
6. Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия. М., Медицина, 1971; стр. 138.
7. Яковлев Н.М., Косицкая З.В., Клименко В.М. с соавт. Снижение выраженности аффективных расстройств у больных с дебютом шизофрении методом биоакустической коррекции.// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. №12: 32-35.
8. Klengel T., Mehta D., Anacker C. et al. Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene-childhood trauma.//Nature Neurosci. 2013, 2 Dec., Vol.16: 33-41.

9. McClintock B. The significance of responses of the genome to challenge. Nobel Prize lecture. 1983, 8 Dec. - На сайте: nobelprize.org.
10. Шульговский В.В., Славутская М.В., Лебедева И.С. Особенности саккадических реакций на последовательные зрительные стимулы в норме и при шизофрении. // Физиология человека / "Human Physiology". 2015. Т 41, №4. М. Наука: 37-43.
11. Киричук В.Ф., Цымбал А.А., Креницкий А.П. с соавт. Антистрессорный эффект терагерцового излучения на частотах оксида азота 150, 176, 150, 664 ГГц в условиях эксперимента. // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2008. Т. 16, №4: 19-20.
12. Корнеев А.А. Терагерцовый метод диагностики психического состояния человека. // Заявки, поступившие на конкурс ориентированных фундаментальных научных исследований по актуальным междисциплинарным темам. - На сайте: rfbr.ru/rffi/ru.
13. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. М., Форум, 2015, – в главе «Введение».
14. Степанов М.А. Коммуникология Вилема Флюссера: между медиа и сообщением. // Международный журнал исследований культуры. 2 (27), 2017: 6-13.

Биоэтика старости

Пищикова Л.Е.

*МНИИП - филиала ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского"
Минздрава России*

Традиционно профессиональная биомедицинская этика рассматривает систему норм, ценностей и обязательств, которую принимает и исполняет врач, оказывая помощь больному человеку. В этой системе на первое место выходит принцип уважения достоинства человека и его прав, независимо от социального статуса, включая возрастные характеристики. К основным принципам профессиональной этики, признанным Всеобщей декларацией о биоэтике и правах человека (UNESCO, 2005), относятся:

- принцип человеческого достоинства и прав человека, включающий принцип приоритета человека над интересами общества и науки;
- принцип блага и вреда – получение максимальных благ для пациентов и сведение к минимуму любого возможного вреда;
- принцип самостоятельности (автономии) и индивидуальной ответственности в принятии решений, включая специальные меры по защите интересов лиц, не обладающих правоспособностью;
- принцип согласия, в том числе и для лиц, не обладающих правоспособностью давать согласие;
- принцип признания уязвимости человека и уважения неприкосновенности его личности, включая защиту особо уязвимых групп;
- принцип неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности;
- принцип равенства, справедливости и равноправия;

- принцип недопущения дискриминации и стигматизации;
- принцип социальной ответственности и здоровья, включая право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья, доступ к качественным медицинским услугам и лекарствам.

Дискриминация по возрасту (эйджизм)

По данным ВОЗ, «эйджизм» сейчас является более распространенной формой дискриминации, чем дискриминация по половому (сексизм) или этническому признаку (расизм). Проявлением эйджистских тенденций в России является, например, законодательный запрет руководить федеральными и региональными исполнительными органами власти, а также медицинскими учреждениями, людям старше 65 - летнего возраста, трудности при их трудоустройстве, ухудшение условий труда, сокращение при «модернизации» учреждений.

Эйджистские стереотипы, ассоциирующие поздний возраст со слабоумием, стигматизируют пожилых людей, обуславливают предложения по их психиатрическому освидетельствованию для оценки сохранности когнитивных функций при приеме на работу, при составлении и нотариальном заверении гражданско-правовых актов, а также при проведении диспансеризации населения [1].

ВОЗ были определены основополагающие принципы, касающиеся людей старшего возраста, направленные на преодоление их дискриминации [2], к которым относятся:

- презумпция здорового старения, определяющая старение как процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в позднем возрасте;
- право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья и на его постепенную реализацию;

- содействие автономности, т.е. праву делать выбор и контролировать все вопросы, включая то, где жить, какие связи устанавливать, что носить, как тратить свое время и когда начинать лечение.

Важное антидискриминационное значение приобретает положение о том, что деменция не является нормальным проявлением старения, хотя возраст и представляет собой основной фактор ее развития.

Этические аспекты оказания психиатрической помощи

Ряд попыток пересмотра ФЗ N 3185-1 от 02.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – Закон) в части, касающейся делегирования полномочий по диагностике и лечению психических расстройств врачам не психиатрам, могут затронуть права людей старшего возраста, в том числе их право на получение профессиональной психиатрической помощи. Вопреки существующим положениям Закона, оказание психиатрической помощи может быть разрешено врачам общей практики, геронтологам, неврологам, а на поздних стадиях деменции – специалистам паллиативного профиля, что способно привести к ошибкам в диагностике и терапии, к стигматизации пожилых людей на основании неправомерно установленного диагноза, к нарушению их прав, лишению дееспособности [3].

Так, приказ МЗ РФ № 869н “Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения” уже сейчас предписывает неврологам обследовать людей старшего возраста (по достижению ими 75–лет) на предмет выявления у них когнитивных расстройств и депрессий. Между тем диагностика этих нозологий в настоящее время является законодательной прерогативой психиатров и осуществляется в соответствие с кластером МКБ – 10 «Психические расстройства» [1].

Право на получение наилучшей имеющейся психиатрической помощи регламентируется «Принципами

защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» (ООН, 1991). Важным для понимания необходимого уровня такой помощи является положение о том, что в развитых странах только психиатр (врач, имеющий специальную подготовку в области психиатрии) может диагностировать психическое расстройство. Перевод услуг по охране психического здоровья на уровень первичного звена допускается для стран с низким уровнем дохода, испытывающих острую нехватку специалистов по психическому здоровью.

Этические аспекты деменций

Этические дилеммы возникают на протяжении всего периода жизни человека с деменцией, начиная с момента постановки диагноза. Важным результатом исследований ВОЗ является вывод о том, что люди с деменцией продолжают испытывать полный спектр эмоций даже при выраженном ухудшении когнитивных функций и общаться с внешним миром посредством своего поведения, даже если им сложно говорить.

В поддержку и развитие антидискриминационных положений ВОЗ нами были разработаны концепция и стратегии в отношении психического здоровья граждан старшего возраста [4,5,6,7,8], в которых сформулированы постулат нормативности благоприятного старения и возрастной психической нормы жизнедеятельности, презумпции психического здоровья, вменяемости, сделкоспособности, дееспособности пожилого человека. Суть концепции - постулирование психического здоровья пожилого человека во всех сферах жизнедеятельности, а также его правоспособности (вменяемости, сделкоспособности, дееспособности), пока через специальные судебные процедуры в рамках проведения судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) не будет доказано обратное.

Международная организация по борьбе с болезнью Альцгеймера (Alzheimer's Disease International - ADI) разработала специальный антидискриминационный язык в отношении людей с деменциями [9]. Он призван показать,

что деменция не является определяющим аспектом в жизни человека с этим диагнозом и не отражает его способности или уровня понимания. Для обозначения наличия психического расстройства предлагается использовать такие термины как «люди с деменцией» или «люди, живущие с деменцией» или «люди с диагнозом деменция». При этом некорректными считаются такие дефиниции как «дементирующие заболевания», «старческая деменция», так и определение людей с деменцией как «больных», «пациентов», «пострадавших» или «жертв». Антидискриминационный язык направлен на признание того, что люди с деменцией, это в первую очередь - люди, и их диагноз не должен рассматриваться или упоминаться как определяющий аспект их жизни.

Приоритет проживания и старения дома

Праву людей с определенной формой функциональных ограничений жить в своем сообществе и оставаться его членом, отведена центральная роль в Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (ООН, 2006). Важной политической ответной мерой на старение населения является концепция «старения на месте», означающая возможность для пожилых людей вести безопасный, независимый и комфортабельный образ жизни в своем доме и сообществе вне зависимости от возраста, дохода или уровня индивидуальной жизнеспособности.

На сегодняшний день в России существует 500 ПНИ Министерства труда и социальной защиты населения, в которых проживает более 150 тыс. человек, а очередь в них составляет 8000 человек. При этом правозащитниками отмечается несовершенство института недееспособности и опеки, как источника злоупотреблений и нарушений прав человека в России. Выявлены «системные» и тотальные нарушения прав граждан, проживающих в ПНИ. Среди них - неправомерное ограничение свободы, нарушения прав на личную неприкосновенность, на владение и распоряжение личным имуществом, на труд, на лечение только на основе добровольного и информированного согласия, на

получение социальных и реабилитационных услуг. Отмечены случаи умаления человеческого достоинства, лечения проживающих в ПНИ против воли и без решения суда психотропными препаратами, в том числе массивное продолжительное «лечение» нейролептиками, назначаемыми в качестве наказания и для «успокоения», приводящее к побочным эффектам [10].

Исследование подэкспертных старшего возраста, направленных на СПЭ для определения их недееспособности [5], показало, что пожилые люди, проживающие в ПНИ, обнаруживали самые глубокие психические нарушения, достигающие до степени тяжелой деменции. Этому способствовали в том числе психотравмирующий фактор, связанный со сменой привычной среды обитания и попаданием в незнакомую обстановку, десоциализация, смена жизненного стереотипа, депривация общения, утрата неприкосновенности личной жизни, ограничение возможностей собственного выбора. В соответствии с Принципами защиты прав психически больных и улучшения психиатрической помощи (ООН, 1991), каждый пациент, страдающий психическим заболеванием, имеет право: жить и работать в обществе; получать лечение и уход в общине, в которой он проживает; проходить лечение вблизи от своего дома и как можно скорее вернуться туда; получать лечение, направленное на сохранение и развитие автономности личности.

Этические аспекты конца жизни

В настоящее время в России вновь стала обсуждаться возможность разработки закона об эвтаназии, который напрямую может затронуть уязвимых и беспомощных людей старшего возраста с тяжелыми заболеваниями и деменциями, ставшими обузой для своих семей, органов здравоохранения и государства.

Сложными в этическом плане считаются вопросы прекращения жизни и (или) оказания помощи безнадежно больным или старым людям с тем, чтобы избавить их от лишних страданий, дать естественным образом «умереть

спокойно», приостановив лечение, которое продлило бы жизнь, не облегчив состояние пациента. Так на конференциях по паллиативной медицине обсуждаются вопросы целесообразности оказания медицинской помощи и продления жизни пожилым людям с тяжелыми формами деменций, проведения им диагностических обследований, искусственного кормления при отказе принимать пищу.

В России существует законодательный запрет на эвтаназию. Он регламентируется действующим ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 45): «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, т.е. ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента». В соответствии с этими этическими нормами и позициями, намерение прекратить жизнь безнадежных больных также следует считать эвтаназией.

В соответствии с позицией Комитета по этике Всемирной психиатрической ассоциации (Испания, 1996 г.), долг психиатра, прежде всего, заключается в улучшении здоровья пациента, облегчении страданий и защите человеческой жизни.

Этический кодекс в отношении граждан старшего возраста

Обществу важно формировать культуру старости, отношение к ней как закономерному и благоприятному этапу в жизни человека, а к людям старшего возраста - как к участникам жизни общества. В связи с этим возникает необходимость фундаментальных исследований в области биоэтики, направленных на установление взаимосвязи между духовным и морально-нравственным состоянием человека и его отношением к людям старшего возраста, в том числе и в медицинском сообществе. Эти исследования способны стать основанием практического руководства - этического кодекса, который должен включать следующие основополагающие принципы [11, 12]:

- Понимание старения как благоприятного нормативного процесса, во время которого продолжается эволюционное развитие человека.
- Недопустимость эйджизма и дискриминации во всех сферах и областях.
- Недопустимость жестокого обращения и насилия по отношению к пожилым людям.
- Соблюдение презумпций психического здоровья (вменяемости, дееспособности, дееспособности).
- Признание деменции болезнью, а не нормативным проявлением старения.
- Сохранение достоинства и уважения человека до последней стадии деменции и до конца жизни.
- Сохранение права на наилучшую медицинскую (в т.ч. психиатрическую) помощь, проживание и умирание в своем доме.
- Недопустимость эвтаназии.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н “Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения”. Доступно по: <https://www.rosminzdrav.ru>.
2. Всемирная организация здравоохранения. Всемирный доклад о старении и здоровье. 2015. Доступно по: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/10/9789244565049_rus.pdf?ua=1.
3. Российское общество психиатров. О перспективах имплементации в Российской Федерации рекомендаций экспертов ВОЗ в области охраны психического здоровья. 2017. Доступно по: <http://psychiatr.ru/news/740>.

4. Пищикова Л.Е. Виктимность лиц позднего возраста (глобальные и судебно-психиатрические аспекты). Клиническая геронтология. 2014. N. 11–12. С. 45–49.
5. Пищикова Л.Е. Психические расстройства органической природы у пожилых лиц (клиническая типология, комплексная оценка и судебно-психиатрическое значение). Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 2015.
6. Пищикова Л.Е., Макушкин Е.В. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть I). Российский психиатрический журнал. 2014; 5: 10–16.
7. Пищикова Л.Е. Макушкин Е.В. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть II). Российский психиатрический журнал. 2015; 1: 4–13.
8. Кекелидзе З.И., Пищикова Л.Е., Полищук Ю.И. Стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста. Вестник Росздравнадзора, 2016; 4: С. 9 -14..
9. Dementia language guidelines. Доступно по: <https://www.dementia.org.au>.
10. О соблюдении прав человека в психоневрологических интернатах (ПНИ) системы социального обслуживания населения в Российской Федерации. Июль 12, 2017; Москва. Доступно по: <http://www.osoboedetstvo.ru/post/2017/07/o-kruglomstole-o-soblyudenii-prav-cheloveka-v-psihonevrologicheskikh-internatah-pni>.
11. Pishchikova L. Ethical principles in relation to older people. European Psychiatry. 2018;48: S572.
12. Силуянова И.В., Пищикова Л.Е. Этические проблемы отношения к старости в здравоохранении. Независимый психиатрический журнал. 2018. № 3. С. 24-30.

Психотерапия в лечении трихотилломании у детей и подростков

И.К. Руднева, Э.Л. Казанцева

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии РНИМУ
им. Н.И. Пирогова*

Впервые термин трихотилломания был предложен Hallopeau для обозначения настойчивого, непреодолимого желания вырывать волосы на голове (или других участках оволосения). Подобное состояние детально изучалось российским психиатром В. И. Гарбузовым, по мнению которого оно является одним из проявлений навязчивых действий. Ю.С.Шевченко отмечал сложный характер трихотилломании и относил ее к системным неврозам. По данным некоторых авторов (В. В. Ковалев, В. И. Гарбузов), трихотилломания встречается преимущественно у лиц женского пола.

В наших наблюдениях также преобладали девочки. Обследуемые (в возрасте от 4 до 17 лет) наблюдались нами амбулаторно или в стационаре на базе НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сузаревой. У семи обследованных трихотилломания сопровождалась значительным облысением (от 3 до 12 см) на волосистой части головы, в одном случае – сопровождалась мацерацией кожи головы, во всех остальных случаях - поредением волос на голове, и в двух случаях - трихотиллофагией.

В 60% случаев удалось добиться положительного эффекта сочетанием фармакотерапии с психотерапией. Применялись индивидуальная психотерапия, использовался как классический гипноз, так и его новые модальности с обыгрыванием желательных для ребенка тем, использованием разных стилей разговора с детьми, с учетом возраста и интеллектуальных способностей, с обязательной проверкой на «экологичность» и устойчивость новых схем поведения в привычных и стрессовых условиях во время сеансов гипноза.

В своей психотерапевтической работе мы использовали разные методы гипнотерапии: проективной психотерапии (Тукаев Р.Д.) для работы с проекциями, работу с чувствами (Ермошин А.Ф.) для решения проблем, связанных с негативными эмоциональными переживаниями во время и перед вырыванием волос, принципы для работы с зависимостями (Захаров Н.П.), альтернирующую суггестию, генерацию нового поведения (Ахмедов Т.Н.). Широко использовалось постгипнотическое внушение, с применением формулы застывания руки (если она «сама тянется» к волосам), восстановление волевого контроля над ситуацией и полного исчезновения желания вырывать волосы и травмировать кожу, а также улучшения самооценки и восстановления позитивного отношения к окружающим.

Наш опыт показывает необходимость раннего подключения гипнотерапии, возможно амбулаторно, для предупреждения развития выраженных форм трихотилломании.

Оказание скорой психиатрической помощи при интоксикации синтетическими ПАВ.

Сазонова Л.А., Сыроваткин С.П., Четвериков Д.В.,
Максимов Ю.А.

Синтетические наркотики — психоактивные вещества, разрабатываемые с целью обхода действующего законодательства, синтетические заменители какого-либо натурального вещества, полностью воспроизводящие наркотические свойства последнего, либо близкие, но не идентичные по строению вещества, как обладающие, так и не обладающие сходной фармакологической активностью. Рассмотрим следующие группы синтетических ПАВ:

1. Амфетамины (вещества не являющиеся химическим аналогом кокаина, но схожие с ним по действию)

2. Синтетические аналоги тетрагидроканнабинола — основного действующего вещества марихуаны.

Метамфетамин — производное амфетамина, белое кристаллическое вещество. Метамфетамин структурно схож с адреналином, поэтому оказывает сильное адреномиметическое действие на периферическую нервную систему: сужает периферические сосуды, повышает артериальное давление, ускоряет сердцебиение, вызывает расширение зрачков, функциональную активность скелетных мышц, особенно при утомлении. Это воздействие связано с активацией симпатической системы. На центральную нервную систему метамфетамин оказывает сильное и длительное психостимулирующее действие. Метамфетамин отличается от адреналина отсутствием гидроксильных групп, за счёт чего он липофилен и легко проникает через гематоэнцефалический барьер в головной мозг. По той же причине он, в отличие от адреналина, не подвергается быстрому разрушению ферментом катехол-О-метилтрансферазой, а от разрушения моноаминоксидазой (МАО) его защищает дополнительная метильная группа, поэтому он действует

на организм очень длительно (концентрация метамфетамина в крови уменьшается вдвое за 9–12 часов и при повторных приёмах препарата возможны явления кумуляции).

При применении в высоких дозах помимо прилива сил возникает эйфория, нескончаемый поток мыслей, быстро сменяющих друг друга, полное отсутствие аппетита. Среди негативных эффектов выделяют стереотипность мышления, анорексию, нарушения регуляции сердечно-сосудистой системы, атактическое мышление.

Препарат вызывает сильную психическую зависимость. При прекращении принятия метамфетамина после длительного употребления наступает чрезвычайно длительный период сна, упадок сил, апатия, депрессия, которые прекращаются лишь после нормализации процессов в организме и восстановления здорового состояния нервной системы.

При длительном злоупотреблении метамфетамин вызывает ощущение непроходящей усталости, депрессию, иногда с элементами паранойи. Синдром отмены метамфетамина имеет ярко выраженный характер, с преобладанием потери интереса к происходящему, утраты работоспособности, навязчивого желания вновь употребить препарат, но без соматических компонентов (за исключением общей слабости).

Рецидивы употребления зависят от срока, частоты и степени злоупотребления, а также от личности больного. При серии инъекций или курения без перерывов на еду и сон возникают иллюзорно галлюцинаторные явления (мелькание теней, колыхание занавесок, звук журчащей воды) то есть это люди ФСБ, полиция, враги лезут на балконы, стоят за колышущейся занавеской, перебегают из комнаты в комнату, то есть все это переходит в паранойяльный бред преследования, с явлениями образного бреда, («вон машины сменяют друг друга», «в машинах работники ФСБ», «они работают за деньги “масонов”», хотят подбросить принимающему наркотики,

что бы сделать его психобольным недееспособным человеком и поместить в психушку). Он начинает вооружаться регистраторами, и все интерпретирует в свою пользу. При этом часто переиначивается из преследуемого в вооруженного преследователя, то есть становится в двойне опасным для себя и окружающих.

При этом по нашим наблюдениям это возможно чаще, когда родители скрывают состояние и “марафоны” своих детей, которые могут привести к крайним последствиям. Бред преследования чаще крепко связан с криминальной ситуацией, в которой последнее время находился больной (ситуация с таксистом, с прошлым употреблением героина то есть нарушением закона, следят что бы подкинуть героин, и в психушку). Замечено их раздевание догола, сильные расчески, возможно это связано с появлением тактильных галлюцинаций в виде насекомых, червей под кожей.

Последствия злоупотребления. Наиболее частым последствием является тромбофлебит, тромбоз вен. Также при хроническом употреблении развиваются психические расстройства, связанные с истощением нервной системы (астения, невроты и др.), депрессии, психозы (с бредовой и/или галлюцинаторной симптоматикой).

В результате одноразового употребления большой дозы метамфетамина отмечается нарушение сна и аппетита, которые могут продолжаться в течение двух суток после применения. Также отмечается усталость, повышенная раздражительность и отсутствие желания общаться, возможны головные боли в результате дегидратации организма. Через некоторое время после того, как опьяняющее действие заканчивается, может появиться тахикардия, тахипноэ и боли в сердце при физических нагрузках и в состоянии физического спокойствия, просыхание слизистой оболочки носа при интраназальном применении.

Намного реже бывает проявление чувства несобранности и невнимательности, чаще всего

возникающего вследствие повторных приемов метамфетамина до окончания действия

Синтетические аналоги марихуаны. Курительные смеси под общим названием «Спайс» (в США – К-2) стали доступны для покупки через Интернет в США с 2006г., в Европе с 2008г., в России в 2009г. В составе смеси одно или несколько различных веществ, являющихся агонистами CB1/CB2 каннабиноидных рецепторов. Среди них чаще других встречаются наркотические средства JWH-018, JWH-073, JWH-081, CP-47,497, HU-210, JWH-250. Содержание и состав различных химических веществ в смесях типа «Спайс» постоянно меняется, что затрудняет законодательное запрещение данного продукта.

К настоящему моменту известны, по крайней мере, 5 основных групп синтетических веществ, обладающих каннабимиметической активностью:

1. Классические каннабиноиды (дибензопираны). Впервые были синтезированы в 60-80-е годы XX века в Hebrew University (Израиль), благодаря чему эти вещества приобрели маркировку «HU», в том числе: HU-210, HU-211, HU-331. Однако в курительных смесях дибензопираны (HU-210) обнаруживаются только с 2009 г.

