

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга  
СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»  
Кафедра психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова  
Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга

# ЭФФЕКТИВНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР: КАКИМ ОН ДОЛЖЕН БЫТЬ?

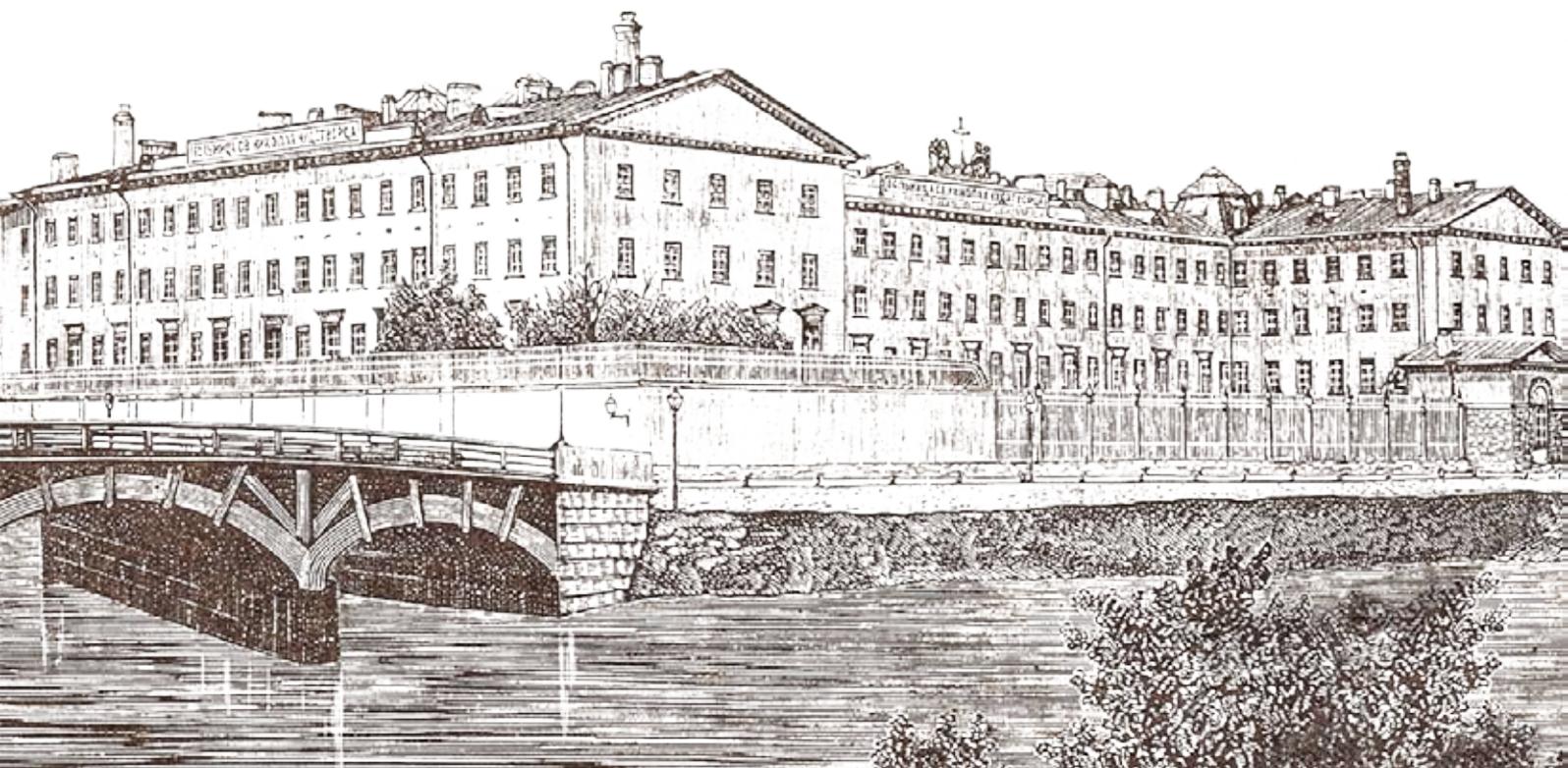
[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]  
**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**

межрегиональной научно-практической конференции  
«Эффективный психиатрический стационар: каким он должен быть?»  
Санкт-Петербург (09 декабря 2016 года)

Под общей редакцией С.Я. Свистуна, М.Ф. Денисова

ISBN 978-5-905498-59-6

© СПбГКУЗ Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, 2016  
© Коллектив авторов, 2016  
© ООО «Альта Астра», оформление, 2016



**ЭФФЕКТИВНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР: КАКИМ ОН ДОЛЖЕН БЫТЬ?** [Электронное издание]: / сборник материалов Межрегиональной научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 09 декабря 2016 года) – СПб.: Альта Астра, 2016. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. – ISBN 978-5-905498-59-6.

---

*Члены редакционной коллегии:*  
*М.Ф. Денисов, С.Я. Свистун (научные редакторы),*  
*Е.В. Снедков, А.Н. Лесков, В.А. Некрасов*

*Оригинал-макет подготовлен издательским отделом*  
*ООО «Альта Астра», 191144, Санкт-Петербург,*  
*Старорусская ул., д. 8, лит. А, тел./факс: (812) 386-38-31,*  
*e-mail: info@altaastra.com, www.altaastra.com*

*Дизайн, верстка: Альков А.С.*

*Сдано в набор 02.12.2016, подписано к использованию 08.12.2016*  
*Гарнитура «Калибри», формат 60X84 1/8, 168 стр.*

*Объем 28,5 Мб*  
*Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,*  
*упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж 230 экз.*

**ISBN 978-5-905498-59-6**

© СПбГКУЗ Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, 2016  
© Коллектив авторов, 2016  
© ООО «Альта Астра», оформление, 2016

# ЗАДАЧИ КОНФЕРЕНЦИИ

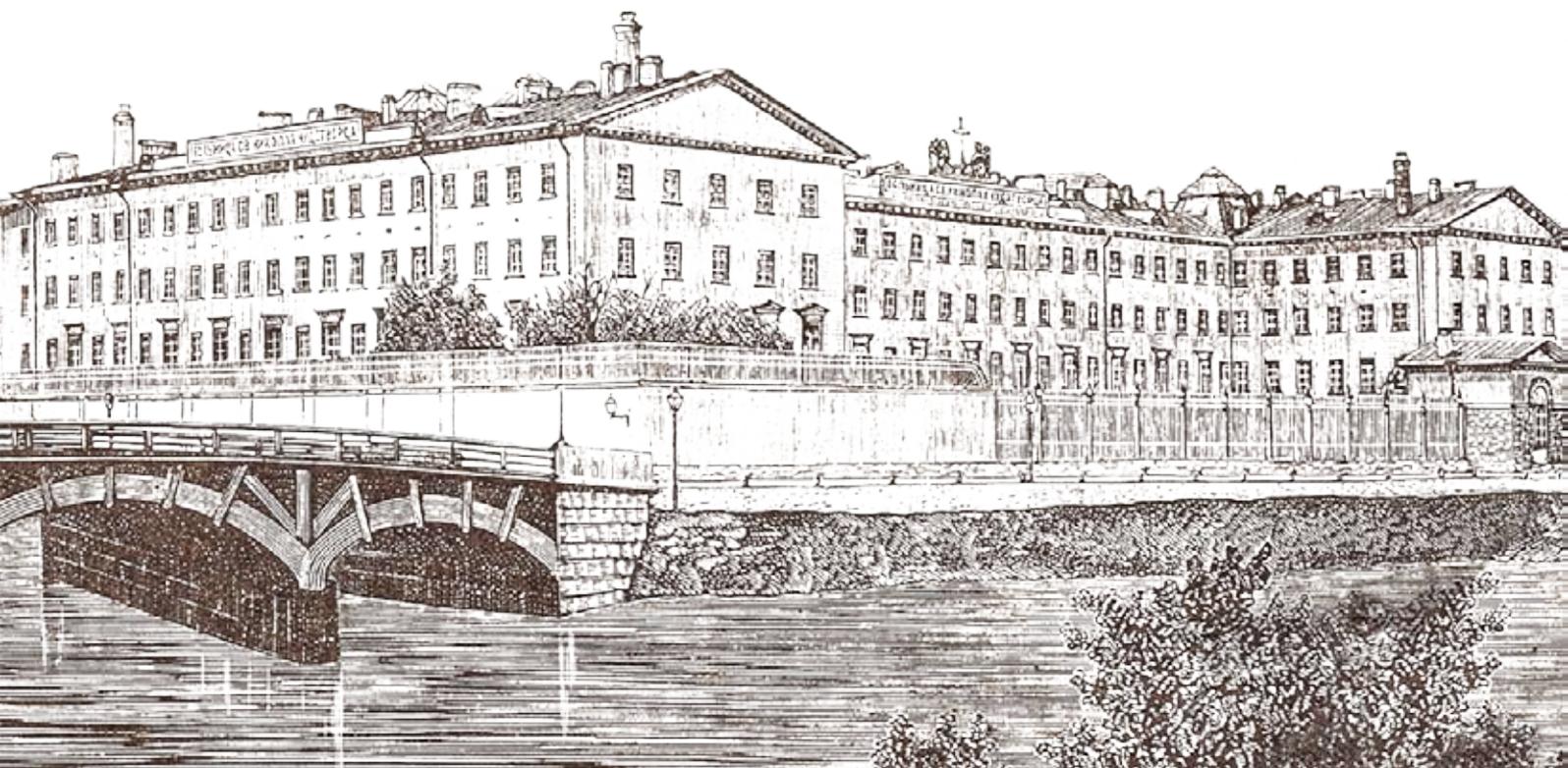
*Уважаемые коллеги! Дамы и господа!*

Мы сочли целесообразным провести конференцию, посвященную стационарной психиатрической помощи. Вызвано это и актуальностью вопроса для самих организаторов, представляющих, в основном госпитальную психиатрию и в связи с тем, что последний профессиональный обмен мнениями по данной теме в нашем городе состоялся в 2009 году на конференции, посвященной юбилею больницы им. П. П. Кащенко. Конечно, те или иные вопросы стационарной помощи регулярно обсуждались на разных форумах, в том числе и на последнем, XVI съезде РОП (2015 г.), однако, повторяю, более 7 лет не было конференции целиком посвященной заявленной теме.

В какой-то степени это связано со смещением акцентов на обсуждение амбулаторной помощи, даже модностью такой акцентуации в значительной степени административно инспирированной. Однако, людям, работающим в практической психиатрии известно, что внебольничная и стационарная помощь не должны противопоставляться, конкурировать, у каждой из видов помощи своя зона ответственности, возможности и компетенции. И только в их правильном соотношении и взаимосвязи залог успешного функционирования психиатрической службы в целом.

Хочу сразу предупредить, а может и успокоить участников, что на конференции не будут обсуждаться вопросы финансирования, преимуществ и недостатков фондодержания или глобального бюджета, и хозяйственной деятельности в условиях экономического кризиса. Не выносятся на обсуждение и вопросы кадрового обеспечения.

Не подлежит сомнениям, что эти вопросы архиважны для обеспечения нормального функционирования психиатрических стационаров, каждый из них заслуживает отдельной дискуссии. Однако эти темы, с нашей точки зрения, относятся к ситуациям, описываемым в рамках теоремы Курта Геделя (так называемой, «теоремы неполноты») суть которой в том, что в любой теории есть утверждения, истинность которых не может быть доказана в рамках этой теории. Экстрополируя



этот постулат можно сказать, что в любой системе есть вопросы, проблемы, процедуры, состояния, не решаемые компетенциями самой системы. Поэтому, мы предлагаем не тратить время на обсуждение общеизвестных проблем настоящего времени, серьезно осложняющих функционирование психиатрических больниц, но которые мы не можем решить силами соответственно психиатрической службы, мы вынуждены принять их как данность, в условиях которой необходимо искать пути улучшения работы.

Впрочем, это ни в коей мере не ограничивает нас в праве на констатацию этих проблем и фиксации их в резолюции конференции с адресацией к инстанциям, компетентным решать эти вопросы.

Проект резолюции предлагается в документах конференции, просьба присылать в президиум предложения по ее редакции.

Программа конференции предлагает вниманию и актуальные обзорные работы, и опыт функционирования психиатрической службы в условиях страховой медицины, анализ «блеска и нищеты» процессов деинституализации в психиатрии, ее достижения и разочарования, и естественно, оригинальные работы, выполненные сотрудниками больницы Святого Николая Чудотворца и Мечниковской академии, как на базе больницы, так и в других медицинских учреждениях города. Конференция вызвала большой интерес и, к сожалению, мы не смогли включить в ее программу все предложенные доклады в связи с регламентными ограничениями. Часть докладов включены в сборник, предлагаемый вниманию конференции. В заключении хочу выразить уверенность, что конференция пройдет продуктивно, и надеемся, обогатит участников новыми идеями. Хочется верить, что предложения конференции сыграют посильную роль в улучшении, совершенствовании психиатрической помощи, в том числе стационарной.

***С.Я. Свистун***

*Заслуженный врач РФ,  
главный врач СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница  
Св. Николая Чудотворца»*

**В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.Г. Студзинский, Д.Р. Тахташова**

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ В КОНТЕКСТЕ КАЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Достижение высокого уровня психиатрической помощи возможно путем постоянного системного управления качеством, охватывающим сферу общемедицинских показателей, соблюдение стандартов диагностики, биологического и психосоциального лечения, практику мониторинга психотерапевтических воздействий и соблюдение этических нормативов. Особо приоритетной сферой является гуманитарно-правовая составляющая системы повышения качества помощи психически больным людям.

В современных условиях наблюдается диспропорция между предусмотренными законодательством о психиатрической помощи государственными гарантиями оказания психиатрической помощи надлежащего качества и реальной практикой, ориентированной на медицинскую модель, которая не только не в состоянии обеспечить достижение такого результата и не позволяет полноценно реализовать ни один из принципов оказания психиатрической помощи, предусмотренных законодательством, но и исключает возможность сотрудничества с пациентом, и способствует формированию субъект-объектных отношений с больным и отторжению его от общества.

Выходом из сложившегося положения могла бы стать постепенная неформальная переориентация отечественной психиатрии как науки и практической деятельности на рельсы доказательной медицины и качественной клинической практики. Такой опыт уже в течении многих лет накапливается и используется в цивилизованных странах, снижая риск оказания пациенту недоброкачественной медицинской помощи. Кроме того, любая модель структурной реорганизации системы оказания психиатрической помощи должна содержать в себе механизмы реализации государственных гарантий необходимого объема и надлежащего качества психиатрической помощи, и социальной защиты лиц с психическими расстройствами.

Гарантиями качества медицинской, в т.ч. психиатрической помощи является обеспечение каждого пациента таким комплексом диагностической и терапевтической помощи, которая привела бы к оптимальным для его здоровья результатам. Выделяют три основных компонента психиатрической помощи: а) адекватность; б) экономичность; в) научно-технический уровень. Понятие «адекватность» предполагает доступность и результативность психиатрической помощи, которая должна быть оказана своевременно, в соответствии с установленной технологией и в объеме, достаточном для достижения положительного клинического результата. Под «экономичностью» понимается достижение максимальных результатов при минимальных финансовых затратах (соотношение затрат и достигнутых результатов). Наконец, «научно-технический уровень» отражает уровень использования при оказании медицинской помощи современных достижений в области медицинских знаний и технологий.

В соответствии с международными стандартами современная модель обеспечения качества психиатрической помощи должна включать три основных компонента:

1. Системный подход, предполагающий, что методы управления и оценки деятельности психиатрического учреждения направлены на достижение четких, конкретных и проверяемых качественных результатов лечения.

2. Содержание психиатрической помощи должно быть ориентировано на максимально возможное удовлетворение потребностей пациента и соответствовать современным достижениям в области психиатрии и смежных дисциплин.

3. Критерии оценки качества помощи и механизмы контроля должны охватывать все составляющие этого процесса, быть максимально объективными и опираться на нормативную базу.

Нормативной основой качественной психиатрической помощи является стандартизация различных ее составляющих, т.е. установление оптимальных организационно-функциональных норм и требований с приоритетом международных стандартов. Стандарты психиатрической помощи

должны способствовать устранению многочисленных факторов, мешающих оказать качественную помощь и отрицательно влияющих на ее конечный результат. В частности, они должны способствовать не только внедрению новых лечебно-диагностических технологий, но и решению проблем организационно-управленческого характера, организации жизненного пространства пациентов в больнице, соблюдению этико-правовых норм и оптимальной длительности лечения, повышению уровня квалификации медицинского персонала, улучшению медикаментозного обеспечения. Поэтому стандарты должны охватывать все аспекты психиатрической помощи: диагностические, лечебно-профилактические, законодательно-правовые, морально-этические, организационно-управленческие, медико-экономические, стандарты социальной реабилитации и медико-социальной экспертизы.

Диагностический стандарт или стандарт постановки психиатрического диагноза включает цепную реакцию жизненно важных для человека профессиональных действий со стороны врача, в том числе множественных санкций, ограничивающих социальное функционирование пациента. Между тем традиционное клиничко-психопатологическое исследование с исключительной ориентацией на категориальный диагноз не учитывает индивидуальных морфофункциональных, клиничко-динамических и личностных особенностей пациента, не обеспечивает системного представления о характере выявленных нарушений, уровне снижения жизнедеятельности, обусловленном болезнью, и реабилитационном потенциале больного, и поэтому не может быть использовано для принятия адекватных клинических решений, относящихся к терапевтической, экспертной и реабилитационной тактике. Такой подход к диагностике психических расстройств может рассматриваться как суррогатный или упрощенный. К тому же, диагностика, основанная на категориальной классификации МКБ-10 не является научно обоснованной, поскольку не является научно обоснованной сама классификация, предназначенная, прежде всего для статистических целей.

Неправильный (необоснованный) диагноз – предпосылка стигматизации, злоупотреблений психиатрией и причинения ущерба интересам личности. Из этого следует, что психиатрическая диагностика нуждается в стандартизации не в меньшей мере, чем разработка лечебных стандартов. Следование диагностическому стандарту позволяет надежно, в соответствии с клинической реальностью, идентифицировать не только психическое расстройство, но и определить диагноз больного и создать основу для назначения адекватного индивидуализированного лечения.

Диагностический стандарт – это спецификация диагностических критериев в форме, наиболее приемлемой для практики или совокупность принципов и правил, которые обеспечивают высокий уровень его клинической пригодности и достоверную диагностику психического расстройства. Основной принцип и конечная цель диагностического стандарта состоят в достижении высокой сопоставимости и воспроизводимости диагностических заключений. Только в этом случае диагностическую процедуру можно называть нормативной, а диагноз – достоверным. Только на основе диагностических стандартов должны создаваться лечебно-реабилитационные стандарты.

Основными требованиями к разработке диагностических стандартов в психиатрии, по нашему мнению, являются:

1. Соответствие их международным требованиям, зафиксированным в Законе о психиатрической помощи. Эти требования изложены в различных материалах «семейства» МКБ-10 и предусматривают использование единой диагностической технологии.

2. Научное обоснование и четкая методическая проработка диагностических стандартов, суть которых состоит: а) в жесткой спецификации различных компонентов клинического многоосевого диагноза и особой (операционально-алгоритмической) логике диагностического исследования; б) в использовании стандартизированного клинического исследования и в) в разработке программ обучения правильному использованию МКБ-10 в клинической практике.

3. Реальная возможность клинического применения и улучшения качества диагностики. Эта деятельность требует дополнительных ресурсов, хотя и предполагает значительные организационные и образовательные усилия со стороны руководителей психиатрических учреждений и врачей-психиатров по их внедрению.

Диагностический стандарт, по существу, является технологическим стандартом, т.е. регламентирующим содержание и последовательность диагностического процесса при распознавании психического расстройства в его категориальном и многоосевом определениях. Технологический стандарт должен рассматриваться как гарантированное обеспечение каждого пациента оптимальной на данный момент диагностической процедурой с целью достижения результата (диагностического заключения), соответствующего клинической реальности.

**В.А. Абрамов, О.Н. Голоденко, О.Г. Студзинский, А.В. Абрамов**

## **ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Качественно новая система психиатрической помощи предполагает замену традиционно устоявшихся, но мало эффективных форм, на научно признанные модели, которые, помимо структурной реорганизации, включают новые подходы к содержанию лечебно-диагностического процесса, реально влияющие на качество жизни пациентов. Ее научное обоснование не должно противоречить гражданской социально-политической модели развития общества с ее демократичными ценностями и ориентацией на свободу личности. Поэтому основная цель реформ в психиатрии заключается в гуманизации психиатрической помощи, а ее главным приоритетом является соблюдение и защита прав, свобод и законных интересов человека и гражданина.

Однако построение научных теорий, обосновывающих ту или иную модель организации психиатрической помощи, связано со значительными трудностями в связи с гипотетическими представлениями о природе (этиологии, патогенезе) большинства психических расстройств, консенсусным (атеоретическим) характером классификационных подходов, отсутствием чётких критериев эффективности психиатрической помощи, непреодолимыми противоречиями и невозможностью баланса между необходимостью мер, направленных на защиту общества от посягательств со стороны пациентов и моральной неприемлемостью изоляции и дискриминации больных.

Возможность преодоления этих трудностей и противоречий связана исключительно со сферой доказательной психиатрии, которая опирается на эмпирические факты, отражающие целостные представления о структурно-функциональной организации психиатрической помощи, а также с гуманистическими подходами к ее оказанию. В основу этих представлений и концептуальных подходов к созданию качественно новой системы психиатрической помощи, на наш взгляд, могут быть положены следующие факты:

1. В возникновении и развитии психических расстройств принимают участие биологические, личностно-психологические и социальные факторы.
2. Целостное представление о пациенте возможно только при использовании многоосевого подхода к диагностике с определением уровня функциональной недостаточности больного, индивидуальных ресурсов личности и возможности социальной поддержки.
3. Результат (эффективность) лечения и качество жизни больного непосредственно связаны с использованием мультимодального интегративного медико-социального вмешательства.
4. Уровень стигматизации и самостигматизации, в значительной степени определяющий клинический и социальный прогноз больных и качество их жизни, является критерием разнообразия и интенсивности дегуманизирующих психиатрических вмешательств.
5. Уровень социальной опасности больных и безопасность общества при оказании психиатрической помощи имеют мультифакторную обусловленность и в большей мере связаны с качеством психиатрической помощи, чем с особенностями психопатологических расстройств.

Исходя из этого, новая модель организации психиатрической помощи должна предусматривать не только структурные изменения, но и изменения концептуальных и мировоззренческих подходов к её содержанию. Все элементы структурно-функциональной реорганизации психиатрических служб будут действенными и эффективными только в случае использования новой концепции психиатрической помощи включающей:

- создание дестигматизирующих условий оказания психиатрической помощи;
- ориентацию на ценностно-гуманистические, личностно-центрированные подходы к лечебно-диагностическому процессу;
- использование диагностических конструкций, отражающих целостное представление о пациенте;
- интегративные терапевтические подходы, нацеленные на восстановление социальной компетентности больных и их интеграцию в сообщество.

Стратегические направления психиатрической помощи предполагают выделение политического, организационного, финансово-экономического и функционального вектора. Политический вектор включает отношение к психическому здоровью как к важнейшей составляющей политики государства в области здравоохранения и глубокое понимание на всех уровнях власти социальной значимости адекватной организации системы психиатрической помощи и необходимости ее соответствия международным стандартам и государственному законодательству. Финансовый вектор заключается в экономическом регулировании деятельности службы, использовании ресурсосберегающих технологий стационарной и амбулаторной помощи, постепенном переходе от стационарно ориентированной ресурсоемкой помощи к общинной (коммунальной), совершенствовании внебюджетного ее финансирования. Организационный вектор обеспечивает развитие альтернативных форм стационарной и амбулаторной помощи, свободных от изоляции, принуждения и стигматизации. Функциональный вектор – личностно-ориентированный, ценностно-гуманистический подход к оказанию психиатрической помощи, направленный на удовлетворение нужд и потребностей пациента.

Критерием упорядоченности и жизненности новой системы психиатрической помощи является гармонизация её нормативных документов и содержания. Гармонизация – это процесс интеграции системы психиатрической помощи в единое общеевропейское пространство с сохранением собственного опыта и национального своеобразия. В частности, стратегии оказания психиатрической помощи должны быть гармонизированы с рекомендациями ВОЗ и ВПА, европейскими консенсусами, международной диагностической системой, критериями психического здоровья (выздоровления) ВОЗ, национальным законодательством. Процесс гармонизации обеспечивает полное балансирование всех структурных компонентов системы, устранение асимметрии и противоречий внутри системы и достижение организационно-функционального континуума. Ведущим вектором этого процесса является устранение очевидного дисбаланса между законодательно закреплёнными принципами оказания психиатрической помощи и реальным использованием их в клинической практике. Гармонизации подлежат следующие направления лечебно-диагностической деятельности:

- Гармонизация диагностических технологий – использование международных диагностических стандартов, отражающих целостные представления о больном, и включающих многоосевую версию МКБ-10, использование стандартизованных методов клинко-психопатологического исследования и исследования личности, постановку функционального и реабилитационного диагноза.

- Гармонизация лечебно-реабилитационного процесса – совершенствование содержания клинических протоколов оказания психиатрической помощи на основе принципов доказательной медицины и ценностно-гуманистических подходов; внедрение в клиническую практику европейских стандартов, ориентированных на приоритетное использование методов психосоциального лечения.

- Гармонизация этико-правовой помощи – обеспечение правового регулирования психиатрической помощи как основы реформирования отрасли, её главной концепции и сферы профессиональных действий медперсонала на основе современных цивилизованных подходов к защите прав пациентов, регламентированных Европейской системой защиты и многочисленными международными декларациями по правам больных с психическими расстройствами, в частности: «Принципами защиты лиц с психическими заболеваниями и улучшения психиатрической помощи» (приняты Генеральной Ассамблеей ООН в 1992 г.) и «Положением и взглядами Всемирной психиатрической Ассоциации о правах и юридической защите психически больных» (приняты Генеральной Ассамблеей ВПА в 1996 г.).

- Гармонизация стратегий научных исследований и организации психиатрической помощи – выполнение Европейского плана действий по охране психического здоровья, направленного на использование интегрированных подходов к оказанию психиатрической помощи; предупреждение стигматизации и дискриминации больных; расширение их прав; содействие интеграции больных в общество.

О полной гармонизации психиатрической помощи можно говорить только в случае стандартизации различных её сфер (в рамках биопсихосоциальной концепции):

- структурно-организационные стандарты;
- диагностические стандарты;
- этико-правовые стандарты;
- стандарты биологического лечения;
- стандарты психосоциальной реабилитации;
- стандарты социальной поддержки больных;
- стандарты процедуры оценки качества психиатрической помощи.

Принятие государственных стандартов о необходимом уровне психиатрической помощи является основополагающим требованием к функционально-содержательной стороне лечебно-диагностического процесса. Такое направление преобразований будет способствовать преодолению:

- дегуманизации психиатрической помощи, ориентированной только на устранение симптомов болезни (медицинская модель), и не влияющей на жизнедеятельность пациента, его личностное функционирование, социальное благополучие и качество жизни;
- насыщенности психиатрической помощи феноменами, не имеющими отношения к надлежащей медицинской практике (изоляция, принуждение, патернализм, стигматизация, госпитализм, дискриминация);
- несоответствия между затратами и низкой эффективностью психиатрической помощи (раритетность исхода «выздоровление», хронизация болезни, высокий уровень регоспитализации и инвалидности);
- ограниченности выбора форм и методов лечения, зависимости пациентов от стационарно-изолирующих форм помощи;
- приоритетного использования психофармакотерапии, не имеющей научного обоснования и сопровождающейся нейротоксическими эффектами;
- несоответствия традиционной модели психиатрической помощи реальным нуждам и запросам пациентов и их семей;
- маргинализации психиатрии как сферы медицинской деятельности; снижения имиджа (достоинства) профессии психиатра.

Таким образом, уровень взаимодействия государства и общества, характер и содержание этих отношений являются важнейшими критериями жизнеспособности и адекватности используемой модели психиатрической помощи. Приоритетная форма социального взаимодействия института психиатрии как общественного института и социума как такового – социальное партнерство, позволяющее всем субъектам этого взаимодействия свободно выражать свои интересы и находить цивилизованные способы их реализации. Наиболее оптимальными механизмами социального партнерства вообще и в системе психиатрической помощи, в частности, являются механизмы социального участия, отражающие процесс вовлечения всех заинтересованных лиц в решение проблем и социального согласия, характеризующийся принципиальным единством их взглядов, действий и целей. Реализация этих механизмов олицетворяет стабилизирующий, консолидирующий и гармонизирующий контекст социального взаимодействия, противопоставит деструктивным и дезорганизирующим процессам в решении проблем психического здоровья граждан и обеспечивает реальную возможность достижения относительного баланса интересов всех участников этого процесса.

М.А. Александр<sup>1</sup>, М.М. Габец<sup>2</sup>

## МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА «МИС ПБ СВЯТОГО НИКОЛАЯ ЧУДОТВОРЦА»

<sup>1</sup>ЗАО «КОСТА»

<sup>2</sup>Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца

История создания МИС ПБ Святого Николая Чудотворца началась в 1998 году, когда больница заключила договор для создания медицинской информационной системы.

### ДОГОВОР № 149

поставка и внедрение  
программного обеспечения для информационной системы  
психиатрической больницы св. Николая Чудотворца

Санкт-Петербург

"02" марта 1998 г.

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя создание информационной системы Городской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца, на основе программного обеспечения информационной системы «Авиценна» (сертификат

На всех этапах разработки и внедрения больница принимала самое активное участие в становлении и развитии МИС. С 1998 года было испробовано несколько моделей учёта движения пациентов по сменам приёмного отделения, пока не была найдена и отлажена оптимальная модель.

Благодаря требованиям больницы в МИС был заложен принципиально новый подход к построению отчётов. Кроме государственных статистических отчётов, в основу строителя отчётов заложен сводный отчёт, как основной элемент оперативной отчетности. Сводный отчет позволяет получить таблицы распределения одних показателей по другим произвольным образом, с возможностью группировок по любому показателю. Многие стандартные отчеты первоначально строились при непосредственном участии сотрудников психиатрической больницы.

Принципы построения справочников «Кем направлен», «Откуда поступил», «Куда выбыл», также были заложены в МИС совместно с больницей. Дальнейшая стандартизация этих справочников на федеральном уровне показала правильность сделанного выбора. С 1999 года и до сегодняшнего дня эти справочники в МИС ПБ Святого Николая Чудотворца, укладываясь в федеральную модель, ведутся более детально, чем требуют федеральные приказы.

В 2013 году были автоматизированы рабочие места старших медицинских сестер и процедурных сестер во всех отделениях больницы. Добавлены дополнительные компьютеры для удобства работы врачей отделений. Автоматизированы рабочие места общебольничных врачей специалистов.

Это позволило в декабре 2013 года произвести работы по модернизации существующей медицинской информационной системы. В рамках этих работ произведена смена системного слоя медицинской информационной системы, что позволяет медицинскому персоналу использовать современные технологии электронной обработки информации. В системе сохранены все накопленные за 15 лет данные о пациентах, вместе с тем, медицинский персонал получил возможность работать в современном интерфейсе. Принципиально расширены функциональные возможности системы.

За все годы эксплуатации МИС была накоплена уникальная для психиатрии база данных: около 31 000 пациентов и около 72 000 госпитализаций.

В 2014 году медицинская информационная система больницы была запатентована в Москве в Роспатенте № 2014617672 и зарегистрирована в Реестре Государственных Информационных Систем Санкт-Петербурга (Свидетельство о регистрации в Едином реестре информационных ресурсов и информационных систем Санкт-Петербурга: № 2206).

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

**RU 2014617672**



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА  
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЭВМ**

Номер регистрации (свидетельства): <b>2014617672</b>	Авторы: <b>Исаков Вадим Валерьевич (RU)</b>
Дата регистрации: <b>30.07.2014</b>	Правообладатель: <b>Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» (RU)</b>
Номер и дата поступления заявки: <b>2014612363 20.03.2014</b>	
Дата публикации: <b>20.08.2014</b>	

Название программы для ЭВМ:  
Государственная информационная система «МИС ПБ Святого Николая Чудотворца»

**Реферат:**  
Программа предназначена для автоматизации управленческих задач лечебной деятельности медицинского учреждения с целью повышения эффективности их работы. Программа содержит функциональные компоненты для поддержки работы стационара, аптеки, работы врачей-специалистов, медицинской статистики, средств администрирования системы. Программа содержит средства настройки экранных, печатных и отчетных форм.

Тип реализующей ЭВМ: IBM PC - совмест ПК

Язык программирования: C#, SQL

Вид и версия операционной системы: Windows XP/Vista/7/Server 2012

Объем программы для ЭВМ: 117,57 Мб

В настоящее время основной учётный контур МИС включает в себя следующие модули:

- Приёмное отделение
- Движение пациентов
- Листки временной нетрудоспособности
- Материальный учёт
- Медицинская статистика
- Графики и таблицы сотрудников

Внедрена связь всех подразделений с аптекой и формирование требований в аптеку на рабочих местах процедурных сестер отделений.

Внедрена распечатка Адресных листков убытия и прибытия для Федеральной Миграционной службы на основании Приказа ФМС России от 11.09.2012 N 288 (ред. от 21.01.2014); распечатка листа учета движения больных формы № 07/у-02 и другие статистические формы. Внедрено формирование и распечатка выписных эпикризов. С 2004 года врачи со своих рабочих мест заполняют форму №066-1/у-02.

Основные функции приёмного отделения включают:

- Регистрация личных данных
- Учёт направляющих организаций
- Доступ к истории предыдущих госпитализаций
- Диагноз направления
- Санитарная обработка
- Принятие решения по пациенту, перевод на отделение

Функционал движения пациентов в МИС предполагает:

- Ведение приказов и планов по коечному фонду

- Ведение поимённого учета движения пациентов стационара
- При необходимости – отдельный учёт ответственного отделения и отделения пребывания пациента
- Возможность детального планирования загрузки палат и коек
- Распечатка формы 007 по отделению, формирование отчётов на базе формы 007 – форма 016, 30 (3100)
- Учёт назначенного питания

Особенности функционала движения пациентов в МИС:

- Работа по сменам приёмного отделения
- Учёт временных отпусков
- Учёт временных переводов на лечение в соматический стационар
- Возможность учёта побегов
- Указание лечащего врача

Формирование эпикризов:

- Выбор шаблона в зависимости от типа и отделения
- Включение в эпикриз любых диагностических заключений, изображений, документов
- Работа со схемами и таблицами
- Широкие возможности форматирования текста
- Хранение версий документа
- Разделение прав доступа (чтение, просмотр, подпись)

В больнице ведётся работа по реализации в МИС журнала учёта клинико-экспертной работы (форма 035/у-02). После завершения работ МИС позволит:

- Вести список экспертов, видов экспертиз и другие справочники
- Вести, просматривать и печатать заполненный журнал за период
- Предоставлять экспертам доступ ко всей необходимой информации, накопленной в процессе лечения
- Контролировать сроки подачи документов на экспертизу, в частности, контролировать длительность листов временной нетрудоспособности
- Строить отчёты по проведённой экспертной работе

Система материального учёта в МИС включает в себя следующие функции:

- Ведение справочника медикаментов; поддержка торговых наименований, МНН, латинских наименований
- Любое количество точек материальной ответственности (складов) и учёт всех перемещений между ними
- Оформление приходных и расходных операций в различных единицах измерения с автоматическим пересчетом
- Формирование функциональными подразделениями требований на выдачу медикаментов на склад аптеки с учетом их фактических остатков, в том числе, персонифицированных требований
- Подбор медикаментов по справочнику синонимов и аналогов

МИС обеспечивает получение отчетов для врачей, заведующих отделением, зам. главного врача по мед. части, для главного врача:

- Контроль длительности госпитализаций
- Получение отчётов по загрузке отделений и стационара в целом
- Получение динамических отчётов

- Получение произвольных отчётов по любым медицинским и организационным показателям
- Получение расшифровки по любой цифре любого отчёта

Графики и таблицы:

- Ведение графика работы сотрудников
- Ведение графика дежурств
- Учёт совмещений
- Контроль соответствия общего объёма рабочего времени установленным нормативам
- Контроль пересечений рабочего времени при одновременной работе на нескольких должностях
- Табель учёта рабочего времени сотрудников

МИС ПБ Святого Николая Чудотворца позволяет вести:

- Учёт родственников, представителей, контактных лиц
- Диагноз по справочнику с расширенным разделом F МКБ-10 в свободной текстовой форме
- Данные о количестве и сроках предыдущих госпитализаций, длительности ремиссии
- Учёт госпитализации в недобровольном порядке с указанием оснований
- Учёт принудительного лечения, оснований, даты судебного решения и очередной подачи документов
- Учёт мер физического стеснения

МИС ПБ Святого Николая Чудотворца позволяет врачу стационара:

- Вести информацию о принудительном лечении
- Указывать диагноз пациента
- Заполнять статистические карты
- Формировать выписные эпикризы
- Получать отчёты, проверяющие заполнение данных по своим пациентам
- Рассчитывать годовые отчёты по отделению

Электронная медицинская карта представляет врачебный взгляд на историю лечения пациента и содержит:

The screenshot displays a software interface for an EMR system. On the left, a sidebar lists various medical categories such as 'Обследования' (Examinations), 'Диагностика' (Diagnosis), 'Лечение' (Treatment), and 'Госпитализации' (Hospitalizations). The main window shows the patient's name 'Иванов А.А.', age '61 год', and a selected hospitalization record '1426 / 09'. The record details include the date of admission (11.06.2009), date of discharge (28.08.2013), and the final diagnosis: 'F07.08 Органич. расстройство личности в связи со смешанным заболеванием'. Below this, there is a section for 'ЭПИКРИЗ' (Discharge Summary) with the following text: 'Пациент Иванов Александр Андреевич, 11.12.1953г.р. Зарегистрирован: Моск-й р-н, Новозымайловский пр. д.32 корп.1 кв.83. Находился на лечении в ПБ Св.Николая Чудотворца с 27.06.2005г. по 28.08.2013г. Переводится в онкоадм. (3/5), для исключения онкологии в и/д. правого легкого. Госпитализация в ПБ повторная, недобровольная. Решением Октябрьского районного суда г.СПб от 31.07.2009г. признан недееспособным. Опеку: Страховой аманет: ина.1гр. по психоМСЭК по 04.04.2014г. ИЗ АНАМНЕЗА: Раннее развитие без особенностей. Образование среднее. Работал экспедитор последнее время работал подсобным рабочим на стройке, с 04.2004г. совсем не работает. Женат. Име Анамнез заболевания: Алкоголизируется с 25 лет. Многократно переносил алкогольные психические делирии, затем галлюцинозы, с годами галлюцинозная симптоматика стала носить бредовая трактовка переживаний. Более 30 раз госпитализировался в ПБ, сразу же алкоголизируется, был агрессивным, избивал жену и дочь, пытался изнасиловать дочь, включал газ денег на выпивку. Психозы носят длительный характер, выход из них с выраженными расстройств определяется признаки психоорганического синдрома (снижение памяти, выраженная аффе'.

- Раздел персональной информации
- Список уточнённых диагнозов
- Эпикризы предыдущих госпитализаций

В ближайших планах больницы разработка полноценной психиатрической ЭМК с разделами:

- Врачебные осмотры, сгруппированные по специальностям
- Инструментальная диагностика – по видам диагностики
- Лабораторная диагностика и динамика показателей
- Медикаментозная терапия

Ведется регулярная работа по интеграции и добавлению нового функционала в МИС ПБ Святого Николая Чудотворца.

**С.Б. Бабарахимова, Ж.М. Искандарова, Ш.Ш. Шаикрамов**  
**КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ**  
**В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Республика Узбекистан*

**Актуальность:** по данным ВОЗ, к 2020 году депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечнососудистой патологии [5]. Риск заболевания на протяжении жизни составляет 7-12% для мужчин и 20-25% для женщин. По данным немецких исследователей, каждая пятая женщина в течение жизни перенесла депрессивный эпизод. Факторами риска являются личностные особенности с преобладанием тормозимых вариантов, тимопатические колебания настроения, психосоматические расстройства, часто с сезонными колебаниями и склонность к депрессивным психогенным расстройствам на протяжении всей жизни больных [4]. Депрессии влияют на длительность пребывания больных в соматическом стационаре и на их трудоспособность. [2]. Применение краткосрочных методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, ориентированных на обучение больных и их родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы [1]. Традиционно выделяют триаду помощи пациентам: обучение распознавания стресса (recognize); обучение стратегиям избегания (avoid); обучение стратегиям совладания (cope) с психотравмирующими факторами и другими проблемными ситуациями [3].

**Цель исследования:** определить эффективность применения когнитивно-бихевиоральной модели психотерапии, адаптированной для проведения в стационарных условиях у женщин с депрессивными расстройствами.

**Материал и методы исследования:** объектом исследования были выбраны 60 пациенток закрытого отделения психиатрического стационара в возрасте от 29 до 52 лет. Все пациентки были разделены на две репрезентативные группы. В основную группу были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9 отделении Городской Клинической Психиатрической Больницы (ГКПБ) города Ташкента, которым проводились краткосрочные сеансы когнитивно-бихевиоральной терапии в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение двух месяцев по три сеанса в неделю. Комплексный подход к лечению больных с депрессивными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в результате врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. В группы отбирались пациентки с упорядоченным поведением и положительными установками на лечение и психокоррекцию, находящиеся на этапе формирующейся ремиссии. Метод психокоррекционной тактики являлся двухэтапным, применялись групповые и индивидуальные краткосрочные сессии, где пациентки могли получить возможность изменить своё поведение на более высоком адаптивном уровне с родственниками, другими пациентами и персоналом стационара. Начальный (инициальный) этап был направлен на эмоциональную стимуляцию, активацию общения, налаживание коммуникаций и установление межличностных взаимоотношений между участниками групповой психотерапии. Заключительный этап был направлен на восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработку социально одобряемых стереотипов адаптивного поведения и повышения уверенности в себе. Программа когнитивно-бихевиоральной терапии состояла из следующих задач: определить неадаптивное поведение, выработать мотивацию на трансформацию неадаптивных способов реагирования на адаптивное поведение для оптимизации лечения депрессий.

**Результаты и обсуждение:** в результате исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3% пациенток, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) – у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 17% женщин и дистимия (F34.1) – у 3% обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток были зафиксированы бредовые идеи депрессивного содержания (самообвинения, самоуничтожения, ипохондрический бред), которые достигли своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68% обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям. У больных основной и контрольной групп в анамнезе под влиянием психотравмирующих ситуаций наблюдались различные транзиторные психические расстройства: тревожно-фобические, истерические, депрессивные, дисфорические. Причем именно депрессии были наиболее частыми, так у 56% больных основной группы в прошлом наблюдались психогенные депрессии, у 20% обследованных депрессии отличались особо тяжестью и продолжительностью, выраженностью эмоциональных и конгруэнтных аффекту расстройств, достигали психотического уровня. При исследовании конституционально-личностных особенностей основной группы обследуемых женщин с помощью теста-опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациенток были выявлены: демонстративный тип личности – у 3 больных (10%), застревающий тип личности – у 8 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 5 больных (16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В зависимости от типа личности, пациенткам были присущи такие черты, как робость, застенчивость, склонность к пессимизму и фатализации, отсутствие толерантности к быстро меняющимся условиям социальной среды, трудности адаптации в условиях стресса. Пациентки предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе, на фоне которых легко формировалось чувство вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. После проведённой психокоррекционной работы в основной группе отмечено достоверно значимое различие в улучшении социального функционирования и адаптации к социуму по сравнению с контрольной группой. Основной мишенью психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуа-

ции стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии. В ходе проведения в стационарных условиях групповых сеансов психотерапии было выявлено, что пациентки с дистимическими и демонстративными типами акцентуации характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения депрессий. Пациентки с тревожно-боязливыми и застревающими типами личности труднее входили в контакты с психотерапевтом, не всегда усваивали предлагаемые инструкции, эффект от проводимой терапии не достигал положительных результатов.

**Выводы:** опыт применения в стационарных условиях когнитивно-бихевиоральной терапии депрессивных расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания пациенток в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации. Пациентки с депрессивными расстройствами в процессе проведенной когнитивно-бихевиоральной терапии овладели рядом психотерапевтических установок, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями, что в дальнейшем сопровождалось улучшением эмоционального состояния, достижением позитивных поведенческих изменений: расширением ресурсов личности и социальных связей, устранением изнурительных реакций тревоги, страха, паники, саморегулированием эмоциональных всплесков, обучением адаптивным поведенческим реакциям в различных психотравмирующих ситуациях быстро изменяющегося социума.