2. Циклогексилфенолы. Вещества из серии CP (CP — cyclohexylphenol). В смесях встречаются CP-47,497, его изомеры и гомологи.

3. Аминоалкилиндолы, в том числе нафтоилиндолы — JWH-007, JWH-018, JWH-073, JWH-081, JWH-098, JWH-116, JWH-122, JWH-149, JWH-193, JWH-198, JWH-200; Нафтаилметилиндолы — JWH-175, JWH-184, JWH-185, JWH-192, JWH-194, JWH-195, JWH-196, JWH-197, JWH-199; фенилацетилиндолы (бензоилиндолы) JWH-250, JWH-167, JWH-203, JWH-251.

4. Нафтоилпирролы: JWH-030, JWH-147, JWH-307.

5. Нафтаилметилденды: JWH-176.

Вещества из серии JWH-xxx были синтезированы в университете города Клемсона (Южная Каролина, США) под руководством профессора John W. Huffman с целью исследования функции CB1/CB2-рецепторов. К

настоящему времени группой J.W.Huffman синтезированы и исследованы уже более 450 веществ, значительная часть из которых встречается в нелегальном обороте.

Внешними симптомами наркотического опьянения являются: краснота глаз, размашистость или заторможенность движений, неестественность поз, расслабление речевой мускулатуры и, следовательно, невнятность речи. Для легкого опьянения характерно отсутствие симптомов, для средней степени тяжести характерны: беспричинный смех, болтливость и перепады настроения, для тяжелого – неподвижность мимической мускулатуры, фиксированный взгляд, бред, неадекватная оценка происходящего.

Независимо от тяжести наркотического опьянения, его пик длится не более двух часов. Каннабиноиды быстро окисляются в крови, но те, которые аккумулированы в жировой ткани, понемногу поступают в кровь. При хроническом употреблении адекватность восприятия утрачивается надолго и может привести к психическим расстройствам, таким как гашишный психоз.

Клиника острого отравления в целом имеет сходство с отравлением природными каннабиноидами (марихуана, гашиш), однако в ряде случаев вызывает более тяжелые проявления. Передозировка синтетических каннабиномиметиков может вызывать типичные для каннабиноидов тахикардию и тревожные состояния. Кроме того, сообщалось о случаях возникновения паранойи, галлюцинаций и психотомиметических эффектов.

В дифференциальной диагностике можно выделить три основных задачи:

1. Дифференциальная диагностика с сердечно-сосудистыми и неврологическими заболеваниями. Анамнестические сведения помогают дифференцировать отравление от заболевания, но больные могут скрывать употребление наркотиков или быть с нарушенным сознанием. Однако, выявление инфаркта или инсульта у больного до 40 лет требует проведения теста на кокаин. Судорожный синдром у больного, не страдающего

эпилепсией, может возникнуть вследствие отравления психостимуляторами или производными изониазида.

2. Дифференциальная диагностика отравлений различными группами веществ. Клинические симптомы достаточно похожи, однако, признаки ишемии миокарда более характерны для отравления кокаином, действие амфетаминов обычно более длительное, чем кокаина.

3. Выявление отравлений микстными наркотиками или токсическими примесями. Значительные трудности в диагностике и лечении занимают случаи отравлений героином или дезоморфином, употребленным вместе с наркотическими веществами стимулирующего действия (амфетамины, кокаин и др.). Угнетение дыхания в этом случае обычно сопровождается психомоторным возбуждением, зрачки, как правило, не широкие, высока вероятность развития шока и отека легких.

Статистические данные показывают, что в течении последних лет произошло существенное увеличение отравлений синтетическими ПАВ. В таблице 1 приведены данные по оказанию скорой психиатрической помощи в Омской области в течении 3 лет.

На фоне существенного снижения алкоголизации населения и, соответственно, падения случаев алкогольных психозов, данный рост обусловлен именно возрастанием числа токсических психозов, связанных с потреблением неопиатных ПАВ – синтетических канабиноидов и амфетаминов.

Таблица 1

Распределение выездов по оказанию скорой психиатрической помощи по основным нозологическим группам в 2013 – 2017 гг.

Годы	Всего выездов по оказанию скорой психиатрической помощи	F0	F1	F2
2013	1758 \ 1172	300 \ 190	630 \ 381	592 \ 592
2014	3319 \ 2111	686 \ 375	1088 \ 630	1103 \ 1103
2015	3299 \ 2084	773 \ 395	1040 \ 572	1104 \ 1104
2016	3135 \ 1999	796 \ 414	972 \ 558	1021 \ 1021
2017	3293 \ 2060	916 \ 487	883 \ 518	1048 \ 1048

Большинство больных, поступающих в стационары с отравлением наркотическими препаратами психостимулирующего действия, нуждаются только в наблюдении. Минимальное время наблюдения 8 часов от момента употребления наркотика (т.е. время возможного развития судорожного синдрома).

1. Психомоторное возбуждение и судороги купируются бензодиазепиновыми производными (диазепам).

2. Для очищения пищеварительного тракта используется активированный уголь, если с момента перорального употребления наркотика прошло менее 4 часов (при отравлении перевозчика наркотика в желудке – до 24 ч. и более). Промывание желудка, кишечный лаваж с фармакологической стимуляцией кишечника рекомендуется для выведения пакетированного наркотика у «body packers».

3. При гипертермии рекомендуется наружное охлаждение и купирование возбуждения.

4. Гипертензия при отравлениях производными фенилэтиламина, сохраняющаяся после купирования возбуждения, может быть купирована вазодилататорами, например нифедипином. Возможно внутривенное капельное применение нитропруссиды с начальной скоростью 0,5-1,5 мкг/кг в мин с увеличением на 0,5 мкг/кг в мин каждые 5 мин до купирования гипертензии (наивысшая доза 8 мкг/кг в мин). При неэффективности нитропруссиды используются бета-блокаторы. Гипертензия при отравлениях кокаином купируется нитроглицерином.

5. Инфузионная терапия (1-2 мл/кг в час) показана при дегидратации –

снижение выделения мочи до 1 – 2 мл/мин.

6. Ишемия миокарда при отравлениях кокаином – показание к назначению седации, нитратов, блокаторов кальциевых каналов (верапамил или дилтиазем). Блокаторы бета-адренорецепторов не эффективны. При развитии инфаркта миокарда дополнительно назначают

аспирин, гепарин, опиоиды, возможно применение тромболитической терапии.

7. Тахикардии: используется мониторинг ритма, кислородотерапия, седация, при гипертермии – охлаждение. Предсердные аритмии при отравлениях кокаином купируются блокаторами кальциевых каналов, при отравлениях амфетаминами – бета-блокаторами. При желудочковых аритмиях применяется лидокаин, гидрокарбонат натрия. Следует учитывать, что желудочковая аритмия может быть вызвана как непосредственно действием кокаина, так и вызванной им ишемией миокарда.

8. Коматозное состояние с угнетением дыхания является показанием к немедленной интубации трахеи и ИВЛ. В случаях сочетанного отравления опиатами и психостимуляторами, дезоморфином, налоксон противопоказан, т.к. может привести к прогрессированию возбуждения и вызвать отек легких.

Автоматизация исследования синдрома эмоционального выгорания

Сапегин А.Н.

*Филиал № 1 (7 Центральный военный клинический
авиационный госпиталь) ФГБУ "Главный военный
клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко" Минобороны
России, Москва*

В современном мире профессия врача требует от специалиста, как физического здоровья, так и психоэмоциональной устойчивости, поскольку ежедневный труд медицинских работников сопряжён с воздействием комплексных стрессорных факторов, что приводит к перегрузке и быстрому физиологическому и психическому истощению [1, 9].

Применительно к работе врача различают три основные группы стрессоров: средовые (физические, химические, биологические воздействия), психоэмоциональные (ответственность за жизни пациентов и возросшее количество жалоб, судебных исков), социальные (низкий социально-экономический статус, несоответствие ожиданий от профессии и современных реалий, отсутствие доступа к современным методам диагностики и лечения) [2]. Указанные выше факторы со временем могут приводить к разочарованию в выбранной профессии, что сопровождается инициацией профессиональной деформации, которая проявляется развитием специфического жаргона, раздражением при общении с пациентами, демонстрацией собственной значимости. В качестве примера подобной деформации можно привести рассмотрение пациента как набора симптомов, обезличивание больных.

О синдроме эмоционального выгорания (СЭВ, англ. burnout) заговорили в 70-е годы XX века, когда этот термин впервые использовал американский психиатр Герберт Фрейденберг в 1974 году. Синдром проявляется нарастающим эмоциональным истощением, которое может

повлечь за собой личностные изменения в сфере общения с людьми (вплоть до развития глубоких когнитивных искажений); безразличием к своим обязанностям и происходящему на работе; дегуманизацией в форме негативизма по отношению как к пациентам, клиентам, воспитанникам, так и к сотрудникам; ощущением собственной профессиональной несостоятельности, неудовлетворённости работой; в явлениях деперсонализации, а в конечном итоге в резком ухудшении качества жизни. В дальнейшем могут начаться невротические расстройства и психосоматические заболевания.

Развитию этого состояния способствует необходимость работы в однообразном и напряжённом ритме, эмоциональная нагрузка при взаимодействии с трудным контингентом, а также отсутствие должного вознаграждения (не только материального, но и психологического) за выполненную работу, что заставляет человека думать, что его деятельность не имеет ценности.

Полное определение синдрома дала Кристина Маслач [10]: Эмоциональное выгорание – это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами “помогающих” профессий [7].

Синдром включает в себя три основные составляющие, выделенные К. Маслач: эмоциональную истощённость, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений [8].

При этом под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошённости и усталости, вызванное работой. Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. Так, в сфере педагогической деятельности деперсонализация порождает бесчувственное, негуманное отношение к учащимся и воспитанникам. Контакты с ними становятся формальными, обезличенными; возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый

характер, но внутренне сдерживаемое раздражение со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам.

Редуцирование личных (персональных) достижений проявляет себя снижением компетентности в работе, недовольством собой, уменьшением ценности своей деятельности, негативным самовосприятием в профессиональной сфере. Возникает чувство вины за свои явные или же надуманные профессиональные ошибки, негативные проявления своих эмоций, понижается профессиональная и личная самооценка, формируется чувство собственной несостоятельности и безразличия к работе.

Исследования последних лет [8, 9 и др.] существенно расширили область использования термина "психическое выгорание", включив в сферу его распространения профессии, не связанные с социальным взаимодействием, что привело к некоторой модификации понятия "выгорание". На данный момент психическое выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в её процессе. С этих позиций понятие деперсонализации имеет более широкое значение и подразумевает отрицательное отношение не только к клиентам, но и к труду и его предмету. Правомерным становится использование термина "профессиональное выгорание".

Как следует из специальной литературы, профессиональное выгорание – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека. Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций без соответствующей "разрядки", "освобождения" от них. Оно рассматривается рядом авторов как самая опасная профессиональная болезнь в первую очередь тех, кто работает с людьми и чья деятельность невозможна без общения [8, 9 и др.]. Синдром профессионального

выгорания как динамический процесс развивается постепенно и имеет определённые фазы или стадии, которые определяются процессуальными моделями эмоционального выгорания.

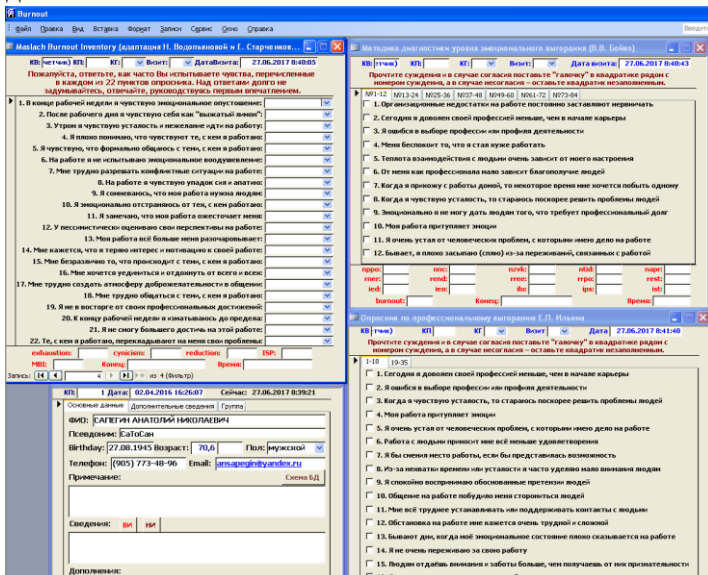
Анализ исследований, посвящённых синдрому эмоционального выгорания (СЭВ), продемонстрировал чрезвычайную актуальность проблемы в сфере "помогающих" профессий (врачей, психологов, педагогов и др.). Проблема эмоционального выгорания имеет прямое отношение не только к качеству жизни самих работников, но и оказывает непосредственное влияние на качество их деятельности.

Для автоматизированного тестирования синдрома эмоционального выгорания у специалистов разных "помогающих" профессий автором в среде Access с использованием Visual Basic for Application (VBA – Visual Basic for Applications – внутренний язык Access – первоначально назывался Access Basic) создана сетевая система управления базой данных (СУБД) "BURNOUT", включающая четыре связанных между собой модуля:

- 1) основные данные респондентов;
- 2) опросник для выявления эмоционального перегорания К. Маслач;
- 3) опросник для исследования синдрома эмоционального выгорания В.В. Бойко;
- 4) опросник по профессиональному выгоранию Е.П. Ильина.

Кроме этого, в целях максимальной формализации структуры базы данных и автоматического анализа введённых записей СУБД "BURNOUT" включает в себя ряд служебных и справочных таблиц, форм и отчётов, запросов на выборку и перекрёстных запросов, сводных таблиц и диаграмм, макросов и модулей VBA, программируемых функций и процедур. СУБД позволяют создавать таблицы и связи между ними, а также хранить данные и проводить их обработку, обобщение и анализ непосредственно в процессе ввода новых данных.

Разработанная система автоматизации исследования синдрома эмоционального выгорания может устанавливаться на компьютеризированных рабочих местах различных специалистов и позволяет проводить динамическое исследование профессионального выгорания в реальных условиях деятельности с учётом различных режимов труда и отдыха и других условий деятельности.



Имеющийся у авторов опыт пилотных исследований синдрома эмоционального выгорания у госпитальных врачей различного профиля деятельности при различных графиках их работы (пятидневная рабочая неделя, суточные дежурства с последующими периодами отдыха, работа на 0,5, 1,0 и 1,5 ставки), до и после отпуска позволяет рекомендовать СУБД "BURNOUT" для внедрения и эксплуатации.

В настоящее время разработанная система используется в госпитале для обследования его сотрудников в рамках заданной Министерством обороны

России программы изучения "психологического портрета" военных учреждений.

Полученные данные позволили выявить дифференциально-диагностические признаки эмоционального выгорания, хронической усталости и профессиональной непригодности лиц "помогающих" профессий.

Литература

1. Бойко В. В. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональном общении. СПб.: Питер, 1999. 105 с.
2. Бойко В.В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания. В кн.: Практическая психодиагностика. Райгородский Д.Я., редактор. Самара. 1999. С. 161-169.
3. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2008. 2 изд. – 336 с.
4. Высоцкий В. И. Синдром профессионального выгорания // Педдиagnostика. 2006. № 6. С. 110-120.
5. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – М.: Питер, 2003.
6. Лазарева Н. В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания // Школьные технологии. 2009. № 1. С. 171-176.
7. Лэнгле А., Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа. [Пер. с нем.]. Вопросы психологии 2008;(3):3–16
8. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.5ballov.ni/referats/preview/72429/6>. Дата обращения: 25.03.2014.
9. Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий [Текст]: коллективная монография / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова; Курск, гос. ун-т. – Курск, 2008. – 336 с.

10. Maslach Christina, Jackson Susan E. The measurement of experienced burnout (англ.) // Journal of Occupational Behaviour. – 1981. – Vol. 2. – P. 99-113.
11. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. California: CPP, Inc; 1996.

О проблемах оказания психиатрической помощи в условиях психоневрологического интерната (юридические аспекты оказания внебольничной психиатрической помощи)

Сапожников П. Ю., Сапожникова О. И.

СПб ГБСУСО «Психоневрологический интернат №7»

В данной статье хотелось бы обратить внимание на проблемы, возникающие при оказании психиатрической помощи гражданам, проживающим в психоневрологических интернатах, а также те юридические проблемы, с которыми сталкиваются врачи-психиатры, работающие в стационарных учреждениях социального обслуживания. Большая часть трудностей, возникающая в работе, связана с несовершенством законодательной базы, а иногда и в полном противоречии нормативных актов.

Сначала хотим перечислить те основные нормативные документы, по которым работают учреждения социального обслуживания. К ним относятся: Конституция РФ, Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011, Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992, ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» №442-ФЗ от 28.12.2013, Закон СПб «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге» №717-135 от 26.12.2014, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения", Приказ Минздрава России от 29.04.2015 3216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе

временно, в предоставлении услуг в стационарной форме...», СанПиНы, Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г. и другие документы. Но в данной статье хочется остановиться на тех противоречиях, которые имеются именно в этих основных документах.

В Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011 указано, что любой гражданин может получить медицинскую помощь в том учреждении, которое он хочет выбрать. Данный закон предполагает выбор учреждения и врача, а также обязывает медицинские организации обеспечить качественную помощь в соответствии с Порядками и стандартами ее оказания.

Оказание непосредственно психиатрической помощи в России регламентируются Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992.

Принято выделять следующие виды психиатрической помощи: внебольничная и стационарная. Ст. 18 ФЗ «О психиатрической помощи» содержит указание на «оказание медицинской психиатрической помощи в организациях социального обслуживания».

В систему внебольничной психиатрической помощи входят: психоневрологический диспансер, диспансерные отделения, психиатрические кабинеты, дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские.

К стационарным видам психиатрической помощи относятся: психиатрические больницы и психиатрические отделения соматических стационаров.

Как мы видим, психоневрологический интернат не включен ни в одно из звеньев оказания психиатрической помощи.

С 2012 года, после разделения Минздравсоцразвития на 2 ведомства (Министерство здравоохранения и Министерство труда и социальной политики), психоневрологические интернаты были отнесены к Минтруду.

В ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» №442-ФЗ от 28.12.2013, указано, что социально-медицинские услуги «направлены на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказании содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения для выявления отклонений в состоянии здоровья».

В Законе СПб «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге» №717-135 от 26.12.2014, социально-медицинские услуги включают в себя:

- разработку плана реабилитации,
- наблюдение за состоянием здоровья,
- наложение компрессов,
- выполнение перевязок,
- удаление мозолей,
- обработка ногтей,
- выполнение очистительных клизм,
- профилактика пролежней,
- обеспечение приема лекарственных препаратов,
- обучению комплекса упражнений для глаз,
- организации и проведению занятий по адаптивной физкультуре,
- проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни,
- занятия по использованию ортопедического оборудования,
- уход за медицинским оборудованием,
- консультирование по социально-медицинским вопросам,
- оценку выполнения плана реабилитации.

Все перечисленные мероприятия практически не предусматривают деятельности в психоневрологических интернатах врача вообще и врача-психиатра в частности. Поэтому часто обсуждается вопрос о сокращении врачебных должностей во всех социальных учреждениях.

В Санкт-Петербурге данные учреждения курирует Комитет по социальной политике. Психоневрологический интернат рассматриваются как Дом-интернат, не принимаются во внимание особенности контингента проживающих граждан, не учитывается необходимость наблюдения за получателями соц. услуг с тяжелыми психическими расстройствами. Несмотря на Приказ Минздрава России от 29.04.2015 216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении услуг в стационарной форме...», контингент граждан, поступающих в психоневрологические интернаты, очень часто не соответствует заявленным группам. Значительную часть проживающих в психоневрологических интернатах граждан составляют пациенты с резистентными хроническими психотическими состояниями, которые не могут проживать дома, от которых отказываются родственники. Клиническая картина определяется не столько эмоционально-волевым дефектом, сколько тяжелой психотической симптоматикой (чаще всего хроническим псевдогаллюцинозом, хроническими бредовыми расстройствами либо выраженными аффективными и поведенческими нарушениями у пациентов с умственной отсталостью). Эта группа пациентов нуждается в постоянном наблюдении врачом-психиатром, коррекции терапии, проведении активной терапии при ухудшении состояния, необходимости проведения осмотров для решения вопросов дееспособности, представлении пациентов на медико-социальную экспертизу, решении вопроса о необходимости госпитализации и др.

Обязанности врача-психиатра в психоневрологических интернатах не регламентируются никакими документами, кроме должностной инструкции, которая разрабатывается в каждом учреждении и, как правило не отражает суть работы психиатра в интернате. В

Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» также не регламентирована работа психоневрологических интернатов, не разработаны Клинические рекомендации для применения их в психоневрологических интернатах.

В связи с вышеизложенным, остается неясным, является ли психоневрологический интернат внебольничным или стационарным учреждением, оказывающим психиатрическую помощь. Врачи интернатов выполняют функции, которые ничем не регламентированы, а именно: наблюдение за психическим состоянием пациентов с ежедневными обходами, подбор и коррекция терапии, подготовка и проведение МСЭ, решение вопросов дееспособности с оформлением документов для суда, назначение активной терапии при ухудшении состояния, ведение мед. документации (истории болезни), направление в стационары (психиатрические и соматические), выписка рецептов по ЛЛЮ, проведение ВК при приеме и выписке, организации проведения диспансеризации, диспансерного наблюдения, вакцинации граждан, постоянному взаимодействию с амбулаторной соматической службой, организациями образования, трудоустройства и др. Таким образом, получается, что на врача интерната возложены обязанности как врачей амбулаторной службы, так и стационарных врачей. Это приводит к двойной нагрузке врача, но никак не оценивается ни в штатном расписании, ни в оплате труда. Значительную дополнительную нагрузку представляет ежедневное взаимодействие с поликлинической службой (запись на прием, вызов врача-специалиста, получение талонов, исполнение маршрутизации и т. д.). В последние годы интернаты утратили возможность закупки препаратов (как психотропных, так и соматических) в необходимом количестве. Психоневрологический диспансер также не

имеет возможности принять на обслуживание дополнительно такого количества пациентов для выписки рецептов. В связи с этим, эта работа также возложена на врача интерната.

Отсутствие нормативно-правовой базы создает проблемы при работе надзорных органов, в частности Росздравнадзора. Возникает вопрос о полномочиях врачей психоневрологических интернатов, возможности назначения ими терапии, коррекции лечения, назначенного в психиатрических больницах и т. д. Это говорит о правовой незащищенности врачей интерната.

Выводы. Считаем необходимым привлечь внимание Российского общества психиатров к необходимости разработки нормативных документов для специалистов, работающих в системе социальных учреждений. Разработка стандартов оказания психиатрической помощи для психоневрологических интернатов, позволит повысить как качество оказания помощи получателям социальных услуг, а так и уровень защищенности врачей, работающих в психоневрологических интернатах. Данные меры особенно актуальны в настоящее время, когда Правительством поставлены задачи о создании общественных и волонтерских организаций, курирующих работу психоневрологических интернатов, и, особенно, в связи с предстоящим принятием ФЗ «О службе по защите прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь».

Литература

1. Конституция Российской Федерации (12.12.1993).
2. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011.
3. Федеральный Закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» №442-ФЗ от 28.12.2013.
4. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992.

5. Закон СПб «О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге» №717-135 от 26.12.2014.
6. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
8. Приказ Минздрава России от 29.04.2015 №216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний».
9. Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г.

Профилактика когнитивного дефицита у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера на терапии холином альфосцератом.

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва

Введение. Необходимость исследования особенностей когнитивной сферы у родственников 1 степени родства больных болезнью Альцгеймера (БА) обусловлена представлениями о том, что задолго до развития БА могут существовать специфические когнитивные особенности психической деятельности, позволяющие идентифицировать лиц среднего возраста с повышенным риском развития БА (8). Гипотеза о возможном выявлении на преклиническом этапе болезни специфических когнитивных нарушений у родственников больных БА и вероятной их зависимости от формы БА у пробанда подтверждается данными о большей частоте когнитивного дефицита среди родственников пациентов с БА (6,7). У кровных родственников больных БА выявлены более низкие, по сравнению с группой контроля, показатели вербальной и зрительной памяти, исполнительных функций, абстрактного мышления и худшие способности к обучению. Аналогичные результаты получены в мультидисциплинарном исследовании в ФГБНУ НЦПЗ Селезневой Н.Д., Рощиной И.Ф. и соавт. в 2007-2011 гг., которое показало, что возможными предикторами появления или ухудшения когнитивного функционирования вплоть до развития синдрома мягкого когнитивного снижения (МСІ) и БА могут быть генотип ApoE4(+), наличие на доклиническом этапе при объективном психопатологическом обследовании альцгеймерофобии, симптомов депрессии, тревоги или раздражительной слабости; признаки конституциональной когнитивной недостаточности в анамнезе; личностные

акцентуации по возбудимому и тревожно-мнительному типам; низкие показатели кинетической и пространственной организация праксиса, оптико-пространственной деятельности, зрительной и слухоречевой памяти и произвольной регуляции деятельности, выявленные при нейропсихологическом обследовании (2).

Целью исследования. Комплексная оценка терапии с использованием холина альфосцерата у родственников 1 степени родства больных БА для профилактики прогрессирования у них когнитивного дефицита. Холина альфосцерат обладает нейропротективным мультимодальным действием и является полусинтетическим дериватом лецитина. Он увеличивает синтез и высвобождение ацетилхолина в гиппокампе, стимулируя синаптическую передачу; стимулирует фосфолипидный и глицеролипидный синтез, улучшая функциональное состояние клеточных мембран (3,4); увеличивает массу тела рибосом и митохондрий; оказывает положительное влияние на процессы фосфорилирования и состояние цитоскелета нейронов (5).

По результатам клинической и нейропсихологической диагностики 39 родственников (средний возраст $57,9 \pm 14,9$ г.) 1 степени родства пациентов с БА, получавших курсовую терапию холином альфосцератом, были разделены на две группы. 1 группа – 17 родственников, имевших субъективные жалобы на когнитивные трудности, которые были подтверждены при объективном клинико-нейропсихологическом обследовании. 2 группа (22 чел.) состояла из родственников пациентов с БА, не имевших субъективных когнитивных затруднений, однако в анамнезе у них были установлены аномалии когнитивного развития и признаки легкой конституциональной когнитивной недостаточности. Родственники, включенные во 2 группу, получали превентивную терапию по собственной настойчивой просьбе. Холина альфосцерат назначался в суточной дозе 1200 мг (по 400 мг 3 раза в день) на протяжении 3-х месяцев.

Методы. 1. клинико-психопатологический метод с использованием формализованного инструмента клинической и психопатологической оценки состояния пациента, который включал следующие шкалы: CGI (Clinical global impression scale), MMSE (Mini-Mental State Examination), MoCA (Montreal Cognitive Assessment), шкалы Гамильтона для оценки депрессии и тревоги, модифицированная шкала Хачински; 2. комплексное нейропсихологическое обследование (по методу А.Р. Лурия); 3. «Экспресс-методика исследования когнитивных функций» (1); 4. психометрический комплекс: тест Мюнстерберга, тест запоминания 10 слов, Бостонский тест называния, тест запоминания 5 геометрических фигур, тест «Расстановка стрелок на слепых часах» и тест Бентона (узнавание геометрических фигур); 5. МРТ-исследование головного мозга; 7. Шкала оценки побочного действия UKU (9); 8. статистический метод (критерий Стьюдента для количественных показателей и критерий Пирсона (χ^2) для качественных признаков (различия статистически значимыми при $p < 0,05$).

Результаты. По шкале CGI в группе в целом по окончании лечения выраженное и умеренное улучшение достигнуто в 71,8%. Анализ эффективности терапии холином альфосцератом показал статистически значимое улучшение ($p < 0,05$) по 7 из 8 шкал (MMSE и MoCA, по Бостонскому тесту называния, по тесту запоминания и воспроизведения 5 геометрических фигур, по тесту зрительной памяти Бентона, по тесту запоминания 10 слов). Результаты по «Экспресс-методике исследования когнитивных функций» к окончанию лечения холином альфосцератом у родственников обеих групп показано значимое улучшение непосредственного запоминания в слухо-речевой модальности. При этом во 2 группе отмечались значимо более высокие результаты при непосредственном запоминании в зрительной модальности и в процессе заучивания слухо-речевых стимулов.

Заключение. Анализ эффективности и безопасности терапии холином альфосцератом показал эффективность

терапевтического воздействия в восстановлении сниженных или конституционально дефицитарных когнитивных функций у родственников 1 степени родства пациентов с БА, относящихся к наиболее высокой группе риска развития БА.

Литература

1. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении. Журн неврологии и психиатрии. 2009; 2: 44-50.
2. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Коровайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. Журн неврологии и психиатрии. 2012; 112 (10): 8-13.
3. Amenta F., Franch F., Ricci A., Vega J.A. Cholinergic neurotransmission in the hippocampus of aged rats: influence of alpha-glycerilphosphorylcholine treatment. Ann NY Acad Sci. 1993; 695:311-313. PMID: 8239302.
4. Aleppo G., Nicoletti F., Sortino M.A., Casabona G., Scapagnini U., Canonico P.L. Chronic alpha-glycerilphosphorylcholine increases inositol phosphate formation in brain slices and neuronal cultures. Pharmacol Toxicol. 1994; 74: 5-100. PMID: 8190709.
5. Ban T.A., Pansarasa R.M., Borra S. et al. Choline alphoscerate in elderly patients with cognitive decline due to dementing illness. New Trends of Clinical Neuropharmacology. 1991;5:1-35.
6. Champion D., Dumanchin C., Hannequin D. B. Dubois, S. Belliard, M. Puel, C. Thomas-Anterion, A. Michon, C. Martin. F. Charbonnier, G. Raux, A. Camuzat. C. Penet, V. Mesnage, F. Clerget-Darpou, T. Frebourg. Early-onset autosomal dominant Alzheimer' disease: prevalence, genetic heterogeneity and mutation spectrum. American Journal of Human Genetics. 1999; 65: 664-670.

7. Caselli R.J., Reiman E.M., Osborne J.G. et al. Longitudinal changes in cognition and behavior in asymptomatic carriers of the APOE e4 allele. *Neurology*. 2004; 62: 1990-1995.
8. Jarvik L.F. and Brazer D. Children of Alzheimer parents: An Overview. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2005; 18: 181-186.
9. UKU (UKU Side-Effect Rating Scale, O. Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P. Bech, 1987.

Patient with supraventricular arrhythmia and comorbid mood disorders

Semiglazova M.V., Abudeeva I.S., Krasnov V.N., Paleev F.N.

Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

Moscow Regional Research and Clinical Institute, Department of Cardiology, Moscow, Russia

Background: Anxiety and depression are very common in heart diseases which includes arrhythmia. Such conditions are always emotionally unpleasant for patients and create a vicious psychosomatic circle that can affect cardiac electrophysiology.

Aims: To describe the features of mood disorders in patients with supraventricular arrhythmia and to analyse how the complex therapy (heart and psychiatric medications) may effect on such group of sufferers.

Methods: The following methods were used during the 6 months of the study: Hamilton depression and anxiety scales, Symptom Checklist-90 (SCL-90), Visual analog scale of arrhythmia (VASa) and ECG, Holter monitor tracing.

Results: The study involved 23 patients. The following mental states were revealed: depressive episode in 5 (21,8%), generalized anxiety disorder in 12 (52,2%) and organic mood disorder in 3 (13,0%) sufferers. VASa showed significantly higher scores in patients with severe anxiety (p^{**}). Holter monitor tracing found out the correlation between anxiety and supraventricular arrhythmia in most cases (53,6% and 22,2%, p^*). After 6 month of therapy the group of patients with mood disturbances who declined antidepressants have had a poorer outcome based on Holter and VASa data (p^*).

Conclusion: People who suffer from supraventricular arrhythmia and have comorbid mood disorder often have more severe cardiological symptoms. Antidepressants showed

efficiency both for mood and cardiological symptoms. This data can be used to improve the quality of medical care for patients with supraventricular arrhythmia.

Journey of Community Psychiatry in India

Henry E. Siegerist

Eminent medical historian, Henry Siegerist once very correctly observed that, “*every culture had developed a system of medicine and that medical history is but one of the aspects of history of culture*”. *One of the earliest civilizations of the world, India, relying on its rich diversity and cultural ethos, along with its unparalleled understanding and practices of health, environment and other related elements- laid down a firm ground for the system of healthcare. The knowledge was not merely limited to the physical ailments but to the psychiatric disorders as well.*¹

Understanding of mental illness can be traced back to the Vedic age, evident with the description of schizophrenia like condition in the Atharva-Veda. Not only Ayurveda, but other traditional medical systems like Siddha and Unani have also described vivid mental disorders and their respective therapies too.²

Fast forward to the colonial era, the year 1795 marks the first documented establishment of separate institution for the insane by the East India Company, which was initially started for the soldiers but gradually involved the insane among Indian communities also. However, these institutions served merely as refugee camps for the Indian patients, rather than being a purposeful treatment centres. With the British directly taking over after 1857, new legal frameworks were reinforced which laid foundations of the modern mental healthcare system in India. This meant the opening of the Lucknow Lunatic Asylum in 1859, thereafter which began a series of similar new institutions being established in next 50 years along with the expansion of previous ones.³

Post World War I not only witnessed the expansion of the existing institutions but also enhancing the standard of care and initiation of psychiatric rehabilitation programs.²

The Indian Lunacy Act of 1912 served as a guide for the future mental healthcare in India, that is mental hospitals were

now regulated and supervised by a central authority. However, the stress was still on to protect the society from dangerousness of persons with mental illness (PMI) and taking care that no sane person is admitted to these hospitals. ⁴⁻⁶

Abiding by the Universal Declaration of Human Rights, adopted by the UN General Assembly after the WW II, post-independence era noticed a rise in the number as well as level of care at psychiatric units in general hospitals of India, along with the establishment of premier institutes like All India Institute Mental Health (current day NIMHANS), based upon the suggestions of Bhore committee.

Mental Health Act 1987 replaced the Indian Lunacy Act of 1912, and was studied with provisions stressing on modern concept of treatment rather than mere custody, protection of human rights of PMI.⁶

However it did not lessen the burden of mental and behavioral problems in the society. this and huge treatment gap led the Government of India to launch the National Mental Health Programme (NMHP) in 1982, with the following objectives:

To ensure the availability and accessibility of minimum mental healthcare for all in the foreseeable future, particularly to the most vulnerable and underprivileged sections of the population;

To encourage the application of mental health knowledge in general healthcare and in social development; and

To promote community participation in the mental health service development and to stimulate efforts towards self-help in the community.

The District Mental Health Program (DMHP) was launched under NMHP in the year 1996 (in IX Five Year Plan), with the following components:

Early detection & treatment.

Training: imparting short term training to general physicians for diagnosis and treatment of common mental illnesses. The Health workers are being trained in identifying mentally ill persons.

IEC: Public awareness generation.

Monitoring

The NMHP gradually expanded in the course of time, and the major components of XI Five Year Plan included inter alia-

Expansion of District Mental Health Programme (DMHP).

Manpower Development Schemes - Centers Of Excellence And Setting Up/ Strengthening PG Training Departments of Mental Health Specialities.

Modernization Of State Run Mental Hospitals.

Upgradation of Psychiatric Wings of Medical Colleges/General Hospitals.

(National Mental Health Programme (NMHP) Background. [cited 2019 Jan 29]; Available from: https://mohfw.gov.in/sites/default/files/9903463892NMHP_detail_0_2.pdf)

The concept of “Optimal Mix of Services” put up by the WHO in 2003, shows the relationship between the different components of mental health services. It should be prudent enough to ensure that the most consumed services were self-care management and informal community mental health services. Along with it, the services provided by the primary health care staff, services provided at general hospitals and formal community mental health services, and ultimately by specialist mental health services complete the current configuration of mental health services in India.

Informal Community mental health services

In developing nations like India, where poor availability of resources force the community to support the majority of the mentally ill persons (**Murthy et al, 2004, Thara et al,2008, Thirthahalli et al,2009**), promoting self-care management and utilization of informal community mental health services would be the most suitable approach. Local community members including community workers, volunteers, traditional health workers, teachers, etc., who are not mental health professionals but provide a variety of services. They are easily accessible and well accepted in the local populations. They can help in integration of PMI into the community, and thus play a connecting link to formal mental health services.

Village Level (Accredited social health activist (ASHA) Multi-purpose worker(MPW) and health supervisors/Junior health assistants and Senior health)

The village level workers create about a basic understanding of mental illnesses in the community. They provide first aid-emergency mental health care for issues like acute psychotic symptomatology, suicidal attempt, substance abuse etc, and in the process extend home care to those unable to come to the health facilities for care. They also work for prevention, promotion and well-being of mental health in the community.

Primary Health Center(PHC)/Community Health centre(CHC)

However most of our CHCs & PHCs are devoid of the services of a psychiatrist or any other mental health professionals, it is the medical officers who provide the first level of care by serving to diagnose and treat priority mental disorders using both pharmacological and non-pharmacological interventions. The PHCs/CHCs further maintain mental health case records, that are reviewed periodically to take corrective measures for follow up of irregular patients.

District Hospital (Team consisting of psychiatrist, clinical psychologist, psychiatric social worker, psychiatric nurse, statistician)

The district serves to be the first specialist referral support system for the health workers and the medical officers at the PHC/CHCs. Each of the district hospital supports at least of 10 beds for acute psychiatric disorders, along with daily outpatient care facilities. The mental health team also carries out a number of training programs, to train all the health personnel of the district. Further, in order to promote mental health, the non-medical members of team regularly visit community institutions like schools, jails, destitute relief centres, homes for MR, women in distress to provide care for PMI.

Community care facilities for short and long term care:

Community based care plays an important aspect in rehabilitation and care of person with mental illness by decentralizing and decreasing the delay in seeking help. Community based care facilities can help in reducing stigma of long inpatient stays in mental health institutions and easy reintegration of the patients once recovered. Facilities can be: - day care centres, halfway way homes, long stay homes, vocational training centres/ sheltered workshops.

Role of Family and Partnership with NGOs opened up new vistas in community psychiatry in India.

This paper would further discuss where have reached and the obstacles faced.

References:

1. Humairah I. History of Healthcare in India – The Golden Age of Medicine in Pre-Independent India [Internet]. Healthopine.com. 2010 [cited 30 January 2019]. Available from: <http://healthopine.com/history-of-healthcare-in-india-the-golden-age-of-medicine-in-pre-independent-india/>
2. Nizamie SH, Goyal N. History of psychiatry in India. Indian journal of psychiatry. 2010 Jan;52(Suppl1):S7.
3. Mills J. The history of modern psychiatry in India, 1858-1947. History of psychiatry. 2001 Oct;12(48):431-58.
4. Banerjee G. The law and mental health: an Indian perspective Mental Health Reviews.
5. Somasundaram O. The Indian lunacy act, 1912: The historic background. Indian journal of psychiatry. 1987 Jan;29(1):3.
6. Narayan CL, Shikha D. Indian legal system and mental health. Indian journal of psychiatry. 2013 Jan;55(Suppl 2):S177.
7. Dutta AB. The Long March of Mental Health Legislation in Independent India; Dr. InLP Shah Oration delivered at IPS-WZ Conference at Goa 2001.

8. (National Mental Health Programme (NMHP) Background. [cited 2019 Jan 29]; Available from: https://mohfw.gov.in/sites/default/files/9903463892NMHP_detail_0_2.pdf)

Возможность применения Шкалы оценки мотивов суицидального поведения (IMSA) в отечественной клинической практике.

Северина Ю.В.^{1,2}, Рытик Э.Г.¹, Соколов А.В.,
Басова А.Я.^{1,2}

*ГБУЗ «Научно-практический центр психического
здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,
г. Москва*

*ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава
России, г. Москва*

Актуальность. На протяжении последних десятилетий интерес мирового сообщества неизменно обращен к проблеме суицида, число исследований в области суицидологии неуклонно растет. Это обусловлено, прежде всего высокой распространенностью суицидов практически во всех возрастных группах. По данным ВОЗ, ежегодно более 800 000 человек лишают себя жизни, в 2012 году самоубийства стали второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15–29 лет в глобальных масштабах. Самоубийства являются одним из приоритетных условий в реализации Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья.

Такое внимание к данной теме привело к тому, что с 2010 по 2016 гг. показатель суицидальной активности в мире снизился с 12,9 до 10,6 на 100 000 человек. В России за указанный период число самоубийств также сократилось (с 52 до 31 на 100 000 человек), однако показатель суицидальной активности в нашей стране всё же остаётся одним из самых высоких в Европе.

Несмотря на достоверное снижение числа самоубийств, суицид является одной из главных причин смерти подростков и молодежи. Пик суицидальной активности приходится на возраст от 15 до 35 лет. При этом число суицидальных попыток намного превышает количество завершенных суицидов. Ежегодно каждый 12-

й подросток совершает покушение на самоубийство. При этом риск совершения повторной суицидальной попытки в 10-15 раз выше, чем в общей популяции.

За период с 2010 по 2019 годы в Центр им. Г.Е. Сухаревой было госпитализировано 3446 детей и подростков с различными суицидальными проявлениями. Подавляющее большинство из них (2829 человек, 82%) поступило на лечение после суицидальной попытки. 721 ребенок (20%) госпитализировался с многократными (более 2) суицидальными попытками, у 465 пациентов (13%) повторная попытка наблюдалась в первый год после предыдущей выписки из стационара.

Исходя из анализа клинических данных, выяснилось, что подавляющее большинство госпитализаций в связи с суицидальным поведением связано с эмоциональными и поведенческими расстройствами (F 91, 92, 98) - 1018 человек, (34%), аффективными нарушениями в рамках преимущественно депрессивного эпизода (F 31, 32) - 594 человека, (21%), расстройствами шизофренического спектра (F 20, 21, 23, 25) - 453 человека, (16%), органическими поражениями головного мозга различного генеза - 339 человек, (12%). Среди психопатологических синдромов особенно следует выделить два — депрессивный (1782 человека, 63%) и психопатопадобный (1273 человека, 45%); в некоторых случаях наблюдалось сочетание синдромов.

Важно отметить, что в момент поступления в стационар, практически все дети и подростки имели суицидальные мысли различной интенсивности. Однако, далеко не все предпринимали суицидальные попытки. Оценка вероятности перехода от мысли к действию во многом определяет ход дальнейшего лечения.

В настоящее время как в отечественной, так и зарубежной литературе существует большое количество концепций, позволяющих с разных точек зрения взглянуть на проблему развития суицидального поведения. Так, согласно «гипотезе трёх ступеней» (The Three-Step Theory, 3ST) Alexis M. May и David Klonsky (2010г.), мысли о

самоубийстве являются результатом сочетания эмоциональной боли и безнадежности; суицидальные идеи становятся более актуальными, когда эмоциональная боль «перекрывает» влияние сдерживающих факторов; переход от суицидальных идей к активным действиям облегчается в процессе «изучения» соответствующих способов самоповреждения. Следовательно, для предотвращения самоубийства необходимо уменьшить ощущение боли, укрепить надежду и чувство сопричастности, а также снизить возможность совершения суицида.

На основе этой теории авторами в 2010г. на базе университета Британской Колумбии (Ванкувер, Канада) была разработана Шкала оценки мотивов суицидального поведения (IMSA) [Klonsky E.D., May A.M., 2010]. Она предназначена для всесторонней оценки мотивов самоубийства, определенных основными теориями суицидальности; представляет собой шкалу самооценки и может быть использована как для взрослых пациентов, так и для подростков. В 2019 г., с любезного разрешения авторов, эта шкала была переведена и адаптирована на русский язык. В настоящее время она опробуется для подростков (13-17 лет), находящихся на лечении в Цетре им. Г.Е. Сухаревой.

Опросник IMSA включает 54 вопроса, объединенных в 11 шкал: «отчаяние», «душевная боль», «побег», «решение проблем», «импульсивность», «обременение», «чувство принадлежности», «бесстрашие», «влияние на других», «поиск помощи», «другое». Каждый вопрос оценивается по 5-ти бальной системе в диапазоне от 0 (совсем не важно) до 4 (наиболее важно). Некоторые разделы IMSA по сути представляют собой различные мотивы, достаточные для совершения попытки самоубийства (например, безнадежность), другие же являются факторами, которые могут повлиять на уровень мотивации к выбору того или иного варианта суицидального поведения (например, бесстрашие).