#### **Литература:**

1. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство.-СПб., 2012. С.315-316.
2. Краснов, В.Н. Место расстройств аффективного спектра в современной классификации // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М.: Российское общество психиатров, 2003. – С.63-64.
3. Ротштейн В. Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Депрессии и коморбидные расстройства /под редакцией А. Б. Смулевича. – М., 1997– 308 с.
4. Макаров В.В. Психотерапия в лечении аффективных и шизоаффективных расстройств // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М.: Российское общество психиатров, 2003. – С.175-176.
5. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // Europ, PsychiaL – 1994 – Vol. 9. – Suppl. 1. – P. 68

Л.Н. Берегулина

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОЗНАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДАМИ АРТ-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург*

***«Он сознавал, что он в сумасшедшем доме;  
он сознавал даже, что он болен. Иногда, как  
в первую ночь, он просыпался среди тишины  
после целого дня буйного движения, чувствуя  
ломоту во всех членах и страшную тяжесть  
в голове, но в полном сознании. ...»***

***В.М. Гаршин «Красный цветок»***

Важность осознания психической болезни и связанного с ним адекватного отношения к лечебному процессу отмечалась во всех классических работах по психопатологии [1, 2] и др. Известно, что более половины душевно больных не осознают собственной болезни; это затрудняет их лечение и ограничивает возможности реабилитации.

Осознание своей болезни связано с критичностью. Критичность (*от фр. Critique «искусство разбирать, суждение»*) – Одно из свойств нормальной психической деятельности, способность осознавать свои ошибки, умение оценивать свои мысли, взвешивать доводы за и против выдвигающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке (Рубинштейн С.Л. 1958, Теплов Б.М. 1946). Некритичность мышления в ситуации патопсихологического эксперимента характеризуется утратой контроля над интеллектуальными процессами. Некритичность проявляется и в отсутствии рассудительного отношения к своему состоянию у психически больных – анозогнозии.

В клинике, при оценке степени психического снижения больных, а также при улучшении их психического состояния, особое внимание обращается именно на проявление у них критического отношения. По И.И.Кожуховской – критичность к своим психопатологическим переживаниям, таким как бред, галлюцинации и иным, часто рассматриваются в психиатрии, как критерий выздоровления. В клинике отмечают процессы от постепенного угасания критичности до ее полного восстановления, исследуются сохранность критики и критическое отношение больных к перенесенным расстройствам [3]. Таким образом, критичность выступает одним из главных критериев психического состояния больных.

Анозогнозия – отсутствие сознания болезни. Наблюдается при некоторых психозах и органических поражениях головного мозга.

Особую роль критичность приобретает в свете рассмотрения внутренней картины болезни, которая определяется как целостное представление больного о своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни. Этот термин отражает восприятие больным своей болезни вне контекста соответствия суждений медико-социальным представлениям. По определению А.Р.Лурия, внутренняя картина болезни – это «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [4]. При отсутствии критичности внутренняя картина болезни лишь изменяется, но не пропадает, так как представления больного о своем заболевании и его психическая оценка сохраняются, но приобретают форму отвержения заболевания. Внутренняя картина болезни отличается от ее зримых проявлений (внешней картины болезни). Внешняя картина болезни – это все ее объективные признаки, или симптомы заболевания. Внутренняя картина болезни, как сложное структурированное образование, включает в себя, по крайней мере, четыре уровня отражения болезни в психике больного. Первый, сенситивный, – это уровень ощущения. Сюда относят все болезненные или другие неприятные ощущения, которые исходят из конкретного местного заболевания

(«колет сердце, кружится голова»), или вызваны общим изменением самочувствия («мне плохо»). Второй, эмоциональный, связан с различными видами реагирования на болезнь, такими, как депрессивный, тревожный, ипохондрический или эйфорический. Третий, интеллектуальный, отражает представления, знания, и оценку человеком своей болезни и является результатом размышления больного о своем состоянии, конкретном заболевании, о его причинах и последствиях. Четвертый, мотивационный, или волевой, содержит более или менее осознанное отношение больного к своему заболеванию, к изменению своего поведения и образу жизни в условиях болезни, а также разную степень желаний действовать, чтобы вернуть или сохранить здоровье [5].

В отечественной и в зарубежной литературе по психопатологии самосознания давно используется, предложенный Е.А. Шевалевым (1936) термин переживание болезни («disease experience»). Имеется в виду, что в реализации акта самосознания главными и основными являются эмоциональные механизмы. Переживание болезни инициирует ее познание (Hoffer A., Osmond h., 1963; Collins A.A., Remington G.S., 1994) и индивидуальные модели борьбы с ней (coping; Amodeo M., Kurtz N.R., 1998). В том или ином виде переживание болезни есть всегда, даже если у больного грубо нарушена критика к болезни и он ее отрицает (Angst J., 1973; Appelbaum P.S., 1998).

Одной из основных форм переживания болезни является диссимуляция (сознательное или бессознательное ее утаивание, маскировка, отрицание болезни). Термин диссимуляция (Dissimulation) используется преимущественно в немецкой, франко и русскоязычной медицинской литературе. В англоязычной литературе диссимуляция чаще обозначается именно термином отрицание болезни (*"denial of illness"*) – применительно как к соматическим, неврологическим, так и психическим болезням. (По материалам <http://venus-med.ru/>).

В ситуации болезни как неприятного жизненного события вступают в действие самые разные защитные механизмы, позволяющие смягчить ее вредоносное воздействие на психику человека. Это могут быть защитные подсознательные барьеры, позволяющие отрицать какие-то неприятные аспекты болезни, подавлять или вытеснять информацию о ее негативных последствиях, реализовывать замещающую активность или оправдывать (рационализировать) свою болезненную несостоятельность. В качестве защитных могут выступить осознанные стратегии совладания – разнообразные «маневры воина в бою», реализуемые для победы. Совладание базируется на личностных ресурсах заболевшего человека и на ресурсах окружающей его социальной среды.

Если болеть по каким-то причинам выгодно, человек будет стремиться еще глубже погрузиться в болезнь, замкнуться в своей болезни или даже сделает ее смыслом своего существования. Напротив, установка на преодоление заболевания позволяет мобилизовать резервы своего «Я», осуществить поиск как способов избавления от болезни, так и социальной поддержки. При этом положительное влияние той социальной среды, в которой находится заболевший человек, является для него очень важной защитой. [6].

Инсайт – это адекватная оценка собственного болезненного состояния в соответствии с заключением специалистов, а нарушение инсайта – это нереалистичное представление о себе и собственном состоянии при полном или частичном отрицании медико – социальных суждений о своем психическом здоровье. В отличие от анозогнозии инсайт представляется гораздо более широким понятием, включающим не только осознание отдельных симптомов заболевания, но и многих других аспектов. [7]. Д.А. Крупченко, суммируя имеющиеся данные относительно структуры инсайта выделяет следующие его аспекты [8]:

- Осознание наличия психического расстройства;
- Осознание симптомов психического расстройства;
- Позитивных;
- Негативных;
- Когнитивных нарушений;
- Понимание причин (атрибуция):
  - психического расстройства в целом;
  - отдельных симптомов заболевания;

- реакции окружающих на болезнь;
- эффектов лечения;

Осознание динамики заболевания: изменений симптоматики течением времени;

Осознание социальных последствий заболевания;

Осознание эффектов медикаментозного лечения;

Осознание необходимости лечения;

Осознание восприятия психической болезни третьими лицами;

Эмоциональная реакция больного на болезнь.

Также Д.А. Крупченко отмечает, что структура инсайта может различаться как у разных больных, так и видоизменяться у одного больного. К тому же, разные аспекты инсайта несут разную клиническую значимость, и каждый по-своему связан не только с самим заболеванием в целом, но и с такими характеристиками как комплаенс, самооценка, стигматизация, суицидальная активность, социальное функционирование пациента. По данным литературы [8] известно, что более половины душевнобольных в той или иной степени не осознают своего заболевания, что говорит о высокой распространенности этого явления. Ряд авторов указывают, что более высокий инсайт связан с более высоким риском суицидальных действий и депрессивной симптоматикой. Но, в то же время, лучшее осознание болезни способствует улучшению комплаенса, трудоустройству, социальному функционированию, уменьшению агрессии и принудительных госпитализаций [9]. Значение инсайта при психических болезнях представляется неоднозначным, включающим как положительные, так и отрицательные стороны. Таким образом, разные аспекты инсайта могут иметь разное клиническое значение, чем и обусловлена неоднозначность влияния на течение, прогноз и терапию болезни.

В мировой психиатрии разработаны различные объективные методики, направленные на оценку инсайта; шкала переведена и валидизирована на русском языке – «Шкала нарушения осознания психического расстройства» [10]. В последнее время с целью экспериментально – психологического исследования личности все более активно применяются арт-терапевтические методы. Дополняя известные тесты – опросники и невербальные, в том числе рисуночные тесты, эти методы представляют специалистам дополнительные возможности для целенаправленного изучения психических состояний и процессов. Одним из достоинств арт-терапевтической психодиагностики является то, что она основана на использовании невербальных средств художественной выразительности, а потому может служить оценкой разных психических феноменов в тех случаях, когда речевой контакт с пациентом по той или иной причине затруднен. Такие методы создают предпосылки для вовлечения пациентов в процесс изобразительной деятельности, активизируют характерные для нее защитно-адаптационные механизмы и тем самым способствуют достижению разнообразных психотерапевтических и развивающих эффектов. Такие методы могут быть легко включены в процесс индивидуальной и групповой арт-терапии.

Использование методов арт-терапевтической психодиагностики основано на представлении о том, что в процессе создания художественной работы личность привносит в них особенности своего психического состояния, психических процессов и отношений. В тоже время отображение этих психических феноменов в художественной среде арт-объекта, как правило, носит завуалированный характер. Поэтому возникают сложности в оценке и толковании отраженных в произведениях изобразительного творчества психических феноменов, а также в определении надежности и валидности методов арт-терапевтической психодиагностики (11). Тем ни менее,

1. – Арт-терапия дает нам материал для интерпретации и диагностики, где пациент является активным участником анализа своего творчества.
2. – Арт-терапия облегчает процесс выражения и осознания своих эмоций, которые являются проявлением скрытых проблем и конфликтов.
3. – Арт-терапия позволяет социально приемлемыми способами выразить отрицательные эмоции.
4. – А-т позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми.

5. – А-т способствует налаживанию контакта между пациентом и психотерапевтом, между членами группы, т.е. способствует коммуникации.

6. – А-т развивает чувство внутреннего контроля и порядка, гармонизирует личность.

7. – А-т стимулирует творческие способности, выявляет скрытые таланты, повышает самоактуализацию и самооценку.

8. – А-т улучшает настроение, приносит радость творчества.

Методы арт-терапии еще продолжают оставаться недостаточно дифференцированными относительно разных психических расстройств, однако художественные работы пациентов могут быть весьма полезны в понимании структуры болезни, выявляют отношение к лечению, стигматизирующие факторы, социализацию и т.д.

В больнице Св. Николая Чудотворца арт-терапия входит в арсенал реабилитационных занятий с 1997 года. Ведется групповая и индивидуальная работа с разными категориями пациентов. Нами были исследованы художественные работы 130 пациентов, с различными психиатрическими диагнозами в состоянии ремиссии, выполненные в ходе групповых или индивидуальных арт – терапевтических занятий на тему: «Я и моя болезнь», в период 2013 – 2016 годов. Возраст пациентов от 19 до 65 лет, из них – 56 мужчин и 74 женщин.

Индивидуальные занятия проводились с 16 пациентами, остальные работы были получены в ходе групповых арт – терапевтических занятиях, которые проводились, в основном, на лечебно-реабилитационном отделении. Это были открытые студийно – тематические группы. 85% пациентов имели инвалидность. 8% работающие или учащиеся. Высшее образование имели 15% больных, среднее образование 62%, неполное среднее образование – 5%. Давность психического заболевания от 6 месяцев до 25 лет. Первичную госпитализацию имели 12 пациентов, остальные поступали повторно. Несмотря на то, что пациенты находились в состоянии относительной ремиссии, многие из них имели сформированный эмоционально – волевой дефект, разной степени выраженности. У половины пациентов определялось снижение самооценки (исследование по Дембо-Рубинштейн). У многих выявлялась эмоциональная неустойчивость, депрессивный фон настроения, повышенная утомляемость, затруднение выбора. Нерезко выраженные когнитивные нарушения были выявлены у 10% (исследование по MMSE). Удовлетворительная активность во время занятий, готовность к выполнению заданий отмечалась у 75% больных. Некоторые проявляли пассивность, формальное отношение к занятию, уклонялись от обсуждения работ. Другие имели побочные действия лекарств, вызывающие неусидчивость, мышечную скованность, тремор – что иногда вынуждало пациента покидать занятие.

Таким образом, художественные работы по теме «Я и моя болезнь» были выполнены пациентами в различной технике: графически, рисунками, коллажами, фотографиями, лепкой из пластилина. Эти художественные работы были распределены на пять основных групп по изображению степени осознания своей психической болезни, ее симптомов, причин заболевания, понимания назначенного лечения, готовности к комплаенсу, отношению окружающих пациента людей.

### **1. Работы, отражающие полное или частичное понимание психического заболевания, его симптомов, эффекта лечения (36 работ)**

При обсуждении этих работ пациенты уточняли детали своего творчества, то есть, происходила когнитивная проработка изобразительной продукции. На многих работах присутствует элемент сравнения своего состояния в период здорового самочувствия и в период болезни. Многие дополняли изображения ярким описанием симптомов болезни, отмечали действие проводимого лечения и т.д. У нескольких пациентов удалось наблюдать в работах динамику понимания своего заболевания, при повторных поступлениях в больницу. Безусловно, все работы и их описания основаны на эмоциональном восприятии болезни.



Рис.1. Пациент Д. 38 лет. (F 06. 01). В период обострения болезни ощущает непомерное увеличение размеров головы, всплывает картина пожара, виденная им в детстве. Понимает свое болезненное состояние, усугубленное алкоголизацией, соглашается на лечение. Отмечает значительное улучшение от проводимого лечения. Активно участвует в реабилитационных занятиях. Настроен на сотрудничество с врачами.



Рис. 2. Больной И 42-х лет (F20.004). Изобразил себя в период болезни.



Рис. 3. Он изобразил воздействие «хорошего лекарства» при введении в вену.



Рис. 4. Изобразил свое выздоровление.



Рис. 5. Больная М. 46 лет (F20.004). Изображает себя во время обострения болезни, воспринимая свое лицо с мужскими признаками. Есть частичное понимание болезни. Прием лекарств дома контролируется родственниками.



Рис. 6. Больной Р. 34 лет. (F06/40). Изобразил коллажем свое понимание болезни (внизу) в сравнении со здоровым периодом жизни (наверху); дал название работы «До и после». Есть осознание психической болезни, отмечает положительное действие от лечения.



Рис. 7. Тот же больной Р. Изобразил свои галлюцинаторные переживания и призыв о помощи перед госпитализацией. Есть осознание болезни и эффекта от лечения.



Рис. 8. Больная 46 лет.(F25. 2). Изобразила свое болезненное состояние, выразившееся в тревожности, страхе, бессоннице. Страдает соматическим заболеванием. Самостоятельно обращалась в больницу за помощью. Есть осознание болезни и эффекта от лечения.



Рис. 9. Больная Н. 41 лет.(F21.1) Изобразила свой портрет в болезненном состоянии, когда ее тревожили тяжелые воспоминания детства, связанные с насилием. Есть частичное осознание болезни. Имеют место трудности в поддержке семьи.



Рис. 10. Больной Л. 22 года. (F23.1) Изобразил, впервые появившийся, галлюцинаторный образ и страх (прячется под одеялом), когда находился один на даче. Почувствовал эффект от лечения и появилось осознание болезни.

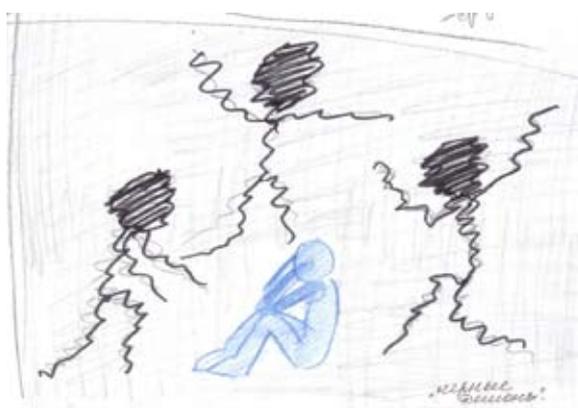


Рис. 11. Больной К. 32 лет (F20.004). Изобразил свои галлюцинаторные переживания «черные Демоны», которые мучили его до лечения. На фоне лечения галлюцинации прекратились. Появилось полное осознание болезни.



Рис. 12. Коллаж того же больного К. подтверждающий осознание болезни. Выражая благодарное отношение к врачам, он использовал репродукцию картины И.Е.Репина «Бурлаки на Волге». – Это не бурлаки, а врачи вытягивают нас из болезни».



Рис. 13. Больная О. 46 лет. (F10.2). Изобразила болезненное состояние, усугубленное алкоголизацией, почувствовала себя всеми отвергнутой. Есть осознание болезни. Настроена на лечение. Есть проблемы в отношении с родственниками.



Рис. 14. Больной М. 24 года. (F06.01). Представил свое болезненное состояние в виде мучительных ощущений – «вырастания ног до непомерной длины, искажения лица». На фоне лечения эти явления исчезли. Есть осознание болезни.



Рис. 15. Больная П. 28 лет. (F25.2) Изобразила свое болезненное состояние ощущением нахождения в коконе, «когда душа каменеет и отталкивает всех моих близких и друзей». Есть осознание болезни.



Рис. 16. Больная Р. 35 лет. (F10.2) страдает заболеванием крови. При обострении болезни злоупотребляет алкоголем, появляется страх, тревога, ночные кошмары. Есть частичное осознание болезни.



Рис. 17. Больной К. 20 лет. (F23.1). «Когда я заболел, то чувствовал себя совершенно беспомощным, новорожденным ребенком. Лекарства вернули меня к нормальной жизни».



Рис. 18. Больная С. 64 лет. (F06.368). Изобразила свое лицо в болезненном состоянии «когда все плохо, никто не понимает меня, голова «разламывается», сосуды трещат и лопаются. Спасение только в больнице».



Рис. 19. Больная А. 19 лет. (F43.20). Изобразила свое болезненное состояние, когда почувствовала «отмирание» отдельных частей тела, «поняла, что умираю.... Лекарства вернули меня к нормальной жизни. Учусь и работаю».



Рис. 20а Больной Б. 23 года. (F23.1). Изобразил себя, когда впервые почувствовал в себе непонятные, мучительные изменения, обращался ко всем друзьям и родственникам с просьбой о помощи, но никто не обращал на это внимания.

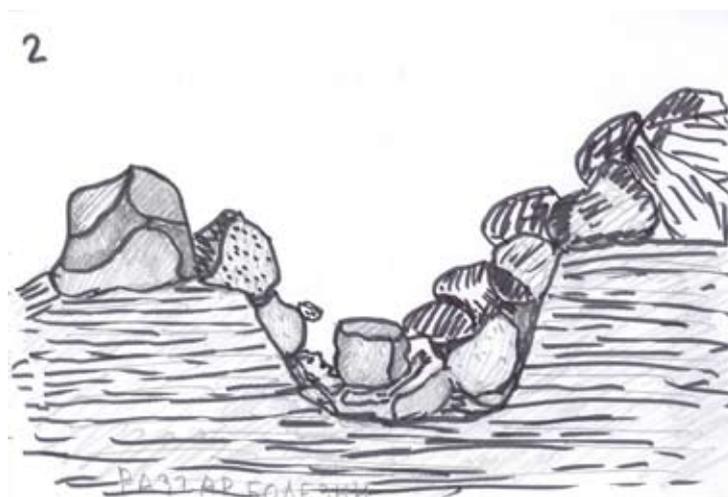


Рис. 20б. Когда стало совсем плохо: «Как будто сбросили в котлован и засыпали тяжелыми камнями. В больнице на фоне лечения, через месяц стало легче, начал возвращаться к прежней жизни». Ушли бредовые мысли.



Рис. 21. Больной В. 35 лет. (F20.2) Изобразил свое болезненное состояние (слуховые галлюцинации).

Есть осознание болезни, но полностью вылечиться пока не удастся. Прекращение приема лекарств приводит к обострению болезни.

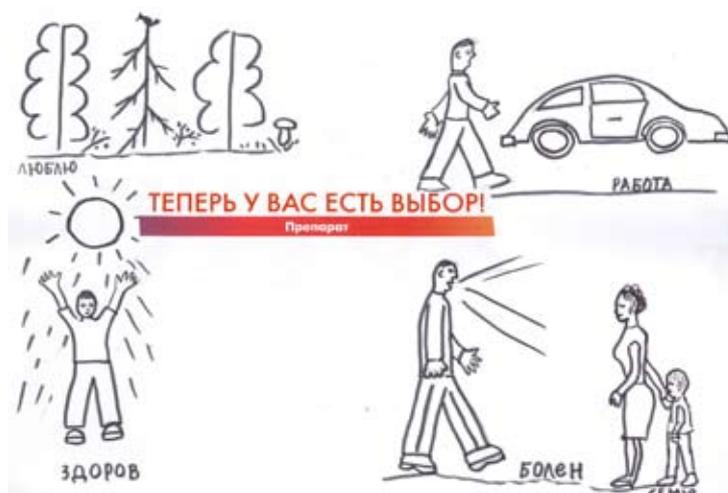


Рис. 22 Больной Д. 38 лет. (F31.1). Изобразил свои увлечения, работу и болезненное состояние, когда становится агрессивным, обижает любимую жену и сына – это происходит каждую весну. «Понял, что это болезнь, когда помогли лекарства».



Рис. 23. Больная К. 28 лет. (F31.1). Изобразила свои болезненные состояния: упадок настроения, отчуждение от друзей; переход к возбуждению и страху. Есть осознание болезни, лечится, работает.

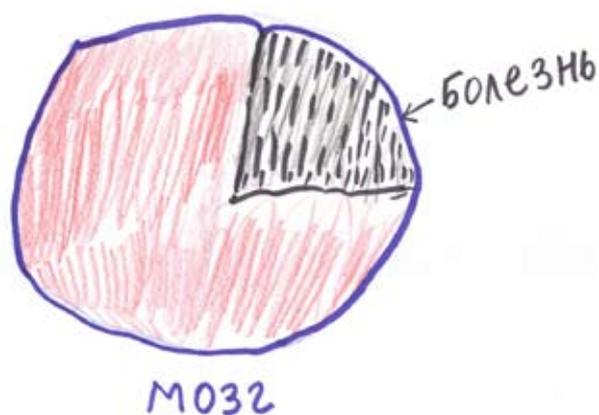


Рис. 24. Больной П. 24 лет. (F06.01). С выраженными когнитивными нарушениями. Изобразил свой «пораженный болезнью мозг». Есть осознание болезни, лечится на спец. отделении, ведет дневник.



Рис. 25. Больная К. 30 лет (F23.1). Коллажем изобразила свое болезненное состояние, когда почувствовала уродливые изменения в своей внешности, старалась спрятаться от всех. Ждала Ангела-спасителя, который поможет ей. Но помогло лекарство, «оно возвращает к нормальной жизни».



Рис. 26. Больной Ю. 45 лет (F06.08). Изобразил наплывающие образы на фоне дисфории: «Громила все крушит и хочет прибить беззащитного человека, а Наблюдатель созерцает». В светлом промежутке есть осознание болезни.



Рис. 27. Того же больного Ю., изобразил свои эмоции, находясь в расслабленном состоянии, после серии судорожных припадков.

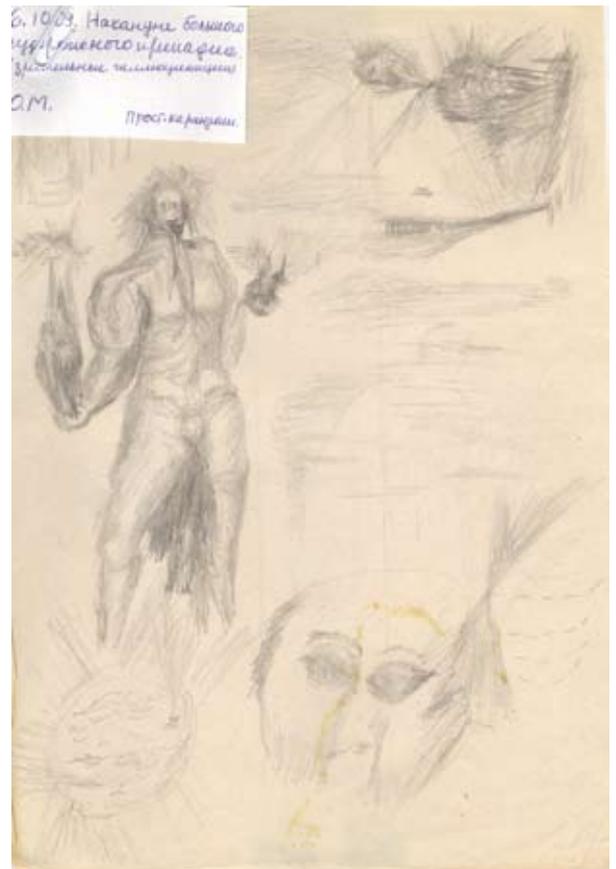


Рис. 28 и 29. Больным выполнено более 50 экспрессивных работ, в основном отражающих его галлюцинаторные образы, возникающие перед припадками.



Рис. 30. Фото больного М. 38 лет (F31.1).  
«В музее Эрarta я увидел портрет,  
как бы себя, когда заболел».



Рис. 31. Больная А. 24 года. (F43.20).  
Изобразила свое болезненное состояние и дала  
название «Хочу превратиться в точку».

## 2. Осознание психической болезни через ассоциативные образы

Это самая многочисленная подборка (54 работы) представлена ассоциативно – метафорическими образами болезни. У этих пациентов есть осознание болезни, но конкретного представления о ней нет, оно закрыто защитными механизмами. Чаще всего свою психическую болезнь пациенты изображают какими-то негативными образами.

При обсуждении многие рассказывают о своих болезненных переживаниях, отмечают улучшение от проводимого лечения. Скорее всего, именно эти пациенты более всего нуждаются в психообразовательных занятиях потому, что когнитивные качества у них сохранены.



Рис. 32. Фото больной К. 26 лет (F31.1).  
«Умирающее дерево кричит о помощи,  
но его никто не слышит – это моя болезнь».

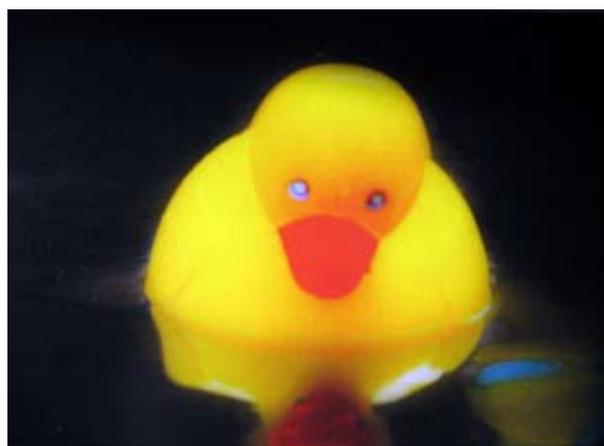


Рис. 33 Фото больного Ф. 32 лет (F43.20).  
«Он потерялся и никому не нужен.  
Это моя болезнь».



Рис 34 и 35. Скульптуры больного С. 40 лет (F23.15). Изобразил момент ссоры с матерью, которая привела к госпитализации и его, и мать (А). Момент примирения, когда понял свое неправильное поведение, позвонил матери по телефону, а затем встретился с ней и попросил прощения (Б).



Рис. 36 и 37. Фото больной Б. 52 лет. (F31.1).  
Находясь в лечебном отпуске, создала серию  
фотоснимков «На пути к выздоровлению».  
Фото сверху она назвала «Всюду жизнь».  
На фото снизу эта же пациентка создает  
«дерево позитивных воспоминаний» в студии.

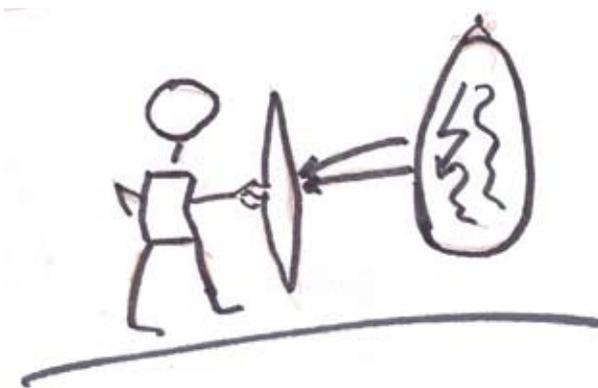


Рис. 40. Больной Ф. 46 лет. (F25.2). «Когда  
начинается обострение болезни, тогда от  
зеркала исходит угроза, и я должен защищаться.  
А моя защита – лечение. И все проходит».



Рис. 38. Больной П. 34 лет (F06.368).  
Изобразил свое болезненное состояние  
в виде плачущей маски Пьеро.



Рис. 39. Больной К. 34 года (F06.40).  
Изобразил свою болезнь в виде «золотистой  
тени», которая начинает его сопровождать  
повсюду, «она угрожает». «Это сигнал –  
пора лечиться».



Рис. 41. Больная У. 28 лет. (F23.1).  
Представила свое заболевание в виде затмения солнца. Оставлены любимые занятия, родители пытаются помочь ей выбраться на «светлую сторону». Лекарства помогли. Ушли мучительные слуховые галлюцинации. Вернулась к работе и творчеству.

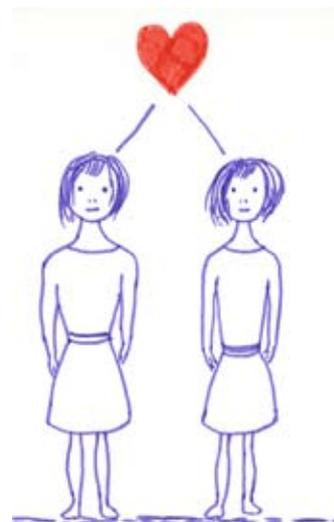


Рис. 42. Больная С. 19 лет. (F23.15).  
Изобразила свою болезнь в виде двойника. «Болезнь – мой двойник. Я хочу полюбить свою болезнь, чтобы лучше ее понять».



Рис. 43. Коллаж той же больной С. через месяц.  
Представлены ее увлечения. Болезнь – страшное лицо, рядом – кровавые слезы. Считает, что поможет ей природа, хотя пользу от лекарств не отрицает.



Рис. 44. Больная Р. 22 года. (F23.15).  
Представила свою болезнь (страхи) в виде паука. Положительное действие лекарств не отрицает.



Рис. 45. Больная М. 35 лет (F31.0). Изобразила три стадии своего состояния: манию, переход в депрессию и здоровое счастливое состояние.

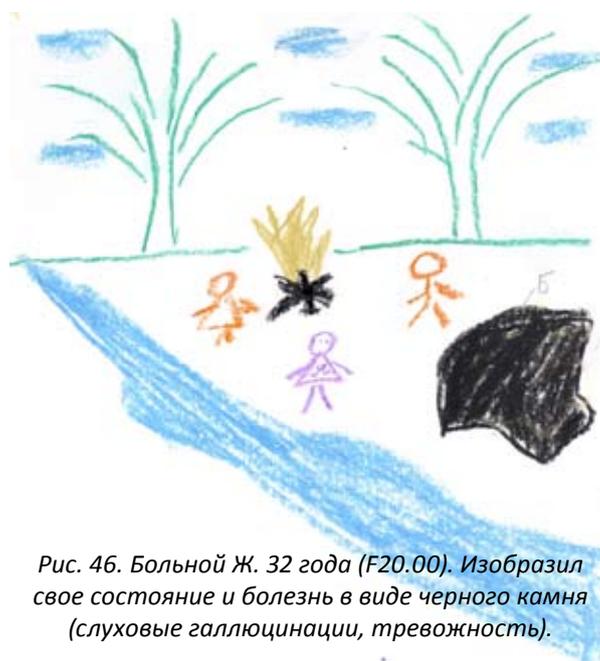


Рис. 46. Больной Ж. 32 года (F20.00). Изобразил свое состояние и болезнь в виде черного камня (слуховые галлюцинации, тревожность).



Рис. 47. Больная П. 34 года. (F31.1). Представила свою болезнь в виде «сердечной раны» – повышенной чувствительности, обидчивости, одиночества, снижения настроения. Согласна с эффектом лечения.



Рис. 48. Больной Т. 24 года (F23.1). Представил свое заболевание как «удар ногой в лицо» («неожиданно все рухнуло, семьи не стало, не хотел жить. В больнице начинаю оживать»).



Рис. 49. Больной Н. 58 лет. (F31,0). Представил свое заболевание в виде «черной хмари». «Всю жизнь работал в лагере в тайге с заключенными, все было прекрасно. Вдруг – навалилось. В больнице стало полегче, а то хоть в петлю».



Рис. 50. Больной О. 27 лет (F23.15). Представил свою болезнь в виде замка на доме. Подписал: «Ключ потерян». Первое время госпитализации не верил в успех лечения (беспокоили страхи).



Рис. 51. Больной В. 34 лет (F20.00). «Я – живое дерево, но одна его ветка засохла, это – моя болезнь. Радуга – защита от ядовитых осадков (вредностей жизни). Проблемы с отношением родственников».



Рис. 52. Больной О. 42 года (F20.00). Спец. отд. Свою болезнь выразил так: «Как соседи в 2-х комнатной квартире, и наругаться не могут, и один без другого – не живут».



Рис. 53 и рис. 54. Больная К. 32 года (F20.00). Изобразила свою болезнь, сравнив ее с «утопленницей, на дне моря, где темно и холодно» и здоровое состояние «тепло, светло и радостно».

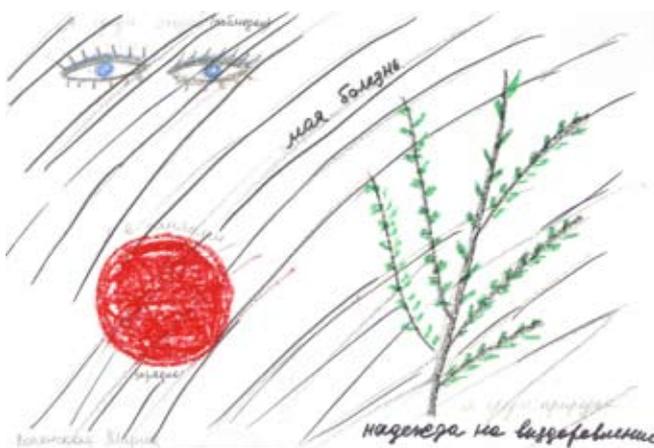


Рис. 55. Больная В.36 лет. (F06.01). Представила свою болезнь в виде дождя, свое любимое занятие (проведение утренней зарядки на отделении). Зеленая веточка – надежда на выздоровление. Отмечает положительный эффект лечения.

Рис. 56. Больная Е.52 года. (F31.1). Представила свое болезненное состояние в кругу семьи, которая поддерживает и помогает ей справиться с ухудшением здоровья. «Депрессия – это не болезнь, а состояние души».



Рис. 57. Больная М. 44 года (F23.1). Сравнила свое заболевание с «червивым яблоком». «Надо избавить яблоню от вредителей, и она будет здорова». Есть проблемы с соседями по даче.

Рис. 58. Больной К. 48 лет. (F31.1). Изобразил свою болезнь в виде полос красного и черного цвета, что соответствует подъему и спаду настроения.



Рис. 59. Больная В. 20 лет (F43.22). Изобразила свою болезнь в виде морской птицы, попавшей в розлив нефти. Назвала: «Ангел смерти». В анамнезе суицидальное поведение.

### 3. Группа художественных работ «Я и моя болезнь»

В этих работах прослеживается еще более выраженная защита своего понимания болезни, замена его общими представлениями о болезни.



Рис. 60. Больной М. 22 года (F20.00). Представил свою болезнь в виде машины скорой помощи.

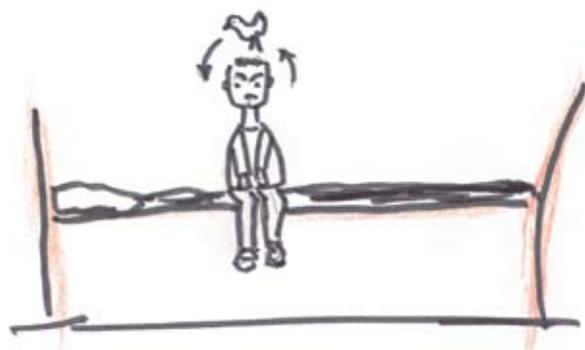


Рис. 61. Больной И. 34 лет. (F06.368). Представил свою болезнь в виде человека, сидящего на больничной кровати.



Рис. 62. Больная М. 23 лет (F20.00). Представила Болезнь в виде лежащей на кровати больной. С высокой температурой (испарения). Рядом – она в здоровом состоянии.



Рис. 63. Больная М. 28 лет (F31.0). Представила свою болезнь в виде пациентки, измеряющей температуру тела. Рядом – шкаф с медицинскими предметами.



Рис. 64. Больной Ф. 32 года (F43.20). Представил свою болезнь в виде врача, медсестры и больного.



Я и моя болезнь.

Рис. 65. Больная К. 31 год (F23.15). Представила свою болезнь в виде термометра и медицинской шапочки.

#### 4. Группа художественных работ «Я и моя болезнь», отражающая опосредованное осознание болезни



Рис. 66. Больная Я. 40 лет (F20.00). «Я всегда здорова, когда гуляю со своими племянниками».



Рис.67. Больная Р.24 года (F06.40). Страдает координационными нарушениями. Представила свою болезнь в виде панды, которая не может отправиться в путешествие.



Рис. 68. Больная П. 32 лет (F43.22). Представила свои любимые увлечения: прогулка в лесу «Природа лечит» и прогулку по городу «Любимый город». «Это меня лечит».



Рис. 69. Больная О. 48 лет (F20.00). «Придет весна, снеговик растает и болезнь уйдет».



Рис. 70. Больная Л. 42 года (F20.00). «Я – здорова, когда рядом моя доченька. Я очень по ней скучаю».



Рис. 71. Больной В. 26 лет (F20.00). «Схожу в солон – здоровье поправится».



Рис. 72. Больная Р. 36 лет (F20.00). «Главное – перейти через мост к солнышку, там – нет болезни».

## 5. Работы, отражающие отсутствие осознания болезни



Рис. 73. Больная Б. 25 лет (F31.1). «Я – просто веселый человек, а врачи говорят, что это «маниакал». Он приходит и уходит. А зачем в больницу забирать?».



Рис. 74. Больная Е. 23 года (F23.1). «Не понятно, за что меня поместили в больницу? Настроение у каждого бывает плохое.»



Рис. 75. Больной Е. 30 лет (25.2). «Вот такая моя болезнь!»



Рис. 76. Больной М. 21 год (F23.1). «Я люблю своих друзей, а сестра привезла в больницу. За что?».

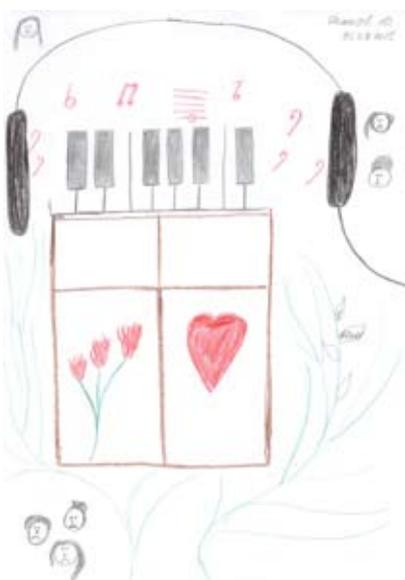


Рис. 77. Больной Л. 23 года 25 (F25.2). «Я постоянно нахожусь в музыке, в любви. А родственники переживают и додумались меня полечить в больничке.»



Рис. 78. Больной 28 лет. Спец. отделение (F20.00). Представил себя и свои ощущения при употреблении грибов-галлюциногенов: «Было забавно и интересно.»



Рис. 79. Больная П. 43 года (F20.00).  
Представила свою болезнь и «причину болезни».  
«Моя болезнь – бедность». «Мой мозг не получает  
необходимых продуктов, поэтому болеет».



Рис. 80. Больной М. 56 лет (F06.40).  
«Я и моя болезнь».

### Осознание причин психического заболевания

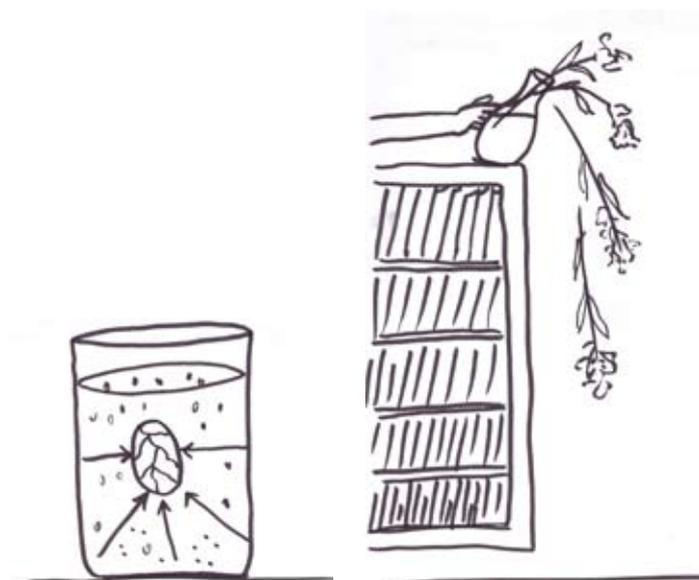


Рис. 81 и Рис. 82. Больная А. 20 лет (F06.368).  
Анализируя причины своего заболевания пришла к выводу,  
что после тяжелого гриппоподобного заболевания,  
много занималась (на двух факультетах), часто голодала,  
мало спала. Сравнивает с яйцом, которое долго варилось  
и лопнуло. «Последней каплей явился разрыв с любимым  
человеком» (сброшенная ваза с цветами).

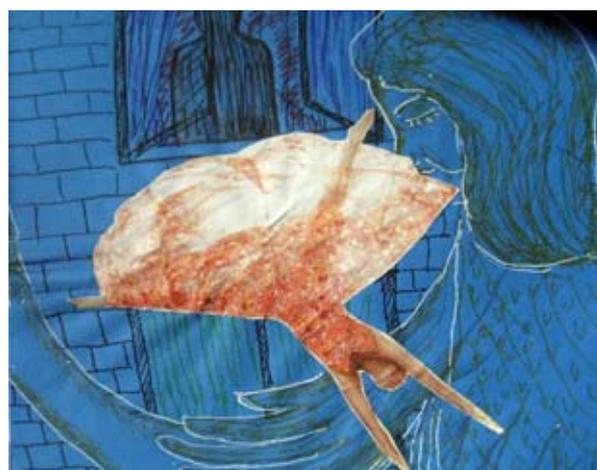


Рис. 84. Больная К. 26 лет (F23.15).  
Создала коллаж – воспоминание о попытке  
насилия в 15-ти летнем возрасте, суицидной  
попытке, связывает с этим свое заболевание.



Рис. 85. Больной Б. 23 года (F23.15). Связывает свое заболевание с тяжелым детством, когда постоянно приходилось спасаться от пьяного отца.



Рис. 86. Больная С. 37 лет (F23.1). Представила свою болезнь в виде креста, который «буду нести по жизни, сколько нужно». Считает, что ее болезнь – это наказание за грехи.

### Художественные работы пациентов, отражающие их пребывание в психиатрической больнице



Рис. 87. Худ. Сысоев В.Н.  
«В палате». 1972 г.



Рис. 88. Худ. Сысоев В.Н.  
«В курилке» 1974 г.



Рис. 89. Худ. Сысоев В.Н.  
«Шутка». 1974 г.

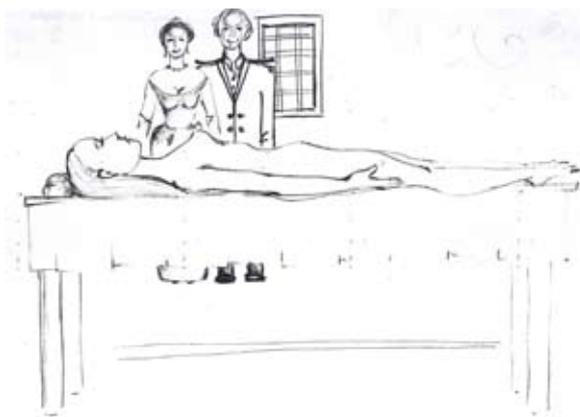


Рис 90. 91. С.М. «В прозекторской». 1992 г.



Рис. 92. С.М. «Практикант»  
1992 г.

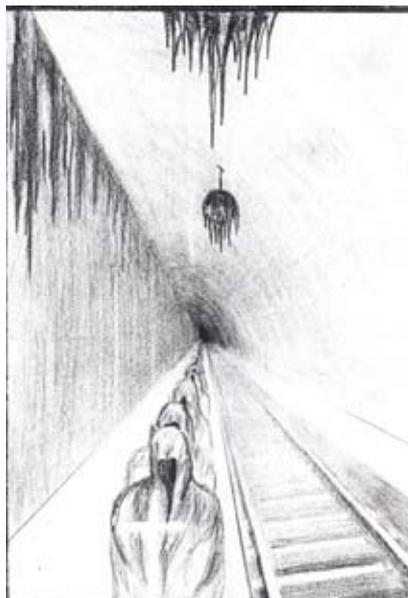


Рис. 93. Р.К.. «Больничный сон»  
2003 г.



Рис. 94. П.Л. «Больничный этюд»  
2004 г.



Рис. 95. Н.Е. «Перед выпиской» 2007 г.



Рис. 96. А.О. «Больничные окна» 2014 г.

**Заключение.** Наше исследование, касающееся осознания психической болезни методами арт-терапии у пациентов с психической патологией показало, сколь разнообразно это представление у разных категорий больных. Безусловно, в художественных работах отражается, главным образом, эмоциональное восприятие своей болезни, ее внутренней картины. Анализ этих работ показывает, что осознание психической болезни в той или иной степени присутствует у значительной части пациентов с психиатрической патологией. Сюда входит «осознание наличия психического расстройства», «осознание симптомов психического расстройства», «осознание негативных последствий психического расстройства», «опосредованное представление о своей болезни», «осознание положительного эффекта от медикаментозного лечения», «осознание роли реабилитационных занятий». Многие приходят к осознанию болезни после получения положительного эффекта от проводимого лечения. Большое значение придается правильно проводимой психообразовательной работе с пациентами и их родственниками, снижающей стигматизацию взглядов на психическую патологию, направленную на улучшение отношения пациентов к лечению и улучшение комплайенса. Методы арт-терапии, безусловно, помогают лучше понять пациента, раскрыть его внутренний мир, его отношение к себе и к окружающим, к своему заболеванию, к готовности сотрудничества по пути к выздоровлению.

### Литература:

1. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1971
2. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Смысл, 2001.
3. Кожуховская И.И., Зейгарник Б.В. Нарушение критичности в структуре деятельности / Психология – 1978 №1.
4. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М. 1977.
5. б. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб: Речь.2010.
7. Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Тхастов А.Ш., Морозова М.А. Проблемы инсайта в современной патопсихологии. // Вопросы психологии 2008.№2 с143 – 150.
8. Д.А.Крупченко. Инсайт у больных шизофренией: развитие взглядов и современное использование. // Психиатрия: научно – практический журнал. – 2010. – №2 – с.99-105.
9. Д.А.Крупченко. Коррекция нарушений осознания психического расстройства при шизофрении. Учебно-методическое пособие. Минск, БелМАПО 2012
10. Иржевская В.П. и др. Методика исследования осознания психической болезни у пациентов с психической патологией разной степени тяжести. /Культура и патология. Сб. научн. статей. Вып. 4 /Под ред. А.Ш.Тхасова, С.П.Елшанского. М.: Изд-во МГУ, 2007. с.9-13.
11. Копытин А.И., Черенков Р. Тест художественно – эмоционального восприятия: Диагностические, развивающие, психотерапевтические возможности. /Исцеляющее искусство, 2016 №3.

А.Е. Веракса

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ КУПИРОВАНИЯ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ С КАТАТОНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

*Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург*

Психиатрия – одна из самых изменчивых, динамичных и проблемных медицинских наук. С момента ее основания и по сей день ведутся споры относительно классификации психиатрических расстройств, их распространенности, симптоматики, лечения и прогноза. Более или менее стабильными являются синдромальные характеристики, которые подчас дают больше информации и пользы, чем коды диагнозов. К числу «непонятных» относятся и острые эндогенные психозы (ОЭП), которые имеют в зависимости от автора и школы разные диагностические «маски»: атипичный аффективный психоз, шизоаффективный психоз, периодическая кататония, рекуррентная шизофрения, периодический психоз, онейрофрения, шизофреническая реакция, циклоидный психоз, параноидная реакция, острые и транзиторные психотические реакции, острое полиморфное шизофреноподобное расстройство и т.д. [2, 7]. Во многом, такая ситуация сложилась благодаря обильной полиморфной симптоматике: значительная доля в клинической картине аффективной наполненности, несистемных бредовых идей, спутанности, растерянности, ощущений нереальности происходящего, вплоть до онейроидного помрачения сознания и явлений кататонии. Надо отметить, что многие симптомы кататонического спектра остаются незамеченными в клинике [11]. Кататония может быть ассоциирована как с шизофреническими, так и еще чаще с аффективными расстройствами [10]. Ведущим механизмом в развитии моторных симптомов кататонии считается нисходящая модуляция базальных ганглиев из-за дефицита корковой гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) – первичного тормозного нейротрансммиттера мозга [8]. Для лечения подобной патологии препаратами выбора традиционно являются бензодиазепины и электросудорожная терапия [1, 12]. Вопросы выбора оптимальной лечебной тактики купирования ОЭП до сих пор остаются спорными. В полиморфной, динамично меняющейся картине приступа одни специалисты главной терапевтической мишенью считают галлюцинаторно-бредовую симптоматику и поэтому рекомендуют применять дофаминовые блокаторы (нейролептики) [5]; другие указывают на ведущую роль аффективных нарушений и изменений сознания, настаивая на предпочтительности средств, способных выравнять дисбаланс системы “ГАМК – глутамат” (бензодиазепины, антиконвульсанты) [3]. Некоторые психиатры привычно используют в своей практике более надёжный, по их мнению, метод полипрагмазии.

**Цель нашего исследования** – анализ биологической терапии пациентов, страдающих ОЭП, для выявления оптимальных схем лечения.

Динамическая клиническая оценка психического и соматоневрологического состояния производилась при поступлении больного в стационар (до начала лечения) и затем через каждые 7±1 дней до его окончательного выхода из состояния психоза. Одновременно осуществлялась оценка с помощью психометрических шкал (шкала оценки кататонических расстройств – Bush-Francis Catatonia rating scale [4], BPRS [9] и CGI [6]).

По завершении периода сбора материала все включённые в исследование пациенты были распределены в четыре терапевтические группы в зависимости от классов препаратов, которые лечащие врачи назначали им для купирования психоза.

В исследование было включено 137 пациентов с диагнозами согласно МКБ-10: шизофрения (n=28), острые и транзиторные психотические расстройства (n=67), шизоаффективные расстройства (n=22), аффективные расстройства (n=20). Пациенты были распределены в одну из четырех терапевтических групп (независимо со стороны исследователей): 1 – бензодиазепины (БД, n=28), 2 – монотерапия нейролептиками или сочетание одного нейролептика и одного бензодиазепина (НБД, n=58), 3 – комбинация вальпроевой кислоты с бензодиазепином или нейролептиком (ВБДН, n=22), 4 – полипрагмазия (ПП, терапия двумя препаратами одной группы или наличие четырех и более психотропных препаратов одновременно, n=29).

Разница в оценке исходного состояния по всем психометрическим шкалам не была статистически достоверной.

В каждой исследуемой группе также у порядка 1/2 пациентов отмечались явления кататонии (табл. 1).

Таблица 1

*Встречаемость кататонической симптоматики среди исследуемых групп*

Терапевтическая группа	Пациенты, имевшие кататоническую симптоматику до начала лечения (абс.)	Пациенты, имевшие кататоническую симптоматику до начала лечения (%)
БД (n=28)	13	46,4
НБД (n=58)	28	48,3
ВБДН (n=22)	11	50,0
ПП (n=29)	14	48,3

При оценке состояния пациентов по шкале кататонии до начала лечения статистически достоверной разницы между терапевтическими группами не было ( $p > 0,05$ ) (табл. 2), хотя и прослеживается тенденция к назначению препаратов бензодиазепинового ряда среди пациентов с более выраженной кататонической симптоматикой.

Таблица 2

*Оценка по шкале кататонии в исследуемых группах*

Признак	Группа	До лечения	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели	Через 5 недель	Через 6 недель	В конце лечения
Баллы по шкале кататонии	БД	4,39±5,89	0,0±0	Н/п	Н/п	Н/п	Н/п	Н/п	0,0±0
	НБД	3,14±4,37	0,63±1,03	0,0±0	0,0±0	0,0±0	Н/п	Н/п	0,0±0
	ВБДН	3,09±3,59	0,56±1,67	2,0±3,46	0,0±0	Н/п	Н/п	Н/п	0,0±0
	ПП	3,83±5,08	2,31±4,42	1,59±4,25	1,0±2,42	0,63±1,19	0,0±0	0,0±0	0,0±0

Н/п – неприменимо

Также можно заметить затяжное (до 4-х недель) течение кататонического состояния у пациентов, в лечении которых использовалось большое количество фармакологических средств. И это несмотря на то, что наблюдалась отрицательная корреляция между суммарным балом по шкале кататонии и дозой антипсихотика в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент, т.е. для пациентов с выраженной кататонической симптоматикой применялись более щадящие дозировки нейролептиков ( $r = -0,382$ ;  $p < 0,05$ ).

В целом, приступ ОЭП быстрее редуцировался в группе БД, почти в 2,5 раза медленнее в группах НБД и ВБДН, и он принимал затяжное течение в группе ПП (табл. 3).

Таблица 3

*Длительность ОЭП в исследуемых группах*

Терапевтическая группа	Длительность ОЭП
БД (n=28)*	3,21±2,33
НБД (n=58)*, **	7,67±5,35
ВБДН (n=22)*, **	8,91±6,78
ПП (n=29)*	24,52±10,66

\*  $p < 0,001$

\*\* между НБД и ВБДН  $p > 0,05$

Через неделю терапии отмечалась лучшая динамика редукции кататонических симптомов в группе ВБДН ( $0,56 \pm 1,67$ ) по сравнению с НБД ( $0,63 \pm 1,03$ ) и ПП ( $2,31 \pm 4,42$ ) ( $p > 0,05$ ).

В структуре кататонической симптоматики до начала лечения преобладали мутизм ( $0,44 \pm 0,81$ ), негативизм ( $0,39 \pm 0,87$ ) и застывания ( $0,33 \pm 0,64$ ). В процессе терапии в последнюю очередь редуцировался мутизм.

Таким образом, анализ психофармакотерапии стационарных больных с кататонической симптоматикой позволяет сделать вывод, что назначение антипсихотиков у этой категории больных продолжает оставаться повседневной практикой. Назначение антипсихотиков и полипрагмазия в целом увеличивают срок редукции и кататонических, и прочих симптомов ОЭП. Наличие кататонической симптоматики в структуре ОЭП, возможно, объясняет лучший ответ на монотерапию бензодиазепинами у этой категории больных.

### Литература:

1. Егоров А.Ю. Электросудорожная терапия при психических заболеваниях и рациональная психофармакотерапия // Рациональная психофармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей/ под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М., Литтерра, 2014. С. 331-351.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Ростов-на-Дону, Изд-во ЛРНЦ "Феникс", 1999, 420 С.
3. Нуллер Ю.Л. Парадигмы в психиатрии. – Киев: Изд-во Асс. Психиатр. Украины, 1993. – 31с.
4. Bush G., Fink M., Petrides G. et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1996. – Vol. 93. – P. 129–136.
5. Byrne P. Managing the acute psychotic episode // BMJ. – 2007. – Vol. 31, No. 334(7595). – P. 686–692.
6. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised (DHEW Publ No ADM 76–338). Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs. – 1976. – P. 218–222.
7. Marneros A., Pillman F. Acute and transient psychotic disorders // Psychiatriki. – 2002. – Vol. 13. – P. 276-286.
8. Northoff G. What catatonia can tell us about 'top-down modulation': a neuropsychiatric hypothesis // Behavioural and Brain Sciences. – 2002. – Vol. 25. – P. 555–577.
9. Overall J.E., Gorham D.R. The brief psychiatric rating scale // Psychological Reports. – 1962. – Vol. 10. – P. 799-812.
10. Pommeroy N., Januel D. Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature (in French) // L'Encéphale. – 2002. – Vol. 28. – P. 481–492.
11. Sally A. Morgan, Dietmar Hank, Danny Rogers. Advances in Psychiatric Treatment // BJPsych Advances. – Aug 2008. – Vol.14, No. 5. – P. 400.
12. Sundararajan Rajagopal. Catatonia // Advances in Psychiatric Treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 51-59.

**С.В. Выходцев**

## **ОПЫТ РАБОТЫ УРОЛОГА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

*Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца,  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,  
кафедра психотерапии и сексологии  
Санкт-Петербург*

**Введение.** *Особенности работы врача-уролога в психиатрической больнице.*

Работа врача-уролога в психиатрическом стационаре в основном заключается в консультативной деятельности. Вместе с тем, при необходимости выполняются диагностические и лечебные манипуляции – катетеризация мочевого пузыря, бужирование уретры, замена послеоперационных постоянных дренажей (эпицистостома, нефростома), инстилляции мочевого пузыря, налаживание системы орошения в нижних мочевых путях и др.

Помимо этого оказывается содействие врачам-психиатрам при переводе больных с острой урологической патологией или для планового лечения в урологические отделения многопрофильных стационаров. С родственниками больных проводятся беседы с объяснением способов ухода за пациентами с хроническими урологическими заболеваниями, правил дальнейшей медикаментозной терапии и профилактических мероприятий, тактических вопросы оказания дальнейшей помощи больным на амбулаторном этапе с учетом специфики психиатрической патологии. Важной частью работы является участие во врачебных консилиумах и клинических разборах при обсуждении сложных в диагностическом плане заболеваний, стоящих на стыке нескольких врачебных специальностей.

Четырехлетний опыт работы уролога в психиатрической больнице показал, что среди разнообразной соматической патологии, встречающейся у психически больных, немалую долю составляют заболевания мочевыделительной системы у мужчин и женщин, а также половой системы у мужчин. С точки зрения врача-интерниста причинами этих состояний являются органические или функциональные изменения в организме больного, коррекция которых может осуществляться в рамках плановой или экстренной специализированной помощи. С точки зрения врача-психиатра ряд болезненных состояний требует дифференцированного подхода и подчас особой диагностической и лечебной тактики с учетом специфики психических нарушений у больных.

**Материал и методы. Общий анализ клинических данных.** За период 2012-2016 гг. всего было консультировано 2238 пациентов (1512 мужчин и 726 женщин), из них первичных консультаций – 940, повторных – 1298. Возраст обратившихся составил от 18 до 99 лет.

Для проведения анализа все пациенты, получившие консультацию уролога, были распределены по группам в соответствии с критериями МКБ-10 в психиатрии. Группы составили: органические заболевания головного мозга с психическими нарушениями (F06, F07) – 731 пациент, интоксикационные психозы (F10-F19) – 288 пациентов, расстройства шизофренического спектра (F20, F21, F23, F25) – 802 пациента, аффективные нарушения (F30-F34) – 221 пациент, а также пограничные нервно-психические расстройства (F40-45, F60) – 196 пациентов.

Как видно, среди психических нарушений у пациентов, нуждавшихся в помощи уролога, в основном преобладали расстройства шизофренического спектра (35,8%, чаще в форме шизофрений и бредовых расстройств), органические заболевания головного мозга с психическими нарушениями (32,7%, чаще с преобладанием аффекта и поведенческими расстройствами) и токсические психозы (12,9%, чаще алкогольного и наркотического генеза).

Все консультации уролога выполнялись в плановом и экстренном порядке в отделениях острой психической патологии и отделениях лечебно-восстановительной (реабилитационной) терапии. Обследование включало оценку урологического статуса больного (субъективные и объективные данные), выполнение общих анализов крови и мочи, биохимического анализа крови, посевов мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, анализа мочи по Зимницкому. Инструментальные обследования (УЗИ с доплеровскими методиками, Rg-урография, КТ, МРТ) проводились в условиях психиатрического стационара или в других лечебно-профилактических учреждениях.

**Анализ органической урологической патологии.** Как показали исследования, за четырехлетний период наблюдений среди органической урологической патологии у мужчин преобладали доброкачественная гиперплазия предстательной железы – ДГПЖ (в среднем – 34,2% случаев), хронический калькулезный простатит (в среднем – 20,3% случаев) и мочекаменная болезнь (включая нарушения минерального обмена в форме кристаллурии) – в среднем в 8,5% случаев. Чаще всего именно эти заболевания (изолировано или в сочетании) являлись поводом для консультации. Указанное выше распределение частоты встречаемости органической урологической патологии у мужчин существенно не отличается от такового в соматическом стационаре. Вместе с тем, за последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты выявления ДГПЖ (на 2,8%), злокачественных новообразований органов мочевыделительной и половой системы (на 3,7%), а также частоты обращений в связи с наличием послеоперационных свищей (на 3,9%). Необходимо отметить, что за весь период наблюдений у 19 пациентов злокачественный опухолевый процесс нами был выявлен впервые (опухоль предстательной железы, мочевого пузыря, яичка, почки). Это потребовало дополнительной консультации онкоуролога.

У женщин урологические заболевания органической природы чаще были представлены воспалительными процессами мочевыделительной системы (цистит, пиелонефрит, их сочетание; в среднем – 56,4% случаев), мочекаменной болезнью (включая нарушения минерального обмена) – в среднем 13,2% случаев и недержанием мочи при несостоятельности тазовой диафрагмы и опущении влагалища с передней стенкой мочевого пузыря (в среднем – 8,7% случаев). Указанные явления отражают в целом картину распределения урологической патологии у женщин с учетом возрастных особенностей и особенностей контингента обследуемых больных. Вместе с тем необходимо отметить тенденцию к увеличению частоты выявления злокачественных новообразований органов мочевыделительной системы (на 2,5%), а также появление за последние два года пациентов с послеоперационными свищами (нефростома) на фоне злокачественных новообразований половой сферы.

**Анализ функциональной урологической патологии с учетом специфики психически больных.** Особого внимания при анализе клинических данных требуют случаи функциональных урологических расстройств. Эти клинические состояния наиболее часто могут наблюдаться в психиатрическом стационаре, так как в своей основе содержат специфические механизмы, связанные с патологией нервной системы и/или психики пациента.

Одним из таких нарушений является нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП). Как показали четырехлетние наблюдения, это состояние довольно часто встречается в психиатрической практике, причем как у мужчин, так и у женщин. У мужчин оно встречается в 26,8% случаев и занимает второе место по частоте среди всей урологической патологии, уступая лишь ДГПЖ. У женщин НДМП наблюдается в 32,7% случаев, занимая по частоте среди всех урологических заболеваний также второе место после воспалительных процессов в мочевыделительной системе.

НДМП часто осложняется острой или хронической неполной задержкой мочи, что и служит поводом для обращения за помощью. В первом случае это приводит к болевому синдрому, иногда напоминающему картину перитонита, а во втором – к обострению воспалительного процесса в мочевой системе с высокой лихорадкой, дизурией и соответствующими изменениями в крови и моче. НДМП отмечалась у больных с кататонической формой шизофрении, депрессивным расстройством, деменцией, в случаях личностной дезадаптации, а также у пациентов с токсической полинейропатией алкогольного генеза.

Также нейрогенные расстройства нижних мочевых путей с различными вариантами задержек мочи или ее недержанием мы наблюдали у пациентов на фоне лечения психотропными лекарственными препаратами (большинством антипсихотиков, некоторыми антидепрессантами, корректорами антипсихотической терапии с выраженным холинолитическим эффектом).

Следующей патологией, с которой встречается уролог, консультируя психически больных, являются «псевдоурологические» симптомы или даже синдромы. Спектр «урологических» жалоб таких пациентов не соответствует объективному урологическому статусу и чаще не имеет лабораторно-инструментального подтверждения. При этом в одних случаях жалобы могут носить тради-

ционный, «урологический» характер и вполне укладываться в картину почечной колики, цистита, простатита и др., в других – жалобы носят вычурный характер, чрезмерно акцентированы на генитальной сфере, сопровождаются несоответствием характера ощущений тем анатомическим областям, где они отмечаются пациентом (сенестопатии) и т.д.

Подобные состояния могут расцениваться как один из симптомов психического заболевания (в том числе – дебюта) из области «большой психиатрии» (шизофрения, бредовые расстройства, органические заболевания головного мозга, аффективные расстройства, в том числе маскированные депрессии, длительный прием некоторых психоактивных веществ и др.). Вместе с тем, значительное число подобных случаев (цисталгии, простаталгии, уретралгии, различные варианты расстройств мочеиспускания и т.п.) могут рассматриваться в рамках «малой» психиатрии, как симптом невротического ранга в структуре психосоматического расстройства у конкретной личности (соматоформные нарушения, нозогении). Именно в таких сложных случаях необходим дифференцированный подход врача-уролога с учетом специфики контингента обследуемых при обязательном участии врача-психиатра или уролога, имеющего соответствующую подготовку и/или опыт работы в психиатрии.

#### **Выводы.**

1. Работа врача-уролога в психиатрической больнице направлена как на решение общеизвестных задач, что сравнимо с работой в обычном многопрофильном стационаре, так и формирует особые задачи, что связано со спецификой контингента, нуждающегося в специализированной урологической помощи.

2. Условиями продуктивной работы врача-уролога в психиатрическом стационаре являются наличие знаний и опыта на стыке нескольких специальностей (урология, психиатрия, сексология и др.), а также стремление к сотрудничеству с врачами смежных специальностей (психиатр, невролог, гинеколог, терапевт, эндокринолог и др.).

3. По результатам наших наблюдений характер урологических «проблем» в психиатрической практике определяется как непосредственным наличием заболеваний органов мочеполовой системы у психически больных, так и вторичными нарушениями в этой системе за счет психической и/или неврологической патологии, а также как результат побочного действия психотропных лекарственных препаратов.

4. Основными урологическими заболеваниями органического характера, требующими внимания уролога в психиатрическом стационаре, у мужчин являются ДГПЖ, хронический калькулезный простатит, мочекаменная болезнь, у женщин – воспалительные процессы мочевыделительной системы, мочекаменная болезнь, недержание мочи при несостоятельности тазовой диафрагмы и опущении половых органов.

5. Ведущим функциональным урологическим расстройством, требующим урологической помощи, как у мужчин, так и у женщин, является НДМП. Несмотря на полиэтиологический характер данной проблемы, именно она, за счет обилия и разнообразия форм осложнений, в большей степени требует к себе внимания и интегративного подхода со стороны психиатров и врачей-интернистов (уролог, невролог, терапевт).

6. Наблюдаемые нами у психически больных случаи «псевдоурологических» расстройств, широко распространены и имеют важное значение для прогноза успешного лечения. Эти состояния являются специфичными для психиатрической клиники и требуют дифференциального подхода со стороны врача-уролога, а также междисциплинарного подхода в сотрудничестве врачей различных специальностей (уролог, гинеколог, психиатр, сексолог, невролог).

7. По результатам работы можно сделать вывод, что характер урологической патологии в отделениях психиатрической больницы имеет особую специфику. Врач-уролог, поработавший в условиях психиатрического стационара, а особенно – получивший дополнительное образование в области психиатрии/ сексологии, находится в более выигрышном положении по сравнению со своими коллегами соматического профиля. Приобретенный опыт и знания являются хорошим базисом для формирования интегративного подхода к пациенту, что, безусловно, улучшает диагностические возможности и повышает качество оказываемой помощи психически больному человеку.

И.С. Григорьев, А.Н. Лесков

## УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, Санкт-Петербург*

**Введение.** Повышение качества оказания медицинских услуг остается важной научно-практической проблемой. Под качеством медицинской помощи (КМП) понимается совокупность характеристик, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки [11]. Таким образом, удовлетворенность пациентов лечением является компонентом мониторинга КМП в медицинском учреждении [4].

Большинство авторов утверждает, что основной причиной, побудившей обратить внимание на удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью, является внедрение рыночных отношений в деятельность лечебных учреждений и последовавшая за этим смена парадигмы отношений «врач-пациент» с патерналистской на партнерскую [4, 2, 6].

В условиях страховой и платной медицины у пациента есть возможность выбора врача и лечебного учреждения. Степень удовлетворенности в этом случае зависит от изначальных ожиданий пациентов относительно способности системы здравоохранения удовлетворять их запросы и в значительной степени определяет количество повторных обращений к данному врачу и в данную организацию (лояльность пациентов) [1].

В условиях государственной системы психиатрической помощи пациенты, в большинстве случаев, лишены возможность выбирать медицинское учреждение, в связи с существованием принципа районирования. Однако законодательство требует одинакового подхода к оценке и мониторингу качества медицинской помощи, вне зависимости от организационной формы оказания медицинской помощи [9, 5, 7].

Некоторые авторы высказывают сомнение в рациональности использования критерия удовлетворенности для оценки качества медицинской помощи в условиях психиатрического стационара, ссылаясь на то, что особенности болезни могут сказаться на субъективной оценке пациентом оказанной ему помощи [8, 10].

Другие авторы полагают, что изучение удовлетворенности пациентов, в условиях психиатрического стационара, позволяет формировать стратегию развития медицинской организации, дает возможность сравнивать между собой деятельность отдельных медицинских отделений и врачей [3].

Таким образом, в настоящее время, несмотря на требование законодательства к процедуре мониторинга КМП, среди специалистов в области психиатрии нет единства мнений о ценности показателя неудовлетворенности пациентов медицинскими услугами. Остаются до конца не изученными субъективные и объективные факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов психиатрических стационаров.

**Цель исследования:** оценка эффективности мониторинга удовлетворенности пациентов доступностью и качеством оказываемой им в СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» медицинской помощи.

### **Задачи исследования.**

1. Выявить факторы, обуславливавшие неудовлетворенность оказанной медицинской помощью.
2. Разработать рекомендации по усовершенствованию мониторинга удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

**Материалы и методы:** в период 01.01.2014 по 01.10.2016 в СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца» осуществлялось анкетирование выписанных больных. Анкетирование проводилось в выписной комнате. Всем выписанным пациентам предлагалось заполнить анонимную анкету для определения уровня удовлетворенности доступностью и качест-

вом медицинской помощи. Оценивалась удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи в приемном покое (удовлетворенность работой врача и работой медицинских сестер); в отделении (удовлетворенность работой заведующего, лечащего врача и медсестер); удовлетворенность работой врачей-специалистов (терапевта, хирурга, офтальмолога, невролога и т.д.). Пациенты оценивали свою удовлетворенность полнотой предоставленной им медицинскими работниками информации о состоянии их здоровья, методах обследования и лечения, питанием в больнице; санитарно-гигиеническим состоянием отделения, а также возможностью проведения досуга во время нахождения на лечении (прогулки, библиотека, настольные игры, концерты, кружки и т.д.).

Были предложены следующие возможные варианты оценки «удовлетворен полностью» (100%), «удовлетворен не в полной мере» (75-50%), «скорее не удовлетворен, чем удовлетворен» (50-25%), «не удовлетворен» (менее 25%).

Также пациентов просили дать общую оценку удовлетворенности качеством оказанной им медицинской помощи в диапазоне от 0 баллов (не удовлетворен) до 100 баллов (удовлетворен полностью).

Кроме того, пациенты могли оставить свои замечания в произвольной форме.

Чтобы получить более полное представление о субъективных и объективных факторах, влияющих на удовлетворенность оказанной медицинской помощью, изучались жалобы, поступившие в адрес администрации учреждения в период с 01.01.2014 по 01.10.2016

Статистический анализ осуществлялся с помощью модулей программ Microsoft Excel 2003 и SPSS Statistics 17.0.

**Результаты и обсуждение.** За период с 01.01.2014 по 01.10.2016 было выписано 7025 пациентов, из них мужчин – 3591 (51,11%), женщин – 3434 (48,89%).

В таблице 1 представлен гендерный состав выписанных пациентов за каждый год исследования.

Таблица 1

*Гендерный состав пациентов, выписанных из стационара в период исследования.*

Год	2014		2015		2016	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
Мужчины	1288	52,23	1233	50,29	1070	50,78
Женщины	1178	47,77	1219	49,71	1037	49,22
Всего	2466	100	2452	100	2107	100

Анкету заполнили 636 пациентов, что составило 9,05% от числа всех выписанных за период исследования. Из них 382 (60,1%) – мужчины, 249 (39,2%) – женщины, 5 (0,8%) человек не указали в анкете свой пол.

В таблице 2 представлен гендерный состав пациентов, заполнивших анкету, за каждый год исследования

Таблица 2

*Гендерный состав выборки пациентов, участвовавшей в исследовании.*

Год	2014		2015		2016	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
Мужчины	205	58,1	122	58,1	55	75,3
Женщины	143	40,5	88	41,9	18	24,7
Не указали пол	5	1,4	0	0	0	0
Всего	352	100	210	100	73	100

В период исследования отмечалась тенденция к снижению количества пациентов, желавших заполнить анкету. С 01.01.2014 по 31.12.2014 анкету заполнили 352 из выписанных в этот период

2466 пациентов (14,27%), с 01.01.2015 по 31.12.2015 – 210 из 2452 (8,56%), с 01.01.2016 по 01.10.2016 – 73 из 2107 пациентов (3,84%).

В таблице 3 представлено процентное соотношение пациентов заполнивших анкету к общему числу выписанных, с учетом пола.

Таблица 3

*Процентное соотношение числа пациентов, заполнивших анкету и числа выписанных пациентов.*

Год	2014	2015	2016
Мужчины	15,91	9,89	5,14
Женщины	12,14	7,21	1,34
Всего	14,27	8,56	3,46

Из таблицы 3 видно, что соотношение заполнивших анкету и общего числа выписанных мужчин снизилось с 2014 по 2016 г. в 3 раза, в то время как у женщин это соотношение упало в 10 раз. При этом соотношение выписанных мужчин и женщин оставалось неизменным в течение 2014-2016 гг. Это, вероятно, объясняется снижением интереса к анкетированию, так как многие пациенты госпитализировались в течение указанного периода повторно. Возможно также, что снижение числа пациентов, заполнивших анкету, обусловлено, недостаточной разъяснительной работой, особенно в женских отделениях.

Средний возраст мужчин составил  $39,64 \pm 14,067$  (от 18 до 80 лет), 7 пациентов не указали свой возраст. Средний возраст женщин составил  $48,12 \pm 18,445$  (от 18 до 88 лет), 8 пациенток не указали свой возраст.

264 пациента (41,5%) были инвалидами, 189 (29,7%) пациентов на момент госпитализации работали, 19 (3,0%) – учились, 61 (9,6%) являлись пенсионерами, 103 пациента (16,2%) не указали в анкете свое социальное положение.

Было установлено, что вопрос о социальном положении пациенты пропускали чаще всего. Другие пункты анкеты пациенты пропускали гораздо реже.

В таблице 4 представлена частота пропуска пунктов анкеты при заполнении ее респондентами.

Таблица 4

*Количество пропущенных ответов в анкетах пациентов*

Пункт анкеты	Частота	Проценты
Насколько Вы удовлетворены работой лечащего врача?	1	0,2
Насколько Вы удовлетворены работой медсестер отделения?	1	0,2
Насколько Вы удовлетворены полнотой информации?	1	0,2
Насколько Вы удовлетворены питанием в больнице?	1	0,2
Насколько Вы удовлетворены результатом оказания медицинской помощи в нашей больнице?	3	0,5
Насколько Вы удовлетворены КОМП в приемном покое?	4	0,6
Насколько Вы удовлетворены работой КОМП в отделении?	4	0,6
Пол	5	0,8
Насколько Вы удовлетворены работой врача приемного покоя?	6	0,9
Насколько Вы удовлетворены работой заведующего отделением?	6	0,9
Насколько Вы удовлетворены работой медсестер приемного покоя?	7	1,1
Насколько Вы удовлетворены работой специалистов?	8	1,3
Насколько Вы удовлетворены возможностью проведения досуга во время нахождения на лечении?	8	1,3
Насколько Вы удовлетворены санитарно-гигиеническим состоянием отделения?	12	1,9
№ отделения	15	2,4
Возраст	18	2,8
Лечение	44	6,9
Социальная категория	103	16,2

Из таблицы 4 видно, что пункты анкеты, касающиеся удовлетворенности качеством медицинской помощи непосредственно в отделении и в приемном покое, а также полнотой предоставленной информации, пропускались пациентами реже всего, что показывает желание выписанных пациентов донести свое мнение до администрации больницы. В то же время пропуск пунктов, касающихся социального положения, возраста, номера отделения, по-видимому, связан с желанием максимально обезличить свои ответы. Это заставляет предположить, что пациенты не чувствовали себя в полной безопасности, заполняя анкету в присутствии медицинского персонала, полагали что их анонимность может быть раскрыта.

Показатели удовлетворенности оказанной медицинской помощью не отличались у мужчин и женщин в течение всего периода исследования ( $p=0,120$ ).

В таблице 5 представлены корреляции интегральной оценки удовлетворенности качеством медицинской помощью (в диапазоне от 0 до 100 баллов) с оценками по пунктам анкеты.

Таблица 5

*Корреляция интегральной оценки удовлетворенности качеством медицинской помощью и оценок, выставленных по пунктам анкеты*

Пункт анкеты	Коэффициент корреляции по Пирсону, R
Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи в приемном покое?	0,469
Удовлетворенность работой врача приемного покоя	0,447
Удовлетворенность работой медсестер приемного покоя	0,437
Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи в отделении	0,493
Удовлетворенность работой заведующего отделением	0,381
Удовлетворенность работой лечащего врача	0,403
Удовлетворенность работой медсестер отделения	0,422
Удовлетворенность работой специалистов	0,356
Удовлетворенность полнотой информации	0,461
Удовлетворенность питанием в больнице	0,326
Удовлетворенность санитарно-гигиеническим состоянием отделения	0,362
Удовлетворенность проведения досуга во время нахождения на лечении	0,355
Значимость корреляции (двухсторонняя), p	0,01

Из таблицы 5 видно, что сильнее всего интегральная оценка качества оказанной медицинской помощи коррелировала с удовлетворенностью медицинской помощью в отделении и в приемном покое, а также с полнотой предоставленной информации. Это подчеркивает особую значимость для больных именно лечебно-диагностического процесса.

Наиболее часто пациенты в той или иной степени были не удовлетворены питанием (255 пациентов (40,1%)), полнотой предоставленной информации (179 пациентов (28,1%)), помощью в приемном покое (161 пациент (25,3%)), санитарно-гигиеническим состоянием отделения (135 пациентов (22,8%)), работой врача приемного покоя (129 человек (21,3%)).

Работой медсестер приемного покоя были не удовлетворены в той или иной степени 124 пациента (19,5%). Качеством оказанной в лечебном отделении помощи не были удовлетворены 119 пациентов (18,7%), работой медицинских сестер – 109 человек (17,1%), работой лечащего врача – 95 (14,9%) пациентов и работой заведующего отделением 88 (13,9%) больных. Работой врачей-специалистов были недовольны 111 пациентов (17,4%). Результатом оказанной медицинской помощи в целом были не удовлетворены 123 пациента (19,3%).

Было установлено, что наряду со снижением количества пациентов, заполнявших анкету, нарастало относительное количество респондентов в той или иной степени неудовлетворенных результатом оказания медицинской помощи в стационаре (15,1% – в 2014 г., 23,8% в 2015 г., 27,7% в 2016 г.,  $p=0,004$ ). Нарастало количество пациентов неудовлетворенных качеством оказания медицинской помощи в приемном покое (21,8% 28,1%, 34,2%,  $p=0,026$ ), работой врача приемного покоя (17%, 23,8%, 26%,  $p=0,038$ ) качеством оказания медицинской помощи в отделении (13,6%, 23,3%,

30,1%,  $p < 0,0001$ ); работой заведующего отделением (9,9%, 17,1%, 23,3%,  $p = 0,001$ ); работой лечащего врача (9,9%, 19,5%, 26%,  $p < 0,0001$ ); медсестер отделения (13,9%, 19,5%, 26%,  $p = 0,015$ ); питанием в больнице (37,4%, 40%, 53,4%,  $p = 0,025$ ); санитарно-гигиеническим состоянием отделения (17,8%, 26,2%, 37%,  $p < 0,0001$ ). Обращает на себя внимание, что на фоне нарастания относительного количества, абсолютное количество неудовлетворенных качеством медицинской помощи снижалось. Это, вероятно, объясняется тем, что на фоне общего снижения интереса к анкетированию, неудовлетворенность являлась сильным мотивирующим фактором.

Важно отметить что пациенты, госпитализированные в недобровольном порядке, чаще были недовольны качеством медицинской помощи в приемном покое (43,7% и 24,9%,  $p = 0,032$ ) и возможностью проведения досуга в период нахождения в стационаре (56,7% и 35,6%,  $p = 0,015$ ). Это обусловлено, прежде всего, обстоятельствами поступления таких пациентов: нежеланием госпитализироваться, особенностями психиатрического режима в связи с агрессивным или некомплаентным поведением.

Пациенты в возрастной категории 20-29 лет чаще были недовольны качеством медицинской помощи в приемном покое ( $p = 0,039$ ) и питанием в стационаре ( $p = 0,002$ ), что, возможно, связано с особенностями течения заболевания этих пациентов – возбуждением в момент нахождения в приемном покое, последующим длительным нахождением в надзорной палате, где в связи с обеспечением санитарно-эпидемического режима, ограничена возможность получения передач от родственников. В возрастной категории 30-39 лет, чаще других возрастных групп пациенты были не удовлетворены возможностью проведения досуга в период лечения ( $p = 0,005$ ), и давали наиболее низкую интегральную оценку качества оказанной медицинской помощи ( $p = 0,0045$ ), это объясняется большим количеством пациентов, проходивших лечение недобровольно среди всех возрастных групп ( $p = 0,04$ ).

Было установлено, что в течение периода исследования в адрес администрации больницы поступило 60 жалоб. Жалобы поступали от пациентов, их родственников и от иных лиц (соседей, адвокатов, представителей общественных организаций, официальных лиц). По содержанию жалобы касались преждевременной выписки, необоснованной госпитализации в стационар и, собственно, качества оказания медицинской помощи. Заявители были не удовлетворены условиями оказания медицинской помощи (режимом отделений, их санитарно-эпидемиологическим состоянием, питанием). Также жаловались на нарушение норм этики и деонтологии медицинским персоналом, на применявшиеся методы лечения и обеспеченность лекарственными средствами.

В таблице 6 представлено распределение поступивших жалоб с учетом источника и содержания.

Таблица 6

*Жалобы, поступившие в администрацию больницы за период с 01.02.2014 г. по 01.10.2016 г.*

По содержанию	По источнику			Всего	
	Родственники	Пациенты	Иные лица	Число	%
Преждевременная выписка	3	0	0	3	5
Необоснованная госпитализация	8	9	1	18	30
Неудовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи, а именно:	18	10	11	39	65
- условиями (режим, питание, сан-эпид. обстановка)	12	6	9	27	45
- этикой и деонтологией медработников	3	2	0	5	8,3
- лечением	3	3	1	7	11,7
Итого	Число	30	18	60	100
	Процент	50	30		

Соотношение количества жалоб к числу выписанных пациентов составило в 2014 г. – 0,97%, в 2015 г. – 0,89%, в 2016 г. – 0,66%.

Из таблицы 6 видно, что наибольшее число жалоб поступило от родственников пациентов. Родственники и иные лица наиболее часто обращались в связи с неудовлетворенностью качеством оказания медицинской помощи в больнице (60% и 91,7%), сами пациенты жаловались на качество оказанной медицинской помощи только в 55,6% случаев. Можно предположить, что это связано с отсутствием иных механизмов обратной связи для родственников пациентов и иных лиц, так как на момент начала исследования сайт больницы находился в стадии разработки, а специальной анкеты для родственников пациентов создано не было.

По результатам проверок все жалобы признаны необоснованными. В большинстве случаев жалобы содержали необъективные сведения, обусловленные недостаточной информированностью или эмоциональной оценкой. Иногда заявители, стремясь реализовать свои корыстные мотивы, сообщали заведомо ложные сведения.

Всего в течение 2014 года поступило 24 жалобы, 2015 г. – 22 жалобы, в 2016 г. – 14 жалоб.

В таблице 7 представлены данные о жалобах на качество медицинской помощи, поступивших в адрес администрации больницы в период исследования.

Таблица 7

*Жалобы на качество медицинской помощи, направленные в адрес администрации*

Год	Источник жалоб			Всего	Процент от всех жалоб	Процентное соотношение с количеством выписанных за год
	Пациенты	Родственники	Иные лица			
2014	4	7	3	14	58,3%	0,57%
2015	3	6	6	15	68,2%	0,61%
2016	3	5	2	10	71,4%	0,47%

Из таблицы 7 видно, что в 2015 году резко возросло количество жалоб на КМП со стороны иных лиц, что было связано с активной деятельностью антипсихиатрических организаций в этот период. При этом абсолютное количество жалоб от пациентов снизилось и было одинаковым в 2015 г. и 2016 г., а со стороны их родственников прогрессивно снижалось. На фоне общего снижения количества жалоб, относительное количество жалоб на КМП со стороны пациентов и их родственников росло. Как и в случае результатов анкетирования, это свидетельствует о высокой актуальности показателя удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи.

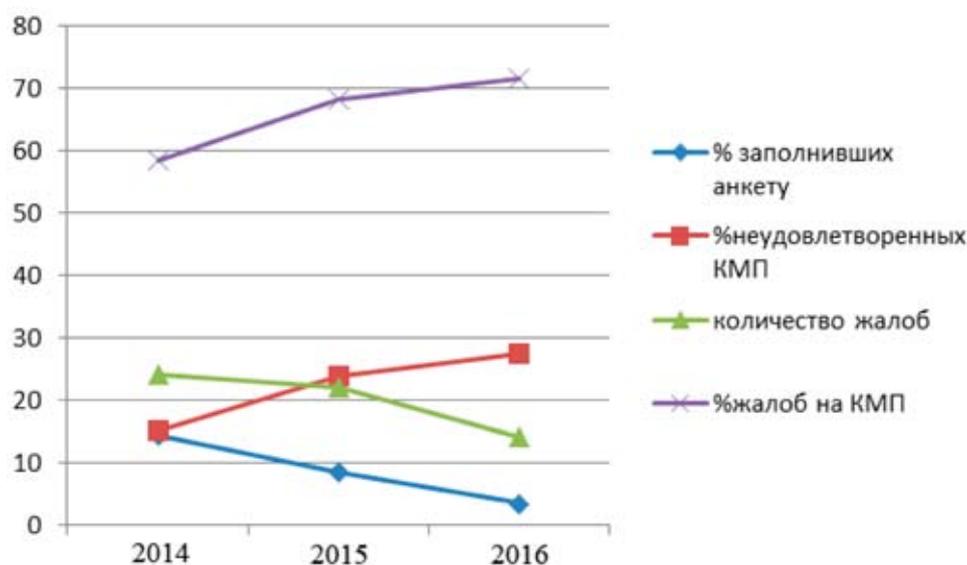


Рис. 1. Соотношение относительного количества пациентов, заполнивших анкету, пациентов, неудовлетворенных качеством медицинской помощи и количества жалоб на КМП, поступивших от пациентов.

Рис. 1 наглядно демонстрирует, что снижение количества анкетированных и количества жалоб от родственников и их пациентов сопровождалось увеличением относительного количества жалоб на КМП.

### **Выводы.**

1. Результаты исследования показали высокую значимость для пациентов возможности донести свое мнение об оказанных медицинских услугах до администрации учреждения.

2. Основными объективными факторами неудовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи являлись неудовлетворенность качеством больничного питания, возможностью проведения досуга, информированностью, что напрямую связано с особенностями психиатрического режима. Главным субъективным фактором, влиявшим, прежде всего, на удовлетворенность медицинской помощью в приемном покое, являлись нежелание госпитализироваться в психиатрический стационар и последующее оформление недобровольной госпитализации.

3. Было установлено, что анкетирование на этапе выписки наравне с анализом жалоб, поступивших в адрес администрации, позволяет эффективно проводить мониторинг удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг. Преимуществом анкетирования является раннее выявление неудовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи, способствующее своевременному принятию управленческих решений и экономии ресурсов здравоохранения.