Использование IMSA позволяет оценить выраженность и дифференцировать две группы мотивов:

внутриличностные, направленные на прекращение эмоциональной, «душевной» боли, и межличностные, связанные с потребностью в общении или поиском помощи. Причем показано, что большая представленность первых связана с более выраженным намерением умереть и вероятностью летального исхода, в свою очередь, преобладание мотивов связано с меньшим суицидальным риском и большей вероятностью спасения.

Результаты оценки по шкале IMSA коррелируют, по мнению авторов, с такими известными инструментами как: «Опросник причин попытки суицида» (RASQ; Johns & Holden, 1997; Holden et al., 1998), «Шкала безнадежности» [Beck, Schuyler, & Herman, 1974; Beck et al., 1974], «Шкала психической боли» [Holden et al.'s, 2001], «Шкала мотивов для жизни; SASII» [Linehan et al., 2006] и др.

Таким образом, не смотря на множество теорий суицидального поведения, большинство из них сходится во мнении, что суицид - это процесс постепенного перехода от суицидальных мыслей к собственно суицидальному поведению. Оценка риска суицидального поведения должна основываться на всестороннем исследовании целого комплекса причин – клинических, психологических, социальных, а также учитывать специфические особенности подросткового возраста. Дискутабельным и наиболее важным остается вопрос о факторах, непосредственно способствующих переходу от суицидальных мыслей к суицидальной попытке. Поэтому одним из перспективных современных направлений совершенствования системы профилактики самоубийств является оценка мотивов суицидального поведения.

Использование IMSA может оказаться полезным как с клинической точки зрения, так и для проведения дальнейших исследований в тех случаях, когда необходима более тщательная оценка мотивов суицида у пациентов различных возрастных групп.

Наличие четких алгоритмов оценки риска суицидального поведения приведет к улучшению качества специализированной медицинской, психолого-социальной

помощи суицидентам, будет способствовать профилактике повторных попыток самоубийства.

Литература

1. Klonsky E.D., May A.M. Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide and Life/Threatening Behavior*, - 2010, - N.40, - P. 612–619.
2. Klonsky E.D., May A.M. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide/ Rooted in the ‘Ideation-to-Action’ Framework. /*International Journal of Cognitive Therapy*. – 2015 - N8, - P.114-129.
3. May A.M. The inventory of motivations for suicide attempts (IMSA): developing and validating a new measure in five samples. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy.
4. The University of British Columbia, Vancouver, - 2016. – 151 P.

Электронная почта: JuliaSeverina@yandex.ru

Современное состояние негосударственной амбулаторной психиатрической помощи в Украине

И.Д.Спирина¹, А.В.Шорников^{1,2}, Е.С.Фаузи^{1,3}

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

² МЦАО «Поликлиника Святого Антипы»

³ МОО «Международный институт социального и психологического здоровья»
Днепр, Украина

Принятие Европейского плана действий в области психического здоровья (2013 – 2020 гг.) и разработанной на его основе Концепции развития охраны психического здоровья в Украине на период до 2030 года автоматически не улучшает систему оказания психиатрической помощи. Наличие частных клиник и частно практикующих врачей психиатров увеличивает конкурентность и, соответственно, качество оказания помощи. При этом чрезмерная институализованность и стигматизация становятся причинами отказа многих пациентов от обращения в государственную систему оказания психиатрической помощи, особенно учитывая длящийся переход на получение доступа к поддержке психического здоровья на первичном уровне медицинской помощи – у терапевта или семейного врача. И если для наркологической помощи такое перераспределение потока пациентов уже случилось и является традиционным, то для психиатрической помощи – это новая тенденция.

Психиатрическая помощь в Украине реализована на трех уровнях. На первичном уровне ее оказывают терапевты и семейные врачи, на вторичном – амбулаторная психиатрическая служба, на третичном – стационарная психиатрическая служба. По формам организации можно выделить государственную и частную формы. Частная психиатрическая служба максимально реализована на вторичном уровне. Такое положение мы объясняем фактическим отсутствием системы

медицинского страхования и тотальным преобладанием гонорарной системы оплаты. Приватные психиатрические стационары крайне малочисленные, в отличие от наркологических учреждений, и представляют собой по сути учреждения социально-реабилитационного типа, где пациентам в первую очередь требуются надзор, уход и контроль.

Чтобы обеспечить качественную психиатрическую помощь, в т.ч. амбулаторную, специалисты всех звеньев должны уметь работать с последствиями психических травм и другими распространенными психическими расстройствами (тревожными, депрессивными и т.д.), а также с пациентами с хроническими психическими расстройствами в стадии ремиссии.

Одной из причин существенного увеличения обращаемости в негосударственный сектор системы оказания психиатрической помощи является то, что там уже реализован один из ключевых элементов высококачественной медицинской помощи – лечение, ориентированное на пациента. Именно этот подход обеспечивает улучшение эмоционального состояния пациентов и общее сокращение использования медицинских услуг [1]. Составляющими ориентированного на пациентов лечения являются информирование пациента и его активное участие в процессе терапии.

Известно, что в учреждениях первичной медицинской помощи наблюдается высокая частота прекращения лечения пациентами с психическими заболеваниями [2], в т.ч. из-за отсутствия должного уровня коммуникативных навыков у врачей-психиатров и ограниченного времени приема. Этих недостатков зачастую лишены частные учреждения здравоохранения, предоставляющие как мотивированных и умелых специалистов в области психического здоровья, так и достаточное время для приема и оказания помощи. Немаловажным фактором успешности негосударственной формы психиатрической помощи является и т.н. «самоотбор пациентов». Под эти термином мы

подразумеваем, что в негосударственные учреждения обращаются более мотивированные и настроенные на успех лечения пациенты.

Современные обстоятельства требуют реструктуризации психиатрических служб. Однако эти изменения сдерживаются недостаточной развитостью внебольничного звена, неготовностью амбулаторных психиатрических учреждений к работе на принципах опоры на сообщество, отсутствием адекватных экономических механизмов регулирования деятельности психиатрических учреждений, административным характером принятия решений в отношении структурных преобразований в психиатрической службе, низкой толерантностью по отношению к психически больным со стороны населения, общества и представителей власти, определяющих политику здравоохранения [3]. Многие из этих сдерживающих факторов успешно преодолены в негосударственных амбулаторных психиатрических учреждениях.

Работа негосударственной амбулаторной психиатрической службы дает возможность оптимизировать выбор подходов и вариантов терапии больных с целью добиться повышения уровня психического и социального функционирования пациентов. Дальнейшее совершенствование амбулаторного звена психиатрической помощи с передачей амбулаторной сети некоторых функций психиатрических стационаров диктует необходимость увеличения числа квалифицированных специалистов (психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников), принимающих участие в процессе реабилитации пациентов, в увеличении объема лекарственного обеспечения, восстановлении учреждений социально-трудовой реабилитации, расширении сети полустационаров [4].

В нашей практике мы отмечаем четырехкратный прирост количества амбулаторных пациентов в негосударственной системе психиатрической помощи за

последние два года. Проанализировав деятельность некоторых частных амбулаторных психиатрических учреждений, мы выделяем следующее распределение пациентов по нозологиям: 75% обратившихся были с невротическими и соматоформными расстройствами, 15 % - с аффективными расстройствами, по 5% - с органическими расстройствами и расстройствами шизофренического спектра.

Такое неравномерное распределение, по сравнению с общей распространенностью в амбулаторной практике, мы в первую очередь связываем с тем, что пациенты, сталкиваясь с «барьерами психиатрии» [5] (стигматизация, время ожидания приема и т.п.) отдают предпочтение негосударственной амбулаторной психиатрической помощи.

Одним из немаловажных положительных аспектов негосударственной психиатрической помощи является формирование прогрессивной модели финансирования, в особенности на основе «воспринимаемой ценности», которая вознаграждает организации по оказанию медицинской помощи и поставщиков на основе достижения результатов, а не увеличения объема [6]. Таким образом, повышается качество оказания психиатрической помощи. Кроме того, в негосударственном секторе в настоящий момент максимально развернута пациент-ориентированная помощь и значительное внимание уделяется личным целям пациента, а не только предоставлению и получения медицинских услуг.

Однако следует выделить и некоторые лимитирующие факторы использования негосударственной амбулаторной психиатрической службы. В первую очередь – это отсутствие полноценной преемственности оказания помощи после стационарного ее этапа. Результаты метаанализа указывают на сокращение продолжительности и количества госпитализаций, а также на более быстрые или более гибкие переходы между службами в системах непрерывности и преемственности психиатрической помощи [7]. Также следует отметить

ограниченный арсенал психофармакологических средств для негосударственной амбулаторной службы в Украине, что практически исключает применение бензодиазепиновых транквилизаторов. К лимитирующим факторам следует отнести и ограниченность стационарозамещающих форм оказания помощи, а также стоимость лечения.

Таким образом, можно утверждать, что на современном этапе целесообразно использовать оба варианта амбулаторной психиатрической помощи: государственный и частный, а выбор следует делать пациенту, исходя из его предпочтений и возможностей.

Литература

1. Bertakis K.D., Azari R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization // *J. Am. Board Fam. Med.* 2011. Vol. 24, № 3. С. 229–239.
2. Masyakin A.V., Kostyuk G.C. Possible ways to improve the efficiency of mental health care // *Neurol. Neuropsychiatry Psychosom.* 2018. Т. 10, № 2. С. 109–113.
3. Yastrebov V.S., Limankin O.V. Current trends in the development of psychiatric care system // *Zhurnal Nevrol. Psikiatrii Im SS Korsakova.* 2017. Т. 117, № 10. С. 4.
4. Ушаков Ю.В., Кравченко Н.Е. Основы психиатрической помощи и возможные тенденции ее совершенствования // *Современная Терапия В Психиатрии И Неврологии.* 2017. № 2. С. 4–5.
5. Костюк Г.П., Масыкин А.В., Старинская М.А. Организация психиатрической помощи в амбулаторнополиклинических условиях при расстройствах тревожного и депрессивного спектра // *Психиатрия.* 2017. № 76. С. 5–11.
6. Kilbourne A.M. et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective // *World Psychiatry.* 2018. Т. 17, № 1. С. 30–38.
7. Omer S., Priebe S., Giacco D. Continuity across inpatient and outpatient mental health care or specialisation of

teams? A systematic review // Eur. Psychiatry J. Assoc.
Eur. Psychiatr. 2015. T. 30, № 2. C. 258–270.

Использование variability сердечного ритма (VCP) для оценки состояния больных нервной анорексией.

Соколов А.В.^{1,2}, Василиади Э.Г.², Арефьев И.М.¹,
Гардеева Е.А.¹, Басова А.Я.^{1,2}

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,

² ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ

Нервная анорексия – это угрожающее жизни и здоровью психическое заболевание, не может рассматриваться вне присущих ему соматических нарушений. В тяжелых случаях кардиомиопатия неизбежна, но она традиционно рассматривается врачами в рамках прямого поражения миокарда. При этом нарушение баланса нервных влияний на сердце так же может рассматриваться как угрожающий здоровью фактор. Изучение неинвазивных способов оценки этих влияний позволят выявить возможные патофизиологические изменения в период нахождения в специализированном стационаре.

Цель исследования. Оценить состояние нервной регуляции сердца у пациентов с анорексией методом variability сердечного ритма (VCP),

Материалы и методы. По данным 5 минутной записи ЭКГ оценивалась изменения ритма сердца и VCP у 32 девушек от 12 до 17 лет, проходивших лечение в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой. Обсчет VCP проводился программой Easy ECG (ATES Medica) с дальнейшей обработкой полученных результатов в MS Excel.

Результаты. В I группе из 13 девушек с диагнозом F50.1 нервная анорексия (средний ИМТ 14.61 ± 0.36) у 12 отмечались суправентрикулярные нарушения ритма(7) и брадикардия (8). Такие изменения ритма сердца обычно указывают на повышение парасимпатического тонуса на сердце. В 4 случаях была так же выявлена функциональной

кардиомиопатия, которая является часто встречающимся следствием метаболических нарушений в миокарде при далеко зашедшей нервной анорексии.

Во II группу вошли 19 девушек, проходивших лечение в то же время в том же отделении с иными заболеваниями и средним ИМТ 20.09 ± 0.89 .

В отличие от предполагаемого смещения баланса в сторону парасимпатических показателей в I группе, в результате исследования был выявлен противоположенный эффект: коэффициент вазосимпатического баланса (LF/HF), основанный на оценке спектральной составляющей ВСР, показал смещение нервной регуляции в противоположенную от ожидавшейся сторону. В I группе он составил 1.86 ± 0.198 , в отличие от II, где коэффициент LF/HF оставался на уровне 1.05 ± 0.102 ($p < 0.05$). На преобладание симпатических влияний так же указывали изменения вариационных пульсограмм и скатерограмм. Особенностью полученных результатов в обеих группах так же явились снижение индекса напряжения регуляторных систем (ИН) по Р.М.Баевскому по сравнению со стандартными значениями у здоровых девушек. При этом в I группе ИН был втрое ниже, чем в II группе (5.04 ± 1.147 и 17.51 ± 4.29 , $p < 0.05$).

Выводы. Можно заключить, что нервная анорексия сопровождается сложным нарушением баланса вегетативных влияний на сердце, в ряде случаев возникающим раньше и/или превалирующим над выраженностью кардиомиопатии. Оценивая отдельные случаи в исследовании, можно предположить, что такое нарушение баланса влияний на сердце может выступать, например, как нейровегетативный двойник отмечавшегося синдрома слабости синусового узла. Так же нарушения регуляции работы сердца неизбежно будет отражаться в дальнейшем на структурных изменениях миокарда.

Следует так же отметить, что полученные изменения показателей ВСР разнонаправлены, при этом простые показатели, основанные на непосредственной интерпретации ритма и его спектральных составляющих,

указывают на усиление симпатических воздействий. Снижение же расчетного индекса напряжения регуляторных систем при нервной анорексии, видимо, требуют изменения его интерпретации в этих условиях.

Клиническая значимость механизмов психологической защиты в структуре аффективного синдрома при сердечно-сосудистых и психических расстройствах.

Сулайманова М.Р.

ФГБУ КРСУ

Дебют патологической симптоматики и, в последующем, хронизация заболевания активизируют у пациентов адаптационные механизмы психологической защиты (МПЗ), которые на сегодняшний день наименее изучены у потребителей общей соматической сети [1, 2]. Эффекты МПЗ противоречивы: от «Эго»-защитающих [1, 7] до провоцирующих деструктивные формы взаимодействия с болезнью, описанные в концепции личностно-средового взаимодействия [5], что, наряду с другими клинико-психологическими сдвигами, существенно ухудшает качество жизни и прогноз заболевания [6-9, 11]. С учетом высокого уровня коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний и аффективных нарушений [1, 2, 9-12], вышеуказанная проблема представляется актуальной и важной при выявлении факторов, обуславливающих лидирующие позиции сердечно-сосудистой патологии по уровню распространённости, хронизации и смертности [4], а также тенденции к стремительному росту расстройств тревожно-депрессивного спектра среди неинфекционных заболеваний [1, 2, 11].

Цель исследования - изучение МПЗ в структуре аффективного синдрома у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и психическими расстройствами невротического уровня (НР) с целью разработки оптимальных лечебно-диагностических и профилактических стратегий в процессе оказания помощи пациентам на внебольничном этапе.

Задачи: 1) Определить и идентифицировать выраженность аффекта при ССЗ и невротической патологии, с учетом уровня одиночества и агрессии.

2) Выявить уровень напряженности МПЗ и их корреляции с уровнем аффекта, одиночества, агрессивности/враждебности при ССЗ и невротической патологии,

3) Описать оптимальные модели диагностики и терапии при аффективных нарушениях у пациентов с ССЗ и психическими расстройствами невротического уровня с учетом выраженности клинико-психологических особенностей.

Материалы и методы исследования: обследовано 100 респондентов, в возрасте от 19 до 60 лет, с аффективным синдромом в структуре ССЗ и психических расстройств невротического уровня (ПНР), соответствующих критериям диагностики МКБ-10 [3] (F3 – F6), из которых 55 женщин (что составило 55%) и 45 мужчин (45%), на базе Национального Центра кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова, Республиканского центра психического здоровья, ЦСМ г. Бишкека и Кара Балты. Согласно принципу нозологической принадлежности, сформировано 2 исследовательские группы: I-ю группу составили 50 (50%) респондентов с ССЗ (с гипертонической болезнью и коронарной болезнью сердца), II-ю группу составили 50 (50%) респондентов с НР.

Нами применены следующие методы исследования: полужформализованное интервью, стандартизованные шкалы личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Цунга, шкала одиночества Рассела-Фергюсона, шкала агрессии Басса-Дарки, опросник диагностики МПЗ Плутчика-Келлермана-Конте. Данные подвергались статистической обработке с использованием пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

Результаты. У респондентов I группы уровень ситуативной тревожности соответствует высокой степени

(47,58±1,48; P<0,05); депрессия клинически не выражена (38,64±1; P >0,05). У пациентов II группы уровень ситуативной (46,98±1,32; P <0,05) и личностной тревожности (50,02±1,04; P<0,05) соответствует высокой степени; уровень депрессии достигает легкой степени выраженности (43,56±1,29; P<0,05). Уровень одиночества у пациентов I группы соответствует низкой степени выраженности (16,26±1,82; P<0,001), у пациентов II группы - средней степени (27,18±1,86; P<0,001). У пациентов I группы уровень агрессии соответствует нормальному (17,6±0,64; P<0,05), уровень враждебности повышен (10,42±0,44; P<0,05); у II группы уровень агрессии является нормальным (19,84±0,76; P<0,05), уровень враждебности повышен (12,34±0,46; P<0,05), и ненамного превышает показатели I-й группы. Таким образом, у пациентов обеих групп уровень тревоги значительно превышает нормальные показатели. Уровень депрессии у пациентов II группы повышен и соответствует легкой степени. Уровень одиночества соответствует низкому у респондентов I группы и повышен у респондентов II группы. У респондентов обеих групп уровень враждебности превышает норму. Тем не менее, уровень агрессии у обеих исследуемых групп респондентов не превышает условные нормальные показатели.

Исследование напряжённости МПЗ демонстрирует следующие результаты: у пациентов I группы наиболее выражены проекция (62.28±3.21, P<0,05), рационализация (52.50±2.56, P<0,05), и отрицание (47.84±2.26, P<0,05), на четвертом месте – гиперкомпенсация (45.26±3.78, P<0,05), на пятом месте- компенсация (38.8±3.25, P>0,05), на шестом – регрессия (35.94±2.50, P<0,05), на седьмом – вытеснение (35.8±2.28, P>0,05), на последнем месте – замещение (26.60±2.64, P<0,05). У пациентов II-й группы наиболее выражен уровень проекции (68.72±2.77, P<0,05), рационализации (52.40±2,02, P<0,05), компенсации (50.18±3.48, P<0,05) и гиперкомпенсации (49.46±3.59, P<0,05), на пятом месте - отрицание (47.98±2.42, P<0,05), на шестом – регрессия (45.76±3.28, P<0,05), на седьмом –

вытеснение (41.48 ± 2.77 , $P > 0,05$), на последнем месте – замещение (36.52 ± 3.02 , $P < 0,05$). Таким образом, у пациентов II-й группы выявлен наиболее высокий уровень напряженности всех МПЗ, по сравнению с пациентами I-й группы, причем у респондентов данной группы достоверно доминируют проекция, рационализация, компенсация и гиперкомпенсация, в I-й - достоверно преобладают такие МПЗ, как проекция, рационализация и отрицание. Таким образом, доминирующий уровень напряженности таких МПЗ как проекция, рационализация и компенсация/ гиперкомпенсация у пациентов II-й группы и проекция, рационализация и отрицание - у пациентов I-й группы, вероятно, способствуют вектору развития расстройства в континууме: психическое расстройство невротического уровня \leftrightarrow ССЗ.

Корреляционный анализ выявил достоверные и высоко достоверные взаимосвязи между уровнем напряжённости МПЗ и другими клинико-психологическими составляющими аффективного синдрома у пациентов с ССЗ: прямые - между уровнем личностной тревоги и гиперкомпенсацией ($r=0,5$; $P < 0,01$); между уровнем одиночества и вытеснением ($r=0,4$; $P < 0,05$), гиперкомпенсацией ($r=0,4$; $P < 0,05$), проекцией ($r=0,4$; $P < 0,05$); между уровнем депрессии и вытеснением ($r=0,5$; $P < 0,01$), регрессией ($r=0,5$; $P < 0,05$), проекцией ($r=0,3$; $P < 0,05$); между уровнем агрессивности и регрессией ($r=0,6$; $P < 0,01$), замещением ($r=0,6$; $P < 0,01$), компенсацией ($r=0,6$; $P < 0,01$); обратные – между уровнем враждебности и рационализацией ($r=-0,4$; $P < 0,01$). У пациентов с невротическими расстройствами выявлены прямые корреляции между кратностью обострений и гиперкомпенсацией ($r=0,5$; $P < 0,05$); между уровнем тревоги и замещением ($r=0,4$; $P < 0,05$); между уровнем одиночества и замещением ($r=0,5$; $P < 0,01$); между уровнем депрессии и замещением ($r=0,5$; $P < 0,01$); между уровнем агрессии и регрессией ($r=0,6$; $P < 0,01$), замещением ($r=0,5$; $P < 0,01$), компенсацией ($r=0,4$; $P < 0,05$); между уровнем

враждебности и компенсацией ($r=0,5$; $P<0,05$) и гиперкомпенсацией ($r=0,5$; $P<0,05$).

Выводы:

1. Повышенный уровень одиночества, агрессии и враждебности являются факторами, обуславливающими стагнацию тревожного аффекта у пациентов с ССЗ и тревожно-депрессивного аффекта - у пациентов с психическими расстройствами невротического уровня.

2. Доминирующий уровень напряженности таких МПЗ, как проекция, рационализация, компенсация и гиперкомпенсация у пациентов II-й группы и проекция, рационализация и отрицание - у пациентов I-й группы способствуют направлению вектора развития расстройства в континууме: психическое расстройство невротического уровня \leftrightarrow сердечно-сосудистое заболевание. В данном случае ССЗ следует рассматривать как эксплицитную модель психосоматического заболевания.