4. Необходимо дальнейшее совершенствование структуры анкеты и процедуры анкетирования, направленное на более тщательное выявление аспектов неудовлетворенности. Следует проводить дополнительную разъяснительную работу, направленную на повышение осведомленности и мотивации потенциальных респондентов, а также способствовать соблюдению принципа анонимности путем развития внестационарных форм обратной связи (опрос на сайте больницы или в условиях диспансера).

### **Литература**

1. Куницкая С.В. К проблеме удовлетворенности населения медицинской помощью [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.minzdrav.by/med/docs/journal/St4-2006-3.doc> (дата обращения 07.11.2016).
2. Лиманкин О.В. Оценка пользователей – вневедомственный регулятор качества психиатрической помощи//Обзорение психиатрии и медицинской психологии – 2013. – № 4. – С. 113-121.
3. Методика оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре. Методические рекомендации. Сост. Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2007. – 17 с.
4. Минасян А.М. и др. Удовлетворенность пациентов как индикатор обеспечения качества медицинской помощи в университетских клиниках// Военная медицина. – 2015. – № 4. – С. 143-145.
5. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015г. N 240 «Об утверждении методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».
6. Солохина Т.А. Участие родственников психически больных в оценке качества психиатрической помощи и ее совершенствовании. // Психиатрия. – 2004. – № 2(8). – С. 36-41.
7. Солохина Т.А., Шевченко Л. С., Сейку Ю.В. Удовлетворенность родственников больных стационарной помощью как один из критериев ее качества. // XIII съезд психиатров России. – М.: Медпрактика, 2000. – С. 35.
8. Сосновский А.Ю. Клинико-социологическое исследование деятельности психиатрических учреждений. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, вып.1.- С. 42-47.
9. Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” от 21.11.2011 N 323-ФЗ.
10. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. Пер с англ. – Киев: Сфера, 2001. – 280 с.
11. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха// Медицинские новости. – 2009. – № 12. с. 6-12.

М.Ф. Денисов

## ОТ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ К ТРАНСИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ: ОПЫТ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В США

*Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца, Санкт-Петербург*

Основным направлением совершенствования психиатрической помощи в развитых и некоторых развивающихся странах мира в течение последнего полувека была деинституционализация – процесс реформирования психиатрических служб, заключающийся в широкомасштабной выписке психически больных из стационаров, с одновременным сокращением числа психиатрических больниц и коек, и созданием разнообразных форм внебольничной помощи. Причины начала деинституционализации лежали одновременно в двух плоскостях: экономической и идеологической.

Экономисты и организаторы здравоохранения убедительно показывали, что в большинстве стран мира на специализированную (в том числе психиатрическую) стационарную медицинскую помощь уходит львиная доля бюджетов, выделяемых на здравоохранение, при том, что в стационарной помощи нуждается очень незначительная часть населения. И наоборот, подавляющей части населения часто необходима первичная, неспециализированная медицинская помощь, на которую на практике тратятся лишь остатки выделенных средств [12, 13]. В связи с этим, отстаивалась точка зрения о чрезмерности числа специализированных больниц и стационарных коек, и о необходимости резкого уменьшения их количества (и, соответственно, финансирования) при одновременном развитии и значительно большем финансировании амбулаторных служб. Иными словами, предлагалась структурная реформа здравоохранения с перераспределением денежных потоков. Данная экономическая парадигма, в конечном счете, победила: сегодня она находит отражение в документах самой влиятельной и авторитетной международной организации, занимающейся проблемами здоровья и здравоохранения в мире, – Всемирной организации здравоохранения, а модель здравоохранения западных стран, в которых была проведена подобная реструктуризация медицинской помощи, рассматривается как идеальный образец и ориентир для сопоставлений.

Еще более значимыми для запуска процессов деинституционализации в психиатрии явились гуманистические представления и идеи, легшие в основу Всеобщей декларации прав человека (1948) и антипсихиатрического движения. В контексте этих идей психиатрические стационары демонизировались и рассматривались как места лишения свободы с низким качеством медицинской помощи, в которых длительно изолированные от общества пациенты утрачивают навыки самостоятельной жизни и превращаются в стигматизированных инвалидов – к удовлетворению психиатров, которых, якобы, заботит исключительно заполнение психиатрических коек. Плюс к этому, обращалось внимание на высокий риск злоупотреблений в отношении стационарированных пациентов и их дискриминацию, – как со стороны государства, общества, так и персонала больниц.

В разных странах деинституционализация происходила по-разному и с различными результатами. В нашей стране с 90-х годов прошлого века началась порой ожесточенная дискуссия о том, нужна ли деинституционализация в отечественной психиатрии. Эта дискуссия со значительно меньшим накалом продолжается и поныне. Существует множество публикаций на данную тему, обзор которых не входит в задачу данной статьи [10].

Готовясь к написанию данной статьи, мы решили прояснить для себя, каковы же реальные последствия деинституционализации в США – стране, явившейся одним из застрельщиков, флагманов в деле реформирования психиатрической помощи, и во многом определяющей политику Всемирной организации здравоохранения в области охраны психического здоровья.

Итак, сначала позволим себе цитату из русскоязычной статьи «Деинституционализация психиатрии» в Википедии [10] (приводится в точном соответствии с оригиналом):

*«В 1960-е годы деинституционализация психиатрии стала в США предметом работы, дискуссий и часто освещалась в специальной литературе. В 1966 году Ф. Александер и Ш. Селесник, писавшие на тему истории психиатрии, отметили нарастающую тенденцию к деинституционализации: «Преобладающая в Соединённых Штатах тенденция к тому, чтобы организовать*

психиатрические отделения в больницах общего направления, обнадёживает. Передовые врачи в таких больницах – как психиатры, так и терапевты – часто успешно осуществляют интеграцию соматического и психиатрического лечения и психических, и органических заболеваний. Психиатрическая больница, изолированная как географически, так и идеологически от медицинских центров, многими рассматривается ныне как пережиток прошлого». Через 30 лет тенденция, отмеченная Александером и Селесником, привела к конкретным результатам. В США в ходе деинституционализации с 1955 по 1998 год количество коек в государственных психиатрических больницах сократилось с 339 до 21 на 100 тысяч населения. В период с 1950 по 2000 год было закрыто 118 из 322 психиатрических больниц.

Американский психиатр Фуллер Тори в своей книге «Шизофрения» приводит оценку масштабов деинституционализации в США: Масштабы деинституционализации с трудом поддаются восприятию. В 1955 г. в государственных психиатрических клиниках насчитывалось 559 тыс. хронически больных. Сегодня их менее 90 тысяч. Численность населения в период с 1955 по 1993 гг. выросла со 166 до 258 млн человек, а это значит, что если бы на душу населения в 1993 г. приходилось такое же количество госпитализированных пациентов, как и в 1955 г., то общее их число составило бы 869 тыс. Следовательно, в настоящее время примерно 780 тыс. человек, т. е. более трёх четвертей миллиона, которые в 1955 г. находились бы в психиатрических лечебницах, живут среди нас.

Фуллер Тори делает следующий вывод: 90 процентов из тех, кто сорок лет назад был бы помещён в психиатрическую больницу, сегодня в ней не находится. В результате реформы многие пациенты, которых прежде ожидала бы пожизненная изоляция, успешно интегрировались в общество».

Согласимся, что это очень впечатляющая и вдохновляющая на повсеместное проведение аналогичных реформ картина. Однако обратимся к официальной американской статистике, взятой нами из различных открытых источников.

В 1955 г. в США в государственных психиатрических больницах находилось 558 239 пациентов. Обеспеченность психиатрическими койками составляла 339 на 100 тыс. населения – почти втрое больше, чем в Советском Союзе. Связано это было с тем, что в США в те годы, в отличие от СССР, отсутствовали государственные социальные учреждения для психически больных-инвалидов. Психиатрические больницы традиционно во многом выполняли функции домов призрения.

Вместе с тем, в том же году имелось примерно 187 на 100 тыс. населения коек в домах сестринского ухода. Примерно 110 из 100 000 американцев находились в тюрьмах, и 5% из них страдали тяжёлыми психическими расстройствами. Таким образом, на 100 тыс. населения приходилось 5,5 тяжело психически больных, находящихся в местах лишения свободы.

Затем в ходе реформы психиатрической помощи психиатрические койки стали стремительно сокращаться: к 1994г. их оставалось 71 619 – то есть 13% от первоначального количества. А к 2014г, в соответствии с данными, опубликованными в Атласе психического здоровья ВОЗ, количество специализированных коек в США (на 100 тыс. населения) составило 50,3: из них в психиатрических больницах – 23,6; в многопрофильных стационарах – 11,5; в учреждениях для проживания (residential care beds) – 15,2. Таким образом, психиатрических коек стало почти в 10 раз меньше, чем в 1955 г.

Однако, согласно данным международной информационной базы Word Prison Brief [9], в том же 2010 году примерно 2,3 миллионов американцев находились в тюрьмах. Относительный показатель равен 730 на 100 тыс. населения и является самым высоким в мире. При этом в 2000 году Американская психиатрическая ассоциация сообщила, что среди лиц, находящихся в тюрьмах, 20% страдают тяжёлыми психическими расстройствами, причем у 5% наблюдается активная психотическая симптоматика в настоящее время [7, 17]. В публикации 2010 года под названием «Психически больных в тюрьмах больше чем в больницах: инспектирование Штатов» [18], исследователи, основываясь на статистических данных Бюро судебной статистики и Министерства здравоохранения и социального обслуживания, убедительно продемонстрировали, что в тюрьмах и следственных изоляторах США находится втрое больше тяжело психически больных, чем в больницах всей страны. Тяжёлые

психические расстройства определялись ими как наличие шизофрении, биполярного расстройства или тяжелой депрессии. Эти же ученые сообщили, что, по меньшей мере, у 16% заключенных и осужденных имеется тяжелое психическое расстройство. Исследование, инициированное Департаментом юстиции США, показало, что более половины заключенных имеют психические расстройства, и что данный показатель примерно в пять раз превышает распространенность психических расстройств в общей популяции [7]. В другой работе было продемонстрировано, что распространенность тяжелых психических нарушений среди обитателей тюрем в США составляет 14,5% у мужчин и 31% у женщин – показатели в 3-6 раз превышающие таковые в общей популяции [6].

Итак, отталкиваясь от минимального показателя распространенности тяжелых психических расстройств в тюремной популяции – 16%, можно высчитать, что в 2010 г. в **пенитенциарных учреждениях США находились, по меньшей мере, 368 тыс. тяжело душевнобольных (119,1 на 100 тыс. населения).**

Перейдем далее. Согласно данным из отчета, подготовленного Национальным центром статистики здравоохранения [8], в 2014 г. в США имелось 15600 домов сестринского ухода, рассчитанных примерно на 1,7 миллионов лицензированных коек. У 50,4% их обитателей выявлялась болезнь Альцгеймера или другие формы деменции, у 48,7% – депрессия. Данных о частоте других психических расстройств в отчете нам найти не удалось. Таким образом, число дементных больных, проживающих в домах престарелых, составило 856,8 тысяч. Население США в 2014 г. равнялось 318,9 миллион человек [5]. **Следовательно, на 100 тыс. населения имелось 268,7 коек сестринского ухода, занятых психически больными.**

Подытожим вышеприведенные данные в табличном виде:

Таблица

*Число коек/мест на 100 тыс. населения, занимаемых тяжело психически больными в различных учреждениях США в 1955 г. и в 2010-2014 гг.*

Число коек/ мест	1955	2010-2014
в психиатрических больницах	339	23,6
в многопрофильных стационарах	–	11,5
в учреждениях для проживания	–	15,2
в домах сестринского ухода	93*	268,7
в тюремных учреждениях	5,5	119,1
Всего институализированных тяжело психически больных	437,5	438,1

\*Рассчитывая число мест, занимаемых психически больными в домах сестринского ухода, мы исходили из предположения о том, что в 1955 г. их доля была той же что в 2014 г. – 50,4% от общего числа мест.

Как мы видим, в 2010-2014 годах относительное число лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, институализированных в различные учреждения, несмотря на почти 60 лет проводимых реформ, почти полностью совпало с аналогичным показателем 1955 года, причем в 2010-х годах доля институализированных больных оказалась даже чуть выше.

На данное обстоятельство никак не смогли повлиять многочисленные программы общественно ориентированной психиатрии, получившие бурное развитие в США, конечной целью которых была именно интеграция психически больных в общество и их независимое проживание. По данным 2014г. года, лишь 41% из проживающих в США взрослых, страдающих психическими расстройствами, контактировали со службами психического здоровья и получали какую-либо медико-социальную помощь. А из числа взрослых, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, такую помощь получали только 62,9%.

Впрочем, из числа не институционализированных тяжело психически больных, многие действительно ведут независимую жизнь. Так, в 2010 г. Департамент жилья и городского развития США в Ежегодном отчете Конгрессу о числе бездомных сообщил, что в период с октября 2009г. по сентябрь 2010г. около 1,59 миллионов американцев были бездомными, из-за чего периодически проживали в приютах и ночлежках [1]. Из них, согласно отчету Наркологической и психиатрической службы (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), 26,2% страдали тяжелыми психическими

расстройствами. Схожую оценку в 2009г. дала Национальная коалиция за бездомных – от 20 до 25% [14]. В 2015 г. Был опубликован отчет Управления США по жилью и городскому развитию, в котором сообщалось, что ночной подсчет числа бездомных, спящих на улицах, выявил 564,7 тысяч бездомных, из которых 104 тыс. (24%) были идентифицированы как тяжело психически больные [15, 16].

Таким образом, даже исходя из минимальной оценки в 20%, несложно сосчитать, что число бездомных психически больных в 2010 г. составило 318 тыс. человек. При этом в США проживали 309,3 млн. человек [5]. **Таким образом, число бездомных, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, составило, как минимум, 102 на 100 тыс. населения.**

О довольно плачевных последствиях деинституционализации свидетельствует не только статистика, но и свидетельства самих больных. В качестве примера представим читателям письмо бывшего пациента психиатрической больницы, опубликованное известным психиатрическим журналом в 1995 году под заголовком «Деинституционализация: какими будут ее действительные издержки?» [19]:

*«Хотя я поддерживаю развитие общественных программ для нетяжелых больных, меня сильно тревожит быстрое сокращение численности персонала психиатрических отделений. Выписка пациентов из стационаров в социум не должна быть вопросом только экономики. Ее долгосрочные последствия должны быть тщательно проанализированы. Действительно ли деинституционализация улучшает качество жизни тех, кто страдает от тяжелых психических болезней?»*

*Я говорю, как потребитель, который испытал на себе и жизнь в крупной психиатрической больнице, и жизнь в сообществе. Живя вне больницы в течение последних 15 лет, я чувствовал себя довольно хорошо. Хотя и не полный рабочий день, но я был активен на психотерапевтических курсах, участвовал в церковной деятельности и был волонтером в комитетах по охране психического здоровья. Редко и ненадолго, но мне удавалось найти работу не на полный рабочий день: уборка и доставка почтовой рекламы. А еще в качестве хобби я пишу. В целом, с учетом ограничений, которые на меня накладывает мое хроническое шизоаффективное состояние, я чувствую, что живу довольно полезной и продуктивной жизнью в качестве члена общества.*

*Однако в течение этих 15 лет у меня не было серьезных обострений. Хотя я страдаю от хронического шизоаффективного расстройства, которое серьезно влияет на мою концентрацию внимания, уровень эмоционального напряжения и побуждения, я узнал, как оставаться стабильным, и я разработал тренинг для конструктивного самовыражения. Но так было не всегда. В период с 1972 по 1979 год, мое качество жизни в обществе было плохим. Мой образ жизни напоминал тот, который я вижу у многих психиатрических пациентов живущих в социуме сегодня. Каждый день я спал до полудня или дольше, а затем до глубокой ночи шатался по улицам, дрейфуя от кафе к кафе. С точки зрения значимых мероприятий и личных отношений, я жил лучше, когда был пациентом (шесть месяцев в 1968 году) в психиатрической больнице.*

*Сотрудники больницы побуждали меня вставать по утрам и ложиться спать на ночь, несколько раз в неделю принимать душ и есть три раза в день. Я участвовал в групповой терапии, ежедневно был занят трудом в мастерских, еженедельно ходил на викторины, танцы и просмотр кинофильмов. В больнице также был спортивный зал для баскетбола и волейбола. Я находился в отделении интенсивной терапии, но пациенты из двух других отделений, рассчитанных на длительное пребывание, казалось, жили более осмысленной и продуктивной жизнью, чем в период между 1972 и 1979 годами, и их качество жизни было лучше, чем у многих пациентов с хроническими психическими расстройствами, которые живут в обществе сегодня.*

*Исходя из моего опыта нахождения в психиатрической больнице и моего знания психиатрической субкультуры, представляется, что многим тяжело больным было лучше в крупных больницах, чем самостоятельно проживать в социуме.*

*Утверждение о том, что деинституционализации приводит к росту социальной интеграции, является мифом. Ведь страдающие от тяжелых психических расстройств в силу болезни сторонятся общества. Предоставленные сами себе, они изолируют себя в квартирах или бундтуются в забегаловках в компании с такими же больными. Им необходимо защищенное*

*и безбедное искусственное сообщество, которое может быть создано в условиях стационара. Самостоятельная жизнь в сообществе для них будет хуже.*

*В хорошо организованных и укомплектованных учреждениях, пациенты получают поддержку и необходимое общение от квалифицированных и заботливых профессионалов и могут иметь доступ (в крупных больницах) к мастерским, спортивным залам и часовням. Разговоры о том, что интеграция в сообщество улучшает здоровье и благополучие психически больных, вводят в заблуждение. На самом деле, многие из тех кто живет в небольших общежитиях, в домах с поддержкой или в одиночку не получают адекватного уровня поддержки и взаимодействия со здоровыми членами общества. Они не стали активно участвовать в общественных программах.*

*Другим фактором, который влияет на жизнь тяжело психически больных, является отсутствие мотивации. Серьезно больным не хватает дисциплины, чтобы вставать по утрам и придерживаться регулярного режима. Они не имеют внутренней мотивации на что-то большее, чем спать, бродить по улицам и курить сигареты. Когда они серьезно больны, они не способны на осмысленное волеизъявление. Даже при глубокой депрессии человек не способен жить самостоятельно. Психически больным нужны директивы и поддержка структур психиатрического стационара.*

*Представители общественно ориентированной психиатрической помощи заявляют, что при увеличении общественных программ проблемы, которые влечет за собой деинституционализации, могут быть решены. Я настаиваю, что это еще один миф. Для того чтобы обеспечить тяжело психически больным проживающим в социуме поддержку эквивалентную той, которую они могут получить в хорошо укомплектованных персоналом стационарах, потребуется значительно больше денег. Круглосуточная поддержка каждого человека, независимо проживающего в сообществе и нуждающегося в уходе, потребует значительно больших усилий и ресурсов (людей и долларов), чем при предоставлении помощи персоналом стационаров. Принимая во внимание чувствительность граждан страны к высокому госдолгу и чрезмерному налоговому бремени, маловероятно, что будет выделено достаточно средств для общинной системы охраны психического здоровья, предложенной министерством. Мое убеждение в том, что миф необходимо оспорить.*

*Деинституционализация эффективна в снижении качества жизни тяжело больных. В то время как общинные программы приносят пользу психиатрическим пациентам, которые имеют высокую мотивацию, эффективный стационар имеет больше возможностей для удовлетворения потребностей тех, кто серьезно болен. Продолжение программы деинституционализация будет делать то, что она делала с начала 1970-х годов: снижать уровень медицинской помощи и поддержки людей, страдающих серьезными психическими расстройствами. Я говорю, как человек, у которого нет личной заинтересованности: я не ищу работу в психиатрическом стационаре. Моя забота о благополучии и нуждах других. Я подвергаю сомнению реальные издержки деинституционализации».*

Все вышеописанное резко контрастирует с беспрецедентным увеличением расходов на охрану психического здоровья в США. Так, в период с 1956 г. по 2009 г. ВВП США вырос примерно в 5 раз – с 2,8 трлн до 14,4 трлн. долларов [2]. Одновременно, за тот же период расходы на охрану психического здоровья возросли с 1,14 млрд. долларов [3] до 147 млрд. долларов [4] – то есть, почти в 130 раз! А по отношению к ВВП они увеличились примерно с 0,04% до 1% – в 25 раз! Разумеется, в данные статистические показатели не попали общественные расходы на содержание тяжело психически больных в тюрьмах и на их проживание в ночлежках.

Мы отчетливо понимаем, что нельзя делать каких-либо выводов, рассматривая только эти цифры. Здесь необходим подробнейший сравнительный экономический анализ. Однако, удивительным образом, мы не смогли найти ни одной (!) англоязычной публикации, в которой делались бы попытки сравнить расходы на психиатрию в 50-е годы и в настоящее время. Исследования, посвященные экономической эффективности психиатрической деинституционализации, существуют и их много, и во всех, с теми или иными оговорками, делается вывод о том, что деинституционализация экономически себя оправдывает. Но эти публикации, основываются, как правило, на срав-

нительных изучениях выборочных групп пациентов, а не на сопоставлении общественных трат на охрану психического здоровья в различные исторические периоды.

Возвращаясь к многократному росту расходов на психиатрию, справедливости ради следует отметить, что они, скорее всего, связаны не с увеличением трат на помощь больным, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, а с растущей из-за расширения диагностических критериев выявляемостью психических расстройств и, соответственно, вовлечением все большего числа пациентов в сферу интересов как врачебного сообщества, так и фармакологических фирм. Другими словами, психиатрия из затратной сферы медицинской деятельности, направленной преимущественно на оказание помощи тяжело психически больным, которых в общей популяции относительно мало, превратилась в прибыльный бизнес, направленный на охват все большего числа потребителей. В итоге, в США на диагностику и лечение психических расстройств к 2015 году стало расходоваться больше средств (201 млрд долларов), чем на какие-либо иные заболевания [21]. Какая доля из этих трат приходится на «большую» психиатрию, нам выяснить не удалось.

Все вышесказанное, позволяет нам сделать **выводы**, которые следовало бы учитывать при принятии управленческих решений в нашей стране:

Пример США показывает, что деинституционализация психиатрии, во многом, является идеологическим мифом. В действительности, попытки реинтеграции тяжело психически больных в социум, несмотря на многочисленные программы дестигматизации и развитие разнообразных общественно ориентированных видов медико-социальной помощи, чаще всего выливаются в «трансинституционализацию» – процесс, в результате которого отдельные индивидуумы, якобы деинституционализированные в результате политики развития внебольничной помощи, на практике, в конечном итоге, оказываются в различных учреждениях, а не у себя дома, и не в своих семьях. Данный процесс описывается в зарубежной социологии и психиатрии как «трансинституционализация» [11, 20]. Удивительно, но данный термин ранее никогда не использовался в отечественных публикациях.

В тех случаях, когда трансинституционализация не происходит, тяжело психически больные пополняют ряды бездомных. Данное обстоятельство, терпимое в США, где развита сеть ночлежек и приютов, и где во многих городах можно зимой ночевать на улице, в северных широтах, при недостаточно развитой структуре стационарных учреждений социального обслуживания, будет приводить пациентов, лишенных жилья и утративших родственные связи, к скорой смерти.

Экономическая эффективность трансинституционализации с точки зрения государственных и общественных затрат в длительной перспективе крайне сомнительна. В любом случае, для ее проведения на первом этапе необходимо двойное финансирование: помимо затрат на уже существующие учреждения, понадобятся средства на строительство новых, в которые затем сможет перейти часть пациентов. Соответственно, попытки реформирования психиатрической службы «за счет поиска внутренних резервов», на которых настаивают отечественные управленцы, никоим образом не позволят отстроить новые учреждения (интернаты, пансионаты, общежития, приюты для бездомных и т.п.), в которые можно было бы выписать больных, удерживающихся в российских психиатрических больницах по социальным показаниям, а приведут лишь к дальнейшему сокращению объемов и доступности стационарной психиатрической помощи.

### Литература:

1. HUD 5th Annual Homelessness Assessment Report to Congress, June 2010
2. U.S. GDP by Year Compared to Recessions and Major Events <https://www.thebalance.com/us-gdp-by-year-3305543>
3. Frank R.G., Glied S.A. Better But Not Well: Mental Health Policy in the United States since 1950, Baltimore, the Johns Hopkins University Press, 2006.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Expenditures for Mental Health Services and Substance Abuse Treatment, 1986–2009 (2013), iii, accessed March 24, 2014, <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA13-4740/SMA13-4740.pdf>.
5. Historical Census Statistics on Population Totals By Race, 1790 to 1990... U.S. Census Bureau. Retrieved 2013-05-28. <https://www.census.gov>
6. Steadman H.J. et al. Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates Psychiatric services, June 2009, Vol. 60, No. 6 <http://www.pacenterofexcellence.pitt.edu/documents/PsySJailMHStudy.pdf>
7. Glaze L.E., James, D.J. Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates. Bureau of Justice Statistics Special Report. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs Washington, D.C. Retrieved March 5, 2013. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>

8. Harris-Kojetin L, Sengupta M, Park-Lee E, et al. Long-term care providers and services users in the United States: Data from the National Study of Long-Term Care Providers, 2013–2014. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 3(38). 2016. [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_03/sr03\\_038.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_038.pdf)
9. World Prison Brief data <http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief>
10. Деинституционализация психиатрии. Wikipedia. <https://ru.wikipedia.org/>
11. A Dictionary of Sociology 1998. <http://www.encyclopedia.com/social-sciences/dictionaries-thesauruses-pictures-and-press-releases/transinstitutionalization>
12. Merson M.H., Black R.E., Mills A. International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies. Jones & Bartlett Learning, 2006.
13. Harding A., Preker A.S. A Conceptual Framework for Organizational Reforms in the Hospital Sector. – The Corporatization of Public Hospitals. World Bank: Washington, 2002.
14. Mental Illness and Homelessness. National Coalition for the Homeless. July 2009. [http://www.nationalhomeless.org/factsheets/Mental\\_Illness.pdf](http://www.nationalhomeless.org/factsheets/Mental_Illness.pdf)
15. Serious Mental Illness and Homelessness.  
<http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/backgrounders/smi-and-homelessness.pdf>
16. 250,000 Mentally Ill are Homeless. The number is increasing.  
<http://mentalillnesspolicy.org/consequences/homeless-mentally-ill.html>
17. National Center for Mental Health and Juvenile Justice. (2007). Blueprint for Change: A Comprehensive Model for the Identification and Treatment of Youth with Mental Health Needs in Contact with the Juvenile Justice System. Delmar, N.Y: Skowrya, K.R. & Coccozza, J.J. Retrieved January 16, 2015. [http://www.ncmhjj.com/wp-content/uploads/2013/07/2007\\_Blueprint-for-Change-Full-Report.pdf](http://www.ncmhjj.com/wp-content/uploads/2013/07/2007_Blueprint-for-Change-Full-Report.pdf)
18. Torrey E.F. et al. More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States, 2010.  
[http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/final\\_jails\\_v\\_hospitals\\_study.pdf](http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/final_jails_v_hospitals_study.pdf)
19. John Martin B.A. Deinstitutionalization: What Will It Really Cost? Schizophrenia Digest, April 1995. <http://mentalhealth.com/mag1/p51-sc02.html>
20. Prins S.J. Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system? Community Ment Health J., 2011.
21. DATAWATCH: Mental Disorders Top The List Of The Most Costly Conditions In The United States: \$201 Billion. Health Aff 10.1377/hlthaff.2015.1659; published ahead of print May 18, 2016.  
<http://content.healthaffairs.org/content/early/2016/05/13/hlthaff.2015.1659.full>

А.Ю. Егоров<sup>1,2,3</sup>, Е.В. Снедков<sup>3,4</sup>

## КАК ЛЕЧИТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С КОМОРБИДНЫМ АЛКОГОЛИЗМОМ?

<sup>1</sup> Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова, лаборатория нейрофизиологии и патологии поведения

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра психиатрии и наркологии

<sup>3</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра психиатрии и наркологии

<sup>4</sup> Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Проблема коморбидности аддиктивных и психических расстройств представляет особую актуальность для клинической психиатрии и наркологии в РФ. Как показывают отечественные исследования, коморбидная психическая патология недостаточно диагностируется специалистами наркологической службы. Видимо, поэтому доля врачей-наркологов, направивших в психиатрический стационар коморбидных психотических пациентов, составляет лишь 0,5%, в то время как на долю врачей скорой помощи и психиатров амбулаторной сети эта доля составляет 48,1% и 51,4% соответственно [1]. В свою очередь, врачи-психиатры, согласно федеральным стандартам, не имеют формального права назначать специфические антиаддиктивные препараты (налтрексон, налмефен и др.) психиатрическим пациентам, имеющим коморбидную патологию.

Гиподиагностика коморбидной психической патологии у наркологических пациентов ведет к тому, что они не получают адекватной терапии, что в результате ухудшает прогноз. У пациентов психиатрических больниц и диспансеров, наоборот, в диагностических заключениях коморбидные состояния зависимости не фигурируют даже во многих очевидных случаях. Между тем, как пишет Ю.Б. Можгинский [2], в частности, аффективные расстройства у больных наркоманией и алкоголизмом, особенно с высокопрогредиентным течением, тяжелыми абстиненциями и быстрой социальной дезадаптацией, проявляются уже с детского возраста. Многие авторы подчеркивают, что пациенты с «двойным диагнозом» имеют тяжелые формы зависимости и недостаточную эффективность лечения [3].

Давно известно, что у больных алкоголизмом значительно чаще, чем в общей популяции, встречаются другие психические расстройства; среди них наиболее часто – СДВГ в детстве, аффективные расстройства, химическая зависимость. Исследователи обращают внимание на то, что коморбидность алкоголизма и других психических расстройств чаще встречается у мужчин, чем у женщин, у представителей европеоидной расы, по сравнению с другими, у молодых, неженатых, а также у имеющих низкие доходы и низкий образовательный уровень [4].

Согласно современным исследованиям, такие психические расстройства как паническое расстройство, социальная фобия, агорафобия, депрессия и биполярное расстройство, наиболее часто коморбидны злоупотреблению алкоголем либо провоцируют его [5]. В свою очередь, алкогольная зависимость связана с повышенным риском возникновения аффективных расстройств (в 3 раза выше, чем в популяции); при этом риск депрессии возрастает в 4 раза, биполярного расстройства – более чем в 6 раз; риск тревожных расстройств возрастает более чем в 2 раза, а генерализованного тревожного расстройства (ГТР) – более чем в 4 раза, панического расстройства – в 2 раза, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – более чем в 2 раза [6]. По данным ННЦ наркологии, среди больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, пятая часть (20%) обнаруживает процессуальные эндогенные психические заболевания. По их же данным, среди больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом около одной трети (30%) злоупотребляют различными ПАВ [7].

Депрессия при алкоголизме была описана Э. Блейлером еще в 1920 году [8] под названием «алкогольная меланхолия». В настоящее время можно выделить два основных исторически сложившихся направления исследований депрессий при алкоголизме:

- 1) у больных алкоголизмом еще до его развития имеются депрессивные нарушения, а после формирования заболевания они усиливаются;
- 2) депрессивные нарушения расцениваются как “нажитые”, появляющиеся уже после формирования алкоголизма.

Первичные депрессии в большинстве случаев предшествуют развитию алкоголизма. Они встречаются в среднем у 7-12% больных алкогольной зависимостью 15-20% женщин и у 5% мужчин. Развитие их связано с первичной психической патологией, а алкоголизм уже формируется на их фоне вторично. Вторичные депрессии являются следствием хронической алкогольной интоксикации и встречаются у 40-60% больных хроническим алкоголизмом. Отмечено, что наличие злоупотребления алкоголем в анамнезе более чем в 4 раза повышает вероятность развития у больного депрессивного эпизода. Чаще депрессия является компонентом основных синдромов алкоголизма (алкогольного абстинентного синдрома, патологического влечения к алкоголю и алкогольной деградации личности), значительно реже – синдромально обособленной. Такие депрессии отличаются полиморфизмом и типовой неоднородностью аффекта, а по степени выраженности относятся к субдепрессиям и во многом отвечают критериям дистимии. В отличие от эндогенной депрессии для них нехарактерны витальность и циркадный ритм [9]. Согласно данным финских авторов, 25% пациентов с большой депрессией страдает расстройствами, связанными с потреблением алкоголя [10].

Н.А. Бохан с коллегами [3] подчеркивают, что вторичные эмоциональные нарушения формируются на фоне алкоголизма, как правило, на его развернутых этапах. Они включают как синдромологически обособленные состояния (главным образом, депрессии, мало отличающиеся от эндогенных и требующие соответствующей антидепрессивной терапии), так и состояния, которые входят в структуру основных синдромов алкоголизма в качестве довольно полиморфных расстройств.

По мнению О.Ф. Ерышева [11], аффективные расстройства при алкоголизме отличаются полиморфизмом и изменчивостью. Пониженное настроение, раздражительность, дисфория и апатия часто сочетаются с другими психопатологическими расстройствами. Аффективные нарушения могут включаться в рамки сложных синдромов: астено-депрессивного, тревожно-ипохондрического и других. Отличительной особенностью этих расстройств авторы считают наличие во всех вариантах аффективных нарушений проявлений тревоги.

Говоря о терапевтических стратегиях у больных аффективного и тревожно спектра и депрессией, в частности, следует учитывать факт, что степень, с которой симптомы аффективного расстройства могут быть вторичными по отношению к алкогольной зависимости или вызваны ею, имеет большое значение при лечении коморбидных пациентов. Известно, что первичное большое депрессивное расстройство – это длительно текущее хроническое состояние, в то время, как депрессивные синдромы, связанные с употреблением психоактивных веществ, могут исчезнуть, либо значительно регрессировать в течение дней и недель отказа от алкоголя. У этих пациентов депрессивная симптоматика может регрессировать после детоксикации и эффективного лечения алкогольной зависимости. С другой стороны, у больных с коморбидными независимыми аффективными и аддиктивными расстройствами требуется комбинированное лечение.

Еще в 90-е годы XX века проводились исследования эффективности антидепрессантов у коморбидных пациентов. J. Mason с коллегами [12] провели двойное слепое рандомизированное исследование с трициклическим антидепрессантом дезипрамином в течение 6 месяцев на 71 пациенте с алкогольной зависимостью, из которых 28 имели коморбидное аффективное расстройство (39,4%). В результате применения дезипрамина отмечалось снижение депрессивной симптоматики и снижение потребления алкоголя. J.R. Cornelius с коллегами [13] провели исследование, в котором пациенты с коморбидностью получали флуоксетин либо плацебо в течение 12 недель. Группа флуоксетина показала значительное улучшение симптоматики и снижение количества потребляемого алкоголя по сравнению с контрольной группой.

Тем не менее, сегодня в мире в отношении прямого антикрейвингового действия антидепрессантов, и СИОЗС в том числе, доминирует точка зрения, высказанная К. Мапп [14]: данные исследований антидепрессантов при алкогольной зависимости, отличаются определенной противоречивостью, однако эти препараты могут косвенно улучшить исход, воздействуя на депрессию, а не собственно на питьевое поведение. Вместе с тем данные исследований фармакотерапии антидепрессантами в том числе и СИОЗС свидетельствуют об их пользе в терапии депрессии, даже если пациенты продолжают алкоголизироваться [15]. Об этом же говорят и результаты 9 клинических

исследований сочетания терапии антидепрессантами с психосоциальными мероприятиями у пациентов с большим депрессивным расстройством и алкоголизмом, которые показали снижение симптомов депрессии независимо от типа антидепрессанта [16]. Можно согласиться с выводами мета-анализа, где делается вывод, что фармакотерапия антидепрессантами дает умеренный эффект у пациентов с сочетанием депрессии и химической зависимости.

Сегодня становится очевидным, что у коморбидных больных показана не монотерапия антидепрессантами, а ее сочетание с препаратами, непосредственно направленными на аддикцию [17]. Из препаратов, доказавших свою эффективность при алкоголизме, акампросат и налтрексон использовались для лечения коморбидной наркологической патологии. В одном из исследований присоединение акампросата к эсциталопраму у 23 больных с большим депрессивным расстройством и алкоголизмом не отличалось от плацебо [16]. В другой работе было показано, что эффект акампросата эквивалентен как у депрессивных пациентов, так и без нее. Авторы пишут, что необходимо систематически выявлять депрессию у пациентов с алкогольной зависимостью и осуществлять лечение алкогольной зависимости в качестве первого шага, потому что достижение ремиссии при алкоголизме часто приводит к ремиссии депрессивного расстройства [18].

Из препаратов других групп имеется исследование пациентов алкоголизмом с большим депрессивным расстройством, лечившихся эсциталопрамом и мемантином, которое показало, что оба препарата являются полезными адъювантными средствами для терапии данных коморбидных расстройств. Мемантин оказался столь же эффективен в воздействии на алкоголизацию, как эсциталопрам, и продемонстрировал позитивные сдвиги в настроении и снижении пьянства [19].

Биполярное аффективное расстройство (БАР) особенно часто сочетается со злоупотреблением ПАВ, из которых алкоголь занимает первое место [20]. Согласно данным литературы, у 36-57,8% пациентов с БАР I типа в течение жизни встречается злоупотребление или зависимость от алкоголя. У больных БАР II типа коморбидность с алкоголизмом отмечается несколько реже: в 22-38,9% [21-23].

Имеются различия в клинике БАР в зависимости от времени начала алкоголизма – до или после начала БАР. Группа пациентов, где алкоголизм предшествовал БАР, была старше по возрасту, у них быстрее возникали продолжительные ремиссии. В группе, где алкоголизм формировался на фоне имеющегося БАР, отмечались более частые аффективные фазы и обострение алкоголизма, т.е. течение было более злокачественным [24]. В целом пациенты с БАР и алкоголизмом обнаруживают меньшую приверженность терапии, больше симптомов депрессии, больше смешанных эпизодов, более высокий риск суицида, более высокий уровень регоспитализаций [25]. Как показало белорусское исследование А.А. Александрова [26], наркологическая помощь слабо оказывается данной группе пациентов: на учете в наркологическом диспансере состоят лишь 13,3%, и только 30% из них когда-либо госпитализировались, а количество госпитализаций на одного человека составляет 1,1±2,4.

Предпринимались разные попытки лечения коморбидных (БАР + алкоголизм) пациентов. Так 12-недельная терапия кветиапином 115 амбулаторных пациентов с БАР I или II типа с коморбидным злоупотреблением или зависимостью от алкоголя привело к уменьшению депрессии при отсутствии влияния на характер употребления алкоголя [27]. В обзоре J.M. Azorin с коллегами [28] приводятся данные об эффективности нормотимиков в лечении коморбидных биполярных больных: вальпроат в нескольких исследованиях продемонстрировал свою эффективность в плане снижения чрезмерного потребления алкоголя у биполярных пациентов, а также для предотвращения рецидива. Так, в частности, в результате 24-недельной терапии вальпроатом 59 пациентов с БАР I и алкоголизмом достоверно сократилось число дней алкоголизации, по сравнению с плацебо-контролем [29]. Авторы обзора высказывают предположение, что топирамат также заслуживает исследования у биполярных больных с сопутствующим алкоголизмом, поскольку, как было показано ранее, он улучшает физическое здоровье и качество жизни лиц, зависимых от алкоголя. Об эффективности вальпроата у больных алкоголизмом коморбидным с БАР в плане снижения потребления алкоголя в своем обзоре пишут и Н.М. Pettinati с коллегами, при этом оговаривалось, что достоверные результаты были получены только в двух исследованиях из шести [30].

Использование антиаддиктивных препаратов показало, что акампросат, у лиц с алкогольной зависимостью и биполярным расстройством, хорошо переносился, не вызвал ухудшения депрессивных или маниакальных симптомов и показал определенные положительные результаты после двух недель окончания клинического исследования [31]. Налтрексон у этой категории больных значительно снижал количество дней пьянства, влечение к спиртному (крейвинг), нормализовал уровень ферментов печени, вызывал сравнимые с плацебо побочные эффекты, но при этом отмечалась лишь тенденция к снижению показателей депрессии и отсутствие влияния на маниакальное состояние [32].

В последние десятилетия возрос интерес к изучению коморбидности шизофрении и алкоголизма. Более одной трети пациентов, страдающих шизофренией, имеет алкогольную зависимость и преобладание алкоголиков среди них в 2,7-4 раза выше, чем в целом в популяции [33-36]. Исследование, проведенное Московским НИИ психиатрии при изучении контингента больных шизофренией, зарегистрированных в психоневрологических диспансерах Москвы, показало, что в 12,2% всех случаев шизофрении отмечается ее сочетание с алкоголизмом [37]. Следует отметить, что эта закономерность не характерна для азиатских стран, в частности Индии, где встречаемость алкоголизма среди больных шизофренией ниже, чем в популяции в целом [38]. Чаще всего такая коморбидность встречается у молодых людей с шизофренией и наследственной отягощенностью алкоголизмом [39]. Американское ретроспективное исследование факторов риска алкоголизации у пациентов с шизофренией показало большой риск ее возникновения у лиц с низким образовательным уровнем, ранее подвергавшихся насилию и наследственной отягощенностью алкоголизмом [40].

Первые описания коморбидности шизофрении и алкоголизма появились в начале XX века в работах Э. Блейлера, К. Гретера и Э. Крепелина. Так, Э. Блейлер настаивал, что алкоголизм при шизофрении встречается достаточно часто, поскольку алкогольные психозы возникают нередко на почве шизофрении, которую они, в свою очередь, потом осложняют [8]. К. Гретер [41] писал, что манифестация шизофрении алкогольным психозом (делирий, галлюциноз, параноид) после его исчезновения проявляется бредом преследования и воздействия, сочетающимися с изменениями личности, свойственными шизофрении. В литературе появился термин «Гретеровская шизофрения», при которой происходит «суммация и интерференция симптоматики», т.е. взаимное усиление общих симптомов (психомоторное возбуждение и галлюцинации) и ослабление противоположных изменений (эмоционально-волевая сфера), которые характерны для этих заболеваний. О смягчении шизофренического дефекта при алкоголизме, которое происходит из-за обилия социальных контактов, характерных для алкоголизма, что препятствуют шизофренической аутизации писал и Э. Крепелин.

Эта точка зрения была оспорена И.В. Стрельчуком [42], который считал, что алкоголизм может лишь временно смягчить симптоматику шизофрении, но последняя настолько утяжеляет течение хронической алкогольной интоксикации, что все заканчивается полной утратой трудоспособности и формированием апатического слабоумия. Позже С.Б. Семичев и Л.А. Соловьев [43] описали два типа взаимоотношений алкоголизма и шизофрении, когда в одном случае алкоголизм смягчает течение шизофрении, в другом – утяжеляет. Смягченному, менее злокачественному течению шизофрении соответствует меньшая степень алкоголизации в анамнезе (бытовое пьянство), реже алкоголизация наблюдается непосредственно перед манифестацией, более экстравертированный преморбидный тип. Утяжеленному, более злокачественному течению шизофрении соответствует более выраженная степень алкоголизации в анамнезе (хронический алкоголизм), алкоголизация чаще наблюдается непосредственно перед манифестацией, которая не всегда сочетается с алкоголизацией в анамнезе, представляя собой вариант дебюта шизофрении, и более интровертированный преморбидный тип.

Эта полемика продолжается до настоящего времени: современными исследователями приводятся данные, что, чем тяжелее психическое расстройство, тем выше уровень злоупотребления ПАВ, в том числе и алкоголем [44]. Имеется и противоположная точка зрения, обоснованная А.Г. Гофманом с коллегами [37]: при сочетании алкоголизма и шизофрении не встречается злокачест-

венная шизофрения, начинающаяся в молодом возрасте, очень редко встречается рекуррентная шизофрения (шизоаффективное расстройство), почти в 2 раза чаще встречается благоприятно протекающая шубообразная шизофрения. Эти данные, учитывая тенденцию к прекращению пьянства при нарастании дефекта, говорят о следующем: алкоголизм сочетается преимущественно с наиболее благоприятно протекающей шизофренией.

При шизофрении злоупотребление ПАВ и алкоголизм, в частности, в большей степени положительно коррелируют с выраженностью позитивных симптомов и отрицательно – с выраженностью негативных [45, 46]. Негативные симптомы, в свою очередь, связаны с меньшим потреблением алкоголя и каннабиса, меньшей выраженностью эйфории опьянения и тяги к спиртному [47].

Во время рецидива шизофрении пьянство может приобретать запойный характер и напоминать дипсоманию из-за отсутствия внешней обусловленности для алкогольных эксцессов. Опьянение протекает по дисфорическому, истероидному типу с импульсивными поступками, параноидной настроенностью, нелепым поведением, дурашливостью, иногда ступорозные явления с кататоническими включениями.

Абстинентный синдром ограничен астеническими, апатическими, субдепрессивными и ипохондрическими проявлениями без назойливости, жалоб и просьб. Алкогольная деградация развивается быстро, приобретая черты тупого безразличия к судьбе и к окружающим, опустошенности и пассивности, что ведет к возобновлению алкоголизации при первой возможности и малейшем поводе [48, 49].

Алкоголизм и злоупотребление алкоголем повышает удельный вес депрессии и увеличивает риск суицидов у больных шизофренией [50-52]. Алкоголь вызывает усиление, обострение и оживление галлюцинаторно-бредовой симптоматики, ускоряет рецидив болезни, учащает госпитализацию больных. При этом психопатологическая симптоматика нередко приобретает атипичный для шизофрении вид – зрительные галлюцинации, делириозные переживания [53, 54]. Социальные последствия у больных с двойным диагнозом также становятся более выраженными: существенно выше правовые ограничения, проблемы с жильем, чаще наблюдаются низкий уровень занятости, неумение распоряжаться деньгами, разводы и криминогенность [50, 53, 54]. Следует особо отметить, что алкоголизм и шизофрения потенцируют друг друга в плане степени когнитивных расстройств [55], снижают уровень критики к обоим заболеваниям [56]. Злоупотребление алкоголем снижает когнитивное функционирование больных шизофренией за счет ухудшения селективности внимания [57].

Как показывает практика, пациенты с алкогольной зависимостью и шизофренией, как правило, не желают участвовать в лечебных программах и группах самопомощи (например, “Анонимные алкоголики”), где большинство членов группы не имеют сопутствующих психических расстройств. Это связано с тем, что негативные симптомы в рамках психотических расстройств могут подрывать мотивацию пациентов, а когнитивные симптомы – ухудшить их способность к обучению в рамках психосоциальной помощи. Среди коморбидных пациентов с шизофренией или шизоаффективным расстройством фактор потенциально модифицируемого риска – употребление алкоголя – был связан с повышенным бременем медицинской болезни. В силу этого, мероприятия по снижению употребления алкоголя могут играть критически важную роль в снижении общей заболеваемости в данной популяции пациентов [36, 43, 58].

Несмотря на имеющиеся данные, что дисульфирам может способствовать развитию ряда психопатологических симптомов, включающих делирий, депрессию, тревогу, манию и др., в натуралистическом исследовании у пациентов с двойным диагнозом (алкоголизм + шизофрения / биполярное расстройство / тревожное расстройство / расстройство личности) не было ни одного сообщения, что дисульфирам ухудшал психотическую симптоматику. Авторы делают вывод, что дисульфирам может быть полезен в качестве адъювантной терапии к антипсихотикам и антидепрессантам у пациентов с двойным диагнозом [59].

У коморбидных больных шизофренией с успехом применяется налтрексон. В 12-недельном исследовании было показано, что добавление налтрексона к нейролептикам является эффективным при лечении алкоголизма у больных шизофренией [60]. В ретроспективном исследовании из

72 больных с двойным диагнозом, лечившихся налтрексоном, у 82% из них отмечалось достоверное снижение потребления алкоголя [61]. У больных шизофренией с алкоголизмом налтрексон продемонстрировал существенное снижение числа выпиваемых доз за неделю, в день, дней тяжелого пьянства, а также тяги к алкоголю. У пациентов также отмечалось достоверное снижение показателей Индекса тяжести зависимости, а также баллов по шкале позитивных и негативных симптомов PANSS [62].

Наличие коморбидного психического расстройства является одним из клинических факторов, связанных с увеличением вероятности выписки налтрексона больному алкоголизмом [60]. Мета-анализ исследований показывает, что сочетанное назначение налтрексона и дисульфирама ведет к снижению потребления ПАВ [63]. При этом лица с расстройствами психотического уровня имеют лучший прогноз алкоголизма, если они получают противоалкогольную терапию, по сравнению с плацебо. Явных преимуществ дисульфирама над налтрексоном или их комбинации не было установлено [36].

Таким образом, можно заключить, что комбинированная терапия антипсихотиками и препаратами, используемыми для лечения алкоголизма, оказалась успешной у коморбидных больных шизофренией. В целом же, говоря о терапии коморбидных пациентов, нельзя не согласиться с рекомендациями британского Национального института здравоохранения и клинического мастерства (NICE), которые предлагают одновременно назначать им как средства для лечения психического расстройства, так и для лечения зависимости от ПАВ [64].

В целом, проблема диагностики и терапии коморбидности психической и наркологической патологии требует, в том числе, и организационного решения. Представляется необходимой разработка Федеральных стандартов терапии этой категории больных, основывающихся на современных доказательных исследованиях. Целесообразна отмена предусмотренного существующим стандартом фактического запрета врачам-психиатрам назначать антиаддиктивные средства психически больным с двойным диагнозом. Важным, на наш взгляд, является включение в сертификационные курсы повышения квалификации для врачей-психиатров и врачей-наркологов лекций и практических занятий, посвященных диагностике и терапии больных с коморбидной психической и наркологической патологией.

### Литература:

1. Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Пашковский В.Э. Некоторые социально-демографические и клинико-динамические показатели больных шизофренией, отягощенных злоупотреблением психоактивных веществ. // Наркология. – 2012. №2. – С. 50-53.
2. Можгинский Ю.Б. Антидепрессивный компонент в терапии алкоголизма и наркомании. // Трудный пациент. – 2006.
3. Бохан Н. А., Анкудинова И. Э., Мандель А. И. Коморбидные формы алкоголизма у женщин. – Томск, 2013. – 182 с.
4. Bucholz K.K. Nosology and epidemiology of addictive disorders and their comorbidity. // Psychiatr Clin North Am. – 1999. – V. 22(2). – P. 221-240.
5. Bouzyk-Szutkiewicz J., Waszkiewicz N., Szulc A. Alcohol and psychiatric disorders. // Pol Merkur Lekarski. – 2012. – V. 33(195). – P. 176-181.
6. Klimkiewicz A., Klimkiewicz J., Jakubczyk A., Kieres-Salomoński I., Wojnar M. Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis. // Psychiatr Pol. – 2015. – V. 49(2). – P. 265-275
7. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ // Руководство по наркологии: в 2 т. / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика. – 2002. – Т.1. – С. 385-407.
8. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. – М.: Независимая психиатрическая ассоциация. – 1993. – 573 с.
9. Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н. Депрессии при шизофрении и алкоголизме. Клиника и лечение. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». – 2009. – 216 с.
10. Melartin T.K., Rytsälä H.J., Leskelä U.S., Lestelä-Mielonen P.S., Sokero T.P., Isometsä E.T. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. // J Clin Psychiatry. – 2002. – V. 63(2). – P. 126-134.
11. Ерышев О. Ф. Нозологическая коморбидность в наркологической практике // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. Вып. 1. Алкоголизм. – №1. – С. 21-25.
12. Mason B.J., Kocsis J.H., Ritvo E.C., Cutler R.B. A double-blind, placebo-controlled trial of desipramine for primary alcohol dependence stratified on the presence or absence of major depression. // JAMA. – 1996. – V. 13;275(10). – P. 761-767.

13. Cornelius J.R., Salloum I.M., Ehler J.G., Jarrett P.J., Cornelius M.D., Perel J.M., Thase M.E., Black A. Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial. // *Arch Gen Psychiatry*. – 1997. V. 54(8). – P. 700-705.
14. Mann K. Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data. // *CNS Drugs*. – 2004. – V. 18(8). – P. 485-504.
15. Pettinati H.M., Oslin D.W., Kampman K.M., Dundon W.D., Xie H., Gallis T.L., Dackis C.A., O'Brien C.P. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. // *Am J Psychiatry*. – 2010. – V. 167. – P. 668–675.
16. Witte J., Bentley K., Evins A.E., Clain A.J., Baer L., Pedrelli P., Fava M., Mischoulon D. A randomized, controlled, pilot study of acamprosate added to escitalopram in adults with major depressive disorder and alcohol use disorder. // *J Clin Psychopharmacol*. – 2012. – V. 32(6). – P. 787-796.
17. Nunes E.V., Levin F.R. Treatment of Co-occurring Depression and Substance Dependence: Using Meta-analysis to Guide Clinical Recommendations. // *Psychiatr Ann*. – 2008. – V. 1;38(11). – nihpa128505.
18. Lejoyeux M., Lehert P. Alcohol-use disorders and depression: results from individual patient data meta-analysis of the acamprosate-controlled studies. // *Alcohol Alcohol*. – 2011. – V. 46(1). – P. 61-67
19. Muhonen L.H., Lahti J., Sinclair D., Lunnqvist J., Alho H. Treatment of alcohol dependence in patients with co-morbid major depressive disorder – predictors for the outcomes with memantine and escitalopram medication. // *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. – 2008. – V. 3. – P. 20.
20. Baethge C., Baldessarini R., Khalsa H., Hennen J., Salvatore P., Tohen M. Substance abuse in first-episode bipolar I disorder: indications for early intervention. // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – V. 162. – P. 1008–1010.
21. Chengappa K., Gershon L., Kupfer D. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. // *Bipolar Disorders*. – 2000. -V.2. – P. 191–195.
22. McElroy S., Altshuler L., Suppes T., Keck P, Fry M., Denicoff K., Nolen W., Kupka R., Leverich G., Rochussen J., Rush J., Post R. Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients With Bipolar Disorder. // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – V. 158. – P. 420–426.
23. Regier D., Farmer M., Rae D., Locke B., Keith S., Judd L., Goodwin F. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. // *Journal of the American Medical Association*. – 1990. – V. 264. – P. 2511–2518.
24. Strakowski S.M., DelBello M.P., Fleck D.E., Adler C.M., Anthenelli R.M., Keck P.E. Jr, Arnold L.M., Amicone J. Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania. // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005. – V. 62(8). – P. 851-858.
25. Cerullo M.A., Strakowski S.M. The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. // *Subst Abuse Treat Prev Policy*. – 2007. – V.1;2. – P. 29.
26. Александров А.А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, клиника, течение, бремя болезни. // *Медицинские новости*. – 2007. – № 12.
27. Brown E.S., Garza M., Carmody T.J. A randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial of quetiapine in outpatients with bipolar disorder and alcohol use disorders. // *J Clin Psychiatry*. – 2008. – V. 69(5). – P. 701-705.
28. Azorin J.M., Bowden C.L., Garay R.P., Perugi G., Vieta E., Young A.H. Possible new ways in the pharmacological treatment of bipolar disorder and comorbid alcoholism. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010 Mar 24;6:37-46.
29. Salloum I.M., Cornelius J.R., Daley D.C., Kirisci L., Himmelhoch J.M., Thase M.E. Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. // *Arch Gen Psychiatry*. – 2005. – V. 62. – P. 37–45.
30. Pettinati H.M., O'Brien C.P., Dundon W.D. Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. // *Am J Psychiatry*. – 2013. – V. 170(1). – P. 23-30.
31. Tolliver B.K., Desantis S.M., Brown D.G., Prisciandaro J.J., Brady K.T. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of acamprosate in alcohol-dependent individuals with bipolar disorder: a preliminary report. // *Bipolar Disord*. – 2012. – V. 14. – P. 54–63.
32. Brown E.S., Carmody T.J., Schmitz J.M., Caetano R., Adinoff B., Swann A.C., John Rush A. A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study of naltrexone in outpatients with bipolar disorder and alcohol dependence. // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2009. V. 33. – P. 1863–1869.
33. . Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. – Томск, 2009 – 510 с.
34. Красильников Г.Т., Дресвянников В.Л., Бохан Н.А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // *Наркология*. – 2002. – № 6. – С. 24-31.
35. Green A.I., Brown E.S. Comorbid schizophrenia and substance abuse // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – V.67(9). – P. e08.
36. Koskinen, J., Lucht, J., Koponen, H., Isohanni, M., Miettunen, J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia-A systematic review and meta-analysis. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2009. – V. 120(2). – P. 85–96.
37. Гофман А.Г., Малков К.Д., Шлемина И.В. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом (клиническая картина и лечение). // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2008. – №3. – С.23-27.
38. Kumar C.N., Thirthalli J., Suresha K.K., Arunachala U., Gangadhar B.N. Alcohol use disorders in patients with schizophrenia: comparative study with general population controls. // *Addict Behav*. – 2015. – V. 45. – P. 22-25.

39. Leposavić L., Dimitrijević D., Đorđević S., Leposavić I., Balkoski G.N. Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. // *Psychiatr Danub.* – 2015. – V. 27(1). – P. 84-89.
40. Jones R.M., Lichtenstein P., Grann M., Lengström N., Fazel S. Alcohol use disorders in schizophrenia: a national cohort study of 12,653 patients. // *J Clin Psychiatry.* – 2011. – V. 72(6). – P. 775-779.
41. Graeter K. *Dementia praecox mit Alkoholismus chronicus* Leipzig. Barth, 1909.
42. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. – М.: Медицина. – 1966.
43. Семичев С.Б., Соловьев Л.А. О взаимоотношении алкоголизма и шизофрении // В кн.: *Алкогольные и экзогенно-органические психозы.* – Л.: Медицина. – 1978. – С. 64-67.
44. Hartz S.M., Pato C.N., Medeiros H., Cavazos-Rehg P., Sobell J.L., Knowles J.A., Bierut L.J., Pato M.T. Genomic Psychiatry Cohort Consortium. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. // *JAMA Psychiatry.* – 2014. – V. 71(3). – P. 248-254.
45. Potvin S., Briand C., Prouteau A., Bouchard R.H., Lipp O., Lalonde P., Nicole L., Lesage A., Stip E. CANTAB explicit memory is less impaired in addicted schizophrenia patients. // *Brain Cogn.* – 2005. – V. 59(1). – P. 38-42.
46. Talamo A., Centorrino F., Tondo L., Dimitri A., Hennen J., Baldessarini R.J. Comorbid substance-use in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms. // *Schizophr Res.* – 2006. – V. 86(1-3). – P. 251-255.
47. Batki S.L., Leontieva L., Dimmock J.A., Ploutz-Snyder R. Negative symptoms are associated with less alcohol use, craving, and “high” in alcohol dependent patients with schizophrenia. // *Schizophr Res.* – 2008. – V.105(1-3). – P. 201-207.
48. Альтшулер В.Б. *Алкоголизм.* – М.: ГЭОТАР Медиа. – 2010. – 264 с.
49. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. *Алкоголизм. Руководство для врачей.* – М.: Мегapolis. – 2012. – 576 с.
50. Шулькин Л.М. *Алкогольная зависимость и параноидная шизофрения (клинические и социальные аспекты).* – Диссертация канд. мед. наук. – Краснодар, 2008. – 184 с.
51. McLean D., Gladman B., Mowry B. Significant relationship between lifetime alcohol use disorders and suicide attempts in an Australian schizophrenia sample. // *Aust N Z J Psychiatry.* – 2012. – V. 46(2). – P. 132-140.
52. Potvin S., Sepehry A., Stip E. Meta-analysis of depressive symptoms in dual diagnosis schizophrenia. // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* – 2007. – V. 41(10). – P. 792-799.
53. Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: Prevalence and impact on outcomes. // *Schizophrenia Research.* – 1999. – V. 35(Suppl.). – P. 93-100.
54. Drake R.E., Mueser K.T. Alcohol-use disorder and severe mental illness. // *Alcohol Health & Research World.* – 1996. – V. 20. – P. 87-93.
55. Manning V., Betteridge S., Wanigaratne S., Best D., Strang J., Gossop M. Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. // *Schizophr Res.* – 2009. – V. 114(1-3). – P. 98-104.
56. Yen C.F., Hsiao R.C., Chen C.C., Lin H.C., Yen C.N., Ko C.H., Yen J.Y., Chen C.S. The role of insight to alcohol use disorders in insight to schizophrenia. // *Compr Psychiatry.* – 2009. – V. 50(1). – P. 58-62.
57. Петрова Н.Н., Кучер Е.О., Лунина П.С., Зоринянц А.А. Особенности клинической картины параноидной шизофрении у больных, злоупотребляющих алкоголем (Тезисы доклада). // *Профилактическая и клиническая медицина.* – 2011. – Т. 1 (39). – №2. – С. 228-229.
58. Noordsy D.L., Schwab B., Fox L., Drake R.E. The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders. // *Community Ment Health J.* – 1996. – V. 32(1). – P. 71-81.
59. Mueser K.T., Noordsy D.L., Fox L., Wolfe R. Disulfiram treatment for alcoholism in severe mental illness. // *Am J Addict.* – 2003. – V. 12(3). – P. 242-252
60. Petrakis I.L., O'Malley S., Rounsaville B., Poling J., McHugh-Strong C., Krystal J.H. VA Naltrexone Study Collaboration Group. Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. // *Psychopharmacology (Berl).* – 2004. – V. 172(3). – P. 291-297
61. Maxwell S., Shinderman M.S. Use of naltrexone in the treatment of alcohol use disorders in patients with concomitant major mental illness. // *J Addict Dis.* – 2000. – V. 19(3). – P. 61-69.
62. Batki S.L., Dimmock J.A., Wade M., Gately P.W., Cornell M., Maisto S.A., Carey K.B., Ploutz-Snyder R. Monitored naltrexone without counseling for alcohol abuse/dependence in schizophrenia-spectrum disorders. // *Am J Addict.* – 2007. – V.16(4). – P. 253-259.
63. Wobrock T., D'Amelio R., Falkai P. Pharmacotherapy of schizophrenia and comorbid substance use disorder. A systematic review. – *Nervenarzt.* – 2008. – V. 79(1). – P. 17-18, 20-22, 24-26 passim.
64. National Institute for Health and Clinical Excellence: (NICE) Guidance. Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). – 2011.

**Д.И. Жукова, В.Д. Балин, Л.В. Джанаева**

## **СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТИЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРФЕКЦИОНИСТСКОЙ МОДЕЛИ ДЕПРЕССИИ**

*Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии*

Выработка стиля деятельности, неадекватного психофизиологическим особенностям индивида, приводит к замедлению роста личностного и профессионального развития – худшему усвоению определенных знаний и умений, более медленному формированию двигательных навыков, общей неудовлетворенности процессом обучения, большей утомляемости, временным и энергетическим затратам. Какая же картина мира существует у лиц с высоким уровнем перфекционизма? На данный вопрос дает ответ наше изучение.

В нашем исследовании мы рассматриваем автобиографическую память как психическое составляющее, тесно связанное с «Образом Я». Депрессивные и перфекционистские установки важные составляющие части личностной организации человека. Сегодня ситуация такова, что пока не только не выявлены все представления о психологической структуре и формах перфекционизма, но нет точной разработки инструментов, тестирующих различные параметры и формы перфекционизма. В такой ситуации лучшее, что, на наш взгляд, можно сделать, это сбор данных с последующим анализом в рамках нарративного подхода. Для этого требуется такое построение процедуры, которое реализует оба подхода. Для этих целей нами был выбран метод экспертной оценки автобиографических рассказов испытуемых.

Задача нынешнего исследования и метода экспертной оценки автобиографических рассказов заключается в обосновании правильности нарративного подхода и доказательстве необходимости его дальнейшей разработки. Благодаря полученным данным, мы разработали программу комплаенс-психотерапии для оказания психологической помощи лицам с высоким уровнем перфекционизма в преодолении душевного и психосоматического страдания, чувства вины, реакций агрессии, гнева и т. д., с целью их социально – психологической адаптации.

В контексте обозначенной нами проблемы исследования: каковы особенности автобиографической памяти у лиц юношеского возраста с высоким уровнем перфекционизма, нами были сформулированы основные гипотезы:

Гипотеза 1: Для склонных к депрессии лиц юношеского возраста характерен высокий уровень перфекционизма.

Гипотеза 2: У лиц юношеского возраста с высоким уровнем перфекционизма и склонностью к депрессии имеются особенности автобиографической памяти, касающиеся образа собственного «Я», идеального «Я» и Другого, и иные перцептивные искажения, типичные для пациентов с клинической депрессией. Также данным лицам присущи неразвитые, примитивные механизмы психологической защиты.

Гипотеза 3: Перфекционистские установки у лиц юношеского возраста являются результатом искажения в структуре мотивации и фрустрации иных неудовлетворенных потребностей.

С целью проверки сформулированных нами гипотезы было использовано 4 методики: 1. Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory- BDI); 2. Опросник перфекционизма Гаранян Н.Г., Холмогоровой А.Б.; 3. Автобиографическое интервью Нурковой В.В.; 4. Метод экспертных оценок рассказов.

Наше исследование проводилось на базе неврологического отделения Городской больницы Святого Праведного Иоанна Кронштадтского. Первоначально в исследовании принимало участие 140 человек в возрасте 17-18 лет. Из них было отобрано в основную группу 30 человек с высоким уровнем перфекционизма и 10 человек в контрольную группу с низким уровнем перфекционизма.

Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 19.0, Copyright SPSS Inc., 2010.

В нашей работе было выделено в структуре «Образа Я» и оценки «Образа Другого» три стороны: содержательная, характеризующая смысл оценки, ее позитивность и социальную же-

лательность; уровневая, показывающая ее адекватность и точность; и стилевая, представляющая оценочную стратегию личности через такие характеристики как вариативность, экстремальность, амбивалентность и т.п.

«Образ Я» лиц юношеского возраста с высоким уровнем перфекционизма в своей концептуальной части очень нечёток, неуловим, ситуативен, содержит фрагментарные, необъединённые части, как в зеркале отражающие разнообразные внешние факторы, события, границы «Я» размыты, нет достаточной автономности. Так как «Я» – это тоже представитель сверхзначимого, аффективно насыщённого и потому искажённого, зыбкого мира социальных объектов, то к нему тоже относится большинство вышеназванных типов реакций и параметров. Имеет место не только неустойчивость, ситуативность самооценок, но и нестабильность самих шкал и параметров самооценивания, и такая флуктуирующая система не позволяет сформировать никакой интегрированной и иерархизированной концепции (ни в области знания о своих качествах, ни во внутренней картине болезни, ни в оценке себя как коммуницирующего объекта). В то же время, наблюдаются отдельные, спорадически возникающие, довольно точные и дифференцированные оценки, осознания отдельных сторон и моментов, но совершенно без зрелой интеллектуальной переработки, поэтому порождающие интенсивную тревогу и страх, шоковые реакции, а отсюда – симптоматику вегетативного ряда или социальные фобии; понятно, что постэффектом такого рода «осознаний» является еще более значительное последующее вытеснение проблем. Лица юношеского возраста с высоким показателям перфекционизма испытывают широкий спектр негативных эмоций, не только печали, депрессии, страха и тревоги, но и вины, враждебности, неудовлетворенности собой. С этой аффективной основой связано множество других проявлений – негативные когниции, склонность к соматическому дистрессу, негативным оценкам себя и других. С негативной аффективностью тесно связаны другие личностные характеристики – низкая выносливость, пессимизм, низкая самооценка и склонность хронически переживать неудовлетворенность работой и жизнью в целом. Ощущения бессилия и беспомощности возникают от чувства досады, возникающего каждый раз из-за невозможности достичь желаемой цели, и от потери времени, которое уходит на достижение идеального результата. Изначально предъявляя к себе высокие требования и позиционируя себя как совершенных личностей или создателей идеальных творений, личности с высоким уровнем перфекционизма испытывают чувство стыда и затруднения в ситуации, когда другие люди видят, что они не дотягивают до собственных манифестируемых ранее стандартов. Собственное «Я» они воспринимают полярно: либо как совершенно хорошее, либо как плохое, понятие «достаточной хорошести» им незнакомо. Дифференцированность Образа Я средняя или низкая, чуть более дифференцировано восприятие социальных объектов, но признаки диффузности и нечёткости сохраняются.

Отдельно стоит рассмотреть параметр границ «Я» и мира. Граница «Я» и мира нечётка и размыта. У испытуемых, безусловно, преобладает эгоцентрическая позиция, фиксация на собственной персоне, своих побуждениях, импульсах, реакциях, транзиторных переживаниях, собственном видении объективной реальности, трактуемой как вторичная и менее существенная. Отсюда, мы полагаем точным утверждение, что именно внешний мир, его восприятие и образ скорее подвергаются субъективным искажениям, и большая активность, самопрезентация «Я» в мире идут по типу «навязывания» себя ему, доминирует позиция восприятия «мир – в – присутствии Я» со смешением, неразведением пластов личностных смыслов и значений, и с неправомерным расширением «Образа Я», буквально «вторгающегося» в мир. И, тем не менее, такое вторжение и социальная включенность незрелы, непоследовательны, транзиторны, так как истинно внутренне богатое и аутохтонное «Я» здесь не сформировано, любая случайная эмоция «захватывает» все «Я», определяя большинство его проявлений, и это подтверждает существование на неосознаваемом, глубинном и скрытом уровне пустоты, незаполненности и дефицитарности «Я».

Отношения с «Другим» строятся на уровне поведения, поверхностного взаимодействия, непоследовательны, часто демонстративны, также по типу экспансивного навязывания себя в партнеры по общению. «Другой» необходим для «Я», поскольку даёт ему любовь, поддержку, возможность самопроявления, ощущения своей значимости, при этом «Образ Другого» обезличен, непроработан, сливается иногда с «Образом Я», сам «Другой» – есть не что иное, как объект удовлетворения

внутреннего запроса «Я» на эмоциональное донорство, отношение к нему сугубо потребительское, азтическое, без истинной эмпатии. Слабость и зависимость «Я», внутренняя опустошенность и дефицитарность – тому причины, а следствие – неполноценность контакта, манипуляторство (ибо вне «Другого» – одиночество, смерть).

Основной запрос здесь также на аффиляцию, симбиотический контакт, но этот запрос вытесняется, подменяется другими, более социализированными формами взаимодействия. Последние не вполне эффективны (в плане удовлетворения базовой потребности), поэтому число контактов максимально расширяется, в качестве их основы годятся любые формы активности – от профессиональной деятельности до собственной болезни, – и все они могут использоваться как способ манипулирования, для получения потребного позитивного отношения, донорства и опеки.

Испытуемые склонны отчетливо проявлять отрицательное отношение к людям, стремление нанести им вред, причинить серьезные неприятности. Наряду с этим присутствует постоянное стремление находиться рядом с «Другим», сверхценное к нему отношение и предъявление завышенных требований к «Другому». Ранее мы отмечали, что Blatt S. признает существование интерперсонального аспекта перфекционизма как чрезмерные требования к другим и завышенные ожидания от них, предполагая, что именно он служит источником переживания гнева в межличностных отношениях. Сравнение себя со сверхуспешными индивидами приводит к недовольству собой, а наряду с этим к мучительной зависти. Субъективное ощущение того, что окружающие люди ждут очень много, присуще многим испытуемым в нашей группе, имеющим выраженную степень перфекционизма. Зачастую оно сигнализирует о себе страхом несоответствия положительным представлениям других людей о себе, постоянным предвкушением публичного разоблачения. По мнению американского психотерапевта Clance P., данная характеристика присуща многим талантливым и много работающим перфекционистам. Она обозначила этот параметр перфекционизма – «феномен обманщика» (Impostor Phenomenon).

Полученные эмпирические результаты могут быть использованы психотерапевтами и практикующими психологами в консультативной и психологической помощи.

### **Литература:**

1. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства. – М.: Класс, 2000, 464 с.
2. Холмогорова, А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели. / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян – М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2011, 480с.
3. Чехлатый, Е. И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. № 2, 544 с.
4. Hewitt P. Perfectionism and stress process in psychopathology / P. Hewitt, G. Flett // Perfectionism: Theory, research and Treatment / Ed. by G. Flett, P. Hewitt. Washington, 2005. Vol. 73

О.В. Задорожная

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ, НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,  
кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург*

**Введение.** Нарушение социального функционирования и существенное снижение показателей качества жизни при шизофрении является значимой проблемой, привлекающей внимание многих исследователей [1,2]. Поиск наиболее эффективных реабилитационных подходов и достижение приемлемого уровня адаптации больных шизофренией становится одной из основных целей лечения [3]. Многими авторами сопутствующим соматическим заболеваниям отводится роль одного из неблагоприятных факторов, обуславливающих клиническую и социальную дезадаптацию при шизофрении [2, 4, 5]. Согласно данным проведенных в последние годы исследований пациенты с шизофренией, достоверно чаще страдают рядом соматических заболеваний [6, 7, 8]. К таким заболеваниям в частности относятся вирусные гепатиты В и С, представляющие на сегодняшний день серьезную медико-биологическую и социальную проблему [9, 10]. Проблема влияния хронической вирусной инфекции на адаптацию и качество жизни пациентов, страдающих психическими расстройствами, в частности, шизофренией далека от своего разрешения. Таким образом, актуальность исследования обусловлена объективной необходимостью изучения особенностей адаптации и качества жизни больных шизофренией, страдающих хроническими вирусными гепатитами, факторов, оказывающих влияние на эти показатели, а также поиска наиболее безопасных и эффективных принципов проведения лечебно-реабилитационных мероприятий у данной группы пациентов в условиях ситуации роста распространенности вирусных гепатитов среди населения.

**Цель.** Изучение социальной адаптации и качества жизни пациентов с шизофренией, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С, и разработка на этой основе комплексных дифференцированных реабилитационных программ.

**Материал и методы.** В основную клиническую группу было включено 112 пациентов, поступивших в стационар БУЗ Омской области «КПБ им. Н. Н. Солодников» в период с 2009 по 2011 гг. с достоверно верифицированными на основании критериев МКБ 10 диагнозами параноидной и приступообразной шизофрении (F20.0; F25), имеющих хронический вирусный гепатит В, С, либо микст-гепатит (В+С). Группу сравнения составили 52 пациента с параноидной либо приступообразной формами шизофрении без сопутствующего поражения печени вирусной этиологии.

В качестве основных методов исследования применялись клинико-психопатологический и клинико-динамический метод. Кроме того, использовались психометрический, клинико-лабораторные, статистические методы. Объективизация данных, полученных в результате обследования пациентов, проводилась с помощью «Шкалы побочных эффектов» UKU и «Шкалы продуктивных и негативных симптомов шизофрении» PANSS. Для оценки качества жизни больных применялся опросник, разработанный С. Ю. Масловским и В. Л. Козловским (2009) в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева на базе известных инструментов ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ. При изучении адаптации больных использовались методики, разработанные в ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН.

**Результаты и их обсуждение.** Из 112 участников исследования, вошедших в основную группу, 51,0 % составляли женщины (n = 57), 49,0 % – мужчины (n = 55). Средний возраст 38,64±10,24 года. Длительность психического заболевания в среднем составила 12,59±8,53 года. В группе сравнения из 52 участников 54,0% составляли женщины (n =28), 46% – мужчины (n = 24). Средний возраст 40,53±13,01 года. Длительность психического заболевания в среднем составила 12,5±10,1 года. При изучении этиологической структуры инфекционной заболеваемости в основной группе выявлено преобладание вирусного гепатита С (77%). Гепатит В имели 17% пациентов. Меньший удельный вес пришелся на сочетанную форму (6%). При этом было выявлено, что микст-гепатит В+С встречался только у пациентов с деструктивным и интравертным вариантами адаптации и не наблюдались в подгруппах с интегративным и экстравертным вариантами.

У 67 (61,7%) пациентов, страдающих шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, за период нахождения в стационаре отмечались те или иные нежелательные лекарственные реакции. В группе сравнения нежелательные лекарственные реакции наблюдались у 30 больных (57,7%). Психические побочные эффекты, а также сочетание нескольких нежелательных лекарственных реакций встречались в нашем исследовании у пациентов с сопутствующим вирусным гепатитом к 30-му дню терапии чаще, чем в группе сравнения, достигая статистически значимых различий ( $p < 0,05$ ).

Анализ типов социально-трудовой адаптации выявил преобладание в обеих исследуемых группах деструктивного типа адаптации. Относительно благоприятный вариант социально-трудовой адаптации (к которому отнесены интегративный и экстравертный типы) выявлен у 21 пациента (18,7%) в основной группе и у 21 пациента (40,4%) в группе сравнения. Относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой (включающий деструктивный и интравертный типы) адаптации выявлен у 91 пациента (81,3%) в основной группе и у 31 пациента (59,6%) в группе сравнения. В основной группе достоверно чаще выявлялся относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации ( $U = 2257$ ;  $Z = 2,31$ ;  $p = 0,008$ ). При сравнении показателей качества жизни пациентов двух исследуемых групп, с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия по субсферам «способность выполнять повседневные дела» ( $U = 2233,0$ ;  $Z = -2,4$ ;  $p = 0,02$ ) и «личные отношения» ( $U = 2338,0$ ;  $Z = -2,03$ ;  $p = 0,04$ ). Данные показатели были достоверно ниже у пациентов, страдающих шизофренией, в сочетании с хроническим вирусным гепатитом.

На основании результатов проведенного исследования нами были разработаны комплексные программы реабилитации пациентов, страдающих шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, основанные на принципах дифференцированности, поэтапности и индивидуального подхода. При этом акцент в лечении был сделан на применение максимально безопасных и эффективно воздействующих не только на продуктивные, но и на негативные расстройства атипичных антипсихотиков. В комплекс реабилитационных мероприятий на стационарном и амбулаторном уровнях были включены обязательный мониторинг лабораторных показателей, а также проведение терапии гепатопротекторами. В качестве гепатопротекторов при обострении хронического вирусного гепатита применялись такие препараты, как адеметионин (гептрал), урсодезоксихолевая кислота, альфа-липоевая кислота (берлитион).

Первая программа реабилитации была разработана для пациентов, страдающих шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом, с наиболее благоприятным, интегративным, типом адаптации. После проведения купирующей психофармакотерапии в качестве поддерживающей терапии в ремиссии использовались преимущественно атипичные антипсихотики в минимальных дозах. Применение данной группы препаратов способствовало повышению комплаентности пациентов, а также поддержанию мотивации к сохранению удовлетворительного уровня социального функционирования. В качестве психотерапевтических воздействий применялись краткосрочные и долгосрочные группы, а также индивидуальные консультации с пациентами и их родственниками. Одной из задач проводимой психотерапии было сохранение и закрепление адекватного отношения к наличию хронического инфекционного заболевания печени и преодолению, в некоторых случаях, гипонозогнозии.

Вторая программа реабилитации применялась при экстравертном типе, при котором удовлетворительный уровень социально-трудовой адаптации сочетался с клинической декомпенсацией. У данной категории больных проводился индивидуальный подбор препаратов и их дозировок с учетом сохраняющейся психопатологической симптоматики. Предпочтение также отдавалось атипичным антипсихотикам, позволяющим как осуществлять контроль над продуктивными симптомами, так и воздействовать на негативные расстройства. Так как для пациентов с экстравертным типом адаптации были характерны гипо- и анозогностическая реакции на наличие хронического вирусного гепатита, то психотерапевтические мероприятия были направлены в частности на формирование адекватного отношения к наличию инфекционного заболевания и приверженности терапевтическим рекомендациям. На стационарном и амбулаторном этапах проводились групповые психотерапевтические занятия, как для кратковременной, так и длительной психотерапии.

Предпочтение отдавалось психообразовательным занятиям, тренингам по модулю «Независимое проживание», а также обучению стратегиям совладания с остаточными психотическими расстройствами. Семейная терапия и образовательные программы для родственников были направлены на формирование благоприятных условий внутри семьи пациента, обеспечивающих сохранение социальной адаптации и контроль приема поддерживающей терапии.

У пациентов, страдающих шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, имеющих деструктивный тип адаптации применялась третья дифференцированная реабилитационная программа. После купирования острой психотической симптоматики наиболее часто применялись пролонгированные формы препаратов в связи с низкой комплаентностью данной группы больных и склонностью к нарушению режима терапии. В связи с тем, что пациенты данной подгруппы имели наибольший возраст и длительность психического заболевания, а также ряд клинических особенностей, им нередко назначалось одновременно несколько препаратов в достаточно высоких дозировках. Это способствовало повышенной частоте нежелательных лекарственных реакций и обострений хронического вирусного гепатита у больных с деструктивным типом адаптации. Пациенты данной подгруппы на стационарном этапе чаще других получали курсы гепатопротективной терапии.

Индивидуальные и групповые формы психотерапевтической работы у пациентов с деструктивным типом адаптации были направлены на преодоление явлений госпитализма, гипо- и анозогнозии в отношении хронического вирусного гепатита, формирование мотивации к повышению уровня социального функционирования и приверженности лечению. Активно применялась рациональная психотерапия, арттерапия. Также проводились образовательные программы для родственников пациентов. Для данной подгруппы больных большое значение имели также психосоциальные воздействия. Так, на стационарном и амбулаторном этапах проводились тренинги социальных навыков, психосоциальная групповая работа с семьями больных. Совместно со специалистом по социальной работе осуществлялось решение социальных вопросов. Применялась также такая форма помощи, как «жилье под защитой».

Четвертая программа реабилитации была разработана для пациентов с интравертным типом адаптации, подразумевающим социальную декомпенсацию на фоне благоприятных клинических предпосылок. У данной категории больных применялись преимущественно атипичные антипсихотики в невысоких дозах. При необходимости проводились курсы гепатопротективной терапии. Акцент делался на активное вовлечение таких пациентов в психотерапевтический процесс. Наиболее эффективными были долгосрочные групповые формы психотерапевтической работы. Проводились образовательные программы для родственников пациентов и семейная психотерапия. Осуществлялось активное вовлечение пациентов в трудовые процессы, занятия в группах реабилитационного дневного стационара, решение социальных вопросов, препятствующих социальной реадaptации пациентов.

Эффективность разработанных и внедренных дифференцированных реабилитационных программ оценивалась нами по результатам катамнестического наблюдения за группой из 82 больных шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом, из числа обследованных нами ранее пациентов (основная группа). Длительность катамнестического наблюдения составила от 1,5 до 2 лет (2010-2012 гг.).

Оценка динамики клинических показателей по шкале PANSS показала значимое снижение ( $p < 0,01$ ) выраженности продуктивных, негативных и общих психопатологических расстройств у пациентов, прошедших дифференцированные реабилитационные программы.

Помимо клинической динамики важным показателем, позволяющим оценить эффективность дифференцированных реабилитационных программ, была оценка качества жизни пациентов. Оценка качества жизни проводилась в конце периода катамнестического наблюдения амбулаторно, с помощью опросника, разработанного С. Ю. Масловским и В. Л. Козловским (2009), как и при проведении предыдущего этапа исследования.

Профиль качества жизни у пациентов, страдающих шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом, до проведения реабилитационных мероприятий значительно отличается от

аналогичных показателей в конце периода наблюдения и проведения комплексных дифференцированных реабилитационных программ. Наиболее низкие показатели отмечены в следующих субсферах: «Способность выполнять повседневные дела» –  $13,6 \pm 2,82$  в начале наблюдения и  $15,58 \pm 2,98$  в конце периода катамнестического наблюдения, «Практическая социальная поддержка» ( $14,0 \pm 4,28$  и  $16,01 \pm 4,02$  соответственно), «Познавательные функции» ( $14,01 \pm 3,78$  и  $16,17 \pm 3,62$  соответственно). Наиболее высокие показатели зарегистрированы в таких субсферах качества жизни, как «Ориентировка в себе и окружающей обстановке» –  $17,69 \pm 4,45$  в начале наблюдения и  $20,0 \pm 3,94$  в конце, «Переживания связанные с общением» ( $17,44 \pm 4,5$  и  $19,91 \pm 3,92$  соответственно). Различия между показателями качества жизни до и после проведения реабилитационных мероприятий были значимы по всем субсферам ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что пациенты, страдающие шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, имеют достоверно более низкий уровень социально-трудовой адаптации и показатели качества жизни в сравнении с пациентами без сопутствующей патологии. Выявлено наличие отрицательных связей между выраженностью негативных расстройств и качеством жизни у пациентов, страдающих шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом, а также установлено отрицательное влияние на показатели качества жизни ряда побочных эффектов, наблюдающихся на фоне терапии в стационаре. В большей степени это относится к «психическим побочным эффектам» (по шкале UKU), отмечающимся к 30-му дню лечения.

На основе клинико-динамического анализа, а также всесторонней оценки факторов формирования типа адаптации и показателей качества жизни больных шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом были разработаны и внедрены дифференцированные реабилитационные программы, включающие психофармакологические, психотерапевтические и социально-терапевтические воздействия. Клинико-катамнестическое изучение показало высокую эффективность реализованных комплексных дифференцированных реабилитационных программ, построенных с учетом типа адаптации больных шизофренией с сопутствующим хроническим вирусным гепатитом. Их применение позволило добиться улучшения клинических показателей ( $p < 0,01$ ) у больных шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом, а также повысить качество их жизни ( $p < 0,01$ ).

### Литература:

1. Мухаметшина З. Ф. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией (клинико-социальные и психологические аспекты): дис. ... канд. мед. наук / З. Ф. Мухаметшина. – Москва, 2009. – 126 с.
2. Семке А. В. Соматические расстройства при шизофрении / А. В. Семке, Ю. Л. Мальцева. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 180 с.
3. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – 2-е изд. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2007. – 492 с.
4. Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией / А. В. Семке, Л. Д. Рахмазова, О. А. Лобачева и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3 (42). – с. 17 – 21.
5. Семке В. Я. Психическое и соматическое в развитии представлений о природе болезни / В. Я. Семке, А. К. Костин // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения: тезисы докладов II Региональной конференции молодых ученых и специалистов. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 5 – 11.
6. Сопутствующая соматическая патология у больных шизофренией Томска и Улан-Удэ / О. А. Лобачева, Л. Д. Рахмазова, Ю. Л. Мальцева, А. А. Дымчаков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока: тезисы докладов конференции с международным участием. – с. 146 – 147.
7. Тюркина Т. А. Сопутствующие соматические заболевания у больных шизофренией / Т. А. Тюркина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – с. 47 – 49.
8. Vial-Cholley E. Psychiatric disorders and somatic pathologies / E. Vial-Cholley // Soins. Psychiatr. – 2010. – 268. – P. 16 – 19.
9. Hepatitis C in schizophrenia: screening experience in a community-dwelling clozapine cohort / O. Freudenreich, R.T. Gandhi, J.P. Walsh et al. // Psychosomatics. – 2007. – 48(5). – P. 405–411.
10. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature / L. N. Campos, M. D. Guimaraes, R. A. Carmo et al. // Cad. Saude Publica. – 2008. – Vol. 24. – Suppl. 4. – P. 607–620.

**В.А. Некрасов**

## **ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ИЗ XIX В XXI ВЕК**

*Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца,  
Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова,  
кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург*

***Если я строю помещение для преступников, я выстрою тюрьму.  
Если я строю помещение для больных – я выстрою больницу.  
П.И. Якоби, 1900***

На современном этапе остро стоит вопрос формирования концепций дальнейшего развития психиатрических служб различных регионов России, что связано с происходящими изменениями, как в структуре психической патологии, так и с современным состоянием экономики нашего общества. Исторический метод изучения психиатрии дает возможность не только вскрыть определенные закономерности развития этой медицинской специальности, но и установить некоторые её положения, не утратившие сегодня актуального значения. Перспективным представляется рассмотрение эволюции концепции психиатрического стационара, его роли, задач перед ним стоящих, функций, которые могут быть на него возложены. В данной работе мы остановимся на сопоставлении дореволюционных представлений о психиатрической больнице с современным видением. Мы выделим лишь несколько проблем, которые показали нам наиболее интересными в плане исторических аналогий и практической значимости.

Первые психиатрические больницы, а точнее их предшественники «доллгаузы» появились в России в конце XVIII века, однако, они не были больницами в прямом смысле слова и выполняли задачи не лечения, а «презрения» душевнобольных. Постепенно с появлением врачей в заведениях для душевнобольных стали появляться и идеи об их особом устройстве и задачах. Первые работы в журналах и отчетах учреждений публикуют И.Ф. Рюль, Ф.И. Герцог, В.Ф. Саблер и другие.

Первая полноценная работа была написана врачом одной из первых психиатрических больниц – Преображенской больнице в г. Москве А.У. Фрезе «Об устройстве домов умалишенных» уже в 1862 г.. Позволим себе остановиться лишь на ряде работ из огромного массива последовавших затем публикаций на данную тему, которые представляются нам наиболее интересными. [1-7].

### **Разделение (объединение) лечебницы и приюта**

А.У. Фрезе [3] в своей работе выделяет две основные задачи больницы:

- 1) «Лечение излечимых»
- 2) «Содержание и попечение о неизлечимых умопомешанных».