3. Доминирующие тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с НР (II-я группа), их сцепленность с клинико-психологическими показателями повышенного уровня враждебности и одиночества обуславливают активизацию и высокую напряженность всех МПЗ, что свидетельствует о развитии и устойчивости клинико-психопатологических проявлений в виде дистимических и социофобических нарушений (страх взаимодействия с окружающими, перед жизнью) и требует терапии, ориентированной на среду (макро- и микросоциум). Включение в лечебный процесс семейной психотерапии является здесь неотъемлемым этапом.

4. Относительно слабая выраженность напряженности МПЗ у пациентов с ССЗ, по сравнению со II-й исследуемой группой, свидетельствует об устойчивости клинико-психопатологических проявлений в виде нозофобических нарушений, что является показанием для присоединения психотерапии, ориентированной на личность.

5. Таким образом, в процессе развития расстройства МПЗ приобретают повышенный уровень напряженности и

обнаруживают значимые достоверные и высоко достоверные корреляции с уровнем тревоги, депрессии, одиночества, агрессии и враждебности в структуре аффективного синдрома, что является клинически значимыми факторами, способствующими хронизации и резистентности к терапии основного заболевания.

6. Дифференцированные подходы в дальнейшем исследовании механизмов психической адаптации как при психических, так и при сердечно-сосудистых расстройствах в результате оптимизируют процессы лечебно-диагностических, психокоррекционных и профилактических стратегий.

Литература

1. Избранные лекции для врачей–кардиологов: Учебное пособие / Сост.: В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
2. Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова М.Р., Т.А. Нелюбова и др. / Бишкек: Изд-во КРСУ. 2014. 128 с.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ / Пер. с англ.; Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Цирина. СПб. 1994. 360 с.
4. Профилактика инфекционных заболеваний и борьба с ними в Кыргызстане: Аргументы в пользу инвестирования / Европейский Офис ВОЗ по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними. 2017 г. 48 с. URU: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/349684/BizzCase-KGZ-Ru-web.pdf. (Дата обращения 05.06.2018).
5. Соложенкин В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах: Автореф. дисс. докт. мед. наук. Л., 1989.

6. Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety / C. Chiavarino [et al.] // *J. Psychosom Res.* 2012. Vol. 73 (6). - P. 473-475.
7. Meissner W. W. Psychoanalysis and the mindbody relation / W. W. Meissner // *Psychosomatic perspectives*, 2006. N 70 (4). P. 295-315.
8. Loneliness phenomenon under the conditions of psychological and comorbid disorders. / R. Sulaimanov [et al.] // 28-th ICAP «From Crisis to sustainable Well-Being Health», *Health Psychology*, 2014. Eposter session 9: EP - 080122.
9. Psychological coping and recurrent major adverse cardiac events following acute coronary syndrome / N. Messerli-Burgy [et al.] // *The British Journal of Psychiatry.* 2015. Vol. 207 (3). P. 256-261.
10. Sulaimanova., Sulaimanov R.B. Ethno-cultural predictors, which determine features of Cognitive Behavioral Therapy of persons with PTSD / M.R. Sulaimanova, R.B. Sulaimanov // *J. European Psychiatry*, 2017. Vol. 41. P. 518. EV0353.
11. The association of depression at any time to the risk of death following coronary artery disease diagnosis / T. Heidi [et al.] // *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*, Volume 3, Issue 4, 1 October 2017, Pages 296–302.
12. The unifying model of diagnostics and therapy (UMDT) / M.R. Sulaimanova, R.B. Sulaimanov [et al.] // *J. European Psychiatry.* 2012. Vol. 27. P. 1170.

Анализ динамики социально-демографических и клинико-эпидемиологических показателей пациентов дневного стационара.

Г.В. Тюменкова¹, Г.В. Митихин¹, Э.Г. Рытик², Ю.В.
Северина³

*¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
(Москва)*

²ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

*³ГБУЗ «НПЦ психического здоровья детей и подростков
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»*

В последние два десятилетия в отечественной психиатрии происходят существенные изменения, которые включают сокращение доли стационарной помощи в общем объеме психиатрических услуг, перенесение ее акцента на внебольничные формы помощи и оказание ее полипрофессиональными бригадами специалистов, усиление социально-реабилитационной составляющей и другие. Эти мероприятия направлены на приближение психиатрической помощи к населению и, таким образом, обеспечение ее большей доступности, улучшение качества жизни людей с психическими расстройствами, и, в конечном итоге, снижение бремени расходов общества в связи с психическими заболеваниями граждан [1,5,6].

Анализ деятельности психиатрических учреждений г. Москвы выявил недостатки их работы [2,3], которые легли в основу стратегических направлений развития и совершенствования психиатрической службы. Отмечена неэффективность использования коечного фонда стационара (простой психиатрических коек в 2015 г. составил от 5 до 75%; около 10% коечного фонда использовалось для длительных госпитализаций пациентов по социальным показаниям) [3]. Учитывая это, при модернизации психиатрической службы г. Москвы основной акцент делается на развитие внебольничных и полустационарных форм помощи, большое внимание

уделяется внедрению программ и мероприятий, направленных на сохранение психического здоровья населения, и интеграцию лиц, страдающих психическими расстройствами, в социум. За прошедшие пять лет открыты новые психиатрические модули в общемедицинской амбулаторной сети, клиника первого эпизода, клиники памяти, медико-реабилитационные отделения и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи при ПНД, а также дневные стационары, число мест в которых увеличилось на 88% (с 1867 к/мест в 2012 г. до 3515 к/мест в 2017 г.) [2]. Актуальным является изучение динамики показателей их деятельности. Сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ совместно с ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» проведено исследование, которое посвящено оценке деятельности дневного стационара (ДС) в период активного реформирования психиатрической службы г. Москвы (2016 г.) в сравнении с его деятельностью в 2004 и 2010 гг. В данной работе приводится фрагмент этого исследования.

Цель работы – сравнительный анализ социодемографических и клинико-эпидемиологических характеристик больных, находившихся на полустационарном лечении в 2004, 2010 и 2016 годах.

Материал и методы: проводился клинико-статистический анализ характеристик, выкопированных из медицинских карт пациентов, выписанных из ДС в 2004 (92 пациента), 2010 (108 пациентов) и 2016 (229 пациентов) годах.

Результаты. Анализ половозрастных характеристик не выявил существенных сдвигов между мужчинами и женщинами: в 2004, 2010, 2016 годах их удельный вес был приблизительно одинаковым. В 2004 г. среди выписанных пациентов преобладали лица старше 50 лет, их удельный вес достигал 73,7%, пациенты моложе 50 лет составляли лишь около 30% от общего числа выписанных больных.

В 2010 г., предшествующем началу проведения реформы психиатрической службы в г. Москве, доля

выписанных из ДС пациентов моложе 50 лет увеличилась до 60,1%, а доля пациентов старше 50 лет снизилась почти до 40%.

В 2016 г. по сравнению с 2004 и 2010 гг. возрастной профиль пациентов существенно омолодился: лица старше 50 лет составили лишь около трети от числа выписанных больных (28%); от 41 – 50 лет – 17%, от 31 – 40 лет – 33% и от 20 – 30 лет – 22% соответственно.

Динамика среднего возраста начала заболевания у женщин была следующей: в 2004 г. – $25,0 \pm 11,0$ лет; в 2010 г. – $28,1 \pm 11,5$ лет; в 2016 г. – $22,5 \pm 11,4$ лет. Для мужчин получены следующие показатели: в 2004 г. – $24,4 \pm 12,8$ лет; в 2010 г. – $24,1 \pm 7,5$ лет; в 2016 г. – $20,7 \pm 10,2$ лет. Полученные данные укладываются в модальный возраст начала шизофрении и для женщин, и для мужчин. Динамика этого показателя свидетельствует в пользу изменения структуры контингента пациентов ДС в направлении его омоложения и получения помощи пациентами с более ранним началом заболевания.

Анализ полученных данных показал, что удельный вес лиц с суицидальными попытками в анамнезе, составивший в 2004 году 5,4% от выписанных больных, в 2010 году вырос до 6,5%, в 2016 году этот показатель составил 13,5%. Рост числа пациентов с суицидальными попытками в анамнезе, с нашей точки зрения, возможно также обусловлен изменением половозрастной и диагностической структуры пациентов, получавших лечение в 2016 г., в частности, увеличение числа лиц с аффективными нарушениями, что требует дальнейшего изучения.

Удельный вес лиц, совершивших правонарушения, в 2004 году составил 6,5% от общего числа выписанных из ДС больных, в 2016 году этот показатель несколько вырос и составил 7,9%, при этом в 2010 г. он равнялся 1,9%.

В структуре социально-демографических показателей пациентов, выписанных из ДС, существенных изменений показателей их образовательного, профессионального уровней, семейного положения и

социального статуса по годам не выявлено. Большинство из них были со средним, средне-специальным, высшем образованием, имели профессию, но в подавляющем большинстве не работали: в 2004 г. удельный вес таких пациентов составил 95%, в 2010 – 90,7%, в 2016 г. несколько снизился и достиг 85%, что возможно связано с более молодым возрастом пациентов ДС, меньшим удельным весом среди них инвалидов. Анализ показал снижение удельного веса пациентов, имевших II группу инвалидности по психическому заболеванию (с 95,6% в 2004 г. до 64,7% в 2016 г.) и увеличение удельного веса пациентов, не имеющих инвалидности (с 2,2% в 2004 г. до 24,9% в 2016 г.).

Оценка семейного статуса показала, что в 62% случаев в 2004 г. и 69,7% в 2016 г. были холостыми/незамужними, причем процент холостых мужчин в 2016 г. был выше, чем в 2004 г. на 14,6% в то время, как число незамужних женщин оставалось постоянным – 62%. Уменьшилось в процентных показателях число пациентов имевших детей: в 2004 г. имели детей 41,0% женщин и 28,3% мужчин; в 2010 г. – по 20% и мужчины и женщины; в 2016 г. лишь 29,5% женщин имели детей и только 6% среди мужчин. В 2004 г. 20,5% женщин и 49,0% мужчин проживали с родителями, в 2016 г. число пациентов, проживавших совместно с родителями составило 54,5% среди женщин и 68,4% среди мужчин, что также можно объяснить снижением среднего возраста пациентов, выписанных из ДС в анализируемые годы.

Следует отметить, что, несмотря на активное внедрение в последние годы реабилитационных программ (групповая терапия, индивидуальная психокоррекция, арт-терапия, творческие студии) в общетерапевтический процесс пациентов ДС, выявлено снижение показателей по охвату пациентов трудовой терапией с 56% в 2004 г. до 21% в 2016 г. Достаточно низким оставалось их участие в работе пациентских общественных организаций, групп поддержки: подавляющее большинство среди пациентов,

выписанных из ДС, не являлись членами таких объединений.

Таким образом, динамика поступления пациентов в ДС, анализ социально-демографических и клинико-эпидемиологических характеристик больных, получавших в нем лечение, указывает на активизацию его работы, а также позволяет наметить ряд мер для улучшения его деятельности. Для улучшения качества оказываемой помощи необходимо более активное внедрение реабилитационных программ (психообразование, мотивационный, когнитивный тренинги и др.), привлечение пациентов к участию в общественных формах поддержки, доказавших свою эффективность [4], что в свою очередь будет способствовать повышению их реабилитационного потенциала и улучшению качества жизни. Дальнейшие направления исследования будут связаны с анализом клинических характеристик пациентов (диагностическая и синдромальная структура, характер течения болезни, др. показатели), а также медикаментозного лечения в дневном стационаре.

Литература

1. Ким С., Черемин Р., Стародубцев С., Юрченко И. Развитие психиатрической службы в Москве – новые возможности// Журнал «Московская медицина». 2017;2(17):12-26.
2. Костюк Г.П., Масыкин А.В. Модернизация психиатрической службы г. Москвы: от гуманизации помощи к развитию общественно-ориентированной психиатрии// Психиатрия. 2018;3(79):23-30.
3. Мелик-Гусейнов Д., Костюк Г., Черемин Р. О Концепции развития психиатрической службы города Москвы// Журнал «Московская медицина». 2017;2(17):27-32.
4. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Алиева Л.М. Инновационно-реформаторский потенциал общественной организации «Семья и психическое здоровье»// Психиатрия. 2018;3(79):13-22.

5. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Костюк Г.П. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы// Социальная и клиническая психиатрия. 2016;26(4) 97-109.
6. Ястребов В.С. Вопросы социальной психиатрии и организации психиатрической помощи// Психиатрия: Научно-практический справочник/ Под ред. Академика РАН А.С. Тиганова. М.: «Медицинское информационное агентство». 2016;608:539-568.

Первые опыты Н.Н. Баженова по деинституализации психиатрической помощи во время работы в Рязани в 1885–1890 гг.

Федотов И.А.¹, Ландышев М.А.^{1,2}, Шпакова М.Е.¹

1. *ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия*
2. *ГБУ РО Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова, Рязань, Россия*

Николай Николаевич Баженов (1857 – 1923) – известный российский психиатр-практик и организатор психиатрической службы. В основном он запомнился потомкам и выделялся среди современников своими реформами в области системы оказания психиатрической помощи: начиная от законодательных основ и заканчивая внедрением основ психологии и психоанализа в криминологию и патографические исследования. Многие именно Н.Н. Баженова считают одним из основателей амбулаторной психиатрии и психосоциальной реабилитации в нашей стране [4]. При этом первые опыты в этом направлении он предпринял во время работы главным врачом в Рязани в 1885-1890 гг. Анализу и описанию этого периода его жизни будет посвящена данная статья.

Н.Н. Баженов в 1881 году окончил Медицинский факультет Московского университета и стал работать под руководством С.С. Корсакова в частной лечебнице М.М. Беккер в Москве. Там у своего учителя он перенял идеи полного нестеснения больных и вместе с ним уделял большое внимание не только лечению больных, но и уходу за ними, подсказывая младшему медперсоналу как правильнее себя вести [4]. В 1883 году он уезжает в зарубежную командировку и посещает ведущие европейские клиники того времени в Вене, Берлине, Париже и Сальпетриере. Там он укрепляется в своих идеях

о важности гуманного подхода к больным (наибольшую роль в этом сыграл В. Маньян). По возвращению в Россию в 1885 году он принимает приглашение стать директором организуемой рядом с Рязанью селе Голенчино новой психиатрической больницы. Возможно, этот переезд был обусловлен и политическими мотивами: со студенческих лет Баженов симпатизировал революционерам – народолюбцам и кадетам, был инициатором возрождения российского масонства. В частной клинике в Москве, где он работал, собиралась РСДРП, бывал и В.И. Ленин. В 1886 году во время его нахождения в Рязани у него был проведен обыск, обнаружена запрещенная литература, что повлекло наложение гласного наблюдения за ним и ограничений. Возвращение в Москву в 1890 году совпало с разрешением правительства проживать в столицах [7].

Можно выделить 3 основные новации, которые Н.Н. Баженов опробовал в Рязани.

Первая – это введение режима нестеснения («no-restraint») и открытых дверей («open-door system») в организуемой им загородной психиатрической больнице. Данный режим, уже доказавший к концу XIX века свою состоятельность после первых опытов Пинеля, с большим трудом приживался в отечественных реалиях.

Н.Н. Баженов был представителем концепции альенизма (от франц. aliene – душевнобольной), которая представляет собой взгляд на лечение психических расстройств, заключающийся в первую очередь в необходимости организации содержания и наблюдения за психически больными при практически полном отсутствии или нигилистическом отношении к возможностям их лечения. Основным действующим фактором психиатрического лечения они считали «моральную терапию» (сам Баженов, по воспоминаниям современников, любил подчеркивать, что умеет выписывать только бром, и что в его клинике «лечат стены») [8]. Основными принципами психического врачевания умалишенных Н.Н. Баженов называл «внесение в их существование интересов труда и доставление им

возможной свободы и простора для личной инициативы» [1, С.10]. Альянизм стал логичным итогом эпохи институализации в истории психиатрии и к концу XIX века столкнулся с основными своими ограничениями – больницы были переполненными, постоянно испытывали нехватку средств и персонала. Например, на момент принятия решения о постройке загородной лечебницы в селе Голенчино, в городском доме для умалишенных, рассчитанном на 120 человек, находилось более 400 пациентов [1].

Баженов считал необходимым дифференцированные режимы пребывания пациентов, он писал, что в больнице должны быть и закрытая лечебница с отдельными кельями и огороженными садами, нужны и бараки с полусвободой для пациентов, и должна налаживаться система эвакуации хронических больных. События развивались в условиях значительного роста населения, ускорения обмена информацией, революционных открытий в других областях медицины и повышения ожиданий пациентов от психиатрической помощи. Кроме того, в 1878 году вышел указ Сената №1241, обязывающий земства принимать на лечение и призрение всех поступающих умалишенных. Указанные обстоятельства давали толчок к строительству загородных психиатрических лечебниц в большинстве губерний, а также обосновывали необходимость появления стационар-замещающих технологий.

Второй, и, наверное, самой яркой Баженовской новацией стало первое в России внедрение семейного патронажа («*patronage familial*») как способа разгрузки стационара от хронических неизлечимых больных для большей возможности заниматься первичными, подающими наибольшие надежды на выздоровление больными. Модель лечения психически больных в сообществе, принятие их в семьи здоровых существовала в Европе с 14 века и возникла путем «самозарождения». Она связана с бельгийским городком Геель (Gheel), в котором в 7 веке произошло убийство девушки Димфны своим психически больным отцом – ирландским королем. Дочь

сбежала от его преследования в Геель, была принята местными жителями и долгое время проживала под их опекой и защитой.

После трагической смерти Димфна была канонизирована, объявлена небесной покровительницей всех умалишенных. В Гееле была построена церковь в ее честь, привлекавшая психически больных со всей Европы, в течение 500 лет. Отец Винсента ван Гога отправлял сюда своего сына на исцеление в 1880 году. Многие больные оставались жить в этом городке, их принимали к себе в семьи местные жители. Количество больных доходило до нескольких тысяч [9]. Эта модель была воспроизведена в дальнейшем в Германии, Шотландии, Дании, США и других странах. В России этим вопросом первым заинтересовались С.С. Корсаков и его ученик – Н.Н. Баженов.

В отличие от «шотландской» модели патронажа, когда больных расселяли по разным деревням и назначали специального врача-объездчика, Баженов предложил создать в Рязани «колонию у ворот больницы», т.е. более концентрированную форму патронажа. В первый год после создания Рязанской психбольницы он сразу предпринял и первый опыт организации посемейного патронажа – расселив около 20 больных в крестьянские семьи близлежащих деревень. По его первому отчету это имело положительный результат и хорошие отзывы от крестьян. Но внедрение новации происходило при постоянном сопротивлении и давлением со стороны земства. Основными возражениями земцев были следующие аргументы:

- 1) семейный патронаж - это эксплуатация бедности и невежества крестьян, т.е. они брали пансионеров, чтобы заработать деньги, а не принимали их по идейным соображениям (ответ Баженова – они делали этот выбор осознанно, значит им это было выгодно и нужно - «Требовать от людей самопожертвования, когда преследуются конкретные практические цели, нельзя, но

можно требовать, чтобы люди понимали свою выгоду и убеждались бы логикой цифр» [2, С.2]);

2) лучше вернуть их в свои семьи, а не отдавать в чужие (ответ Баженова - однажды эти семьи от них уже отказались и привезли их в лечебницу, кроме того, лучше держать их ближе к больнице);

3) больные могут представлять опасность для жителей (ответ Баженова - все больные тщательно отбираются, а один кабак в деревне представляет несравненно большую опасность, чем колония умалишенных).

Опыт Баженова в Рязани обсуждался в Медицинском департаменте Министерства Внутренних дел для внедрения по всей Империи, представлялся на съезде врачей, но резюмирующее заключение Земства все равно было отрицательным: «Земское собрание 1887 года посмотрело на это дело иначе. В нем было, между прочим, высказано, что предложение директора может быть с точки зрения науки вполне разумно, обдуманно, целесообразно и полезно, но Земству следует смотреть не с научной точки зрения, а с земской. Дело земское не разрабатывать и двигать вперед науку, а пользоваться ее плодами и применять их на практике, строго сообразуясь при этом со своими силами и средствами» [5].

Идея семейного патронажа вновь вернется в начале XX века, будет возобновлена эта работа и в Рязани и в 1911 году на семейном патронаже будет находиться уже более 30% всех психически больных региона. Дальнейший анализ показал, что лучше в системе семейного патрона удерживались пациенты с умственной отсталостью [6]. Посемейный патронаж просуществовал в Рязани фактически до начала Великой отечественной войны.

Третья новация, которая так и осталась на уровне наблюдения и не была реализована – это выявление необходимости децентрализации психиатрической помощи и приближение ее к населению. Анализируя количество поступлений больных по уездам, он обнаруживает закономерность - «Вычисляя процентное

отношение вновь поступающих больных по уездам, оказывается, что оно обратно пропорционально расстояниям от уездов до губернского города» [2, С.3]. Данное наблюдение демонстрирует, что губернская больница обслуживает, по факту, только близлежащий уезд, только в нем число психически больных приближается к общемировой статистике - он считал, что число всех психически больных равно 3 промилле от общего населения (рис.1). В то же время, по мнению Н.Н. Баженова, психиатрическая помощь должна быть равнодоступна для всех: «Всякий член общества, неся по отношению к последнему известные обязанности, участвуя в качестве податной единицы в общественных расходах, eo ipso налагает и на общество известные обязательства по отношению к себе. Это truism, не требующий дальнейшей аргументации, но иногда приходится повторять общие места, так как в спорах за массой деталей нередко упускают из вида те основные истины, которые предполагаются известными и которым принадлежит решающее слово» [2, С.4].

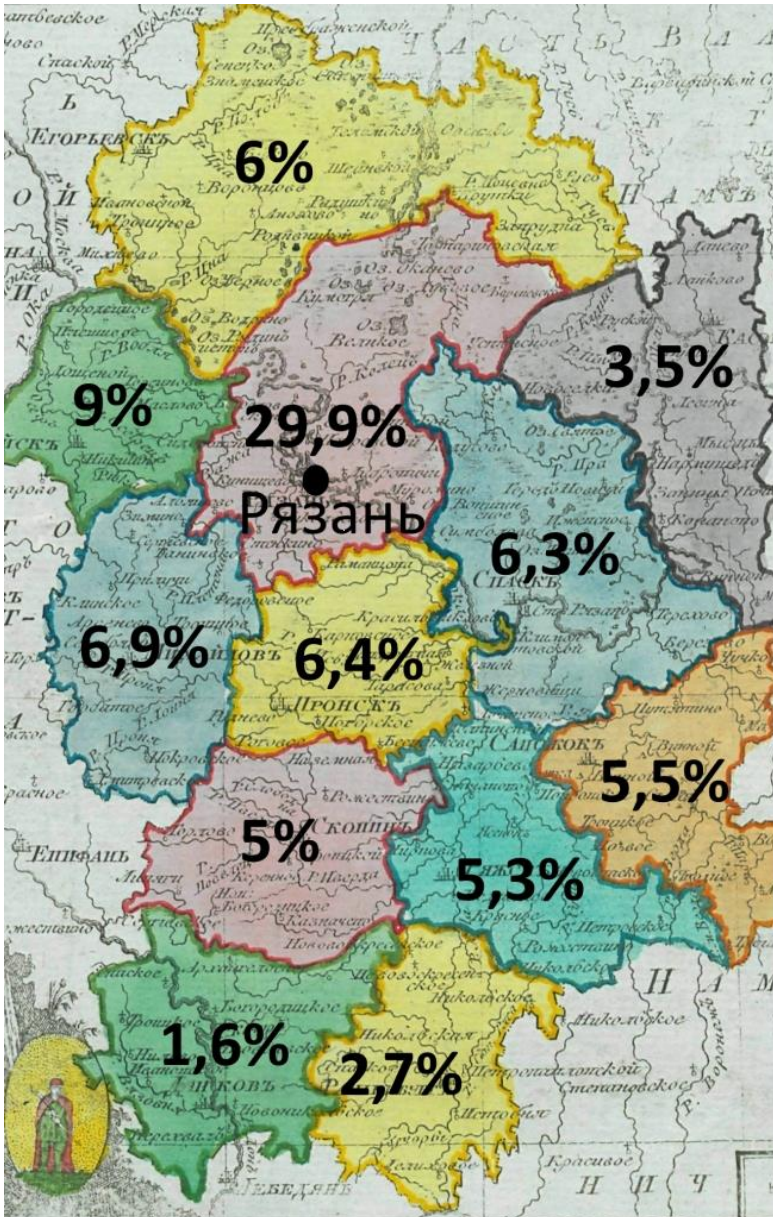


Рис.1. Поступление больных в Рязанскую психиатрическую лечебницу в 1887 году по уездам

Деятельность Н.Н. Баженова в Рязани пришлась на сложное время глобальной модернизации психиатрии в России и совпала с важным периодом его жизни – периодом становления зрелой личности. Подводя итоги своей работы в 1890 году он заключает, что «.. те психиатры, которым в их практической деятельности приходилось встречать в той среде, с которой и в которой они должны были работать, и косность, и непонимание, и беспрограммность, и деятельность, исполненную противоречий, и оппозицию часто неожиданную и необъяснимую – иногда в форме грубого самодурства – найдут истинное объяснение этому не в свойствах тех учреждений и личностей, с которыми им пришлось иметь дело, а в несоизмеримости тех научных принципов, представителями которых они являлись, с уровнем общественного понимания и общественных требований» [3, С.3]. Но, несмотря на довольно пессимистичное резюме, деятельность Н.Н. Баженова является примером энтузиазма и веры в силу знания и науки, которые всегда соответствовали этому большому реформатору.

Литература

7. Баженов, Н.Н. Медико-хозяйственный отчет по Рязанской психиатрической больнице за 1-е октября 1887 – 1-е октября 1888 г / Н.Н. Баженов. - Рязань: Типография Орловой, 1888.
8. Баженов, Н.Н. О признании и лечении душевнобольных в земствах, и в частности о новой Рязанской психиатрической больнице [Текст] / Н.Н. Баженов. - Санкт-Петербург: Типография М.М. Стасюлевича, Вас. Остр., 2 лин., 7, 1887.
9. Баженов, Н.Н. Четыре с половиною года психиатрической деятельности в провинциальном земстве [Текст]/ Н.Н. Баженов. - Москва: Типо-литография Высочайше утвержденного Т-ва И. Н. Кушнерев и К°, 1890.

10. Коркина, М.В. Николай Николаевич Баженова. К 150-летию со дня рождения [Текст] / М.В. Коркина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – N.107 (1). – С. 58-62.
11. Кридинер, А.Г. Отчет о работе Рязанской психиатрической больницы за 1897 год.
12. Некрасов, М.А. Patronage familial - одна из форм организации психиатрической помощи в дореволюционной России [Текст] / М.А. Некрасов // Российский психиатрический журнал. - 2015. – N.6. - С. 68-74.
13. Ногаллер, А.М. Выдающиеся медики, известные и неизвестные [Текст] / А.М. Ногаллер, Е.И. Карпов. 4-е изд. – Москва: ООО «Прондо», 2016. – С.301-304.
14. Сироткина, И. Е. Понятие «творческая болезнь» в работах Н. Н. Баженова [Текст] / И. Е. Сироткина // Вопросы психологии. 1997. – N.4.- С. 104-116.
15. Goldstein, J. Geel Belgium: A Model of “Community Recover [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.geelmentalhealth.com>. – 17.01.2019.

Федотов Илья Андреевич – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (Рязань), if@psychiatr.ru

Ландышев Михаил Александрович – к.м.н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, заведующий медико-реабилитационным отделением ГБУ РО ОКПБ им. Н.Н. Баженова (Рязань)

Шпакова Мария Евгеньевна - студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (Рязань)

Возможности применения телемедицинских технологий в детско-подростковой внебольничной психиатрической практике

О.З. Хайретдинов, Л.И. Рубакова

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»

Некоторые формы оказания дистанционной помощи лицам с психическими расстройствами и их родственниками стали уже вполне привычными, например, онлайн-консультации специалистов на специализированных сайтах или телефоны «горячих линий» в структуре психиатрических медицинских организаций. Парадоксально, но другие, технически более совершенные варианты удаленной внебольничной психиатрической помощи, в частности, с использованием видеоконференций, продолжают вызывать у многих специалистов скепсис и остаются недостаточно разработанными в правовых, организационных и клинических аспектах. Очевидно, что использование телемедицинских ресурсов имеет значительные преимущества в плане повышения доступности, срочности и экономической привлекательности решения ряда вопросов в психиатрической практике, например, решении вопроса о необходимости стационарного лечения или оценки динамики состояния и эффективности амбулаторной терапии.

Целью настоящего сообщения является анализ отечественного и зарубежного опыта при оказании внебольничной психиатрической помощи детям и подросткам с использованием телемедицинских технологий на примере аутистических расстройств.

Закон о телемедицине вступил в силу 1 января 2018 года, 30 ноября 2017 г. Приказ МЗ РФ № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» [1, 2]. Вместе с тем, многие правовые и организационные вопросы применения телемедицинских технологий в психиатрии требуют согласования с действующим законодательством и развития нормативной базы.

Национальный центр информатизации ГК «Ростех» и Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России оформили соглашение о формировании единой телемедицинской инфраструктуры в 700 медицинских учреждениях России для консультаций специалистами федеральных медицинских центров (в том числе психиатрического профиля) в сложных клинических случаях, а также проведения образовательных вебинаров. Телемедицинская сеть будет работать через Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ) с использованием унифицированных процедур идентификации и аутентификации.

Телемедицинская практика при детском аутизме используется во многих странах Европы, Северной Америки, Азии врачами-психиатрами, психологами, исследователями, специалистами по прикладному анализу поведения для оказания помощи родителям и другим лицам, осуществляющим уход за ребенком, педагогам. Предоставляемая помощь включает предварительную первичную диагностику, образовательные консультации, обучение и тренинги для родителей, оценку динамики поведенческих изменений, руководство и контроль поведенческих вмешательств [3, 5, 8].

Растет интерес к использованию телепсихиатрии для проведения опосредованных родителями вмешательств для детей с расстройствами аутистического спектра, обучения приемам функциональной коммуникации, принципам и процедурам прикладного анализа поведения, семейной терапии и реализации реабилитационных программ в домашних условиях, совместных с родителями сеансов трудотерапии [4, 6, 7, 10, 11].

Предпринимаются попытки разработки модели интернет-поддержки и коучинга для подростков и молодых людей с расстройствами аутистического спектра [12], а также применения телекоммуникационных версий когнитивно-бихевиоральной терапии.

Существенными преимуществами использования телемедицинских консультаций являются возможности контакта со специалистами в ситуации выраженных препятствий в посещении клиники в связи с психическим состоянием ребенка, нонкомплаентностью родителей, что способствует развитию дестигматизации детской психиатрической службы.

Согласно результатам ряда исследований [9], применение возможностей телемедицины при оказании психиатрической помощи в большей степени вызывает удовлетворенность у пациентов и членов их семьи, нежели у профессионалов. Вместе с тем, отмечено, что у специалистов до получения реального опыта применения телемедицинских технологий мнение о их возможностях было более скептическим и негативным, чем после.

Ограничения телемедицинской консультации при оказании помощи ребенку с аутистическими расстройствами связаны, в первую очередь, с возможностью использования только визуального и аудиального каналов получения информации. Разумеется, посредством видеосвязи не удастся оценить многие параметры невербального поведения пациента, проксемические параметры, реакцию на тактильное взаимодействие, определить тонус мышц для оценки возможных кататонических или экстрапирамидных расстройств, провести многие пробы и тесты, требующие реального взаимодействия с ребенком, проверить важные симптомы нарушений социального взаимодействия и коммуникации. Более того, в ситуации отсутствия непосредственного «живого» взаимодействия ряд характерных для АР проявлений может претерпеть кардинальные изменения. Так, реагирование ребенка на изображение человека на экране может оказаться более

активным, чем реагирование на него же в ситуации очной встречи. В связи с тем, что аутичный ребенок с высокой вероятностью может проявить повышенный интерес к монитору компьютера, становится затруднительной оценка качества зрительного контакта, симптома протодиакриза (действия по отношению к человеку как к неживому объекту, предмету).

Кроме того, даже высокое разрешение и уровень аудио-визуальных технических средств не может компенсировать фрагментарность изображения и звуковой картины. Характер передачи изображения и звука существенно сужает возможности квалификации различных наблюдаемых феноменов. Например, специалист способен слышать передаваемые через микрофон звуки только в ближайшей зоне его действия и не сможет оценить наличие или отсутствие реакций пациента на отдаленные, фоновые, не слышимые консультантом шумы, звуки, речь, будет затрудняться в оценке наблюдаемых «объективных» признаков галлюцинаций и т.п.

Дополнительные сложности для консультанта могут создать произвольность и легкость прекращения видеосвязи по инициативе пациента или членов его семьи. Возникающие при этом неопределенность и фрустрация хорошо известны консультантам служб телефонной психологической помощи.

Распространенность аутистических расстройств в детском возрасте в масштабах страны настолько велика, что в настоящее время не представляется возможным обеспечить потребность в достаточном количестве квалифицированных специалистов для решения вопросов диагностики, лечения и психолого-педагогической реабилитации, особенно в удаленных регионах и сельской местности. В этой ситуации применение телекоммуникационных технологий выглядит весьма перспективно, в противном случае мы должны согласиться с тем, что значительная часть пациентов останется без необходимой медицинской помощи. Правовые и клиничко-

организационные вопросы телепсихиатрической практики для оказания специализированной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами нуждаются в дальнейшей комплексной разработке.

Литература

1. Федеральный закон от 29 июля 2017 г. N 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья"
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий".
3. Boisvert M. et al. The multi-faceted implementation of telepractice to service individuals with autism // Int. J. Telerehabil. 2012; 4 (2): 11–24.
4. Gibbs V., Toth-Cohen S. Family-centered occupational therapy and telerehabilitation for children with autism spectrum disorders // Occupational Therapy in Health Care. 2-11. 25(4):298-314
5. Boisvert M et al. Telepractice in the assessment and treatment of individuals with autism spectrum disorders: A systematic review // Dev. Neurorehabil. 2010;13(6):423-32.
6. Ingersoll B., Berger N. Parent engagement with a Telehealth-based parent-mediated intervention program for children with autism spectrum disorders: predictors of program use and parent outcomes // J. of Med. Internet Research. - Vol 17, No 10 (2015). – p.227.
7. Jang J. et al. Randomized trial of an eLearning program for training family members of children with autism in the principles and procedures of applied behavior analysis // Research in Autism Spectrum Disorders. – Vol. 6, Is. 2, April–June 2012, P. 852-856.

8. Liptak G.S. et al. Disparities in diagnosis and access to health services for children with autism: data from the National survey of children's health // J. Dev. Behav. Pediatr. 2008; 29(3):152-60.
9. McLaren P. Возможности телемедицины при оказании психиатрической помощи // Обзор современной психиатрии. – 2004. Вып. 22 (<http://www.psyobsor.org/1998/22/2-1.php>)
10. Vismara L.A. et al. Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in autism // J. Autism Dev. Disord. 2013; 43(12):2953-69.
11. Wacker D.P. et al. Conducting functional communication training via Telehealth to reduce the problem behavior of young children with autism // J. Dev. Phys. Disabil. 2013 Feb 1;25(1):35-48.
12. Wentz E., Nydén A., Krevers B. Development of an internet-based support and coaching model for adolescents and young adults with ADHD and autism spectrum disorders: a pilot study // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2012, Vol.21, Is. 11, pp. 611–622.

Психопатологические аспекты нарушения социального функционирования больных биполярным аффективным расстройством в амбулаторной психиатрической практике.

Царенко Д.М., Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Актуальность. В последнее время в практической психиатрии растет значение восстановления в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий социального и профессионального функционирования, улучшения качества жизни, как важных критериев выздоровления [1,2]. Одним из распространенных заболеваний, оказывающих существенное влияние на социальную сферу пациентов, является биполярное аффективное расстройство (БАР) [3]. При этом в его динамике часто преобладают депрессивные фазы [4]. Своевременность их диагностики и достижение ранней устойчивой ремиссии обеспечивают в дальнейшем более высокий уровень психосоциальной адаптации [5]. Наряду с этим в зарубежных работах подчеркивается роль когнитивных нарушений в снижении социального функционирования больных БАР [6]. Результаты ряда исследований показывают, что ухудшение в когнитивной сфере достаточно устойчиво и относительно независимо от аффективных нарушений [7,8]. В связи с этим, актуальной научно-практической задачей является оценка социального функционирования и его связи с клинико-психопатологическими проявлениями заболевания у пациентов с БАР, находящихся в депрессивной фазе, с целью оптимизации диагностических и лечебно-реабилитационных программ. Особенно в контексте

совершенствования медицинской и психосоциальной помощи в амбулаторной практике [9,10].

Цель исследования. Определить связь нарушений социального и профессионального функционирования с клинико-психопатологическими проявлениями у пациентов с БАР, находящихся в депрессивной фазе, в условиях амбулаторной психиатрической помощи.

Материалы и методы. В группу больных БАР вошли 20 пациентов проходивших лечение в амбулаторных условиях с диагнозом БАР, текущий эпизод депрессии легкой и умеренной степени тяжести, мужчин – 5, женщин – 15, средний возраст – $29,4 \pm 7,4$ лет ($Me = 28,5$). Из исследования исключались пациенты с острыми соматическими заболеваниями, обострением хронической соматической патологии, органическими психическими расстройствами, злоупотреблением алкоголем и наркотическими веществами. Для определения уровня социального функционирования применялась шкала оценки социального и профессионального функционирования – Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS). Для оценки психопатологической симптоматики проводилось клинико-психопатологическое исследование, использовалась шкала депрессии Гамильтона, версия для сезонного аффективного расстройства – Hamilton Depression Rating Scale - Seasonal Affective Disorder Version (SIGH-SAD). Данный вариант шкалы позволяет оценивать атипичные симптомы депрессии, характерные для БАР, включающие значительную выраженность психомоторной заторможенности и утомляемости, лабильность эмоций, повышение аппетита, сопровождающееся увеличением массы тела, гиперсомнию. Также применялись опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom checklist-90-Revised (SCL-90-R) и госпитальная шкала тревоги и депрессии – The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Для самооценки когнитивных нарушений применялся опросник воспринимаемого дефицита, версия для депрессии – Perceived Deficits

Questionnaire – Depression (PDQ-D). Заполняется как короткий самоотчёт из 20 пунктов. Включает в себя оценку по четырем субшкалам: внимание/концентрация, ретроспективная память, проспективная память, планирование/организация деятельности, а также суммарный балл по всем пунктам. Большой набранный балл указывает на более выраженные когнитивные нарушения. Обработка материалов осуществлялась с помощью методов непараметрической статистики, корреляционного (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) анализа.

Результаты. В исследуемой группе больных БАП средний балл по SOFAS составил $-58,2 \pm 7,7$ ($Me = 60,0$), по SIGH-SAD – $26,7 \pm 6,8$ ($Me = 28,0$); средний общий индекс тяжести по SCL-90-R составил $-1,20 \pm 0,28$ ($Me = 1,14$); средний балл по подшкале «обсессивно-компульсивных нарушений» SCL-90-R – $1,67 \pm 0,64$ ($Me = 1,50$); подшкалам HADS «тревога» – $10,0 \pm 3,6$ ($Me = 10,0$); HADS «депрессия» – $10,0 \pm 3,7$ ($Me = 9,0$); средний общий балл по PDQ-D составил $-22,7 \pm 10,6$ ($Me = 23,0$). Были выявлены значимые обратные корреляции среднего балла по шкале SOFAS со средним общим баллом по SIGH-SAD ($\rho = -0,529$), общим индексом тяжести SCL-90-R ($\rho = -0,520$), средним баллом по подшкале «обсессивно-компульсивных нарушений» SCL-90-R ($\rho = -0,619$), показателем HADS «депрессия» ($\rho = -0,506$), и средним общим баллом PDQ-D ($\rho = -0,541$).

Выводы. Полученный балл по шкале SOFAS соответствует в среднем умеренным нарушениям социального и профессионального функционирования у пациентов с БАП, находящихся в легкой или умеренной депрессии. В частности, это проявлялось в ограничении социальных контактов, в том числе значимых, минимизации межличностного общения и взаимодействия, проблемами на работе. При этом поддержание контактов с близкими родственниками и друзьями полностью не прекращалось, пациенты продолжали работать со снижением продуктивности. Вместе с тем установлено, что

выявленное ухудшение социального и профессионального функционирования у больных БАР, находящихся в депрессивной фазе, проходивших лечение в амбулаторных условиях, взаимосвязано с утяжелением симптомов депрессии, преимущественно в виде руминативного мышления, снижения уверенности в своих действиях, затруднения планирования деятельности, психомоторной заторможенности, ухудшения памяти и концентрации внимания. Полученные результаты показывают, что уровень снижения социальной и профессиональной адаптации у пациентов с БАР ассоциирован не только со степенью ухудшения аффективной симптоматики, но и с выраженностью когнитивных нарушений, что согласуется с данными зарубежных исследований [11]. Когнитивные дисфункции у больных БАР являются существенным аспектом социальной дезадаптации. Восстановление и коррекция нарушенных когнитивных процессов служат важными составляющими фармакологического и психотерапевтического лечения. Таким образом, при оказании амбулаторной лечебно-профилактической помощи больным БАР необходим комплексный подход, ориентированный на восстановление социального и профессионального функционирования, с учетом специфических терапевтических мишеней в аффективной и когнитивной сферах.

Литература

1. Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. научных трудов НИПНИ им. В.М.Бехтерева. СПб.. – 2001. – Т. 137. – С. 301–311
2. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Долныкова А. А., Шмуклер А. Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – №4. – С. 67-77

3. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпрессинформ, 2008. – 384 с.
4. Judd L.L., Schettler P.J., Akiskal H.S. et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders // *International Journal of Neuropsychopharmacology* – 2003. – Vol.6. – №2. – P.127–137
5. Goldberg J.F., Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. // *Journal of Affective Disorders*. – 2004. – Vol.81. – №2. – P.123–131.
6. Jaeger J., Bems S., Loftus S., et al. Neurocognitive test performance predicts functional recovery from acute exacerbation leading to hospitalization in bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. – 2007. – Vol. 9. – №1-2. – P. 93-102.
7. Bonnin C.M., Martinez-Aran A., Torrent C., et al. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study // *Journal of Affective Disorders*. - 2010. – Vol. 121. – №1-2. – P. 156-160.
8. Bora E. Developmental trajectory of cognitive impairment in bipolar disorder: comparison with schizophrenia // *European Neuropsychopharmacology*. – 2015. – Vol.25. – №2. – P.158–168.
9. Довженко Т.В., Бобров А.Е., Краснов В.Н., Антипова О.С., Царенко Д.М. Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2016. – Т. 26. – №1. – С. 50-58
10. Масякин А.В., Костюк Г.П. Возможные пути повышения эффективности психиатрической помощи. // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2018. – Том 10. – № 2. – С. 109–113.
11. Depp C.A., Mausbach B.T., Harvey P.D., et al. Social competence and overrated social functioning in bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. – 2010. – Vol. 12. – №8. – P. 843-850.

Опыт работы медико-реабилитационного отделения «Клиника памяти» на базе городской поликлиники.

Целищев Д.В., Кудеринов С.В., Вологжанина Г.А.,
Минаева Е.В., Тарабыкина Е.Д., Скворцова К.В.,
Вологжанина А.Н.

*Медико-реабилитационное отделение «Клиника памяти»
4-го диспансерного отделения филиала ГБУЗ «ПКБ № 1
им. Алексеева ДЗМ» «ПНД №13»*

Для оказания помощи пациентам среднего, пожилого и старческого возраста, согласно периодизации ВОЗ [4], с первичными жалобами на снижение памяти, в рамках легкого когнитивного расстройства в поддержании и восстановлении их когнитивных функций и улучшения качества жизни на базе 4 диспансерного отделения филиала ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ им Н.А. Алексеева» «Психоневрологический диспансер № 13», расположенного в здании КДП № 121 ДЗМ (район Южное Бутово), с 30 апреля 2018 года работает медико-реабилитационное отделение «Клиника памяти» (Далее – МРО КП) на 25 пациенто-мест.

Проблема когнитивной недостаточности [5], развивающейся на фоне старения, является одной из центральных проблем современной геронтологической психиатрии.