Предлагалось разделить не только задачи, но и самих этих пациентов, по различным отделениям, а если возможно то и по различным учреждениям. Здесь мы видим прообраз современного разделения психиатрических больниц и психоневрологических интернатов. По сути попыткой выделения неизлечимых хронизированных больных было создание приютов и богаделен для душевнобольных, что широко стало использоваться, когда первые больницы стремительно переполнялись хрониками в начале XIX века. Эти учреждения не были медицинскими и решали лишь задачи «призрения больных» и их пожизненного проживания. Концепция этих учреждений подвергалась жёсткой критике из-за сложности коммуникации между больницами и богадельнями и перемещения между ними больных, из-за отказа в богадельнях и приютах, в какой-либо медицинской помощи и том, что мы сейчас бы назвали отсутствием реабилитации. [1,6].

К концу XIX века под давлением общественности богадельни для душевнобольных уступили место психиатрическим колониям – учреждениям уже сугубо медицинским. Колонии считались, частью единой с лечебницей структурой [5,6], что позволяло легко перемещать больных из одно-

го подразделения в другое. А в большинстве земств лечебница была частью большой колонии (в Нижнем Новгороде, Смоленске, Орле и др.).

Однако аргументация (помимо экономической выгоды) необходимости этого разделения уже забылась, хотя горячие дискуссии об этом проходили не одно десятилетие и в настоящее время больницы и интернаты вновь разделены между различными ведомствами, имеющими разные задачи и возможности.

### **Разделение различных по профилю больных**

Создание специализированных отделений для разных профилей больных (эпилептиков, алкоголиков и т.д.) так же освещается уже А.У. Фрезе и находит дальнейшее развитие в большинстве последующих трудов, посвященных устройству психиатрических больниц. Разделение больных представлялось удобным в плане ухода, организации труда больных, и не малое внимание уделялось ресурсам больницы, которые для разных категорий больных должны использоваться различные. Неоднократно освещался вопрос о количестве больных на одного врача и сотрудника младшего персонала в зависимости от профиля отделения. Во многих заведениях дореволюционной России это удалось реализовать (Петербург, Полтава и др.). [2,4]

Приведем предлагаемое О.А. Чечотом подразделение больных: «1) спокойные хронические душевнобольные а) способные к труду и б) неспособные, 2) эпилептики и хронические алкоголики, в большинстве своем способные к труду, 3) слабые, неизлечимые умалишенные, вовсе неспособные к труду, 4) неопасные неизлечимые помешанные, совершившие некоторые преступления в состоянии безумия или сумасшествия и подлежащие на основании IV примечания к 95 ст. Улож. о наказ., содержанию в домах для умалишенных и, наконец, 5) слабоумные и идиоты, не поддающиеся дальнейшему психическому развитию, способные к какому либо труду и вовсе к этому неспособные» [5].

Предлагались различные подходы к разделению больных, а ряд авторов предлагал и в целом от него отказываться [7], как от вредного для больных. Интересно, что оба подхода продолжают существовать и до настоящего времени – когда порой огромные больницы состоят из однотипных отделений, а в не самых больших находят место для специализированных отделений.

### **Принудительные меры – гуманное отношение**

Одна из наиболее известных работ самого известного отечественного психиатра С.С. Корсакова, посвящена по-*restraint* (нестеснению) психически больных [1]. Этот вопрос был поводом для многочисленных дискуссий, но в целом врачи сходились на необходимости предельно гуманного и разумного подхода к лечению больных.

Именно врачи были сторонниками максимально возможного смягчения режима для больных и максимально возможной защиты их прав. Не стоит забывать, что во многом государство обратило свое внимание на душевнобольных именно для защиты их прав, а не для защиты окружающих. Психиатрические больницы не должны были пугать пациентов и их родных, должны были быть открыты и понятны окружающим.

Вопросы опеки, дееспособности, вменяемости, сохранения имущества, незаконного помещения в психиатрическую больницу уже в первой половине XIX века были отрегулированы и сопоставляя с современным законодательством мы находим значительно количество параллелей.

Уже в середине XIX века успехи казались значительными, в пример того приведем слова того же А.У. Фрезе:

«Ныне дома умалишённых не знают секретных отделений, куда бы не проникал глаз посетителя: они охотно отворяют свои двери всякому, кого привело в них участие или любознательность».

Не прообраз ли это общественных организаций, которые все не удается создать на современном этапе для надзора за психиатрическими стационарами. И не стоит забывать, что выше главного врача в психиатрических больницах до революции был попечитель, назначаемый из числа своих членов Городской Думой или Земским Собранием.

### **Лечение психически больных вне больниц**

Вопреки убеждению большинства авторов, что психиатрия до первой половины XIX века была лишь в стенах больниц, с самого начала формирования медицинского подхода к лечению больных искались пути к внебольничному призрению психически больных [1]. Чаще всего представлялись они организационно как один из элементов стационара. Таковы были амбулатория для приходящих больных при Больнице Св. Николая Чудотворца, патронаж «у ворот больницу» при Преображенской больнице в Москве и ряд других организационных решений. Исторически сама по себе служба «районных психиатров» в Москве (прообраза психиатрических диспансеров) появилась из необходимости осмотра больных на предмет необходимости госпитализации и возникла она гораздо раньше первого диспансера на пороге XIX и XX веков.

Отдельно стоит упомянуть патронажи, особая форма призрения больных, когда они отдавались в семьи за определенную плату. Успешнее всего патронажи были в сельской, где было и место, и занятие для хронизированных душевнобольных. Периодически их осматривал патронажный врач или сестра, чтобы оценить состояние пациентов и избежать злоупотреблений в отношении их. [1,2]. В публикациях советского периода патронаж описывается, как предшественник диспансеров, хотя концепция его совсем иная. Представляется же он нам схожим прежде всего с создаваемыми сейчас «психиатрическими сообществами», когда утративший связи с обществом пациент – оказывается не в закрытой больнице или приюте/интернате, а в среде максимально близкой к полноценной жизни, но с соответствующим медицинским уходом. Не случайно патронаж использовался не только для неизлечимых хроников, но и для выздоравливающих пациентов еще не готовых вернуться

Не вольно напрашивается аналогия – ведь создавался патронаж психически больных на опыте воспитательных домов, отдававших за плату детей в семьи. Мы в XXI веке видим появление и растущий интерес к «семейным детским домам», повторяющим опыт попечения о детях воспитательных домов.

### **Развлечения душевно-больных (реабилитационная работа)**

Лечение в психиатрических больницах всегда было долгим и проблема патологической адаптации к ним (госпитализма) появилась не в XXI веке. Необходимость занять пациентов в течение длительного (порой пожизненного) времени осознавалась с самого начала работы психиатрических больниц. При всех больницах были церкви, а при церкви обязательная библиотека, содержащая не только церковную литературу. Священнослужители выполняли не только обряды, но и активно привлекались к жизни пациентов, организации быта на отделениях, общению с родственниками пациентов.

В 1832 г. в открытой Больнице Всех Скорбящих Радости было даже предусмотрено здание небольшого театра, где бесплатно выступили не только любительские труппы и пациенты заведения, но и Большие театры Петербурга. Больничные театры, хотя и не столь благоустроенные, как на «одиннадцатой версте», были в других больницах.

Больницы выписывали газеты и журналы. Не можем не вспомнить о рукописных газетах, которые издавали пациенты Больницы Св. Николая Чудотворца и Новознаменской.

Пациентам организовывались порой очень дальние прогулки и масштабные праздники на свежем воздухе. Публикации, о которых мы находим и в «гражданской» периодической печати.

Во многих больницах поощрялось творчество душевнобольных. Известная монография П.И. Карпова (психиатра и искусствоведа) изданная в 1926 году [8] является лучшим тому подтверждением.

Необходимым считалось создание помещений для дневного пребывания больных, в которых размещались диваны, библиотека для пациентов, часто даже бильярд или пианино.

### **Труд психически больных**

Мы обратим на это внимание особо, ибо именно этот вопрос был детально проработан и реализован. Не случайно в первом разделе статьи мы упомянули о колониях, которые стали во многих регионах основным организационным решением для психиатрических стационаров.

Не смотря на то что, труд психически больных был уже в XIX веке признан не выгодным с коммерческой точки зрения, внимания и организационных усилий ему придавалось не мало. Считалось помимо лечения, именно труд помогает восстановиться пациентам и вернуться к полноценной жизни.

Помимо засеваемых полей и садов, создавались многочисленные мастерские (сапожные, швейные, столярные, плетения корзин, даже перелета книг и многие другие.). Опытных мастеров-пациентов привлекали к обучению новичков. Нередко и грамоте обучались пациенты у других пациентов, на специально организованных занятиях.

Пациентов без смущения привлекали к помощи младшему персоналу, помогая в уборке, стирке, приготовлении еды и даже ремонта и строительства зданий. Организовывалась эта работа не просто с ведома врачей, а по их прямому назначению и работа эта официально регламентировалась.

**Заключение.** Хотелось бы сразу оговориться, что описанные примеры не являются исключением, но отнюдь и не были правилом. В дореволюционной России было реализовано много теоретических подходов и концепций. Зачастую не хватало финансов и других ресурсов. В целом ряде регионов, в основном неземских (но и земских тоже) психиатрия находилась в плачевном состоянии. Известно о цепях в отдельных психиатрических больницах вплоть до начала XX века, о ветхих зданиях, переоборудованных тюрьмах, и т.д. Многое из описанного в статье было «роскошью» для рядовых больниц.

Основным выводом нашей статьи мы видим то, что в дореволюционной России было реализовано огромное количество организационных решений, которые имеют исторические аналогии с современными проблемами. Изучение опыта дореволюционной психиатрии может быть полезно нам и сейчас при создании и разработке новых подходов к организации психиатрической помощи.

### **Литература:**

1. Труды первого съезда отечественных психиатров, проходившего в Москве с 5 по 11 января 1887 г. СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1887. – 1067 с.
2. Труды первого съезда русского союза психиатров и невропатологов созданного в Москве в память С.С. Корсакова (4-11 сентября 1911 года). М.: Типография штаба московского военного округа, 1914. – 1006 с.
3. Фрезе А.Ю. Об устройстве домов умалишенных. М.: университетская типография, 1862. – 137 с.
4. Протоколы заседаний особой комиссии по разработке проекта постройки новой городской психиатрической больницы в Санкт-Петербурге. СПб., 1909. – 126 с.
5. Чечотт О.А. Современное положение призрения помешанных в Санкт-Петербурге и его губернии и в каком размере оно должно быть расширено // Вестник клинической и судебной психиатрии и невропатологии. – СПб.: Издание К. Риккера, 1889. – Год седьмой, выпуск I. – С. 38-57
6. Якоби П.И. Основы административной психиатрии. Орел: Типография губернского правления., 1900. – 688 с.
7. Баженов Н.Н. Об организации призрения душевнобольных в С.-Петербурге. – СПб., 1896. – 25 с.
8. Карпов П.И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусства и техники – Л.: Государственное издательство, 1926. – 218 с.

О.В. Зубарева, Т.И. Дикая, А.М. Петрова

## К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА, ПОЛУЧЕННОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва*

Суицидальное поведение остаётся объектом непрекращающихся дискуссий, а его исследование – одной из наиболее актуальных проблем современной отечественной и зарубежной психиатрии. Только по официальным данным ВОЗ 2013 г., нанесение себе травм, включая самоубийства, привели в 2012 году к 804 тыс. смертельных исходов, однако, по мнению бывшего главного психиатра ООН Г. Зилбурга, «статистические данные о суицидах, какими они являются сегодня, не заслуживают доверия, так как слишком много суицидов не называются своим именем» [1]. Данные в отношении попыток самоубийства, имеющиеся лишь в ряде стран, указывают на то, что попытки самоубийства могут в 20 раз превышать число совершённых самоубийств, их количество исчисляется миллионами [2].

По мнению психиатров, депрессивный синдром по – прежнему является наиболее суицидоопасным среди всех психопатологических синдромов. Более того, это единственный синдром, при котором суицидальные мысли являются одним из наиболее постоянных симптомов. Согласно данным литературы до 50% больных депрессией предпринимают суицидальные попытки, которые в 10-15% случаев, заканчиваются инвалидизацией в связи с полученными телесными повреждениями или летальным исходом [3, 6, 7]. В связи со столь высоким риском суицидальное поведение при этом синдроме, наблюдающимся в рамках разнообразных нозологических форм психических заболеваний, остаётся объектом многочисленных исследований [4, 5, 8, 9]. Однако, несмотря на активное изучение этого вопроса и практическое внедрение разнообразных подходов к профилактике суицидов, уровень суицидальных попыток и сопряжённых с ними тяжёлых телесных повреждений, остаётся достаточно высоким.

Суицидальные действия, результатом которых являются тяжёлые телесные повреждения, тяжким бременем ложатся на систему здравоохранения, особенно на стационары оказания скорой медицинской помощи, приводят к длительной потере трудоспособности, инвалидизации и социальной дезадаптации суицидентов.

Ежегодно в соматопсихиатрическое отделение для хирургических больных госпитализируется около 600 пациентов, совершивших суицидальную попытку или умышленное самоповреждение острым или тупым предметом, путём прыжка с высоты или под движущийся объект (электропоезд, автомобиль), путём выстрела из огнестрельного или пневматического оружия, из них у 17 % больных диагностируется сочетанная травма груди и живота. Наличие широкого спектра клинико-психопатологических проявлений, неоднородность нозологической оценки психических состояний у больных, совершивших суицидальные действия, в сочетании с тяжёлыми телесными повреждениями, требует особого дифференцированного подхода к диагностике и лечению данной категории пострадавших.

**Целью настоящей работы** явилось совершенствование методов диагностики психических расстройств у больных с сочетанной травмой груди и живота, полученной в результате суицидальных (аутоагрессивных) действий, а также обоснование наиболее адекватных дифференцированных подходов к выбору терапевтической тактики с учётом соматического состояния пациентов.

**Материалы и методы:** клинико-психопатологическим методом было обследовано 300 пациентов с острой психической патологией и сочетанной травмой, полученной в результате суицидальных/аутоагрессивных действий. Пациенты находились на стационарном лечении в соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных (СПОХБ) Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского в период 2014-2016 гг. Из них 213 мужчин и 87 женщин. Возраст обследуемых составил от 18 до 72 лет. Среди больных преобладали лица среднего возраста (186 человек были в возрасте 30-50 лет).

На основании особенностей психопатологической структуры состояний у больных с сочетанной травмой груди и живота, полученных в результате суицидальных действий, и их нозологической принадлежности, было выделено 4 группы больных:

- 1-я – с наличием аффективных и связанных со стрессом расстройств;
- 2-я – с наличием острых психозов эндогенной этиологии;
- 3-я – с наличием острых психозов алкогольной или наркотической этиологии;
- 4-я – с наличием специфических расстройств личности и поведения в зрелом возрасте

Диагностическое распределение обследуемых больных согласно МКБ – 10 было следующим:

- экзогенные психозы: алкогольные (F 10.5) и наркотические (F 11.5, F 16.5, F 19.5)
- эндогенные психозы: шизофрения (F 20.0), шизотипические и бредовые расстройства (F 21-25)
  - депрессивные эпизоды (F 32.1 – 32.3)
  - рекуррентное депрессивное расстройство (F 33.1 – 33.3)
  - биполярное аффективное расстройство (F 31.3 – 31.5)
  - депрессивные реакции в рамках расстройства адаптации (F 43.20 – 43.25)
  - расстройства личности (F 60.0- 60.4, F 61.0)

Отдельную когорту больных составили пациенты с коморбидными расстройствами. В основном речь шла о сочетании алкогольной зависимости с расстройствами личности или эндогенными заболеваниями, как аффективного, так и шизофренического круга (F 60.1 – 60.4+ F 10.2, F 20-25 + F 10.2, F 30-33 + F 10.2). Следует отметить, что превалирующее большинство больных на момент совершения суицидальных действий (72% больных) находились в состоянии алкогольного опьянения.

В процессе исследования проводилось детальное изучение клинико – психопатологической структуры и особенностей динамики этих состояний, с установлением их нозологической принадлежности, анализировалось влияние тяжёлого соматического состояния на интенсивность и видоизменение проявлений психопатологических синдромов.

При сохранении сознания у пациентов, стабильной гемодинамике и отсутствии дыхательной недостаточности, клинико – психопатологическое исследование в виде оценки психического статуса и сбора анамнестических данных проводилось в первые минуты поступления в стационар. При отсутствии таковой возможности психический статус исследовали в послеоперационном периоде. Проводился динамический клинико- психопатологический анализ больных, продолжительность которого составила от 14 до 63 суток. Во время исследования использовались сведения, собранные в результате бесед с больными и их родственниками, а также дополнительные сведения из амбулаторных карт ПНД, выписок из историй болезни психиатрических стационаров и архивных историй болезни.

**Результаты исследования и их анализ.** Клинико-психопатологический анализ состояний и определение их нозологической принадлежности у исследуемых суицидентов с сочетанной травмой груди и живота, позволил выявить их психопатологическую неоднородность и дифференцировать их на 4 группы.

**1-я группа больных** характеризовалась наличием аффективных и связанных со стрессом расстройств. В неё вошли 168 пациентов (56%), у большинства из них (102 чел.) состояние определялось эндогенными депрессиями умеренной и тяжёлой степени тяжести в рамках аффективных заболеваний с монополярным депрессивным или с биполярным типом течения (F 33 – рекуррентное депрессивное расстройство, F 31 – биполярное аффективное расстройство). В анамнезе преобладающего большинства пациентов уже имели место депрессии или мании различной степени выраженности, а также повторяющиеся суицидальные мысли или повторные суицидальные действия. У 46 больных отмечались реактивные, психогенно-провоцированные депрессии, развившиеся в ответ на воздействие индивидуально значимой психической травмы. У данных больных на момент совершения суицидальных действий нами не было обнаружено признаков психической патологии, тем не менее, структура личностного склада этих больных предполагала выраженную акцентуацию какой-либо из черт характера (чаще – тревожно-сензитивный, шизоидный и истерический типы).

В этой группе преобладали тревожно-ажитированный и меланхолический типы депрессий с выраженными соматическими признаками в виде нарушений сна и аппетита. Некоторые из эндогенных депрессий сопровождались депрессивным бредом самообвинения, разорения, самоуничтожения, меланхолической деперсонализацией. Такие депрессивные состояния встречались при маниакально-депрессивном психозе, пресенильной меланхолии. У больных данной группы отмечалось истинное суицидальное поведение, которому предшествовали угнетённое настроение, мысли об уходе из жизни, размышления по поводу смысла жизни. Суицидальная попытка совершалась больными этой группы обычно во вторую половину ночи или под утро, то есть в период наибольшей интенсивности аффекта тоски.

Следует отметить, что тяжелое соматическое состояние вносило изменения в психическое состояние больных этой группы в виде снижения интенсивности ангедонии, анестетических/деперсонализационных расстройств по сравнению с догоспитальным этапом. В то время как тревога, нарушения сна, идеи самообвинения и малоценности претерпевали отрицательную динамику в виде усиления их интенсивности и обращения вектора тревоги на соматическое состояние здоровья.

**2-я группа больных** с сочетанной травмой груди и живота, характеризовалась нанесением самоповреждений в состоянии острых психотических расстройств в рамках заболеваний шизофренического круга (в том числе с шизотипическими и шизоаффективными расстройствами). Они составили 26% наблюдений (78 больных). Синдромально они были представлены паранойяльными, депрессивно-параноидными, аффективно-бредовыми и галлюцинаторно-параноидными состояниями. При бредовых психозах с паранойяльным и галлюцинаторно-бредовым синдромами суицид чаще совершали больные с ипохондрическим и религиозным бредом, а также с бредом супружеской неверности. Больные с проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо самоповреждения наносили под влиянием вербальных псевдогаллюцинаторных расстройств с императивным, угрожающим и осуждающим содержанием. Часто самоповреждающие действия у больных из этой группы осуществлялись не с целью ухода из жизни, а осуществлялись по бредовым соображениям («выпустить из тела бесов», «уйти от преследователей») Изредка суициды совершались больными, находящимися в состоянии кататонического возбуждения при онейроидно-кататоническом приступе рекуррентной или приступообразной шизофрении (2 случая). В большинстве случаев, эндогенное заболевание у обследуемых больных данной группы манифестировало задолго до настоящей госпитализации, пациенты поступали в состоянии повторных приступов аффективно-бредовой структуры при приступообразном (эпизодическом) течении шизофрении или при экзacerbации параноидной шизофрении с непрерывным типом течения. У 36 пациентов из данной группы речь шла о манифестных, впервые выявленных, приступах аффективно-бредовой структуры.

Следует отметить, что тяжесть соматического состояния в постсуицидальном периоде у больных с повторными эндогенными психозами или с обострениями хронического шизофренического процесса не оказывала существенного влияния на видоизменение психопатологической картины их состояния. Существенную роль на снижение интенсивности продуктивной галлюцинаторно-бредовой симптоматики и редукцию суицидальных и аутоагрессивных тенденций оказывало незамедлительное назначение психофармакотерапии в виде нейролептических средств с мощным антипсихотическим действием. В случае больных с манифестными приступами шизофрении, в условиях сохранности доманифестной личностной структуры и высокого удельного веса в картине психотического состояния аффективных расстройств, в посттравматическом (послеоперационном) периоде наблюдалась тенденция к снижению интенсивности бредовых переживаний с усилением выраженности депрессии.

**3-я группа больных** (21 наблюдение, 7% больных) характеризовалась наличием психической патологии на момент самоповреждений в виде экзогенных (алкогольных и наркотических) психозов. Так же, как и в большинстве случаев у больных из 2-ой группы, суицидальное поведение у больных с экзогенными психозами формировалось исключительно под воздействием галлюцинаторно-бредовых переживаний. Телесные самоповреждения больные наносили под воздействием зрительного или вербального галлюциноза с устрашающим, осуждающим или угрожающим характером. У преобладающего большинства больных диагностировалась алкогольная или нарко-

тическая зависимость. Посттравматический (послеоперационный) период у больных 3-ей группы отличался наиболее тяжёлым и длительным течением в виду наличия проявлений полиорганной недостаточности, токсической энцефалопатии, развившейся в ответ на хроническую интоксикацию алкоголем или ПАВ, частой сопряжённостью с гемоконтактными вирусными инфекциями. В постсуицидальном периоде у больных наблюдалось частое развитие тревожно-ажитированных, астеноподобных депрессий на фоне вторичной алкогольной/наркотической психопатизации личности с «недержанием аффекта» и склонностью к протестным, пассивно-агрессивным и демонстративным реакциям с шантажно – демонстративными суицидальными высказываниями.

**4-я группа больных** (33 наблюдения, 11% больных) с сочетанной травмой груди и живота, полученной в результате суицидальных действий, характеризовалась психической патологией в форме специфических расстройств личности, представленных в основном в виде эмоционально-неустойчивых и истерических их вариантах. Ранее данную патологию расценивали как психопатии эксплозивного, аффективного, возбудимого и истерического типов. Как известно, стержневым компонентом данных расстройств личности являются отдельные эпизоды утраты контроля над агрессивными (в том числе аутоагрессивными) побуждениями, а также постоянная потребность привлечения к себе внимания окружающих любыми способами (в том числе демонстративными суицидальными намерениями). Суицидальное поведение у большинства больных характеризовалось демонстративно-шантажным характером. У пациентов отсутствовало истинное желание лишения себя жизни, на первый план выступала демонстрация этого намерения. Цель демонстрации была различной: привлечение к себе внимания, получение какой-либо выгоды при разрешении конфликта, психологическое давление на родственников, получение некого аргумента в споре с окружающими. Исключительно все суициденты из данной группы на момент нанесения самоповреждений находились в состоянии алкогольного опьянения. В состоянии алкогольного опьянения у больных усиливалась агрессивность, утрачивалась гибкость мышления и возможность принимать альтернативные решения. Прямой связи между концентрацией алкоголя в крови и тяжестью аутоагрессивных действий у больных нами выявлено не было. В посттравматическом периоде у большинства больных данной группы не прослеживалось наличия выраженных депрессивных расстройств, несмотря на тяжесть их соматического состояния. Однако психическое состояние у большинства больных представлялось возможным квалифицировать как тревожное субдепрессивное, нередко с дисфорическим оттенком, с выраженной фиксацией на болевых ощущениях, с активным сожалением о самоповреждении, которое нередко сочеталось с обвинениями и претензиями в адрес родственников и окружающих.

Выбор терапевтической тактики зависел от ведущего психопатологического синдрома, глубины аффективных расстройств, типа суицидального поведения, и что не менее важно, осуществлялся с учётом соматического состояния больных и особенностей течения психического заболевания в целом.

Тяжёлое соматическое состояние пациентов, особенно на раннем посттравматическом (послеоперационном) этапе, вносило ограничения для назначения адекватной психофармакотерапии. Лечение психических расстройств, выбор психофармакологического препарата и путь его введения осуществлялись с учётом характера и локализации повреждения, риска развития гипостатических нарушений, наличия метаболических расстройств и сопутствующей патологии. Так, при травме, сопровождающейся повреждением брюшной полости, применяли препараты исключительно в парентеральных формах. При повреждениях опорно-двигательного аппарата (переломы ребер, позвоночника), в виду высокого риска гипостатических нарушений, препаратами выбора у больных с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой из 2-ой и 3-ей групп, а так же при психомоторном возбуждении у больных из 4-ой группы, применялись атипичные нейролептики, обладающие минимальным количеством побочных явлений в виде дискинезии, снижения/повышения артериального давления и не способствующие увеличению интервала PQ на электрокардиограмме.

При выраженном психомоторном возбуждении и агрессии у больных из 2-ой, 3-ей и 4-ой групп, использовали бутирофеноны, в дозе, не превышающей 15 мг\сут., оланзапин –20 мг\сут. и использовали парентеральные пути их введения. При наличии ведущего галлюцинаторно-бредового

симптомокомплекса больным 2-ой и 3-ей групп вводили раствор рисперидона в дозе до 4 мг\сут. В условиях отсутствия атипичных нейролептиков в формах для парентерального введения, использовали внутримышечные инъекции галоперидола в малых и средних дозах (до 10 мг\сут). Используя данный подход к применяемой терапии антипсихотическими средствами, удалось полностью исключить обусловленные психофармакотерапией эффекты, способные осложнить течение тяжёлой травмы груди и живота.

Так как большинство всех изученных пациентов поступали в состоянии алкогольного опьянения, в больные, составляющие 3 группу – с наличием психических расстройств, развившихся в результате злоупотребления алкоголем и ПАВ, то в первую очередь проводили дезинтоксикационную и нейрометаболическую терапию.

Основным классом психотропных средств, применяемых при лечении больных из 1-ой группы, безусловно, выступал класс антидепрессантов. Однако вместе с тем в их лечении в качестве вспомогательных средств использовались бензодиазепиновые транквилизаторы, нормотимики и нейролептики (преимущественно – в малых дозах). Как правило, первоочередным препаратом в лечении тяжёлых депрессий являлся антидепрессант широкого спектра фармакологического действия, чаще трициклической структуры. Подобный выбор диктовался также частой невозможностью перорального введения тимоаналептиков в раннем послеоперационном периоде. Применялись умеренные дозы антидепрессантов трициклической структуры – 75 – 150мг/сут.

При терапии депрессий умеренной и лёгкой степени тяжести использовались тимоаналептики последних, второй и последующих генераций в средних дозах, а в раннем посттравматическом периоде – в дозах, ниже среднетерапевтических: селективные блокаторы обратного захвата норадреналина (СБОЗН) (лудиомил в дозе 25 – 75 мг/сут., леривон в дозе 15 – 30 мг/сут.), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (эсциталопрам – в дозе 10-20 мг/сут., флуоксетин в дозе 20 мг/сут., пароксетин в дозе 20 мг/сут.). В части случаев в связи с присущей сложностью психопатологической структуры депрессии (в случаях деперсонализационных, сенесто – ипохондрических, обсессивных нарушений), лечение сразу же начиналось с комбинированной терапии антидепрессантами и атипичными нейролептиками в малых дозах. По стабилизации соматического состояния (в среднем спустя 3-7 дней пребывания больных в условиях соматопсихиатрического отделения) суточные дозы антидепрессантов приближались к средним, применяемым в психиатрической практике.

Длительное пребывание в стационаре, ограничение социальной активности, инвалидизация и утрата работы, усугубляли переживание стресса и приводили к развитию/усилению тревожно-депрессивной симптоматики. Желаемый терапевтический эффект достигался, как правило, при сочетании антидепрессантов с транквилизаторами (феназепам – до 3 мг/сут, седуксен – до 20 мг/сут, лоразепам – до 2 мг/сут) или с малыми нейролептиками седативного действия (хлорпротиксен – до 150 мг/сут., сонapakс – до 30 мг/сут.), а также с большими атипичными нейролептиками в малых и средних дозах (рисполепт – 2 мг день, флюанксол – 2,5 мг в день, зипрекса – 2,5 – 5 мг в день). Транквилизаторы бензодиазепинового ряда и анксиолитики применялись короткими курсами в дозировках, ниже среднетерапевтических.

Неотъемлемой частью лечения и реабилитации больных с сочетанной травмой, полученной в результате суицидальных или аутоагрессивных действий, являлась полимодальная психотерапия, направленная на укрепление и активацию собственных ресурсов, сохранение и развитие чувства личностной значимости, ценности жизни, необходимости родным, друзьям, обществу. У больных с эндогенными заболеваниями психотерапевтические беседы в большей мере были направлены на принятие больными факта необходимости приёма поддерживающей терапии, несмотря на значительное улучшение их состояния, на нивелировку их склонности считать дальнейшее наблюдение у врача и приём препаратов после редукции депрессивной симптоматики необязательными.

**Заключение.** Таким образом, клинико-психопатологический анализ психических расстройств у 300 больных, с сочетанной травмой груди и живота, полученной в результате суицидальных действий, находившихся на лечении в соматопсихиатрическом отделении НИИ СП им. Н.В.

Склифосовского в период 2014-2016 гг., а также опыт лечения данной категории больных, позволил сделать следующие выводы:

- Психические расстройства у больных из общей обследуемой группы обнаруживают психопатологическую и нозологическую неоднородность. Установлено, что у 56% больных были диагностированы тяжёлые депрессивные состояния в рамках заболеваний аффективного круга или реактивные депрессии психогенной природы, развившиеся в ответ на значимую стрессовую ситуацию; у 33% больных – острые психотические состояния различного генеза (26 % – эндогенные, в рамках шизофрении и 7 % экзогенные, алкогольной и наркотической этиологии), в 11% случаев – специфические расстройства личности в стадии декомпенсации. В большинстве случаев (72%) на момент самоповреждения больные находились в состоянии алкогольного опьянения

- Наиболее суицидоопасными компонентами депрессивного синдрома в изученных нами случаях являются витальная тревога и чувство вины. Суицидальные попытки и действия больных с депрессиями отчётливо коррелировали с интенсивностью тревожного аффекта и/или являлись следствием депрессивных идей самообвинения и виновности.

- На фоне тяжёлой сочетанной травмы интенсивность психотических расстройств неврозоподобного\ деперсонализационного, и в чуть меньшей степени, галлюцинаторно-бредового уровня снижалась по сравнению с догоспитальным этапом, в то время как симптомы аффективных расстройств имели отчётливую тенденцию к усилению.

- Тяжёлое соматическое состояние вносит ограничения для проведения психофармакотерапии. Выбор терапевтической тактики зависит от ведущего психопатологического синдрома, глубины аффективных расстройств, типа суицидального поведения, и что не менее важно, осуществляется с учётом соматического состояния больных и особенностей течения психического заболевания в целом. Титрация дозы психофармакопрепарата и выбор формы его введения осуществляются с учётом характера и локализации повреждения, риска развития гипостатических нарушений, наличия метаболических расстройств и сопутствующей патологии. Психофармакотерапия осуществляется по принципу минимальной достаточности с использованием альтернативных способов введения психотропных средств на первом этапе лечения больных в связи с тяжестью их соматического состояния. Неотъемлемой частью лечения и реабилитации больных являются психотерапевтические мероприятия.

- В результате комплексного применения психотерапевтических и психофармакологических мероприятий у пациентов наблюдается уменьшение тревожности, снижение интенсивности и глубины депрессивных проявлений, редукция\уменьшение проявлений неврозоподобной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Проводимый комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий создаёт основу для более эффективной социальной адаптации пациентов, являясь тем самым превентивной мерой для повторных суицидальных и аутоагрессивных действий.

### Литература:

1. Гролман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция /Э. Гроллман// Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах/ сост. А.Н. Моховиков.- М.: Когито-Центр, 2001. С.270-352.
2. Игумнов., С.А. психотерапия детей и подростков/ С.А. Игумнов . – Ростов-н/Д.: Феникс; Минск: МЕТ, 2005.- 288 с.
3. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства// Суицидология. – 2012.- №3.- С.3-11.
4. Логутенко Р.М., Зотов П.Б. Суицидальное поведение у больных шизофренией с религиозным бредом// Академический журнал Западной Сибири. – 2011.- № 4-5.- С.54-55.
5. Лутова Н.Б. Суицидальные тенденции и комплаентность больных эндогенными расстройствами// Тюменский медицинский журнал.- 2013.- Том 15, №3.-С.8-10.
6. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. // Л.: Медицина, 1988, 264 с.
7. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Козырев В.Н. Депрессии и суицидальное поведение/ Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2003 .- С.191-210
8. Солдаткин В.А., Бобков А.С., Анцыборов А.В. О роли фантазий о смерти у больных шизофренией с гомицидным поведением // Тюменский медицинский журнал. – 2013.- Том 15, №1.- С. 26-27.
9. Старшембаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. \_М. : «Когито – Центр», 2015- С. 213-214

**О.Н. Кушнир, А.Н. Лесков, В.А. Точиллов, И.С. Григорьев**

## **О ПРИЧИНАХ СМЕРТНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

*Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург*

По данным различных авторов продолжительность жизни психических больных на 10-29% короче, чем в общей популяции (9, 16). Большинство исследователей связывают это с развитием метаболического синдрома на фоне лечения антипсихотиками. По данным FDA применение как типичных, так и атипичных антипсихотиков увеличивает смертность от сердечно-сосудистой патологии в равной степени, то есть в 1,7 раза. Также у этих больных было отмечено увеличение смертности от ОНМК, ТЭЛА, нарушений сердечного ритма и пневмонии (17). Аналогичные исследования проводились и в странах западной Европы (7,10). В них сообщали о риске тромбозомболических осложнений при применении хлорпромазина и тиоридазина.

В ряду атипичных антипсихотиков риск развития тромбозомболий традиционно связывают с клозапином. Однако дальнейшие исследования показали, что и другие атипичные антипсихотики также вызывают аналогичные осложнения. Чаще всего венозные тромбозомболии развиваются у пациентов, страдающих метаболическим синдромом, дислипидемиями, ожирением, сахарным диабетом. Ряд авторов отмечают подобные осложнения при лечении клозапином, оланзапином, сертиндолом и зуклопентиксолом (6).

Дополнительными факторами риска тромбозомболических осложнений у психических больных являются высокий процент курящих больных, малая подвижность, связанная с избыточной седативной терапией, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания (1).

По этой причине ни один из атипичных антипсихотиков в США не одобрен для лечения психических нарушений и поведенческих расстройств при деменциях в позднем возрасте. Однако в США в 2001 г. антипсихотики назначали в пожилом возрасте «off-label» (вопреки инструкции) в 70% случаев (5). В Канаде это количество достигло 82% (12).

В 2005 году FDA предупредила о том, что «лечение поведенческих расстройств у пожилых пациентов с деменцией атипичными антипсихотиками связано с повышенной смертностью» (2). Рекомендация была основана на анализе данных 17 плацебо-контролируемых исследований. Атипичные антипсихотики (арипипразол, оланзапин, кветиапин и рисперидон) применялись у 5106 дементных больных с поведенческими расстройствами, при этом смертность, по сравнению с группой плацебо, увеличилась в 1,7 раза. В большинстве случаев причинами смерти были сердечно-сосудистые заболевания (сердечная недостаточность, внезапная смерть) или инфекционные (главным образом – пневмония).

Аналогичное предупреждение FDA для традиционных нейролептиков последовало в июне 2008 года (13). К этому времени, ряд исследователей уже подтвердили влияние антипсихотических препаратов на смертность пожилых пациентов (15, 18), и в частности, больных деменциями (4, 8, 14).

Было доказано, что традиционные нейролептики не безопаснее, а в ряде исследований подвергают больных более высокому риску, чем атипичные. Ряд исследователей связывали риск внезапной сердечной смерти с приемом атипичных антипсихотиков (11), а также повышенным риском развития нарушений мозгового кровообращения (3).

Нами проанализированы причины смертности психических больных, находившихся на лечении в Санкт-Петербургской психиатрической больнице Святого Николая Чудотворца с 2011 по 2016 гг.

*Таблица 1*

### *Характеристика исследуемой группы*

Пол	1-ая группа. Больные деменциями		2-ая группа. Без признаков деменции	
	Количество пациентов	%	Количество пациентов	%
Мужчины	52	43,3	36	76,6
Женщины	68	56,7	11	23,4
Всего	120	100	47	100

Как видно в таблице, всего для анализа отобрано 167 историй болезней умерших больных, из них мужчин – 88 (%), женщин – 79 (%). Средний возраст составил 73,46±13,39 лет. Больные были разделены на две группы. Первую группу составляли больные, страдающие деменциями (120 чел.). Среди них большинство женщины – 68 больных и 52 – мужчины. Средний возраст составил 78,6±9,50 лет. Остальные 47 больных (2-я группа) лечились по поводу других психических расстройств, без признаков деменции. Большинство составляли больные шизофренией и органическими психозами. Среди них мужчин – 36, женщин – 11, средний возраст – 60,3±12,96 лет.

Таблица 2

*Хронические заболевания исследуемых больных*

Хронические заболевания в преморбиде	Деменция		Прочие	
	Количество пациентов	%	Количество пациентов	%
Хронические заболевания сердечно сосудистой системы	120	100	45	95,7
ХОБЛ	43	35,8	28	59,6
Сахарный диабет	15	12,5	2	4,3
Злокачественные новообразования	10	8,3	7	14,9

Хронические заболевания исследуемых больных представлены в таблице 2. Как видно в таблице, в 1 группе все больные (100%) страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ЗССС). Кроме того, у 36% больных наблюдались хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ). Во 2 группе сердечно-сосудистые заболевания наблюдались также очень часто (95,7%), а ХОБЛ диагностирована в 60% случаев.

В 1-ой группе антипсихотическую терапию получала треть больных (40 пациентов). Чаще всего они принимали хлорпротиксен, тиоридазин, тиаприд и кветиапин.

Во 2-ой группе активное лечение получали почти все больные (за исключением 8). Типичные антипсихотики получали 28, а атипичные – 6 больных. При этом 11 человек принимали одновременно 2 антипсихотика, а в одном случае – сочетание 4-х антипсихотиков (арипипразол, галоперидол, клозапин, хлорпромазин).

Таким образом, больные 1-ой группы получали не только меньшее количество препаратов, но и в меньшей дозе. Это видно из рассчитанного хлорпромазинового эквивалента, который составил 131,08 для группы 1, и 441,05 для группы 2.

Причины смерти всех больных представлены в диаграмме 1.

Как видно в диаграмме, пациенты группы 1 почти в 2,5 раза чаще в (39,1%) умирали от пневмоний. При этом обращает на себя внимание низкий процент ХОБЛ в этой группе (36%), в то время как во 2 группе ХОБЛ встречалась почти в 2 раза чаще. Это можно объяснить высокой вероятностью развития пневмоний на фоне курения, избыточной седации и малой подвижности.

Почти у половины пациентов 2-ой группы (46,8%) смерть наступала от сердечно-сосудистых осложнений. Так как большинство пациентов этой группы лечились антипсихотиками (83%), это может быть обусловлено с более высокими дозами и одновременным сочетанием двух и более препаратов.

Также обращает на себя внимание тот факт, что в группе больных, получавших антипсихотическое лечение, чаще встречался сахарный диабет в 15,2%. В группе больных без лечения он встречался в три раза реже – лишь у 5,7%. Это еще раз доказывает влияние антипсихотической терапии на развитие метаболического синдрома.

В группе больных деменцией из 40 человек, получавших антипсихотики, половина (20 человек) умерло от заболеваний сердечно-сосудистой системы и тромбэмболических осложнений (ТЭЛА). Чуть меньше (17 человек) – от пневмонии и сопутствующей интоксикации. Таким образом, проявлялось как кардиотоксическое действие антипсихотиков (удлинение интервала QT), так и их избыточный седативный эффект.

Среди больных с деменцией не получавших лечение, доля смертей от заболеваний сердечно-сосудистой системы была существенно ниже – 33,8% больных. А от пневмонии и сопутствующей интоксикации умерло более половины – 46 пациентов (57,5%). Вероятно, это связано с их более тяжелым соматическим состоянием этих пациентов.

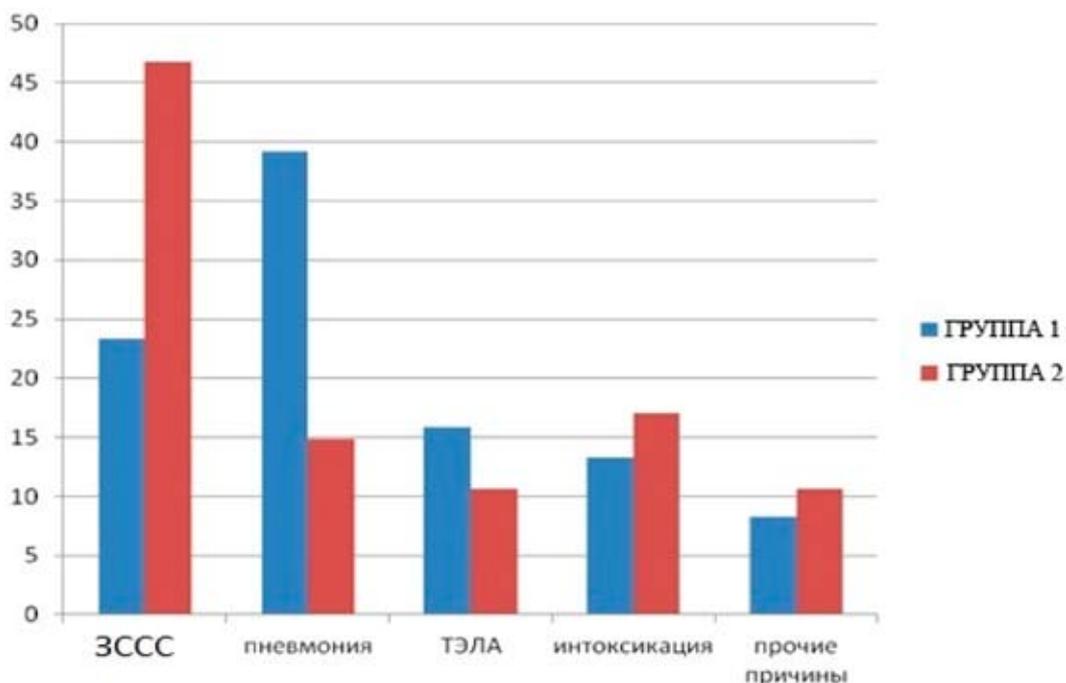


Диаграмма 1. Причина смерти всех исследуемых больных (в %).

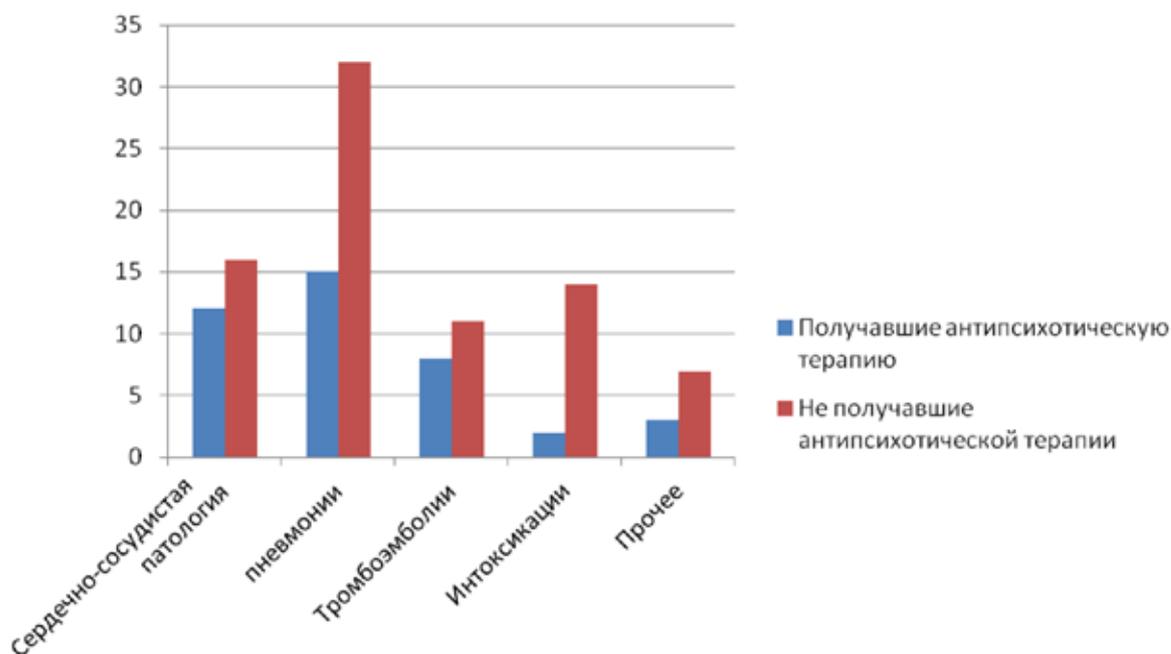


Диаграмма 2. Причины смерти больных деменцией 1-ой группы.