В первую очередь, старость – это биологический феномен с характерными возрастными изменениями в органах и системах организма, приводящими к ограничению адаптационных возможностей и специфическим психологическим изменениям, которые при нормальном старении доступны компенсации. [3] Анатомические и физиологические изменения головного мозга, сопровождающие процесс старения в норме, способствуют снижению скорости мышления, ослаблению

памяти и внимания, замедлению темпа психической деятельности, трудности формирования новых навыков и изменению протекания других психических функций. [1]

В пожилом возрасте психическая активность смещается в сторону преобладания процессов торможения. В связи с этим у людей старшего возраста мы можем наблюдать общую замедленность и латентность на начальных этапах выполнения различных действий, сложности в выполнении действий, требующих удержание разных программ, а также повышение тормозимости следов в условиях интерференции. Ауторегуляция, в свою очередь, остается сохранной, что позволяет пожилым людям по-прежнему быть адаптированными и изменять стратегии поведения в соответствии с ситуацией.

Одной из наиболее страдающих функций при старении является память, как краткосрочная, так и долгосрочная. Снижается и способность запоминания новой информации, и извлечения уже усвоенной информации из хранилища памяти. Также оказывается ограничена способность человека быстро и точно воспринимать информацию, предъявляемую для запоминания. Происходит увеличение необходимого времени как для процесса восприятия информации, так и для процесса её вспоминания. Наиболее у пожилых людей выражено снижение долгосрочной памяти.

Осознание неэффективности своей деятельности заставляет пожилых людей искать новые стратегии и формы активности, которые смогут компенсировать их дефицитарность. Так одной из самых эффективных стратегий компенсации является опосредование. Например, при выполнении счетных операций пожилые люди часто выносят деятельность из внутреннего во внешний речевой план, проговаривая выполняемые действия, что помогает выполнять счёт более успешно.

Основываясь на выше сказанном, МРО КП в своей работе пытается предложить пациентам наиболее эффективные способы опосредования постепенно снижающихся у них когнитивных функций, в частности

памяти, предложить новые способы выполнения привычных задач, которые при старении могут вызывать трудности, а также сформировать новые навыки.

Интеграция МРО КП в поликлиническое звено позволяет врачам общей практики, терапевтам и врачам других специальностей направлять пациентов, которым требуется улучшить свои когнитивные функции в связи со старением непосредственно в МРО КП, и также наиболее эффективно взаимодействовать с психиатрами и медицинскими психологами, что обеспечивает доступность, своевременность и качество медико-психологической помощи пожилому населению.

Целью исследования. Изучение эффективности работы, осуществляемой МРО КП для помощи пациентам среднего, пожилого и старческого возраста в поддержании и восстановлении когнитивных функций.

Гипотеза. В процессе исследования у большинства пациентов будут обнаружены улучшения состояния когнитивных функций после прохождения курса нейрореабилитации в МРО КП.

Методы. При поступлении в МРО КП пациентам необходимо пройти комплексное клинико-психологическое обследование с помощью батареи методик, включающей в себя краткую шкалу оценки психического статуса – MMSE, тест рисования часов – CDT, монреальскую шкалу когнитивной оценки – MoCA, методика «запоминание 10 слов Лурия», опросник качества жизни «SF-36», госпитальную шкалу тревоги и депрессии – HADS. По результатам диагностики пациенты с легкими когнитивными нарушениями, не достигающими уровня деменции, включаются в шестинедельный курс реабилитации. Для контроля результатов по завершению курса пациенты снова проходят обследование по тем же методикам. [2]

На протяжении курса реабилитации пациенты курируются врачом-психиатром и психотерапевтам,

медицинскими психологами и специалистом по социальной работе.

Нейрокогнитивные тренинги, проводимые медицинскими психологами, направлены на тренировку и поддержание всех высших психических функций, включающих память, внимание, мышление, речевые функции, способность к зрительному анализу и синтезу, сохранению способности к выполнению целенаправленных двигательных актов у пожилых людей, восстановление энергетического потенциала, а также восстановление связи восприятия предмета с образом-представлением и со словом. Пациенты изучают так же мнемотехники, представляющие собой различные методы, улучшающие запоминание.

За период 2018 года было проведено 6 шестинедельных циклов. За этот отрезок времени в отделение было принято 158 человек, из них 126 прошли нейрореабилитационную программу полностью. По завершению цикла условный реабилитационный показатель «улучшение» (совокупная оценка положительной динамики по шкалам MMSE, MoCA, CDT равной не менее 3 баллам, при отсутствии отрицательной динамики по любой из шкал) наблюдался у 111 пациентов, из которых 35 продемонстрировали совокупный балл более 10, что свидетельствует о довольно сильном улучшении состояния. Отрицательная динамика была выявлена у 7 пациентов, без значимого изменения показателей завершили курс 8 пациентов.

Анализ эффективности реабилитации по трем методикам в отдельности с применением Т-критерия Стьюдента в статистическом пакете SPSS также показал значимые результаты о выраженном положительном влиянии курса нейрокогнитивной реабилитации на состояние когнитивных функций пациентов пожилого и старческого возраста, что подтверждает эффективность проводимой работы специалистами МРО КП. (MMSE: $t=-12,04$ $p=0,00$; MoCA: $t=-17,5$ $p=0,00$; CDT: $t=-10,7$ $p=0,00$). Следует обратить внимание на то, что в частности данные

результаты по методике MMSE могут свидетельствовать об улучшении таких функций, как кратковременная и оперативная память, способность к концентрации внимания, понимание обращенной речи на слух, восприятие письменной речи и праксиса. Также методика, MoCA, по данным которой эффективность курса нейрокогнитивной реабилитации является наиболее выраженной, говорит о наличии у пациентов улучшений в сферах внимания, концентрации, исполнительных функций, памяти и ориентации. Результаты методики CDT тоже указывают на значимые улучшения памяти у большинства пациентов.

Таким образом, статистически подтвержденный анализ показателей работы «Клиники памяти» свидетельствует об эффективности предлагаемого пациентам курса реабилитации, улучшении показателей когнитивных функций у большинства пациентов и необходимости продолжения работы с выше указанной возрастной категории населения в заданном направлении.

Литература

1. Рощина И. Ф., Балашова Е. Ю. Клиническая психология старения в России: истоки, проблемы и перспективы // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной, С.Н. Ениколопова. – ГБОУ МГППУ, ФГБУ "НЦПЗ" РАМН Москва, 2013. – С. 142–156.
2. Руководство по работе Медико-реабилитационного отделения для пациентов пожилого возраста с начальными проявлениями когнитивного дефицита «Клиника Памяти», утвержденное Главным внештатным специалистом психиатром Департамента здравоохранения города Москвы Г.П. Костюком, Москва, 2018.
3. Фролькис В.В. Природа старения. М.: Наука, 1969. – 184 с.

4. Всемирная организация здравоохранения
[Электронный ресурс] URL: <http://www.who.int>
5. МКБ-10 [Электронный ресурс] URL:<http://10mkb.ru/>

История психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения Омской психиатрической больницы.

Шеллер А.Д., Бервинова А.Д.

Первые упоминания об амбулаторном приеме на базе Омской Клинической Психиатрической больницы мы находим в ее архивах: «22 ноября 1923. Психиатрическая больница (бывший архиерейский дом) зав. амбулаторией Белкина». 23 октября 1924 года зав. Губернского здравоохранения решает: «на очереди вопрос об учете душевнобольных и осуществлении патронажа по отношению к психически больным». Известно, что в 1927-1934 годах наряду с другими врачами амбулаторный прием вел ставший в последующем главным врачом Н.Н. Солодников, именем которого сейчас названа вся Психиатрическая больница.

Приказ № 365 от 30 декабря 1933 года гласит, что «с 1 января 1934 года амбулаторный прием больных в психолечебнице производится всеми врачами по очереди». Предварительная запись больных на амбулаторный прием производилась в канцелярии с 9.00 до 11.00 утра. Дежурный по амбулатории врач производил также и прием больных, доставленных срочно, но после часов амбулаторного приема.

Другим приказом Н.Н. Солодникова от 28 октября 1935 года устанавливаются фиксированные часы амбулаторного приема. Вне очереди допускались исключительно тяжелые больные, а также бывшие красноармейцы, партизаны, персональные пенсионеры и военнослужащие. Также в 1935 году решаются вопросы взаимодействия амбулаторной и стационарной службы.

Но развитие амбулаторной службы не останавливалось и продолжалось далее.

Приказом № 32 от 19 ноября 1936 года выделяется одна ставка врача амбулаторного приема – его вела Ефимова Вера Михайловна. 21 января 1937г. приказом №

21 принимается Русанова Е.Н. на должность первой сестры-обследовательницы. Кабинеты диспансерного приема в 1940 году располагались в административном корпусе, занимая 2 комнаты. Вела прием Ефимова В.М., которая в последующем была призвана в армию в годы Великой Отечественной войны, и, с 1939 по 1940 год, по совместительству на амбулаторном приеме работала врач-психиатр Вовнянко Ираида Васильевна.

В годы Великой Отечественной войны диспансер обслуживал всего один врач и всего одна медсестра. Но с 27 декабря 1944 года возвращается Ефимова В.М. и приходят врачи Добровольская и Воронина. Ефимова В.М. назначается заведующей диспансером; она же вместе со Смирновой М.Е. проводила в диспансере судебно-психиатрическую экспертизу.

С 1950 года устраивается психотерапевт Лябакин Николай Александрович. В больнице он оказывал помощь больным с хроническим алкоголизмом и сексуальными расстройствами на протяжении 40 лет.

С 1936 по 1951 год диспансер по площади занимал всего 16 квадратных метров, две комнаты. Днем в одном кабинете принимали участковые врачи (до 10 врачей в кабинете), а с 16.00 до 20.00 там же работал процедурный кабинет, вторая комната была регистратурой и гардеробом одновременно. С 1951 года для работы психотерапевта Лябакина Н.А. и логопеда Головиной А.А. выделено две комнаты в лечебном корпусе №1. сюда же переведен и процедурный кабинет.

В 1951 году вводится участковый принцип работы диспансера, изначально выделяется 6 участков. В 1959 году и по 1979 год заведующей диспансерным отделением назначается Анто-нина Иосифовна Боровик (Зайцева), в последующем она становится зам. главного врача по внебольничной помощи и затем первым зам. главного врача. Она неоднократно, в течении 6 созывов, избиралась депутатом Куйбышевского районного Совета Народных Депутатов, бы-ла членом Исполкома в течении 2-х созывов. За достижения в работе А.И. Боровик (Зайцева)

награждена орденом Трудового Красного Знамени. Ее усилиями было построено новое здание диспансера.

С 1953 года открывается психотерапевтический кабинет, в котором продолжает работать Лябакин Н.А., подготовивший психотерапевтов Гиндина В.П., Коряковцева В.Р., Пихненко А.Г., Амелькина В.С. И с 1972 года в диспансере лечение больных с пограничными состояниями осуществляют уже 3 психотерапевта. Начиная с 1979 года, в свою работу они постепенно внедряют групповую психотерапию, психодраму, психогимнастику, дискуссию и другие современные методы.

В 1963 году диспансерное отделение было переведено в деревянное здание, где ему было выделено 8 комнат (250 кв.м.). В 1968 году диспансер переводится в новое нетиповое 5-ти этажное здание, где разворачиваются основные амбулаторные службы. Выделяется должность председателя ВКК, на которую назначается прекрасный врач-клиницист Зыбина Елена Александровна.

К 1970 году диспансерное отделение в своей структуре, кроме участковой службы, состоящей к тому моменту из 14 участков, имело 15 специализированных кабинетов различного назначения: консультативный, лечебный, статистики, социально-бытовой помощи и т.д.

В 1972 году сменился и главный врач всей Психиатрической больницы, им стал К.К. Гертлейн. С его приходом совершенствуется материальная база диспансера, развивается амбулаторная реабилитационная служба. И в 1972 году открывается реабилитационный дневной стационар на 100 мест с ночным профилакторием на 14 коек. Открывает его Суходолова Т.Е., затем возглавляет Усова Г.Н. и Дворкина И.П. Открываются лечебно-производственные мастерские, количество мест в которых постепенно расширяется 950; в 80-е годы в них открываются цеха и для амбулаторных больных (швейный, галантерейный, телевизионный и др.).

С 1972 года выделяется должность зам. главного врача по реабилитации, на которую назначается Белан Н.Н., а в 1973 году – Дворкина И.П.

В последующем структура диспансера претерпевает значительные изменения. Так в 1975 году бригада скорой психиатрической помощи административно переходит в подчинение городской станции скорой помощи; кабинет статистики и оргметодработы вливаются в единый оргметодотдел больницы. В ноябре 1976 года из структуры диспансерного отделения ОКПБ выделяется самостоятельный наркологический диспансер.

С 1979 по 1984 год заведующей диспансером и зам. главного врача по внебольничной помощи работает Лещева Раиса Николаевна, врач высшей категории, отличник здравоохранения. В этот период организуются стационары на дому в Советском, Первомайском и Кировском районах, которые обслуживали участковые врачи по совместительству. Создание этой службы позволило максимально приблизить психиатрическую помощь к больному, то-гда же организуются фиксированные дни приема участковых психиатров вне диспансера при поликлиниках города, что улучшило обращаемость и выявляемость первичных больных. Открывается эпилептологический кабинет, прием в котором осуществляется Колобовым В.В. – врачом, защитившим кандидатскую диссертацию. Расширяется сексопатологическая служба, и позже, с 1978 года, на базе диспансерного отделения Амелькиным В.С. открывается отделение семейного психологического консультирования, где работают 3 врача-сексопатолога, психолог и 3 медсестры. Отделение имело отдельный процедурный кабинет, кабинет иглорефлексотерапии и гипнарий.

В амбулаторной помощи в начале 1980-х годов внедряется АСУ «Психиатрия-Наркология», благодаря которой налаживается учет амбулаторных пациентов и статистическая отчетность. Большое внимание уделяется социально-опасным больным.

С 1984 года зам. главного врача по внебольничной помощи назначается Мурашкова Татьяна Давыдовна – врач высшей категории, бывший начмед Кемеровской психиатрической больницы, в этой должности она проработала до 1988 года. В 1988 году зам. главного врача по внебольничной помощи становится Езерская Александра Васильевна – врач высшей категории, отличник здравоохранения. Лещева Р.Н. организует с 1984 года детско-подростковое диспансерное отделение как его заведующая.

Заведующим диспансером с 1985 года назначается Сергей Николаевич Рожков, старшей медицинской сестрой становится Наталья Борисовна Лукьянова – медсестра высшей категории, проработавшая в этой должности до 2007 года.

В 1985 году введена ставка стационара на дому на 36 мест по Куйбышевскому и Центральному районам. Несколько позже – в Октябрьском и Ленинском районах на 45 мест.

В этот период больницей руководит Ю.В. Королев, продолжая уделять должное внимание развитию амбулаторной службы. Кураторами от кафедры психиатрии ОГМА являлись тогда зав. кафедрой д.к.м. Усов М.Г. и ассистент кафедры к.м.н. Аксенов В.Г.

В 2002 году в год 105-летнего юбилея психиатрической службы, увековечена память в названии больницы о Николае Николаевиче Солодникове, который бесценно руководил больницей на протяжении 44 лет (с 1927 до 1971 года). Областное государственное учреждение «Омская клиническая психиатрическая больница» переименовано в Государственное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова».

В 2005 году в диспансере формируется экспериментальное подразделение – отделение интенсивного лечения в сообществе (стационар на дому). Меняется когорта пациентов, в отделение направляются пациенты с тяжелыми формами хронических психических

расстройств, стационарирующиеся дважды и более раз в год, либо пребывание которых в стационаре превышает более 6 месяцев. В отделение работа строится по принципу полипрофессиональной бригады. После преждевременного ухода из жизни видного организатора амбулаторно-поликлинической помощи Ольги Николаевны Степановой заместителем главного врача по данному направлению психиатрической помощи становится Анна Дмитриевна Шеллер, а диспансерное отделение возглавляет Наталья Викторовна Бервинова

В настоящее время психиатрическое диспансерное отделение для взрослого населения является структурным подразделением ГУЗ ОО «КПБ имени Н.Н. Солодников». Отделение обслуживает население города и области, имеет штатную численность в соответствии с нормативами и включает участковые

В диспансере трудится множество сотрудников, из них участковые врачи-психиатры, врачи по обслуживанию населения сельских районов, кабинеты семейного консультирования, психологи, невролог, терапевт, специалисты по социальной работе, работает отделение амбулаторного принудительного лечения, главной задачей которого является профилактика общественно опасных действий, отделение интенсивного лечения в сообществе. Открыт кабинет геронтоприема, осуществляющий лечебную и консультативно-методическую помощь пациентам старшей возрастной группы, после 65 лет; кабинет профосмотров. Среди врачей, работающих в диспансерном отделении немало заслуженных врачей РФ, отличников здравоохранения. В своей работе все специалисты постоянно демонстрируют профессионализм и преданность избранной специальности.

Работа врачей-психиатров строится по участковому принципу (всего 35 участков): амбулаторный прием, наблюдение и лечение пациентов на дому, как находящихся на активном динамическом наблюдении, так и в порядке срочных вызовов и с целью профилактики рецидивов болезни и социально-опасных действий.

Разрабатываются и внедряются разнообразные психосоциальные программы – психообразовательные занятия с пациентами и членами их семей, модули социальных навыков, независимого проживания, коммуникативные модули. Хорошо налажена работа с вузами города Омска, занимающимися подготовкой психологов и специалистов по социальной работе. Таким образом, работа психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения отражает современные требования к оказанию психиатрических услуг.

Лечение психических расстройств у женщин с аноргазмией.

Шигапова В.И, Ягубов М.И.

*МНИИП-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
МЗ РФ, г. Москва*

Оргазмические дисфункции являются одним из наиболее распространенных сексуальных нарушений у женщин. [8,9,11]. Нами было предпринято исследование по изучению клинко-психопатологических особенностей оргазмических дисфункций у женщин и разработка дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

В результате обследования больные по характеру психической патологии были распределены в 3 клинические группы: I группа - пациентки с невротическими расстройствами 37,1% в виде тревожно-депрессивного расстройства 33,3%, тревожно-фобического расстройства 15,3%, неврастении 51,3%; II группа - со специфическими расстройствами личности 37,1% в виде шизоидного 35,8%, истерического 51,3%, тревожного 12,8%; III группа с шизотипическим расстройством 25,7%.

Расстройства оргазма в 41% случаев возникали после периода нормальной половой жизни на фоне психотравмирующей ситуации и носили парциальный характер (отсутствие коитального оргазма). У остальных больных оргазмические расстройства наблюдались с начала половой жизни. У больных с тревожно-депрессивным расстройством и неврастением помимо нарушений оргазма наблюдалось снижение либидо. У 30% женщин с тревожно-фобическим расстройством половое влечение не ослабевало, однако, вследствие внутрисемейных конфликтов, урежалась частота оргастической разрядки, у лиц с коитальной аноргазмией данная ситуация становилась причиной ее актуализации.

Лечебно-реабилитационные мероприятия у женщин с аноргазмией носили комплексный и этапный характер [4,

5], с учетом особенностей партнерской ситуации. На 1-ом этапе терапевтические мероприятия были направлены на коррекцию психических нарушений. Больным первой группы при устойчивости к психотерапии у пациенток с тревожно-депрессивной симптоматикой присоединялись антидепрессанты с противотревожным или сбалансированным действием. Больным с тревожно-фобическими нарушениями назначались транквилизаторы. В дополнение к терапии антидепрессантами и транквилизаторами для повышения общего тонуса, сексуального влечения и реактивности пациентки с неврастенией получали ноотропы.

С первого посещения, применялась индивидуальная и парная рациональная психотерапия, с элементами когнитивной и поведенческой терапии. Целью ее являлось формирование адекватного отношения, как к сексуальному поведению партнера, так и собственной активности женщины, выявление сексуальных сценариев партнеров. Пациенткам указывали на взаимосвязь с психическими нарушениями. Давалась установка на повышение самооценки, укрепление уверенности в себе, восстановление собственной женской идентичности, позитивного отношения к собственному телу. Важным аспектом психотерапии являлась дезактуализация переживаний, связанных с боязнью одиночества и страхом быть покинутой партнером, поиску и выработке конструктивных способов преодоления трудностей. Характер секстерапевтических рекомендаций зависел от сексуальных проблем и являлся сугубо индивидуальным [4, 7, 15]. У этих пациенток с задержкой психосексуального развития поэтапно формировался сексуальный компонент либидо.

Во II-ой группе применялась суггестивная психотерапия. Однако не всегда в начале лечения была достаточно эффективна психотерапия, из-за острых переживаний, выраженной аффективной напряженности, тревоги и декомпенсации расстройства личности. В этих случаях психотерапии предшествовала фармакотерапия. В

подгруппе с тревожным (уклоняющимся) типом при выраженных проявлениях тревоги и субдепрессии назначались антидепрессанты с анксиолитическим и седативным действием, при выраженных астенических проявлениях были показаны адаптогены. С пациентками проводился анализ взаимоотношений с родителями, взаимоотношений родителей между собой, поскольку конфликты и непонимание и в том, и в другом случае оказывали негативное влияние на формирование сексуальности, способствовали возникновению затруднений в коммуникации с противоположным полом; обсуждался приобретенный в детстве или подростковом возрасте опыт, его влияние на опыт эротических ощущений, реализацию практических навыков, свойственным различным стадиям и фазам психосексуального развития. В беседе акцент делался на повышение оценки собственной женственности, на улучшение взаимоотношений с противоположным полом вообще и с конкретным партнером в частности; пациентке указывалось на то, что необходимо уделять большее внимание сексуальным отношениям (расширять диапазон ласк и поз), фокусироваться на ощущениях и получении удовольствия в интимных контактах.

У пациенток с шизоидным расстройством личности при отсутствии выраженной тревоги назначались антидепрессанты со стимулирующим действием или сбалансированным, адаптогены в сочетании с ноотропными препаратами. Психотерапевтические мероприятия в этой группе также были направлены на преодоление трудностей в сексуальной жизни, повышение толерантности к неудачам, уменьшение масштаба переживаний, разъяснение реалий и норм половой жизни, активное вовлечение, как самих пациенток, так и их партнеров в процесс терапии.

В III группе при выраженных апатико-абулических проявлениях, сужении круга интересов, снижении социальной активности, алибидемии, применялись антидепрессанты со стимулирующим эффектом. При

тревожно–депрессивных состояниях применялись антидапрессанты седативного действия. При наличии сверхценных образований и фиксированных идей, дисморфофобий, сенестопатической симптоматике назначались нейролептики. Психотерапия в этой группе наименее эффективна, однако возможна работа, в некоторых случаях после коррекции нейролептиками. На 2-м этапе на фоне снижения психопатологических проявлений составлялась программа, направленная на повышение интереса к половой жизни, пробуждение эротических, сексуальных фантазий, повышения сексуального влечения и сексуальной предприимчивости у обоих партнеров, ликвидацию ошибочных представлений о нормах половой жизни. При наличии в паре межличностных конфликтов, вызывающих или усугубляющих сексуальную дисгармонию для их устранения использовались методики супружеской психотерапии.

Результаты лечения зависели от психопатологии, выраженности полового влечения, типа аноргазмии (первичной или вторичной) и готовности пациенток и их партнеров к реализации предложенного комплекса терапии, поскольку в условиях амбулаторного сексологического приема при использовании дифференцированных лечебно-реабилитационных программ мы сталкивались не столько с неэффективностью проводимых мероприятий, сколько с их прерыванием пациентками, чаще на этапе положительной динамики.

В ходе лечения у пациенток I и II групп редуцировалась астеническая, тревожно-депрессивная и тревожно-фобическая симптоматика, улучшался фон настроения, нормализовался сон, повышалось либидо (половая предприимчивость, мастурбаторные акты), появлялись оргастические ощущения. В случае, если аноргазмия носила первичный характер, при регулярном выполнении секс-тренингов (методика чувственного фокусирования (I - услаждение, II - генитальное услаждение, необязывающий коитус [16], вибротерапия

пр.), появлялся оргазм при мастурбации либо при взаимном петтинге.

Лучшие результаты были достигнуты у пациенток I группы (76,9%), причем в 46,2% из них было достигнуто полное восстановление оргазмической функции, а в 25,5% наблюдалось значительное улучшение и незначительное улучшение в 5,2% случаев. У пациенток II группы положительные результаты были в 71,7% случаев (30,7% - полное восстановление, 20,5% - значительное улучшение, 20,5% - незначительное улучшение). В группе с шизотипическим расстройством в целом улучшение сексуальной функции в результате терапии достигнуто в 51,8% случаев, из них значительное улучшение произошло в 18,5%, незначительное улучшение – в 33,3%.

Литература

1. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Фармакотерапия психических заболеваний.- М., 1974.- 463 с.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных.- М., “Медицина”, 1988.- 487с.
3. Васильченко Г.С./Общая сексопатология/ «Медицина», Москва, 1977, 380-391 стр.
4. Ботнева И.Л./ Тезисы докладов научно-практической конф. сексопатологов «Вопросы клиники, лечения и профилактики сексуальных расстройств», г.Нижний Новгород 21-23 апр. 1993 г., М., стр. 62-63.
5. Васильченко Г.С, Решетняк Ю.А./ Исследование межличностных отношений у сексологических больных./ Проблемы современной сексопатологии. М., 1972г, стр. 161-172.
6. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С., /Функциональная женская сексопатология/Алма-Ата, «Казахстан» 1985, стр. 3-9, 42-73.
7. Каплан Х. Сексуальная терапия, Москва, «Класс», 2007..
8. Каплан, Г.-И., Сэддок, Б.-Дж. Клиническая психиатрия. М., Медицина, 1994 г.

9. Рожановская З.В., Свядоц А.М./ К вопросу об оргазме у женщин./ М., Материалы научно-практической конференции «Вопросы сексопатологии», 1969г.
10. Свядоц А.М. /Женская сексопатология/ Москва, «Медицина», 1974
11. Свядоц А.М. /Неврозы/ Москва, «Медицина», 1982
12. Bitzer J, Alder J. Female sexual dysfunction Frauenklinik, Universitätsspital Basel, Basel. 2010 Mar
13. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. Department of Obstetrics and Gynaecology, University of British Columbia, Vancouver, Canada. 2010 Feb
14. Jayne C, Gago BA. Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder. The Center for Women's Sexual Health, Female Urology and Voiding Dysfunction Fellow, Scott Department of Urology, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA. Clin Obstet Gynecol. 2009 Dec
15. Kaplan H.S. The new Sex Therapy. New York : Brunner /Mazel , 1974
16. Laumann E. O. Essentials of Familial Sexual Dysfunction from a Therapy Perspective: Female Orgasmic Disorder, 1999, 2006.
17. Masters W.H., Johnson V. E., Human sexual inadequacy. - Boston Little Brown, 1970

Медико-социальная помощь и психообразование во внестационарной детско-подростковой психиатрической сети

Шмакова О.П.

Цель: анализ особенностей и проблемных аспектов амбулаторной психиатрической помощи детям и подросткам.

Материал и методы. В ходе длительного (максимальный срок прослеживания – 20 лет) проспективно – катамнестического изучения когорты из 1203 (м.- 914 (76%), ж. – 289(24%)) заболевших в детстве и обратившихся в психоневрологический диспансер (бывший ПНД № 21 г. Москвы) пациентов 1990-1992 г.г. рождения, катамнезирванных в возрасте 23-25 лет (1095 больных – 91%), выявлены особенности и проблемные аспекты амбулаторной медико-социальной помощи детям и подросткам; предложены методики психообразования и выявления дефицита повседневных навыков подростков.

Из 1203 пациентов, 43,3% (521 человек) наблюдались в связи с органическими психическими расстройствами (далее - ОПР); 17% (205) – с умственной отсталостью (УО); 12,8% (154) – с расстройствами шизофренического спектра (РШС); 7,8% (94) - с расстройствами личности; 7,6% (91) – с невротическими расстройствами; 6,8% (82) – с нарушениями поведения и эмоций в детском возрасте; 4,7 % (56) – с иными психическими расстройствами.

135 (м.- 91; ж.- 44) – 11% в возрасте до 18 лет признавались детьми-инвалидами: 65 (м.-40; ж.-25) – 32% из всех больных, наблюдавшихся с УО; 21 (м.-11; ж.-10) - 4% с ОПР; 49 (м.-40; ж.-9) – 32% с РШС; в иных нозологических категориях инвалидов не было. В возрасте 23-25 лет 139 человек (м.- 99; ж.- 40) были инвалидами.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический, клиничко-катамнестический, статистический. Степень тяжести

клинической картины оценивалась по шкале CGI-S; уровень интеллектуальных нарушений – методиками Векслера, Равена. Для ранжирования больных по уровню социального функционирования в подростковом возрасте использовалась: «Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами» (далее - «Карта») [1,2].

Результаты и обсуждение. Среди детей и подростков, обратившихся в районный ПНД, преобладали в дальнейшем наблюдавшиеся по поводу ОПР: 521 человек – 43,3%. Второй по распространённости нозологией являлась УО: 205 – 17%; третьей – РШС: 154 – 12,8%. В то время как среди взрослых пациентов ПНД преобладают больные с РШС (удельный вес в общем числе больных – около 40%) и ОПР (также около 40%); по поводу УО наблюдается менее 10% контингента взрослых [3,4]. Процент детей-инвалидов при в целом невысоком показателе (11%), оказался наибольшим среди пациентов с РШС и УО (по 32%).

Обследование по «Карте» в подростковом возрасте пациентов с УО, выявило положительную корреляцию между итоговым средним баллом развития навыков и тяжестью умственного недоразвития – чем выше были интеллектуальные показатели, тем выше балл, оценивавший социальную адаптацию (коэффициента ранговой корреляции Спирмена: $r = 0,567382$, $p < 0,00001$). Для всех пациентов с УО было характерно снижение уровня развития образовательных навыков при относительной сохранности развития навыков самообслуживания, бытовых умений.

Социальная адаптация неинвалидизированных подростков с ОПР (500 человек), нарушалась незначительно, зачастую временно, ситуационно. Худшие показатели развития повседневных навыков регистрировались у инвалидов вследствие ОПР, перенёсших тяжёлое органическое поражение мозга, повлекшее тяжёлое либо умеренное нарушение интеллекта, двигательные нарушения. Недостаточность

развития навыков общения у этих инвалидов (0,52 балла) обуславливалась неадекватностью в межличностных взаимодействиях по причине вязкости мышления, наличия психопатоподобных расстройств, аффективной неустойчивости, что не позволяло пациентам удерживаться в детских коллективах (их переводили на индивидуальное обучение). В семьях больные либо конфликтовали с родственниками, либо проявляли патологическую пассивность и инертность. Самыми плохо сформированными оказались навыки по контролю и планированию своей деятельности (0,33), способность ориентироваться вне дома и пользоваться общественным транспортом (0,46), вследствие интеллектуальных нарушений, неадекватности поведения, частого сочетания с нарушениями двигательной - моторной сферы.

Больные, наблюдавшиеся по поводу РШС, демонстрировали значительный разброс в уровне социальной приспособленности. Негативное влияние на их адаптационные возможности оказывали сохраняющаяся активность эндогенного процесса, ранний возраст его начала и значительная степень прогрессивности. Характерной особенностью подростков с РШС во время осмотра являлось псевдо – отсутствие того или иного навыка, по причине значительных затруднений в его реализации в момент контакта врачом. Подростки с РШС показывали низкие баллы состоятельности во многих сферах: в разделе «общение» более нарушенными оказывались невербальное общение, сложные техники общения, межличностное взаимодействие. Многими навыками из разделов «самообслуживание» и «быт» пациенты с параноидной формой и шизотипическим расстройством обладали, но фактически не реализовывали их в силу негативных расстройств, бредовой симптоматики. Пациенты, страдавшие ранними детскими формами болезни, с олигофреноподобным дефектом требовали постоянной помощи в самообслуживании и быту, передвижении вне дома, поэтому вопрос о наличии и реализации этих навыков зачастую не стоял, навыки были

не сформированы. У большинства больных РШС отмечалась также диссоциация между образовательными навыками и компетенциями из сфер самообслуживания и быта, противоположная соотношению, выявленному у умственно отсталых детей. Больные шизофренией, демонстрируя неплохой уровень знаний, оставались беспомощны в быту. Наконец, эти пациенты обнаруживали индивидуальные предпочтения в реализации навыков.

Катамнестическое обследование в возрасте 23-25 лет (2013-2015 г.г.) выявило, что среди неинвалидизированных в детстве и в молодом взрослом возрасте пациентов – 956 чел., учились и имели постоянную либо временную занятость 748 человек (79%); не работали и не учились – 208 (21%), тогда как по данным государственной статистики в эти годы уровень безработицы населения составлял 5,6%; безработица среди 20-24 летних – 14,3%; среди 25-29 летних – 6,2% (данные за 2015 г. по сведениям Росстата, портала: <http://www.gks.ru/>) [5].

Основными факторами, способствовавшими успешной социальной адаптации во взрослом возрасте являлись: близкие к нормативным показатели интеллекта; лёгкая степень выраженности психопатологических расстройств; малая прогрессивность эндогенно обусловленных заболеваний; отсутствие, либо минимальная представленность коморбидных расстройств; комплаентность как самих больных, так и их родителей; проведение поэтапного комплексного лечения, психолого-педагогических и социальных коррекционных мероприятий на протяжении взросления; отсутствие выраженных личностных девиаций и инфантилизма; адекватный образовательный маршрут; благополучное социальное окружение.

Инвалиды во взрослом возрасте (139 больных) в основном являлись инвалидами с детства (118 человек). К самым инвалидизирующим заболеваниям можно было отнести выраженные формы умственной отсталости (глубокую, тяжёлую, умеренную – 100% этих больных, как в детстве, так и во взрослом возрасте нетрудоспособны),

расстройства шизофренического спектра (инвалидизирована треть (32%) пациентов). Несмотря на относительную компенсацию клинических симптомов, инвалиды в возрасте 23-25 лет, как правило, не работали, проживали с родственниками, частично или полностью обслуживались ими.

Выявлен ряд недостатков амбулаторной медико-социальной службы, способных привести пациентов к выраженной социальной дезадаптации: запоздалая обращаемость к психиатрам и частая первичная гиподиагностика расстройств, приводившие к задержке начала специфического лечения и иной помощи; запоздалое оформление инвалидности детства; недостаточное внимание социализации больных в пределах семьи и микросоциума, неадекватный образовательный маршрут.

Таким образом, медико-социальная помощь пациентам, с детства амбулаторно наблюдающимся в связи с психическими заболеваниями, должна быть переформатирована в направлении более активного выявления начальных психических расстройств (сроки диспансеризации необходимо сделать более частыми и обоснованными); при первичном контакте необходимо выстраивать доверительные отношения с родственниками и самими больными, заниматься их психообразованием. Выявление и обсуждение с родителями наиболее проблемных сфер жизнедеятельности ребёнка должно завершаться разработкой реабилитационных программ по формированию утраченных или невыработанных навыков повседневного функционирования. В диагностической работе необходимо использовать «Карту».

Психообразовательные беседы должны включать комплекс вопросов (табл.) [6,7]. В отличие от семинаров, проводимых со взрослыми пациентами и теми, кто находится в стационаре, психообразование в условиях детской поликлиники осуществляется индивидуально с родственниками больных, а также самими пациентами, достигшими подросткового возраста. Темы чередуются в

свободном порядке, при возникновении запроса у близких и самих больных, по мере необходимости с точки зрения помощи пациентам, для формирования комплаентности. Вопросы, обсуждаемые с родственниками, схожи с теми, что впоследствии проговариваются с подростками. Тематика разбирается в индивидуальной адаптированной манере для каждого собеседника.

Литература

1. Мазаева Н.А., Шмакова О.П. Оценка социальных навыков и умений подростков с хроническими психическими расстройствами, сопровождающимися нарушениями адаптации: Медицинская технология.– М.: МАКС Пресс, 2015.– 40 с.
2. Шмакова О.П., Мазаева Н.А. Нарушения формирования навыков жизнедеятельности у подростков и лиц юношеского возраста, с детства страдающих хроническими психическими расстройствами: Методические рекомендации.-М.: МАКСПресс, 2014. - 24 с.
3. Суетин М.Е. Амбулаторно протекающие депрессивные расстройства в повседневной работе участкового психиатра (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис....канд. мед. наук. – М., 2010. – 21 с.
4. Шмакова О.П. Эндогенная патология в разновозрастных контингентах психоневрологического диспансера // Тезисы докладов Второй Всероссийской конференции с международным участием. «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии». – Томск, 2008. – С. 243-245.
5. Рабочая сила, занятость и безработица в России (по результатам выборочных обследований рабочей силы). 2018: Стат.сб./Росстат. М., 2018. 142 с.
6. Солохина Т.А. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим

- шизофренией. Методические рекомендации.– М.: МАКС Пресс, 2012. – 32 с.
7. Солохина Т.А. Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных. Методические рекомендации.– М.: МАКС Пресс, 2012. – 36 с.

Сообщения

Brief story of the Polyclinic¹⁰ 18 of Malakoff¹¹ (1991-2012) or how it has been possible, for twenty years, to hospitalize in the community.

Denis Chino¹²

Honorary Psychiatrist of the Hospitals, Psychiatrist attached CMP Children / Teenager in Bernay, Normandie, France and formerly Chief of Pole at the Paul Guiraud Hospital in Villejuif, France

This is the brief story (twenty years) of an institution probably unique in France. This was not an ordinary psychiatric clinic experience. It has been an experience of public service's hospitalization in the community. In this polyclinic were treated, for 20 years, mentally ill patients of the communes of Montrouge and Malakoff, in the southern suburbs of Paris.

If a precedent could be found ... it should go back to 1802 and the experience of Jean-Etienne Esquirol, at *la maison de santé* de la rue Buffon à Paris, he had created, facing the Salpêtrière, with his mentor Philippe Pinel.

For all these years, at the initiative and under the impetus of Edmond Sanquer (1932-2004), in memory of which we will pay tribute in this communication, then under my direction, were received, in a small space of 400 m², which was inside, but apart, from one of the largest set of photographic studios in the Paris region, containing 5 and then 7 full-time hospital beds, all patients who should require short-term hospitalization (two to three weeks).

¹⁰ Of the ancient Greek, *polis*: clinic in the city

¹¹ Administratively attached to the Paul GUIRAUD Hospital in Villejuif, France

¹² Honorary Psychiatrist of the Hospitals, Psychiatrist attached CMP Children / Teenager in Bernay, Normandie, France and formerly Chief of Pole at the Paul Guiraud Hospital in Villejuif, France

It turned out over time that this place became the place of election for a vast majority of patients, who were previously interned in the psychiatric hospital¹³ and that way of operating hospitalizations, in all the pathological field of psychiatry, made us rediscover the fact that the sources of American psychiatry were the idea, first developed by Adolphe Meyer (1886-1950), that mental illness (or rather its acute expression) was often only a "reaction".

Over the years, we have found ourselves treating crisis situations for serious and often chronic mental illnesses. We were able to observe that often it was not the pathological situation that created the factors of severity and chronicity, but factors related to the family, and the social and environmental context.

For these reasons, such modalities of management of mental pathology was only made possible because were added, to this policlinic, a day hospital, a CATTP¹⁴, an association of auxiliary of life and two centres of consultations, which allowed the patients, once out of the clinic, do not face a feeling of loneliness and abandonment, because beyond the contextual modalities that has been mentioned, we were also aware that mental pathology is a powerful destroyer of social connections.

Unfortunately, this experience could not be maintained (even if it made possible the creation of a 120-bed psychiatric hospitalization facility near the Antoine Béclère University Hospital Centre in Clamart), because of a paradigm shift in security that began to emerge in France in the 2000s and which has now become prevalent, leading French psychiatry to the current crisis.

¹³ In Paul Guiraud Hospital

¹⁴ Part-time Therapeutic Reception Center

Strategies to fight against stigma of depression

Adela Magdalena Ciobanu¹, Larisa Maria Catrinescu²,
Cristina Neagu³, Camelia Popa⁴

¹ *Associate Professor PhD; University of Medicine and Pharmacy “Carol Davila” Bucharest, department of psychiatry, head of 1st department at “Alexandru Obregia” Clinical Hospital of Psychiatry, Bucharest*

² *MD, 1st department at Alexandru Obregia” Clinical Hospital of Psychiatry, Bucharest*

³ *MD 1st department at Alexandru Obregia” Clinical Hospital of Psychiatry, Bucharest*

⁴ *Professor; Romanian Academy, department of psychology*

Objectives. Our main purpose is to correct the misunderstood issues of the population regarding the patients diagnosed with depression and throughout this to improve the quality of life, health and wellbeing of the latter.

Methods. In order to fulfill the objectives we analyzed the existing methods and national programs, we evaluated their efficiency and the procedure of implementation. All this for patients with depression of different ages, gender, race, socio-economical statuses, marital statuses and educational degree.

Results. During recent years, the media coverage of psychiatric disorders, mainly depression, has lowered the level of stigma regarding these patients. However, this improvement remains a national issue. Our detailed research has shown that there is still a high level of stigma towards psychiatric patients in general and depression is not the exception. Moreover, there is a lack of education regarding mental health issues.

For improving our patients lives several actions should be the implemented, such as:

- monitoring patients with risk factor for developing depression in order to prevent the disease and to early identify it;
- implementation of educational programs for these patients;

- sharing the stories of people with this diagnosis to inform the general public of the struggles of depressive illness, thus reducing the stigma through the power of example;
- promote the importance of mental health education ;
- encouraging equality between mental and physical illnesses;
- teaching people to show compassion towards these patients;

Conclusion. The need of developing new national programs anti stigma, early detection of psychiatric illnesses, reinforcement of social support networks and social/familial reinstatement of these patients is highly needed.

Bipolar Depression in Clinical Practice

Walid Sarhan

Amman-Jordan

The challenge that faces clinicians is the diagnosis and management of bipolar depression, as the periods of depression are the major part of suffering for patients with BAD.

There is delay in diagnosing bipolar affective disorder because of the similarities of unipolar and bipolar depression and missing hypomanic episodes as good recovery from depression by the patient and sometimes by the families.

The management of bipolar depression is difficult as most treatments are not that effective in its management, the controversy of using antidepressants and mood dysregulation that could result from it.

Many guidelines are available to help clinicians in managing the condition, but many questions are still not answered.

Психопатологические механизмы сексуальных
ООД, совершенных психически больными,
проходившими принудительное лечение в ГБУЗ
«ПКБ № 5 ДЗМ»

О.С.Ахмедова

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5
ДЗ г. Москвы»*

Получены сравнительные результаты клинко-психопатологического исследования пациентов (общее число 71), совершивших сексуальные деликты и помещенных на принудительное лечение в ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ». С учётом специфики стержневых расстройств, напрямую связанных с противоправным деянием, пациенты были отнесены к трем группам. Первую составили 27 пациентов с различными расстройствами сексуального предпочтения – парафилиями. Во вторую группу вошли 27 пациентов, не страдающие парафилиями. В третью группу включены 17 пациентов, у которых расстройства сексуального предпочтения диагностированы не были, однако исключить их, по имеющимся объективным сведениям, было нельзя. Критерием их включения в данную группу явилась повторная девиантная сексуальная активность в анамнезе с трудностями вербализации своих переживаний в силу имеющихся выраженных дефицитарных расстройств различного генеза или диссимуляции с полным отрицанием актуальных девиантных сексуальных побуждений (1). Проанализировано влияние различных факторов на формирование психопатологических механизмов совершенных ими сексуальных ООД (2), что напрямую определяет степень риска (3) и выбор мер профилактики их рецидивов (4,5).

Литература

1. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. - М., 2015. - 648 с.
2. Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Принципы дифференцированного принудительного лечения. Научно-практическое пособие. - М., 1996.
3. Берёзкин А.С., Кузнецов Д.А., Попова Е.М. Алгоритм выбора вида стационарного принудительного лечения больным с тяжелыми психическими расстройствами, совершившими ООД. Сборник статей конференции, посвященной 110-летию Психиатрической больницы № 5 «Актуальные вопросы судебной психиатрии и принудительного лечения». - М., 2017. - С. 3-16.
4. Макушкина О.А., Казаковцев Б.А. Мониторинг эффективности профилактики общественно опасных действий психически больных на этапе принудительного лечения // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы: Под ред. В.В.Вандыша. М.: ФГБУ «ГНЦССПим.В.П.Сербского» Минздравсоцразвития России, 2012. Вып. 9. 244с.
5. Coleman E., Gesnik J. et al. An exploratory study of the role of Psychotropic medication in treatment of sex offenders. // J. of Offender Rehabilitation. - 1992. - Vol. 18. - P. 75-88.