В диаграмме 3 видно, что в группе из 47 умерших больных подавляющее большинство 83% получали антипсихотическую терапию.

При анализе историй болезни были выявлены 51 дефект терапии. В половине случаев (27) были обнаружены необоснованные назначения лекарственных препаратов. То есть, не учитывались противопоказания – 26 случаев, а в 1 случае назначен препарат «off-label» (не зарегистрированный для лечения данной патологии).

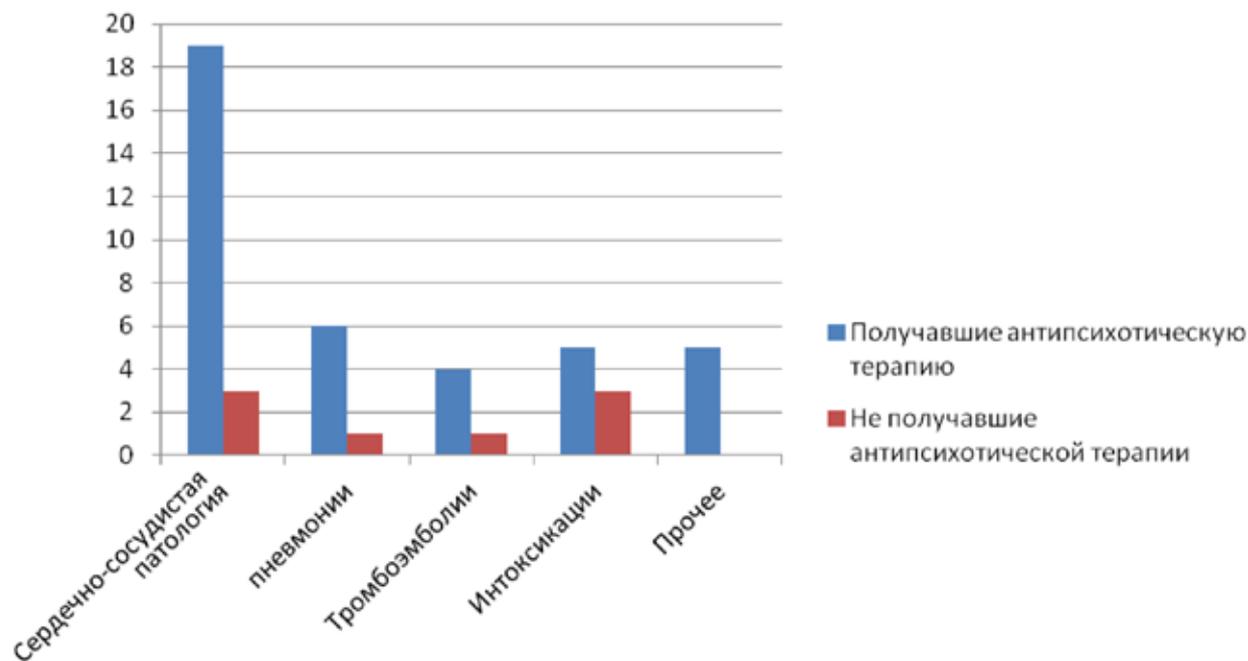


Диаграмма 3. Причины смерти больных 2-ой группы.

Нерациональные сочетания лекарственных препаратов, повлекшие в дальнейшем развитие нежелательных явлений отмечены в 14 случаях.

Превышение рекомендованных инструкциями начальных и суточных доз наблюдалось в 9 случаях.

Полипрагмазия (сочетание четырех антипсихотиков: хлорпромазин, галоперидол, клозапин, арипипразол) – 1 случай.

Следует отметить недостаточное взаимодействие специалистов разного профиля в процессе лечения. Так, сочетание тиоридазина с пирацетамом у больного с деменцией вызвало серию впервые возникших генерализованных судорожных припадков, прием тиоридазина с винпотропилом – удлинение интервала QT, а совместное применение тизерцина с аспирином – кровоточащую язву желудка.

#### Заключение

Самыми частыми причинами смертности в больнице в период с 2012 по 2016 годы были осложнения сердечно-сосудистых заболеваний и пневмонии, развившиеся в процессе антипсихотической терапии.

Увеличение дозы препаратов в большинстве случаев не приводило к улучшению психического состояния, а комбинации антипсихотиков нередко приводили к внезапной смерти. Особенно это касалось мужчин среднего возраста, ранее не имевших кардиологических проблем. Сердечно-сосудистые осложнения возникали даже на минимальных дозах.

Пневмонии и связанные с ними интоксикации чаще развивались у дементных больных, получавших антипсихотики. Этому способствовала возникающая седация.

Увеличение количества антипсихотиков резко повышает риск нежелательных межлекарственных взаимодействий. Поэтому пациентам получающим два и более антипсихотика необходимо вести тщательных мониторинг показателей сердечно сосудистой системы и лабораторных данных.

Терапию этой категории больных необходимо проводить с участием терапевта и клинического фармаколога.

### Литература:

1. Anderson FA, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation*. 2003; 107: 19-16.
2. Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. [www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PublicHealthAdvisories/ucm053171.htm](http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PublicHealthAdvisories/ucm053171.htm). Accessed 19 Nov 2009.
3. Douglas IJ, Smeeth L. Exposure to antipsychotics and risk of stroke: self-controlled case series study. *BMJ* 2008;337:1227.
4. Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med* 2007;146:775–86.
5. Glick ID, Murray SR, Vasudevan P, et al. Treatment with atypical antipsychotics: new indications and new populations. *J Psychiatr Res* 2001;35:187–91.
6. Hagg S, Bate A, Stahl M, Spigset O. Associations Between Venous Thromboembolism and Antipsychotics – A Study of the WHO Database of Adverse Drug Reactions. *Drug safety* 2008;31(8):685–694.
7. Hagg S, Jonsson AK, Spigset O. Risk of venous thromboembolism due to antipsychotic drug therapy. *Expert opinion on drug safety* 2009 Sep;8(5):537–547.
8. Kales HC, Valenstein M, Kim HM, et al. Mortality risk in patients with dementia treated with antipsychotics versus other psychiatric medications. *Am J Psychiatry* 2007;164:1568–76.
9. Laursen TM, Wahlbeck K, Hdlgren J, et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One*. 2013;8:e67133.
10. Maly R, Masopust J, Hosak L, Konupcikova K. Assessment of risk of venous thromboembolism and its possible prevention in psychiatric patients. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2008 Feb;62(1):3–8.
11. Ray WA, Chung CP, Murray KT, et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med* 2009; 15:225–35.
12. Rapoport M, Mamdani M, Shulman KI, et al. Antipsychotic use in the elderly: shifting trends and increasing costs. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:749–53.
13. Safety labeling changes for antipsychotic drugs. [www.fda.gov/downloads/NewsEvents/Newsroom/MediaTranscripts/UCM169331.pdf](http://www.fda.gov/downloads/NewsEvents/Newsroom/MediaTranscripts/UCM169331.pdf). Accessed 19 Nov 2009.
14. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005;294:1934–43.
15. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, et al. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 2007;176:627–32.
16. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, et al. 11-year followup of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009;374:620–627.
17. U.S. Food and Drug Administration. Information for Healthcare Professionals: Conventional Antipsychotics. August, 15, 2013. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm124830.htm>
18. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med* 2005;353:2335–41.

М.А. Ландышев, Д.С. Петров

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ЗАЩИЩЕННОГО ЖИЛЬЯ ДЛЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова*

Проблема длительных госпитализаций в психиатрические стационары сохраняет свою значимость, несмотря на разработку и внедрение различных реабилитационных методик, направленных на сокращение сроков госпитализаций и ресоциализацию длительно госпитализированных пациентов [6]. В связи с этим представляется актуальным развитие программ реабилитации лиц с психическими расстройствами, и оценка их эффективности. Накоплен положительный опыт ресоциализации пациентов на примере реализации программ жилья с поддержкой [1].

В 2004 году развитие лечебно-реабилитационной работы в Рязанской областной клинической психиатрической больнице происходило в рамках программы поселения психических больных в домах-общежитиях для малых групп – «Дом на половине пути» [2,4,5,7]. Целями программы являлось бытовое устройство душевнобольных с утратой социальных связей, подготовка таких лиц к независимому проживанию, трудоустройство. В программу принимались пациенты без острой психотической симптоматики, с сохраненными навыками самообслуживания. В работе программы использовался комплекс лечебно-реабилитационных методик, таких как: воздействие средой (свободный выход, личное пространство, необходимость содержания в порядке и чистоте своего личного пространства, подсобная территория, которую также необходимо содержать в порядке, недирективное общение), участие в работе культурного организатора (подготовка концертов, плакатов, выставок), занятия с психологом, психообразование, выработка навыков независимого проживания.

В состав полипрофессиональной бригады, оказывающей комплексную помощь участникам программы, входили: врач-психиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе, медицинские сестры, культурный организатор. Одним из важнейших компонентов реабилитационной помощи стал тренинг социальных навыков, проводимый по программе «Модуля независимого проживания» [3]. Во время занятий группа пациентов восстанавливала навыки, необходимые для успешного функционирования вне стен психиатрических учреждений, кроме того, социально-бытовые условия реализации программы способствуют формированию автономности пациентов (собственное пространство, личные вещи, свободный выход и др.). Вовремя психообразовательных тренингов выявляются наиболее сложные для участников проблемы, вызывающие в обычных условиях стресс и усиливающие дезадаптацию. Совместно с больным определяются цели и этапы реализации учебно-тематического плана программы с постепенным практическим освоением полученных навыков.

«Дом на половине пути» был организован на базе десятикочного отдельного корпуса. За период с 2004 по 2015 гг. прошли реабилитацию более 70 человек. В их числе длительно госпитализированные пациенты, пациенты, нуждавшиеся во временном убежище в связи с неблагоприятными условиями проживания, а также пациенты, направлявшиеся в программу для определения готовности к выписке из общепсихиатрического отделения. Полностью завершили реабилитационный курс 82,5 % участников. Выписаны домой – 65 %, повторно госпитализировались – 15,4 % участников. В результате реализации программы поддержки трудоустройства 30 % больных трудоустроены, вне учреждения удалось трудоустроить около 4 % пациентов.

**Цель исследования:** оценка эффективности реабилитационной программы «жилья под защитой» для длительно госпитализированных пациентов.

**Материал и методы исследования:** сплошным невыборочным методом нами изучена группа длительно госпитализированных пациентов принимавших участие в программе «Дом на половине пути» с 2005 по 2010 гг. Проводилось клиничко-психопатологическое, клиничко-катамнестическое исследование, а также заполнение специально разработанной анкеты-опросника, содержащей, наряду с клиническими (диагноз по МКБ-10, давность заболевания, частота и длительность госпи-

тализаций), демографические (пол, возраст) показатели, оценку социального функционирования респондентов (уровень образования, профессиональный и семейный статус, доходы и др.).

Результаты: в исследовании приняли участие 31 человек, все мужчины, в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст  $45,0 \pm 10,72$  г.). Подавляющее большинство пациентов имели группу инвалидности не ниже второй 28 человек (90,32 %). Среди обследованных страдали: шизофренией (F2) – 83,87 %, органическими, психическими расстройствами (F0) – 9,68 %, расстройствами настроения (аффективными расстройствами) (F3) и умственной отсталостью (F7) по одному случаю – 6,45 %. Длительность заболевания у 80,64 % составляет свыше 15 лет, от 5 до 15 лет – 9,68 %, менее 5 лет – 9,68 %. Средняя продолжительность стационарного лечения до перевода в программу реабилитации свыше 5 лет (от полугода до 17 лет). Данные об образовательном уровне приведены на рисунке 1.

Уровень образования респондентов распределился следующим образом: вспомогательная школа – 9,68 %, начальное образование – 6,45 %, неполное среднее – 12,90 %, среднее – 19,35 %, среднее специальное – 32,26 %, незаконченное высшее – 12,90 % и высшее – 6,45 %. Изучение жилищных условий анкетируемых позволяет говорить о плохих и очень плохих жилищных условиях (отсутствие жилья, или проживание в перенаселенных, коммунальных квартирах, ветхом фонде) которые обнаружены в 64,52 % наблюдений, лишь треть проживали в удовлетворительных условиях (рис. 2). Финансовое состояние респондентов также было неудовлетворительным: низкий и крайне низкий доход имели 90,32 % участников программы.



Рис. 1. Уровень образования пациентов

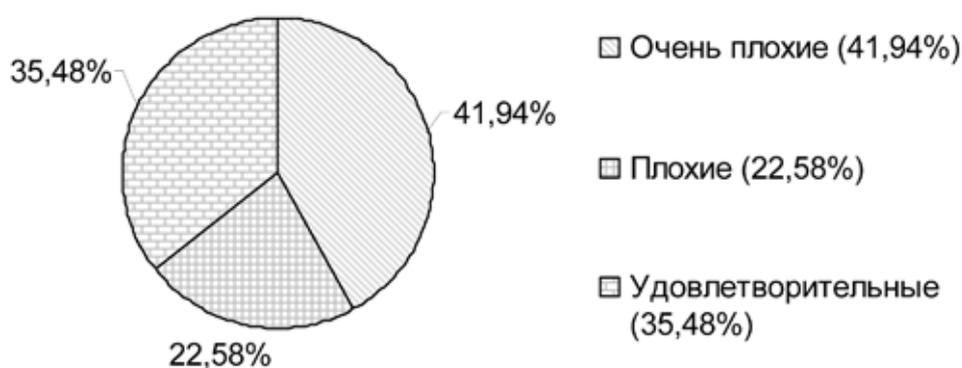


Рис. 2. Характеристика жилищных условий пациентов.

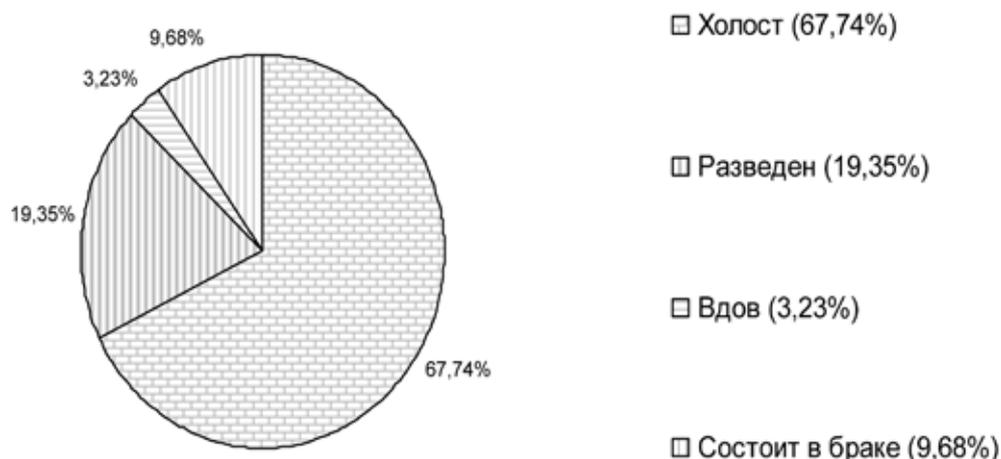


Рис. 3. Семейное положение участников программы.



Рис. 4. Состав семьи участников программы

Характеристика изучаемой группы по составу семьи приведена на рисунке 3.

Более 2/3 пациентов, изучаемой группы никогда не создавали своей семьи, порядка 20 % разведены с супругами, лишь каждый десятый состоит в браке.

Данные о составе семьи (рис. 4) показывают, что более половины пациентов, либо одиноки, либо проживают с дальними родственниками, что, часто сопровождается лишь формальным предоставлением больному адреса регистрации, при отсутствии фактической возможности проживания.

У всех пациентов имелись признаки госпитализма (социальная дезадаптация, утрата интереса к труду и трудовым навыкам, снижение синтонности, аутичность).

Выписаны по окончании программы 22 человека (70,97 %). В специализированные учреждения стационарного социального обслуживания психоневрологического профиля переведено 2 чел. (6,45 %) Не удержались в программе и возвращены в общее отделение в связи с ухудшением психического состояния – 6 человек (19,35 %), в связи с выявлением туберкулёза лёгких переведён в психофтизиатрическое отделение – один пациент (3.23 %).

Проведено катamnестическое исследование выписанных пациентов: не госпитализировались в течение года после выписки 11 чел. (35,48 %), 11 пациентов (35,48 %), госпитализированных повторно, вновь направлены в реабилитационную программу. По окончании повторного курса реа-

билитации были выписаны и в течение следующего года не госпитализировались 5 чел. (16,13 %). В результате реализации программы (однократный или повторный курс) были выписаны и в течение года повторно не госпитализировались более половины участников (51,61%).

**Обсуждение результатов.** Более половины реабилитированных пациентов выписаны домой и не госпитализировались повторно в течение года, около трети удалось трудоустроить. Пребывание пациента в активирующей и стимулирующей самостоятельность обстановке реабилитационного жилья, становится ключевым моментом реадaptации и ресоциализации хронически психически больного. Спектр факторов реабилитационной программы, среди которых важно отметить и влияние социальной структуры коллектива, оказался эффективным в отношении социализации пациентов, тренинга навыков общения, самоконтроля и уверенного поведения. Большинство реабилитированных преодолели последствия длительной госпитализации и, после выписки из стационара длительно удерживались в обществе, находясь под амбулаторным наблюдением. Установлено, что сателлитная программа защищенного жилья для лиц с психическими расстройствами, будучи промежуточным этапом между госпитальным лечением и жизнью в сообществе, позволяет смягчить стрессовую ситуацию перехода от пребывания в безопасных, но дезадаптирующих пациента условиях длительной госпитализации, к жизни вне стен больницы.

Таким образом, сателлитная программа защищенного жилья для лиц с психическими расстройствами, обнаружила свою эффективность в отношении возможности выписки пациентов с длительными сроками больничного пребывания домой, а также их успешной адаптации во внебольничных условиях, без обязательной регоспитализации в психиатрический стационар на протяжении года.

Учитывая эффективность программы, рекомендуется как можно более раннее направление пациентов на медико-социальную реабилитацию, после купирования острой психотической симптоматики. В ряде случаев это позволит предотвратить развитие или смягчить последствия госпитализма.

### Литература:

1. Антошкина, Н.К. Программа «Жилье с поддержкой» как инновационная форма психиатрического сервиса [Текст] / Н.К. Антошкина, А.Н. Харин // XV съезд психиатров России: материалы съезда (9-12 ноября 2010 г.). – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – С. 29.
2. Вдовина, Л.А. О сателлитной программе «Дом на половине пути» [Текст] / Л.А. Вдовина, М.А. Ландышев // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Рязань: РязГМУ, 2005. – С.5-8.
3. Гурович, И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии [Текст] / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: ИД Медпрактика, 2007. – 492с
4. Кольцов, А.П. Программа защищённого жилья «Дом на половине пути» [Текст] / А.П. Кольцов, М.А. Ландышев // Современные тенденции оказания психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: материалы Рос. конф. (Москва, 5-7 октября 2004 г.). – М., 2004. – С.63-64.
5. Кольцов, А.П. Программа защищённого жилья «Дом на половине пути» / А.П. Кольцов, М.А. Ландышев, Л.А. Вдовина // XIV съезд психиатров России: материалы съезда (15-18 ноября 2005г.). – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2005. – С.58-59.
6. Лиманкин, О.В. Актуальные вопросы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений [Текст] / О.В. Лиманкин // Социал. и клинич. психиатрия. – 2012. – Т.22, №3. – С.99-103.
7. Петров, Д. С. Медико-социальные аспекты реализации программы «Дом на половине пути» для лиц, страдающих психическими расстройствами / Д.С. Петров, М.А. Ландышев // Проблемы здравоохранения, гигиены и медицины: научн. тр. IV Междунар. конф. (22-23 апреля 2010 г.). – М.: РУДН, 2010. – С.112.

П.Ю. Мучник

## ВЛИЯНИЕ УСТАНОВЛЕННОГО ДИАГНОЗА НА ВЫБОР ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

*Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца,  
Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург*

Решение вопроса дифференциальной диагностики между шизофренией и биполярным аффективным расстройством (БАР) в отечественной психиатрии заканчивается предпочтением шизофрении в 6-10 раз чаще, чем за рубежом [1,2,3]. Наиболее часто сложности вызывают приступы аффективно-бредового уровня, особенно при наличии острого чувственного бреда, идей персекуторного содержания, псевдогаллюцинаций, онейроидной кататонии [4]. В диагностических критериях МКБ-10 обнаруживаются четкие указания на возможность наличия в клинической картине БАР бредовых идей, в том числе параноидного круга, иллюзий и галлюцинаций. Упоминается, что «диагноз шизофрении не должен ставиться при наличии выраженных депрессивных или маниакальных симптомов, если только шизофренические симптомы не предшествовали аффективным расстройствам» [5]. Однако, сложившаяся со времен Снежневского традиция расширительного понимания границ шизофрении остается, по видимому, актуальной.

Имеющиеся данные о генетических [6], патоморфологических [7], и патофизиологических [8] различиях указанных заболеваний обуславливают потребность в совершенно различных подходах в вопросах выбора купирующей и поддерживающей терапии и недопустимость пренебрежительного отношения к дифференциации этих расстройств. В изученной литературе нам не удалось обнаружить исследований, отвечающих на вопросы о влиянии опосредованного гипердиагностикой шизофрении предпочтения антипсихотических препаратов на течение аффективного психоза, на скорость купирования обострений, длительность и качество интермиссий.

**Цель:** определить влияние гиподиагностики БАР на тактику лечения пациентов и её результаты.

### **Задачи:**

- Оценить различия в клинической картине приступов и в динамике заболевания у пациентов, страдающих эндогенным циркулярным бездефектным психозом с аффективными и аффективно-бредовыми приступами, в зависимости от установленного им в стационаре нозологического диагноза.
- Изучить связь между установленными данной категории пациентов нозологическими диагнозами и лечебной тактикой врача при купировании приступов заболевания и при подборе противорецидивной терапии.
- Проанализировать влияние разных схем использования лекарственных препаратов на эффективность купирующей терапии приступов и на длительность интермиссий БАР.

**Материал и методы.** Для решения поставленных задач были изучены истории болезни пациентов, страдающих БАР в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, которые находились на стационарном лечении в Санкт-Петербургской психиатрической больнице Св. Николая Чудотворца в период с 2000 по 2007 год. Обследование пациентов, поступавших в стационар во время набора материала, осуществлялось лично, без вмешательства в избранную лечащим врачом тактику лечения.

### **Критерии включения:**

- информация о смене диагнозов аффективных расстройств и шизофрении у одного и того же пациента во время разных его госпитализаций;
- наличие осевой аффективной симптоматики в структуре всего приступа при отсутствии резидуальных психотических симптомов после её редукции (критерий, исключающий диагноз шизоаффективного расстройства);
- интермиттирующее течение заболевания;
- наличие у пациента за период 2000-2007 двух и более перенесённых приступов заболевания;
- информированное согласие пациента на участие в исследовании.

### Критерии исключения:

- появление изменений личности, дефицитарной симптоматики после первого приступа болезни и/или нарастание их в динамике заболевания;
- наличие симптомов и/или результатов параклинического обследования, свидетельствующих об органической церебральной патологии, обусловившей развитие заболевания (критерий, исключающий диагноз органического аффективного расстройства);
- преобладание историй болезни с нечитаемыми данными или не содержащих необходимой для исследования информации;
- случаи госпитализаций, не связанных с развитием очередного приступа заболевания (принудительное лечение, госпитализации по социальным показаниям), а также случаи переводов из других стационаров в состоянии наступившей интермиссии.

В результате применения критериев были отобраны пациенты, у которых наблюдалось фазное течение заболевания. Обострения заболевания характеризовались аффективными расстройствами (в т.ч. с неконгруэнтной аффекту психотической симптоматикой), а между приступами не наблюдалось признаков дефекта психических функций. Все доступные истории болезни каждого из включенных пациентов были подвергнуты анализу, в ходе которого изучались анамнез, социальный, семейный и трудовой статус в динамике, клиническая картина приступа, применявшиеся методы купирующей и последующей противорецидивной терапии, длительность и качество интермиссий после каждого проанализированного приступа. Продолжительность приступа оценивалась с момента появления первых его признаков до окончания периода купирующей терапии, за какой принималась дата перевода пациента на режим домашних отпусков, либо выписки из стационара, либо записи в истории болезни, констатирующие стабилизацию его состояния и необходимость дальнейшего пребывания в больнице уже по социальным показаниям.

На основании доступных данных оценивалось качество интермиссий. Качественными интермиссиями считались межприступные промежутки с отсутствием резидуальной симптоматики и полным восстановлением психосоциального функционирования. В случаях некачественной интермиссии в ней отчетливо прослеживались явления аутохтонной аффективной и/или соматореактивной лабильности, астенизации, обуславливающие субъективный дискомфорт пациентов, а также затруднения в межличностных отношениях и/или в профессиональной сфере.

Полученные данные регистрировались в учетных картах, переносились в электронные таблицы и затем подвергались статистическому анализу с применением программы SPSS 17.0. Использовались методы описательной статистики, в т.ч. таблицы сопряженности; полученные в них данные анализировались с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона. При сравнении количественных различий между выборками использовался U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** Всем критериям включения / исключения удовлетворяли 92 пациента: 54 женщины (58,7%), 38 мужчин (41,3%). Средний возраст дебюта заболевания – 29,8 лет ( $\pm 9,8$ ). Суммарно пациенты перенесли 400 приступов БАР. Среднее количество приступов за изучаемый период – 4,3.

Средняя длительность приступа составила 44,3 дня ( $\pm 33,8$ ). Маниакальные приступы были менее продолжительными (в среднем, 41,8 дней), чем депрессивные (52,4 дня) ( $p=0,016$ ). Интермиссии после приступов с маниакальной картиной оказывались короче (в среднем, 289,3 дня), чем после депрессивных (387,4 дня,  $p=0,019$ ). Обнаруженное различие оказалось статистически значимым только в группе пациентов–женщин: средняя продолжительность интермиссий после маниакальных и после депрессивных приступов составляла у них, соответственно, 262,9 и 425,5 дней ( $p=0,005$ ). У пациентов мужского пола такой закономерности выявлено не было (315,9 и 304,4 дней, соответственно).

При изучении историй болезни было проведено сопоставление диагноза, установленного на основании описания клинической картины в истории болезни в соответствии с критериями МКБ-10 и диагноза, фактически установленного в ходе данной госпитализации. Результаты сопоставления приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Соответствие клинических описаний диагностическим рубрикам МКБ-10 и нозологические диагнозы в одних и тех же историях болезни

Диагноз по критериям МКБ-10	Диагноз в истории болезни				Итого приступов
	Шизофрения F20	Шизоаффективное расстройство F25	БАР F31	Органическое аффективное расстройство F06.3	
БАР. Мания F31.1	64	57	23	1	145
БАР. Мания с психотическими симптомами F31.2	50	25	11	1	87
БАР. Депрессия F31.3-F31.4	21	10	24	1	56
БАР. Депрессия с психотическими симптомами F31.5	22	12	17	5	56
БАР. Смешанный эпизод F31.6	9	5	5	-	19
недостаточно данных*	27	1	2	7	37
Итого	193	110	82	15	400

Примечание: \* – случаи, когда в одной из анализируемых историй болезни пациента не имелось достаточной информации для однозначного диагностического суждения, однако анализ течения заболевания и структуры приступов по остальным историям его болезни свидетельствовал в пользу диагноза БАР.

Только в 20,5% случаев диагноз БАР соответствовал его официальным критериям. Ещё 3,8% приступов квалифицировались лечащим врачом как «органическое аффективное расстройство», но это диагностическое расхождение не сопровождалось существенными расхождениями в тактике лекарственной терапии от группы пациентов, которым был правильно установлен диагноз БАР – как во время приступа, так и в последующей интермиссии. В остальных 75,8% случаев аффективный приступ расценивался как обострение заболевания шизофренического спектра (48,3% – «шизофрения» и 27,5% – «шизоаффективное расстройство»). Несовпадение диагноза, соответствующего критериям МКБ-10, с диагнозом, фигурирующим в истории болезни, чаще всего регистрировалось в случаях маниакальных приступов (64,7%), особенно при приступах мании, протекавших с психотическими включениями (71,3%).

Необходимо ещё раз подчеркнуть, что нозологический диагноз менялся у одного и того же пациента при разных госпитализациях – данное событие было одним из критериев включения в исследование. Как правило к смене диагноза приводило поступление пациента на другое отделение больницы при последующей госпитализации, реже – смена лечащего врача в пределах одного отделения.

Прежде чем приступать к оценке влияния диагностической установки врача на выбор тактики лечения и её результатов, требовалось доказать клиническую однородность исследуемого материала, а именно – отсутствие различий между подгруппами пациентов, которым при госпитализациях устанавливались диагнозы расстройств шизофренического спектра (F20, F25) (303 случая госпитализаций), или расстройств аффективного спектра (F31, F06.3) (97 случаев).

Вначале мы проверили репрезентативность клинической картины приступов, протекавших с психотическими симптомами (табл. 2).

Таблица 2

Встречаемость конгруэнтных и неконгруэнтных аффекту психотических симптомов в структуре приступа

Психотические симптомы	Нозологический диагноз заболевания в истории болезни при текущей госпитализации (%)		p
	Расстройство шизофренического спектра	Расстройство аффективного спектра	
Конгруэнтные аффекту	29,5	28,5	0,483
Неконгруэнтные аффекту	19,2	10,6	0,326
Всего	48,7	39,1	0,310

Полученные данные подтвердили исходную гипотезу об отсутствии каких-либо существенных различий в структуре текущего приступа, основываясь на которых синдромологически сходные аффективно-бредовые состояния могли бы квалифицироваться в различных нозологических рубриках. Неконгруэнтные психотические симптомы были представлены изменчивыми, полиморфными обманами восприятия, яркими произвольными образными представлениями, чувственным персекуторным бредом, сновидными изменениями сознания, транзиторными кататоническими включениями. Перечисленные симптомы по всем своим качественным характеристикам в этих мнимо альтернативных диагностических группах никак не отличались.

Для дополнительного подтверждения исходной гипотезы были оценены различия между выделенными группами в тяжести течения заболевания, социально-демографических характеристиках пациентов. Результаты данного анализа представлены в табл. 3.

Таблица 3

*Демографические данные и признаки, характеризующие течение заболевания, у пациентов с биполярным аффективным расстройством*

Анализируемые признаки	Нозологический диагноз заболевания при текущей госпитализации				p	
	Расстройство шизофренического спектра		Расстройство аффективного спектра			
	Всего (n=193)	в т.ч. приступ с психотической симптоматикой (n=94)	Всего (n=207)	в т.ч., приступ с психотической симптоматикой (n=81)	Всего	в т.ч. приступы с психотической симптоматикой
Неработающие (%)	52,9	29,5	49,8	17,4	0,002	0,058
Одинокие (%)	28,5	12,4	22,2	10,6	0,314	0,162
Возраст начала заболевания (лет)	27,9±9,5	29,1±10,0	28,7±10,2	31,3±11,2	0,646	0,197
Возраст на момент обострения (лет)	40,1±10,5	40,5±11,0	40,7±11,7	41,6±11,1	0,461	0,480
Число ранее перенесённых приступов (абс.)	4,0 ±2,1	4,3±2,4	2,3±1,8	2,5±2,2	0,124	0,120
Продолжительность предыдущей интермиссии (дней)	307,1 ±121,2	390,8 ±135,5	335,4 ±114,0	383,9 ±132,8	0,611	0,943

Данные табл. 3 показывают, что вся исследуемая группа пациентов была достаточно однородной. Не было обнаружено признаков, свидетельствующих в пользу того, что в группе пациентов, которым лечащими врачами вместо диагноза БАР устанавливался диагноз шизофрении или шизоаффективного расстройства, заболевание протекало менее благоприятно. Преобладание в этой группе неработающих пациентов оказалось единственным достоверным отличием. Главным образом оно было связано с установками врачей на «утяжеление» диагноза пациентам из малообеспеченных слоёв населения в целях назначения или продления им группы инвалидности, подразумевающей получение пенсии и льготное обеспечение лекарствами. Тем не менее, подобного рода установочный диагноз также приобретал доминирующее значение при выборе врачом тактики лечения, отодвигая на задний план действительный характер заболевания, имеющего иные патогенетические механизмы и, соответственно, иные мишени для психофармакологической коррекции.

На основании данных табл. 2 и 3, можно вывести заключение о том, что дифференциально-диагностические суждения разных врачей в вопросах нозологической принадлежности конкретного клинического случая всецело зависели от субъективного фактора. Диагноз шизофрении или шизоаффективного расстройства не свидетельствовал о большей тяжести состояния, об иной представленности психологически гетерогенных элементов в симптоматике приступа или о менее благоприятной динамике заболевания в целом. Таким образом, приведённые далее различия в избираемой врачом тактике купирующей и противорецидивной терапии определялись исключительно субъективной диагностической установкой, а различия в результатах лечения, в свою очередь, могли зависеть только от тактики лечения, но не от исходного состояния пациента.

Таблица 4

Частота назначения нейролептиков больным, страдающим БАР, и развития у них экстрапирамидных побочных эффектов в зависимости от нозологической квалификации заболевания лечащим врачом

Анализируемые признаки	Нозологический диагноз заболевания при текущей госпитализации				p	
	Расстройства шизофренического спектра		Расстройства аффективного спектра			
	Всего (n=193)	в т.ч., приступ с психотической симптоматикой (n=94)	Всего (n=207)	в т.ч., приступ с психотической симптоматикой (n=81)	Всего	в т.ч., приступ с психотической симптоматикой
Назначение нейролептиков (%)	91,7%	91,5%	78,3%	82,7%	0,001	0,081
Развитие экстрапирамидной симптоматики (%)	56,5%	55,3%	36,2%	35,8%	0,001	0,01

Квалификация текущего обострения в рамках шизофрении или шизоаффективного расстройства сопровождалась почти автоматическим включением нейролептиков в схему терапии даже в тех случаях, когда картина приступа исчерпывалась одной только аффективной симптоматикой. Частота назначения нейролептиков и, как следствие, частота развития вызванных ими неврологических побочных эффектов статистически значимо отличались от аналогичных показателей в группе пациентов, нозологический диагноз которых соответствовал действительности (табл. 4). Здесь нужно отметить, что в исследуемом материале не оказалось случаев использования антипсихотиков второго поколения (АВП), многие из которых официально рекомендованы для лечения пациентов с БАР.

Более детальный анализ используемых способов лечения аффективных и аффективно-бредовых приступов БАР, с учетом полюса аффекта, представлен в табл. 5.

Таблица 5

Тактика применения психотропных средств при купировании приступов БАР в зависимости от нозологической квалификации заболевания лечащим врачом

Полюс аффективной фазы и классы препаратов, применявшиеся при купировании приступа	Нозологический диагноз заболевания при текущей госпитализации (%)				p	
	Расстройства шизофренического спектра		Расстройства аффективного спектра			
	Всего	в т.ч. приступ с психотической симптоматикой	Всего	в т.ч., приступ с психотической симптоматикой	Всего	в т.ч. приступ с психотической симптоматикой
Маниакальный	n=196	n=75	n=36	n=12	n=232	
- ТН (%)	50,5	54,8	33,6	41,9	0,077	0,56
- ТН+НТ (%)	44,7	33,3	62,7	51,6	0,064	0,56
Депрессивный	n=65	n=34	n=47	n=22	n=112	
- ТН (%)	53,7	52,6	13,8	17,2	<0,001	<0,05
- АД (%)	4,9	-	18,5	10,3	<0,001	<0,05
- АД+ТН (%)	26,8	26,3	43,1	51,7	<0,001	<0,05
- АД+ТН+НТ (%)	2,4	5,3	12,3	13,8	<0,001	<0,05

Примечание: ТН – типичные нейролептики; НТ – нормотимики; АД – антидепрессанты.

При установлении диагноза шизофрении либо шизоаффективного психоза средством купирования маниакальных и маниакально-бредовых приступов чаще служили нейролептики. Комбинации нейролептиков с нормотимиками применялись реже. Эти различия со сравниваемой группой пациентов с правильно установленным при текущей госпитализации диагнозом БАР, впрочем, не достигали статистически значимого уровня.

Статистически значимыми и наиболее иллюстративными оказались различия в тактике лечения приступов депрессивной фазы. Диагностическая интерпретация клинической картины депрессии в рамках расстройства шизофренического спектра более чем в половине случаев приводила к назначению классических нейролептиков. Антидепрессанты в виде монотерапии или в комбинации с нейролептиками назначались этим больным гораздо реже. Ведущими способами лечения депрессивно-бредовых эпизодов у пациентов с правильно установленным диагнозом БАР или органического аффективного расстройства были комбинации антидепрессантов с нейролептиками, монотерапия антидепрессантами или (реже) комбинации антидепрессанта, нормотимика и нейролептика.

Монотерапия нейролептиками при купировании депрессивных эпизодов приводила к более быстрой выписке больных из стационара (на 37,1%;  $p=0,44$ ), как показало дальнейшее исследование не свидетельствовавшей о реальном улучшении состояния. В этих случаях отмечалось лишь мнимое улучшение: притуплялись тягостные переживания, исчезало двигательное беспокойство, но депрессивный аффект сохранялся и в случаях, если после перенесённого депрессивного приступа пациенты продолжали получать в качестве противорецидивной терапии нейролептик, ремиссии оказывались в 2,5 раза более короткими, чем у пациентов, которые продолжали принимать в качестве профилактического средства антидепрессант (202,6 и 507,0 дней соответственно;  $p=0,027$ ).

Достоверных различий скорости купирования маниакальных эпизодов в случаях применения монотерапии нейролептиком или комбинации нейролептика с нормотимиком не обнаружено. Однако в случаях, когда после маниакального приступа средством поддерживающей терапии служили нейролептики, а не нормотимики, интермиссии существенно укорачивались (193,9 и 334,3 дня соответственно;  $p=0,044$ ).

**Обсуждение.** Одно и то же заболевание у одних и тех же пациентов разные психиатры диагностируют диаметрально противоположно. Определённая часть психиатров вместо БАР распознаёт «шизофрению». Мы доказали, что отличия в симптоматике приступов и/или в течении заболевания, которые могли бы объяснить указанные диагностические расхождения специалистов, отсутствуют.

Развитие психотической симптоматики в структуре аффективных психозов обусловлено дисбалансом в системе ГАМК-глутамат и дефицитом дофамина в базальных ганглиях. Мощные  $D_2$ -блокаторы усиливают имеющийся дофаминовый дефицит, отчего больными, страдающими аффективными психозами, переносятся плохо. Как правило, ЭПС возникает у них при использовании даже низких доз [9, 10, 11]. Злокачественный нейролептический синдром, понимаемый современными учёными как результат истощения запасов стриарного дофамина [12,13], обусловлен во многих случаях назначением антипсихотиков больным аффективными психозами [14, 15].

Проведённое исследование показало, что гиподиагностика БАР (происходящая за счёт гипердиагностики шизофрении) влечёт негативные последствия для пациентов, поскольку сопровождается неоправданно широким использованием нейролептических средств. Это обуславливает не только плохую переносимость терапии, но и отрицательный лекарственный патоморфоз всей картины заболевания. Значимо укорачиваются и становятся менее качественными интермиссии, учащаются приступы. Совершенно противоположное наблюдается в случаях, если нейролептики при БАР не назначаются.

Профилактика приступов БАР стабилизаторами настроения патогенетически обоснована. В частности, вальпроаты и карбамазепин стимулируют ГАМКергическую нейротрансмиссию. Поэтому они не причиняют вреда больным и способствуют благоприятному течению фазного психоза. Это убедительно подтверждено многочисленными исследованиями и многолетним практическим опытом. Препараты лития обладают, по мнению ряда исследователей, нейропротективным и нейротрофическим действием [16, 17], чего нельзя сказать об антипсихотических препаратах.

**Выводы.** В ряде случаев заболевание, характеризующееся фазным бездефектным течением и соответствующее критериям БАР в МКБ-10, распознаётся отечественными психиатрами в рамках расстройств шизофренического спектра. Нами не было обнаружено каких-либо клинических обоснований, которые могли бы объяснить расхождения разных врачей в нозологической квали-

фикации сходных случаев у одних и тех же пациентов. Недостаточное выявление БАР, в том числе за счет избыточной диагностики шизофрении было связано лишь с субъективными причинами. Распознавание шизофрении вместо БАР сопровождалось необоснованным назначением нейролептиков, причём даже в случаях отсутствия психотических симптомов. При этом нейролептики оставались в качестве средства длительной противорецидивной терапии. Нейролептики плохо переносятся больными, страдающими БАР, существенно сокращают продолжительность интермиссий и приводят к росту числа госпитализаций. Это приводит к снижению эффективности оказания психиатрической помощи таким больным. Проверенным средством профилактики приступов БАР остаются нормотимики. Диагностические критерии шизофрении МКБ-10 в национальных стандартах и руководствах должны быть дополнены важными пунктами, соответствующими единственно продуктивному направлению в клинической психиатрии – нозологическому.

### Литература:

1. Демчева Н.К., Творогова Н.А., Николаева Т.А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2011 году: Аналитический обзор. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2013. 57 с.
2. The mental health workforce gap in low- and middle-income countries: a needs-based approach. / Bruckner T.A. et al. // Bulletin of the World Health Organization, 2011. Vol. 89, № 3. P. 184-194.
3. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). / Kessler R.C. et al. // Archives of General Psychiatry. Chicago, 2005. Vol. 62(6) P. 617-627
4. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и терапия. / под ред. С.Н. Мосолова. М., Медпресс-информ, 2008. 384 с.
5. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр (МКБ-10). / Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера. и С.Ю. Циркина. СПб., 1994. 307 с.
6. Peterson B.S., Weissman M.M. A brain-based endophenotype for major depressive disorder // Annual review of medicine, 2011. Vol. 62. P. 461-474.
7. Morgan K.D. et al.. Grey matter abnormalities in first-episode schizophrenia and affective psychosis.// British journal of psychiatry (2007) , Vol 191 (suppl . 51) , p. 111-116
8. Northoff G. et al. Functional dissociation between medial and lateral prefrontal cortical spatiotemporal activation in negative and positive emotions: a combined fMRI/MEG study //Cerebral Cortex, 2000. Vol. 10. №. 1. P. 93-107.
9. Delay J, Deniker P. Drug-induced extrapyramidal syndromes. // Handbook of clinical neurology / editors Vinken D.J., Druyn G.W. Amsterdam: North-Holland Publishing, 1968. P. 248-266.
10. Keming Gao. et al. Antipsychotic-Induced Extrapyramidal Side Effects in Bipolar Disorder and Schizophrenia // Journal of Clinical Psychopharmacology. Baltimore, 2008. Vol. 28 № 2. P. 203 – 209,
11. White DAC, Robins AH. Catatonia: harbinger of neuroleptic malignant syndrome. // The British Journal of Psychiatry. London, 1991. Vol. 158.
12. Carroll B.T. The universal field hypothesis of catatonia and neuroleptic malignant syndrome. // International journal of neuropsychiatric medicine. New York, 2000. Vol. 5, № 7. P. 26-33.
13. Fink M. Neuroleptic malignant syndrome and catatonia: one entity or two? // Biological psychiatry. New York, 1996. Vol. 39 № 1. P. 1-4.
14. Нуллер Ю.Л. Практические аспекты психофармакотерапии: трудности и ошибки // Психиатрия и психофармакотерапия., 2002. №1.С. 16-18
15. Rosebush PI, Stewart TD, Gelenberg AJ. Twenty neuroleptic rechallenges after neuroleptic malignant syndrome in 15 patients. // The Journal of clinical psychiatry. Memphis, 1989. Vol. 50 №8. P.295-298
16. Moore G.J., Bebchuk J.M., Wilds I.B. et al. Lithium-induced increase in human brain grey matter // Lancet. – 2000. – Vol. 356. – P. 1241-1242.
17. Bearden C.E., Thompson P.M., Dalwani M. et al. Greater cortical gray matter density in lithium-treated patients with bipolar disorder // Biol. Psychiatry. – 2007. – Vol. 62, N 1. – P. 7-16.

Н.Н. Петрова<sup>1</sup>, К.А. Рюзина<sup>1</sup>, М.В. Дорофейкова<sup>2</sup>

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра психиатрии и наркологии,

<sup>2</sup> Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

**Актуальность.** Первому психотическому эпизоду в настоящее время уделяется много внимания, в частности, в связи с его существенным влиянием на долгосрочный клинико-функциональный прогноз всего последующего развития заболевания [1]. Именно пациенты с первым психическим приступом имеют обратимые потери, но, в тоже время, испытывают выраженный социальный и биологический стресс [2]. Наиболее заметные психологические и социальные изменения приходятся именно в первые 2-5 лет течения болезни. Нейровизуализационные исследования свидетельствуют о нейродегенеративных процессах, обусловленных нейротоксическим эффектом и приводящих к развитию нейрокогнитивного дефицита.

В классификации DSM-V в разделе, посвященном расстройствам шизофренического спектра и другим психотическим расстройствам, выделяется первый и повторный эпизод, а также их динамика: текущее острое состояние, частичная и полная ремиссия, непрерывное течение. В проекте МКБ-11 также рассматривается выделение динамики шизофрении и психотических расстройств с вариантами первого эпизода, множественных эпизодов, непрерывного течения и этапами острого эпизода, частичной и полной ремиссии.

Рано начатое лечение современными психотропными средствами оказывает нейропротективное действие и даже может остановить развитие данных патологических изменений [3].

Больные с первым психотическим эпизодом требуют особых подходов к терапии в связи с повышенным риском нежелательных явлений, проблемами комплайенса, необходимостью сочетания фармакологических и психосоциальных методов [4, 5, 6].

В задачи исследования входило: исследование структуры и выраженности первого психотического эпизода, включая особенности когнитивного функционирования больных с первым эпизодом, анализ характера психофармакотерапии у больных с первым эпизодом.

**Материал и методы.** Обследовано 46 пациентов с первым эпизодом шизофрении (F 20.0 Параноидная шизофрения) в возрасте 26±5,50 года. Критериями включения были: наличие первого психотического эпизода, длительность заболевания не более 5 лет, количество приступов не более 3-х, этап стабилизации состояния. Критериями исключения явились: органическое поражение головного мозга, злоупотребление ПАВ.

Средний возраст начала заболевания составил 24, 81 (4,52) лет, давность заболевания достигла 21,49 (15,21) месяцев.

Использован метод клинико-шкальной оценки с применением шкал позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS), социального и повседневного функционирования PSP, оценки когнитивных функций при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia – BACS), оценки побочных действий проводимой терапии (UKU), комплаентности (DAI).

Статистические методы обработки первичных данных включали критерии Шапиро-Уилка, Левена, Манна-Уитни, Стьюдента и Хи-квадрат.

**Результаты исследования.** Почти половина (48,5%) пациентов с первым эпизодом были с высшим образованием. 43,35% больных не работали и не учились. 21% больных имели инвалидность. 39,75% пациентов обнаруживали снижение по социальной лестнице в связи с психическим заболеванием. Значительное число пациентов (43,55%) имели опыт употребления психоактивных веществ.

Согласно результатам обследования по PSP 20% пациентов имели полноценное функционирование во всех основных областях личного и социального функционирования. Примерно 30% пациентов имеют отчетливые (заметные или выраженные) затруднения хотя бы в одной из областей социального и личностного функционирования.

Ведущий психопатологический синдром – параноидный (27,25% случаев), следующие по частоте – галлюцинаторно – бредовой (17,45%) и аффективно-бредовой синдромы (14,4%). На момент обследования отмечено относительное доминирование в клинической картине резидуального бреда, структурных нарушений мышления, постшизофренической депрессии, негативных симптомов.

У пациентов с первым эпизодом выявлена достаточная сохранность когнитивных функций. На этапе стабилизации состояния отмечено ухудшение таких когнитивных функций, как слухоречевая память, моторные навыки, речевая беглость. Полученные данные свидетельствуют о некотором снижении вербальной памяти, незначительных моторных и ассоциативных нарушениях. По мере увеличения продолжительности ремиссии наблюдается улучшение функции планирования и контроля (тест «Башня Лондона»).

Продemonстрировано отсутствие значимых различий когнитивного функционирования больных в зависимости от уровня образования. Пациенты с большей сохранностью когнитивных функций обнаруживают более высокий уровень профессионального и социального функционирования. Отрицательная взаимосвязь прослеживается между числом госпитализаций и некоторыми когнитивными функциями: чем больше госпитализаций, тем больше выражены нарушения слухоречевой памяти и конструктивных способностей. Выраженность как позитивной, так и негативной симптоматики отрицательно сказывается на показателях когнитивных функций больных с первым эпизодом.

Показано, что снижение когнитивного функционирования преимущественно имеет место у пациентов, получающих лечение антипсихотиками первой генерации (по параметрам: слухоречевая память, исполнительские функции, речевая беглость, моторные навыки).

75% стационарных пациентов на этапе стабилизации состояния получали антипсихотики первого поколения, более 80% – корректоры (циклодол). У пациентов дневного стационара чаще применяли антипсихотики второй генерации. Положительного терапевтического эффекта удалось достичь при лечении антипсихотиками как первой, так и второй генерации, причем в исследовании не было обнаружено статистически значимых различий в выраженности редукции клинической симптоматики между больными, принимавшими препараты разных поколений. Отмечена значительная частота полипрагмазии, причем число побочных эффектов растет прямо пропорционально числу психотропных препаратов. Среди побочных эффектов антипсихотиков первого поколения преобладали: нарушение концентрации внимания, астения, ригидность (68,8%), нарушение памяти (56,2%), гиперсомния, акинезия, депрессия (50%). Для антипсихотиков второй генерации была наиболее характерна прибавка веса (36,7% случаев нежелательных явлений).

**Выводы.** Антипсихотическая терапия больных с первым эпизодом различается на этапе стабилизации состояния в стационарных и внебольничных условиях и характеризуется преимущественным использованием антипсихотиков первой генерации на этапе оказания стационарной помощи, что сопровождается риском большей частоты и выраженности побочных эффектов, усугублением когнитивных нарушений, использованием корректоров нейролептической терапии. Значительная часть пациентов с первым эпизодом имеет признаки психосоциальной дезадаптации, связанной, в частности, с уровнем когнитивного функционирования, что указывает на актуальность выделения когнитивных нарушений как самостоятельной мишени терапии на ранних этапах течения шизофрении и активизацию психосоциальной реабилитации этих больных.

### Литература:

1. Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клиничко-социальный и фармакоэкономический аспекты/дисс. соискание ученой степени к.м.н.- М., 2008.-32с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М.: «Медпрактика», 2010.- 543 с.
3. Абрамов В.А., Жигулина, И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. – Донецк: ООО «Лебедь». – 2002. – 279 с.
4. Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы её оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т.8, № 4. – С. 156–158.
5. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. Психиатрическая помощь. Клиническое руководство. – М: «Медпрактика», 2007.- 260 с.
6. Мосолов С.Н., Потапов А.В., Шафаренко А.А. и др. Разработка и валидизация стандартизированных критериев терапевтической ремиссии при шизофрении // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 3. – С. 2–6.

Н.Ю. Рукина

## ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Юрия Карловича, Алтайский край, Барнаул*

Психически больные относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. При психических заболеваниях снижается возможность самостоятельного жизнеобеспечения потребностей, создания и сохранения семьи, значительно снижается социальный статус, контингенты лиц, страдающих психическими расстройствами, являются самыми незащищенными и потенциально опасными для общества. В связи с чем в организации психиатрической помощи особую значимость приобретает обеспечение социальной и психологической поддержки как самого пациента, так и его родных. КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Ю.К.» (далее – АККПБ) ведет активный поиск путей повышения качества психиатрической помощи населению – проводится переориентировка деятельности структурных подразделений, внедряются более эффективные методики лечения, используются современные лекарственные препараты, больше внимания уделяется реабилитации и реадaptации лиц, страдающих психическими расстройствами.

Лечебное учреждение активно перенимает и внедряет опыт работы других психиатрических учреждений. В условиях АККПБ проводится внедрение технологий, приближенных к месту жительства пациента, ориентированных на межведомственное взаимодействие в вопросах психосоциального реабилитационного сопровождения, центрированного на пациенте и его микросоциальном окружении.

В течение последних нескольких лет на этапе круглосуточного оказания специализированной психиатрической помощи стали разрабатываться и проводиться программы реабилитации в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами. Включение пациентов в реабилитационные мероприятия происходит по назначению лечащего врача, после улучшения психического состояния. Полипрофессиональными бригадами отделений проводится психологическая, социальная, трудовая реабилитация пациентов. В отделениях круглосуточного стационара ежедневно проходят информационные беседы на различные темы, организованные медицинскими сестрами, нередко с привлечением к подготовке материалов самих пациентов. Инструктор по трудовой терапии организует и проводит терапию занятостью. В рамках терапии занятостью пациенты рисуют, готовят поделки из бумаги, лепят, пишут стихи, рассказы и т.д. В организации досуга пациентов круглосуточных отделений, кроме инструкторов по трудовой терапии и медицинских сестер активное участие принимает культорганизатор, находящийся в штате лечебного учреждения. Работа культорганизатора заключается в проведении музыкальных занятий.

В детском отделении круглосуточного стационара в наличии 3 игровые комнаты, где в течение дня, дети совместно с воспитателем занимаются рисованием, лепкой, делают поделки из бумаги, различные панно, гербарии, читают книги, просматривают телевизор, на классных часах обсуждают различные темы, проводят занятия по формированию социальных навыков. Воспитатели обучают детей навыкам гигиены, общения с взрослыми и детьми своего возраста, правилам поведения на улице и в общественных местах и т.д. В отделении регулярно проводятся спортивные или праздничные мероприятия, в подготовке которых дети принимают самое активное участие (учат стихи, разучивают песни, танцы, делают небольшие инсценировки и т.п.). В целях развития когнитивных навыков, релаксации, навыков общения – в отделении работает специально оборудованная сенсорная комната.

Одно из отделений круглосуточного стационара, территориально расположенное в сельской местности, перепрофилировано в медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. Основной задачей отделения определено восстановление или формирование социальной самостоятельности пациента. В вышеуказанном отделении внедрена реабилитационная программа «Жилье с поддержкой», в рамках которой лиц, страдающих психическими расстройствами, обучают самостоятельному проживанию вне стен психиатрического стационара. Проживание в арендованном жилье

контролируют сотрудники отделения, которые помогают больным в решении различных вопросов, возникших при самостоятельном проживании.

В проведении психологической реабилитации участвуют врачи-психотерапевты, медицинские психологи, которые используют как индивидуальные, так и групповые методы работы, помогая разрешать пациентам внутриличностные, межличностные конфликты, проблемы семейного плана.

Социальная реабилитация, для пациентов круглосуточных отделений стационара проводится специалистами по социальной работе и социальными работниками и представлена в виде представления интересов в правовой сфере, в органах пенсионного фонда, в органах социальной защиты, социально-психологическая помощь.

Работа круглосуточных отделений направлена на максимальное короткое пребывание пациентов в стационаре, с переводом на долечивание в амбулаторных условиях.

Реабилитационные ресурсы должны быть доступны для всех лиц, страдающих психическими расстройствами, в связи с чем необходимо осваивать и внедрять новые формы реабилитационной работы с пациентами, стремиться к снижению госпитализма в психиатрических стационарах. Дальнейшее развитие лечебно-реабилитационной работы в АККПБ возможно только в контексте общего совершенствования психиатрической помощи одновременно по нескольким направлениям: усиление кадрового состава; укрепление и развитие материально-технической базы, проведение организационно-методических мероприятий.

А.Г. Синенченко<sup>1</sup>, А.Г. Софронов<sup>1,2</sup>, С.В. Зиновьев<sup>1</sup>, А.Е. Добровольская<sup>2</sup>,  
Г.А. Прокопович<sup>1</sup>, Е.Ю. Тявокина<sup>1</sup>

## ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В УРГЕНТНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

На современном этапе развития психиатрии вопросы совершенствования оказания психиатрической помощи пациентам приобретают все более актуальный характер [1, 2]. Актуальность работы также, обусловлена высокой частотой психических заболеваний среди пациентов медицинских учреждений [3, 4, 5]. Некоторые ученые связывают рост психической патологии со склонностью к соматизации и распространенностью маскированных психических расстройств, нозогенных реакций, депрессивных расстройств, а также видоизменение «классических» картин течения как психических, так и наркологических заболеваний [6, 7, 8, 9]. Данная тема особенно актуальна в свете глубоких изменений в системе здравоохранения Российской Федерации [1, 10]. В условиях многопрофильных стационаров, осуществляющих круглосуточный прием пациентов с неотложной патологией, лечебно-организационные походы в оказании психиатрической помощи больным требуют уточнения. В данной работе решено провести анализ особенностей организации психиатрической помощи больным с учетом специфики работы Научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе.

**Цель исследования:** на основе материалов работы Научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, изучить особенности оказания больным психиатрической помощи.

В качестве материалов для проведения исследования использовались годовые отчеты заведующего психосоматическим отделением (СПО), заведующих токсикологическими отделениями центра лечения острых отравлений (ЦЛОО) многопрофильного стационара за период с 2009 по 2015 гг. Всего было изучено 28 отчетов.

Основными методами исследования явились клинико-организационный и клинико-эпидемиологический методы. Статистическая обработка материала производилась с помощью пакета прикладных программ для статистической обработки данных Statistica 6.0 for Windows 7.

**Результаты работы.** С целью оказания неотложной психиатрической помощи в структуре многопрофильного стационара скорой помощи развернуты клинические подразделения (отделение СПО на 37 коек и ЦЛОО с двумя токсикологическими отделениями и отделением реанимации – 61 койка).

Предназначением СПО, введенного в структуру многопрофильного стационара скорой помощи в 2002 г., является оказание психиатрической помощи пациентам, у которых, наряду с соматическими заболеваниями имеются психические расстройства, препятствующие нахождению в соматических отделениях и требующие неотложного психиатрического лечения. В ЦЛОО психиатрическая служба удовлетворяет потребности токсикологического центра, осуществляя консультативную помощь и дальнейшую маршрутизацию пациентов согласно профилю, выявленной психиатрической и наркологической патологии. Основной задачей центра является оказание помощи лицам с суицидальной попыткой отравления. Организационное руководство деятельностью данных подразделений осуществляет заместитель главного врача НИИ СП по терапии, а непосредственное руководство СПО осуществляет заведующий отделением (врач-психиатр). В ЦЛОО психиатрическая служба организуется врачами-токсикологами.

Необходимо отметить, что отделение СПО к 2015 г. было способно эффективно выполнять работу на 97.6% в связи с не укомплектованностью врачебным составом в сравнении с ЦЛОО, укомплектованным психиатрами на 100 %.

В результате проведенного многолетнего анализа общей заболеваемости среди пациентов, госпитализированных в многопрофильный стационар скорой помощи, в период с 2009 по 2015 гг., был установлен среднегодовой процент нуждающихся в оказании стационарной психиатрической

помощи. Так из всего входящего потока больных и пострадавших, нуждались в госпитализации в психиатрическое отделение  $2.04 \pm 0.08\%$  (в среднем  $1238 \pm 86.2$  чел. в год), а  $1.35 \pm 0.08\%$  (в среднем  $1017 \pm 364$  чел. в год) требовали оказания как токсикологической, так и психиатрической помощи в токсикологических отделениях ЦЛОО по причине суицидальной попытки отравления. Таким образом, среднегодовой процент нуждающихся в стационарной психиатрической помощи составил  $3.39 \pm 0.16\%$ .

В результате статистической обработки аналитических данных, выявлена общая тенденция роста частоты психических расстройств среди госпитализированных в СПО ( $y=39.64x+1088$ ,  $R^2 = 0.92$ ) и в ЦЛОО ( $y=137.8x+457.1$ ,  $R^2 = 0.69$ ) за анализируемый период времени.

В свою очередь, встречаемость больных психиатрического профиля, требующих направления в подразделения СПО или ЦЛОО напрямую зависела от увеличения общего количества поступающих пациентов в многопрофильный стационар ( $r = 0.95$ ,  $p \leq 0.01$ ;  $r = 0.75$ ,  $p \leq 0.01$  соответственно).

При изучении маршрутизации пациентов с психическими расстройствами в условиях стационара установлено, что всего  $28.8\%$  больных и пострадавших требовали госпитализации в психиатрическое отделение в день поступления. Большинство пациентов ( $72.1\%$ ,  $p \leq 0.05$ ), переводились в отделение СПО после оказания им специализированной терапевтической (токсикологической) или хирургической помощи в профильных отделениях. В свою очередь, все пациенты с суицидальной попыткой отравления, не требующие помощи в других клинических подразделениях, направлялись в ЦЛОО впервые часы после прибытия в стационар.

Чаще всего, пациенты, нуждающиеся в психиатрической помощи, направлялись в отделение СПО из реанимационных отделений не токсикологического профиля, а также из центра лечения острых отравлений ( $49.9\%$ ,  $p \leq 0.05$ ;  $36.9\%$ ,  $p \leq 0.05$  соответственно) после стабилизации их соматического состояния, купирования симптомов отравления и ликвидации жизнеугрожающих факторов. В свою очередь, показаниями для перевода пациентов в СПО являлись: суицидальное поведение – в  $45\%$  случаев; экзоформные психозы (интоксикационные психозы на фоне соматической патологии, абстинентного синдрома, психозы на фоне перенесенной травмы головного мозга, острого нарушения мозгового кровообращения) в  $41\%$  случаев; эндоформные психозы или субпсихотические расстройства на фоне соматической патологии в  $14\%$  случаев.

В ходе изучения структуры психической заболеваемости пациентов СПО за период с 2009 по 2015 гг. было доказано, значительное преобладание больных с органическими психическими расстройствами ( $46.2\%$ ,  $p \leq 0.05$ ), с расстройствами, связанными с приемом психоактивных веществ (ПАВ) ( $33.2\%$ ,  $p \leq 0.05$ ), невротическими и соматоформными расстройствами ( $12.2\%$ ,  $p \leq 0.05$ ), значительно реже выявлялись шизофрения и бредовые расстройства ( $4.2\%$ ,  $p \leq 0.05$ ) и другие психические расстройства.

В свою очередь, в структуре психических расстройств у больных, поступивших на лечение в ЦЛОО с суицидальной попыткой отравления, преобладали лица с невротическими и соматоформными расстройствами ( $49.1\%$ ,  $p \leq 0.05$ ) и с расстройствами, связанными с приемом ПАВ ( $24.5\%$ ,  $p \leq 0.05$ ). По частоте встречаемости остальных психических расстройств достоверных различий получено не было.

В структуре больных с расстройствами, связанными с приемом ПАВ как среди пациентов СПО так и ЦЛОО преобладали лица с психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (в  $62.6\%$ ,  $p \leq 0.05$  и  $75.4\%$ ,  $p \leq 0.05$  соответственно). Полученные данные согласуются с результатами исследования проведенного А.Ю. Егоровым и соавторами [11] согласно которым диагноз алкоголизма или пагубного употребления алкоголя был поставлен более чем  $40\%$  пациентов, поступивших в стационар. Обращает на себя внимание характер и выраженность клинических проявлений аддиктивной патологии. Так, у пациентов СПО преобладали тяжелые формы алкоголизации с выраженными признаками физической и психической зависимости, снижением личности. Больные поступали в отделение с признаками делириозного помрачением сознания, нуждались в проведении активной дезинтоксикационной терапии. В свою очередь, в группе больных с суицидальной попыткой отравления злоупотребление алкоголем возникало в большинстве случаев как вторичный синдром по отношению к невротическим расстройствам. Наряду с аддиктивными

расстройствами у таких больных наблюдались сопутствующие невротические и тревожно-депрессивные расстройства с фиксацией на психотравмирующих событиях. Для таких больных были характерны: ежедневная алкоголизация субнаркотическими дозами, однодневные массивные эксцессы и 2-3-х дневные псевдозапой.

#### **Выводы:**

1. Анализ данных, полученных в ходе работы, свидетельствует о высоком проценте нуждающихся в оказании неотложной стационарной психиатрической помощи среди пациентов многопрофильного стационара.

2. Эпидемиологический анализ структуры и частоты встречаемости психических расстройств наглядно демонстрирует преобладание органических психических расстройств и аддиктивной патологии среди госпитализированных пациентов.

3. За весь анализируемый многолетний период (с 2009 по 2015 гг.) частота встречаемости больных психиатрического профиля напрямую зависела от увеличения общего потока больных и пострадавших, госпитализированных в многопрофильный стационар скорой помощи.

#### **Литература:**

1. Букреева Н.Д., Кормачева Е.А., Кутуева Р.В., Азаева Г.Д. Организация деятельности психиатрической службы с использованием стандартов оказания медицинской помощи // Российский психиатрический журнал. – 2013.-№4.- С.27-30.
2. Прогудин В.Н. Организационно-методические принципы оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи в соматическом стационаре // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – №5. – С.211-214.
3. Бохан Н.А., Миндель А.И., Кузнецов В.Н. Распространенность психических расстройств среди населения сельского муниципального образования севера Сибири: основные тенденции и прогноз // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011.- Т.21, №4. – С. 40-46.
4. Творогова Н.А., Николаева Т.А. Справка о распространенности психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 г.// Психическое здоровье. – 2013. – Т.11, №6. – С.14-37.
5. Thirthalli J. Epidemiology of comorbid substance use find psychiatric disorders in Asia// Current Opinion in Psychiatry. – 2012. V. 25. Pp. 172 – 180.
6. Bronheim H.E., Fulop G., Kunkel E.J. The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting // Psychosomatics.- 1998. V.39. Pp. 8–30
7. Лебедева В.Ф., Семке В.Я., Мальцева С.Н. Взаимосвязь психопатологических и соматических симптомов у пациентов общемедицинской сети// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – №5. – С.64-66.
8. Kisely S.R., Goldberg D.P. Physical and psychiatric comorbidity in general practice // Br. J. Psychiatry. – 1996. V.169. Pp. 42-236.
9. Смирнова С.А., Борщук Е.А., Баянова Н.А. Анализ общей заболеваемости психическими расстройствами взрослого населения Оренбургской области за 2008 – 2012 гг.// Оренбургский медицинский вестник – 2014.-№1.- С. 273-274.
10. Лебедева В.Ф., Семке В.Я. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной психиатрической и соматической патологией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – №2. – С.122-125.
11. Егоров А.Ю., Крупицкий Е.М., Софронов А.Г., Бобров А.Е., Добровольская А.Е. Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 1. – С. 36-43.

Е.В. Снедков<sup>1,2</sup>, И.В. Лемешев<sup>1,2</sup>

## ЗВЕНЬЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: СВЯЗАНЫ ЛИ ОДНОЙ ЦЕЛЬЮ?

<sup>1</sup> Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца,

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург

**«Психиатрическое дело, и даже, – более узко, – психиатрическая больница – есть очень верный указатель умственного и нравственного уровня страны вообще, и правящего класса в особенности, и очень чувствительный реактив на все колебания этого уровня».**

**Якобий П.И., 1900**

**Введение.** В последние годы под лозунгом “оптимизации” в стране непрерывно сокращаются психиатрические учреждения, больничные койки и штаты сотрудников. Высвобождающиеся от бюджетного манёвра денежные средства на улучшение положения психиатрических учреждений и психически больных не направляются. Финансирование урезается. Декларированного развития системы полустационаров, амбулаторной сети, социальных служб, повышения обеспеченности лекарствами и оборудованием не происходит. Обязательств, предусмотренных Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании”, государство в полном объёме не выполняет. В этой непростой ситуации нужен поиск осмысленных организационных решений. Важно понять, в какой точке координат континуума “оптимизация-пессимизация” мы находимся, в каком направлении движемся, как работает система преемственности лечения больных, какие показатели информативны для корректных суждений на этот счёт, соответствует ли действующая модель организации психиатрической помощи интересам пациентов.

**Материал и методы.** Проанализированы годовые отчёты нашей больницы (ПБ), психоневрологических диспансеров (ПНД) трёх обслуживаемых ею районов (Московского, Фрунзенского и Адмиралтейского), а также данные о движении пациентов больничной информационной системы “Авиценна” за последние 5 лет (2011-2015 гг.). Использованы данные Петростата о численности населения в перечисленных муниципальных образованиях за каждый год. В анализ не включались случаи госпитализаций пациентов, не проживающих в районах обслуживания (РО). Чтобы ограничить анализ данных госпитализациями, обусловленными обострениями заболеваний, из него были исключены случаи поступлений вследствие переводов/возвратов из других стационаров (соматических, инфекционных, психиатрических), а также вследствие направлений пациентов судами на принудительное лечение.

**Цель исследования** – осмысление тенденций взаимодействия звеньев оказания психиатрической помощи на современном этапе. Задачу выявления недостатков в работе конкретных учреждений авторы перед собою не ставили. Поэтому в тексте наименования городских районов и соответствующих ПНД в произвольном порядке были закодированы на “Первый”, “Второй” и “Третий”.

Статистические расчёты производились с помощью табличного процессора Microsoft Excel.

**Результаты анализа.** В 2015 г. по РФ показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами составлял 300,9 чел., в СЗФО – 354,9 чел. (Казаковцев Б.А. с соавт., 2016). Заметно более низкие показатели Первого и Третьего районов можно было бы объяснить обращениями пациентов к психиатрам и психотерапевтам учреждений федерального подчинения и коммерческих медицинских центров. Но это не объясняет высокую заболеваемость во Втором районе, которая превышает показатели по РФ и СЗФО (рис. 1).

Ещё труднее объяснить контраст уровней распространённости психических расстройств: во Втором районе их более чем в два раза больше, чем в Первом и в Третьем, и существенно выше аналогичных показателей по РФ (в 2015 г. – 2764,9 чел. на 100 тыс. населения) и по СЗФО (2612,6) (Казаковцев Б.А. и др., 2016) (рис. 2). Неясно, однако, почему в Первом и Третьем районах частота психических болезней меньше, чем в стране. Может быть, во Втором районе образовался эндемический очаг?

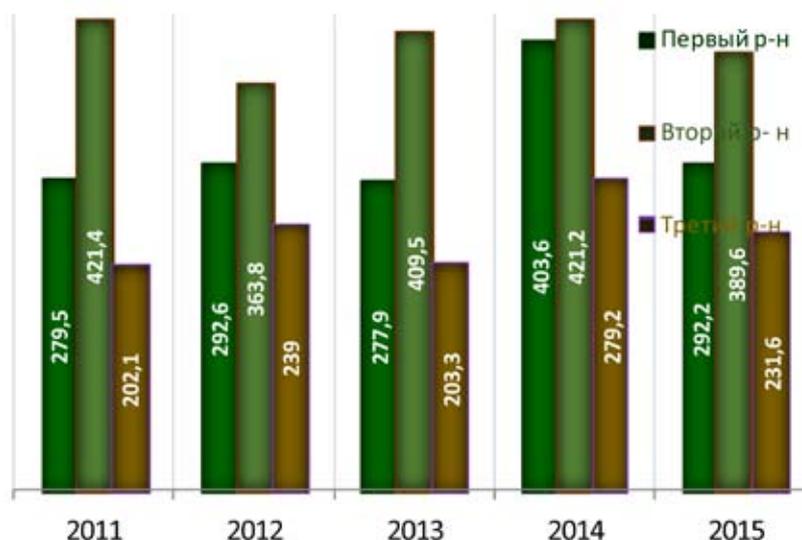


Рис. 1. Первичная заболеваемость психическими расстройствами (на 100 тыс. населения) в РО

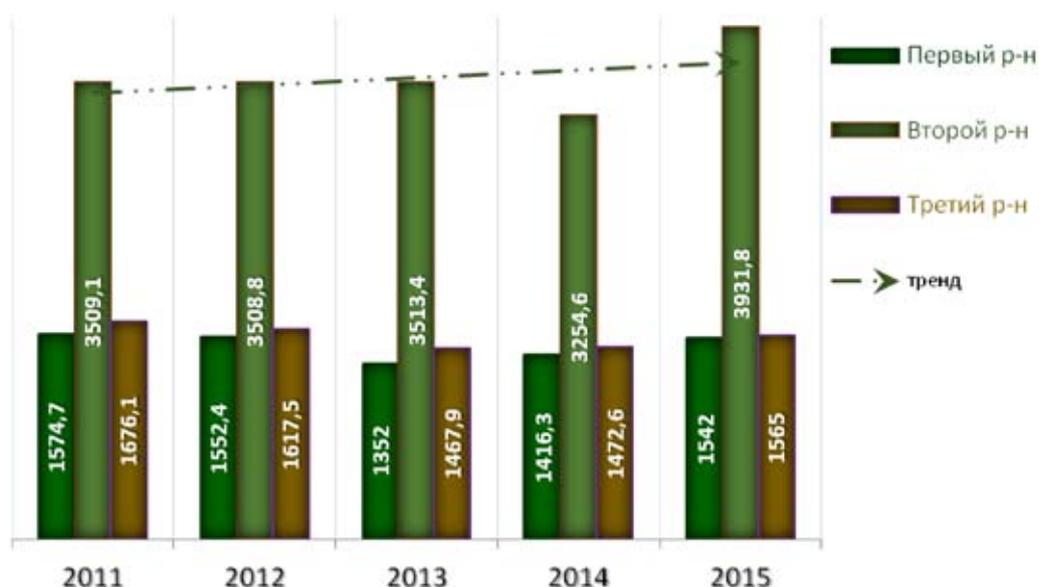


Рис. 2. Число больных психическими расстройствами на 100 тыс. населения РО в 2011-2015 гг.

Таблица 1

Удельный вес больных психозами и деменциями в общей структуре в структуре психических расстройств, зарегистрированных среди населения РО (%)

Районы обслуживания	2011	2012	2013	2014	2015
Первый	58,5%	58,3%	59,0%	56,7%	57,8%
Второй	34,7%	34,0%	32,7%	34,7%	31,6%
Третий	68,6%	66,6%	62,2%	60,2%	59,7%

Отчасти эти различия проясняет структура зарегистрированных психических заболеваний: две трети больных в ПНД Первого и Третьего районов страдают психозами и состояниями слабости, тогда как в ПНД Второго района – лишь треть, что очень близко к среднему показателю по РФ в 2015 г. (27,4%) (Казаковцев Б.А. и др., 2016) (табл. 1). Можно предположить, что больные с пограничными психическими расстройствами, проживающие в Первом и в Третьем районах, в ПНД по месту жительства по каким-то причинам не обращаются.

Уровни болезненности по психозам и деменциям различаются между РО уже не столь значительно (рис. 3). Тем не менее, в Третьем и, особенно, во Втором районах они выше, чем в 2015

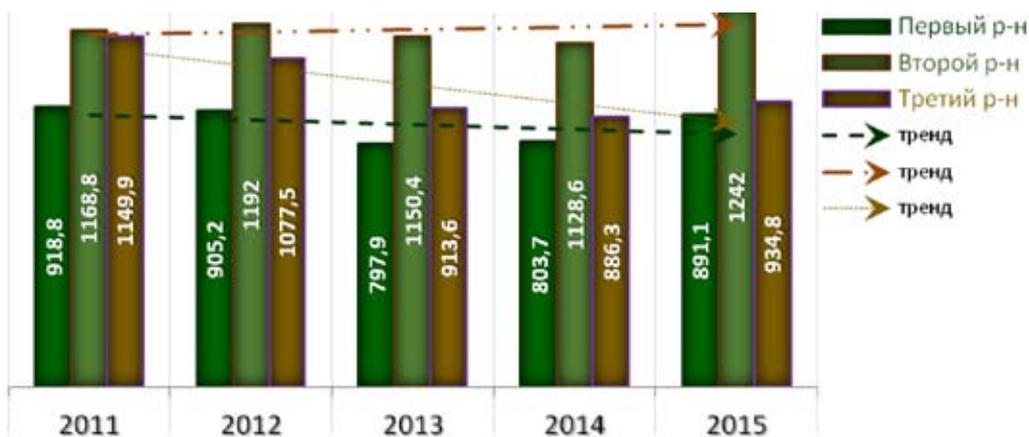


Рис. 3. Число больных психозами и состояниями слабоумия на 100 тыс. населения РО

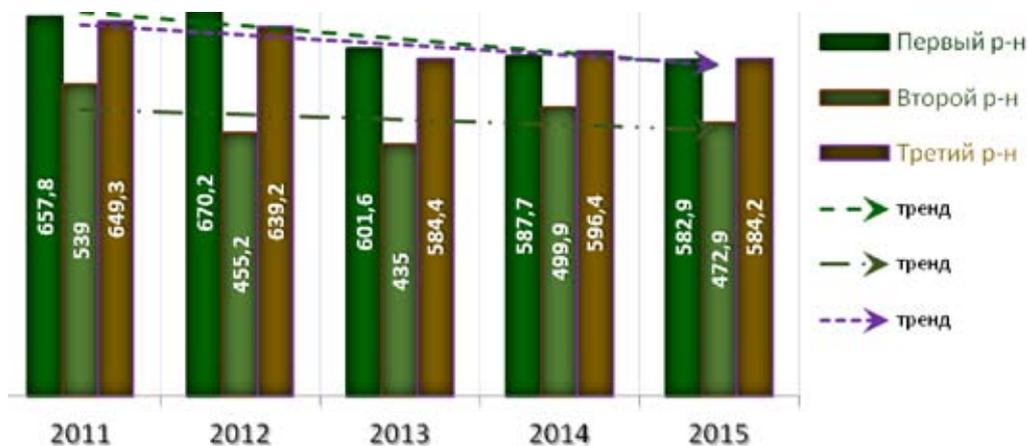


Рис. 4. Число инвалидов (на 100 тыс. населения) в связи с психическими заболеваниями в РО

г. в среднем по РФ (757,3 чел. на 100 тыс. населения) и в СЗФО (866,5) (Казаковцев Б.А. и др., 2016). Более того, во Втором районе прослеживается рост данного показателя. Эти данные в сопоставлении с предыдущими могут навести на предположения об отлично поставленной в ПНД Второго района работе по своевременному выявлению больных.

Поразительно, что при столь высоком уровне больных психозами и деменциями во Втором районе число инвалидов в связи с психическими расстройствами (в расчётах на 100 тыс. населения) ниже, чем в других сравниваемых районах города, и в полтора раза ниже, чем среди населения РФ (в 2015 г., по данным Б.А. Казаковцева и др., 2016, – 722,2) (рис. 4). Возможно одно из трёх объяснений: 1) в ПНД Второго района применяются самые передовые методы диагностики и лечения; 2) психически больные, проживающие во Втором районе, лишаются необходимой социальной защиты и финансовой поддержки; 3) ПНД Второго района представляет недостоверную отчётную статистику.

Ещё более впечатляют расчёты числа госпитализаций в ПБ Св. Николая Чудотворца из обслуживаемых ею районов на 100 тыс. населения (рис. 5). По данным Б.А. Казаковцева с соавт. (2016), уровень госпитализаций в психиатрические стационары РФ из года в год постепенно снижается, и в 2015 г. он составил 430,0. Этот показатель во всех РО также снижается – несмотря на то, что он заметно ниже, чем в РФ. Наиболее низкие показатели – вдвое ниже, чем по РФ, – регистрируются по Второму району. Наверное, следовало бы предположить, что специалисты ПНД Второго района не только активно выявляют больных среди населения, но ещё и успешно их лечат в амбулаторных условиях, используя современные стационарзамещающие технологии.

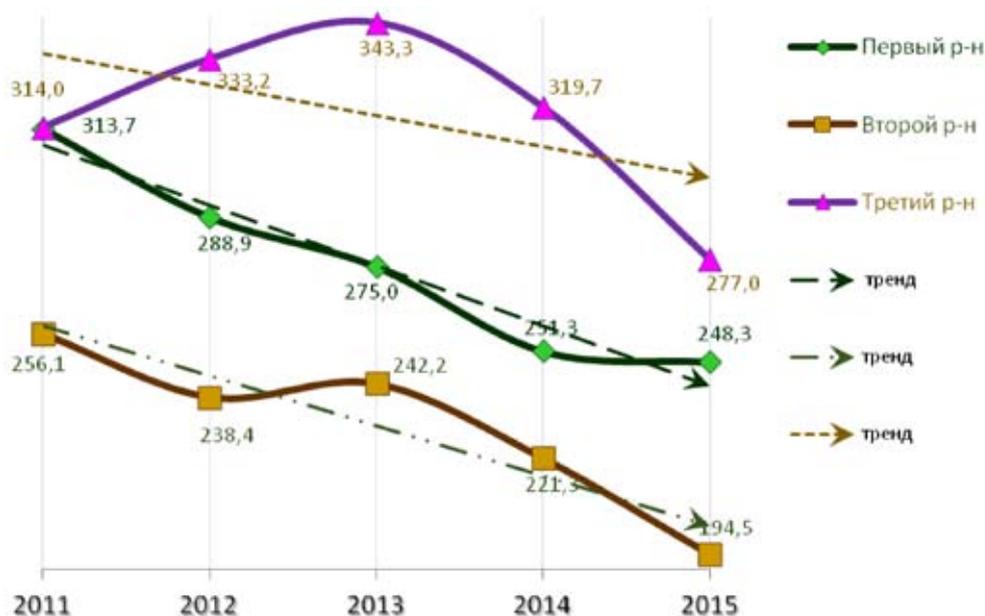


Рис. 5. Число госпитализаций в ПБ Св. Николая Чудотворца по электронной базе данных (расчёты на 100 тыс. населения района)

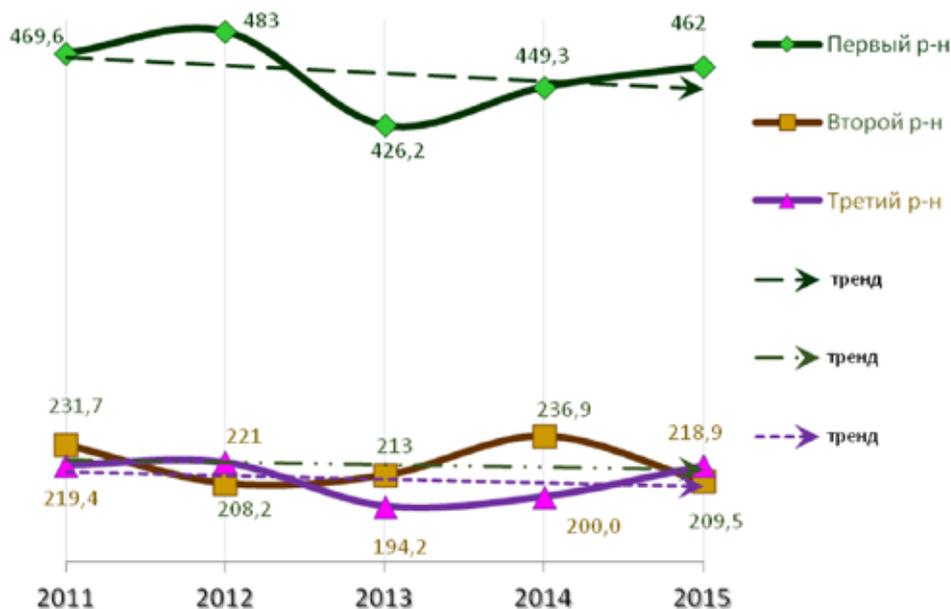


Рис. 6. Число лечившихся в дневных стационарах ПНД по данным годовых отчётов (расчёты на 100 тыс. населения района)

Однако число лечившихся в дневных стационарах (ДС) ПНД в расчёте на 100 тыс. населения во Втором и Третьем районах более чем в два раза меньше, чем в Первом, и во всех районах продолжает уменьшаться (рис. 6). Только в ДС ПНД Первого района за год больных пролечивается немногим больше, чем поступает их за тот же период в больницу (табл. 2). Всего лишь 6-6,5% от числа больных, зарегистрированных в ПНД Второго района, получают помощь в ДС. Число лечившихся в ДС ПНД Второго района практически равно числу госпитализаций, а из Третьего района в нашу ПБ поступает в 1,2-1,8 раз больше больных, чем лечится их в условиях ДС. Немыслимо предположить, что при высоком уровне распространённости психических расстройств, почти никто из учтённых пациентов вовсе не нуждается в интенсивной терапии, хотя бы в условиях ДС. Из этого следует вывод, что по каким-то неясным причинам проживающие во Втором и Третьем районах больные получают полустационарную и стационарную психиатрическую помощь в иных, не закреплённых за ними лечебно-диагностических учреждениях города.

Данные, приведённые в табл. 3, заставляют укрепиться в предположении о том, что отчётные данные, представляемые ПНД Второго района, не вызывают доверия. Хотя ПБ Св. Николая Чудотворца несёт основную нагрузку по стационарному лечению больных, проживающих на территориях РО, некоторая их часть, безусловно, госпитализируется в другие психиатрические стационары Санкт-Петербурга. Поступления в другие стационары ежегодно составляют до 15% от общего числа госпитализаций из РО. Цифры по госпитализациям больных в одну только ПБ Св. Николая Чудотворца в отчётных данных ПНД Второго района занижены на 2-20%. Но в тех же самых отчётах указывается, что больные из Второго района госпитализировались, помимо того, в ПБ №1, ПБ №3, ПБ №6, ПБ №7 и в клинику НИПНИ им. В.М. Бехтерева. По-видимому, основную причину искажения отчётной документации следует искать не в недобросовестных действиях сотрудников, а в отставании технологий учёта первичной информации о пациентах.

Таблица 2

*Соотношение числа госпитализаций в ПБ к числу поступлений в дневные стационары ПНД*

Районы обслуживания	2011	2012	2013	2014	2015
Первый	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5
Второй	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9
Третий	1,4	1,5	1,8	Н/д	1,3

Таблица 3

*Госпитализации пациентов из РО в психиатрические стационары*

Годы	Районы обслуживания	Число госпитализаций в городские ПБ (отчёты ПНД)	Число госпитализаций в ПБ св. Николая (база данных)	% госпитализаций в ПБ св. Николая от числа госпитализаций, учтённых ПНД
2012	Первый	492	431	87,6%
	Второй	563	678	120,4%
	Третий	1237	1189	96,1%
2013	Первый	498	442	88,8%
	Второй	639	700	109,5%
	Третий	1435	1233	85,9%
2014	Первый	448	405	90,4%
	Второй	630	642	101,9%
	Третий	1334	1136	85,2%

Существует общая закономерность в виде обратно пропорциональной связи между длительностью пребывания пациентов в больнице и за её пределами (рис. 7). Бесспорно, в первую очередь данная закономерность обусловлена неблагоприятным течением заболеваний. С другой стороны, длительное пребывание в больничной среде часто приводит к развитию госпитализма. Пациент вживается в роль хронически больного, отвыкает от жизни за пределами стационара и порою прикладывает значительные усилия для того, чтобы вновь в него вернуться.<sup>1</sup> Важным вынуждающим фактором формирования госпитализма является отсутствие дееспособной системы социальной поддержки граждан, страдающих хроническими инвалидизирующими заболеваниями. И всё же, в приведённой диаграмме отчётливо видна наиболее неблагоприятная связь между длительностью госпитализаций пациентов в ПБ и непродолжительностью их пребывания за её пределами по Второму району. Представляется вполне очевидным вывод о том, что вопреки внешне благополучным показателям официальной статистики, преемственность лечения между отделениями ПБ, обслуживающим Второй район, и ПНД Второго района, налажена плохо. Создаётся впечатление, что ПНД Второго района увлечён работой с непсихотическими пациентами, в то время как для тяжёлых

1 Понятие "госпитализм" (применительно к детскому госпитализму) в 1945 г. ввёл австро-американский психоаналитик R.A. Spitz (Spitz, R.A. Hospitalism – an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. Psychoanalytic Study of the Child, 1945, 1, 53-74.). Феноменологически близкой является "выученная беспомощность" (learned helplessness) (Seligman M., 1967; Langer E.J., Rodin J., 1976), которая вырабатывается в случаях, когда субъект убеждается, что ситуация совершенно не зависит от предпринимаемых им усилий её изменить. Обучение беспомощности считается успешным, если через некоторое время человек пассивно покоряется судьбе и вообще не пытается искать выхода из затруднительных ситуаций.

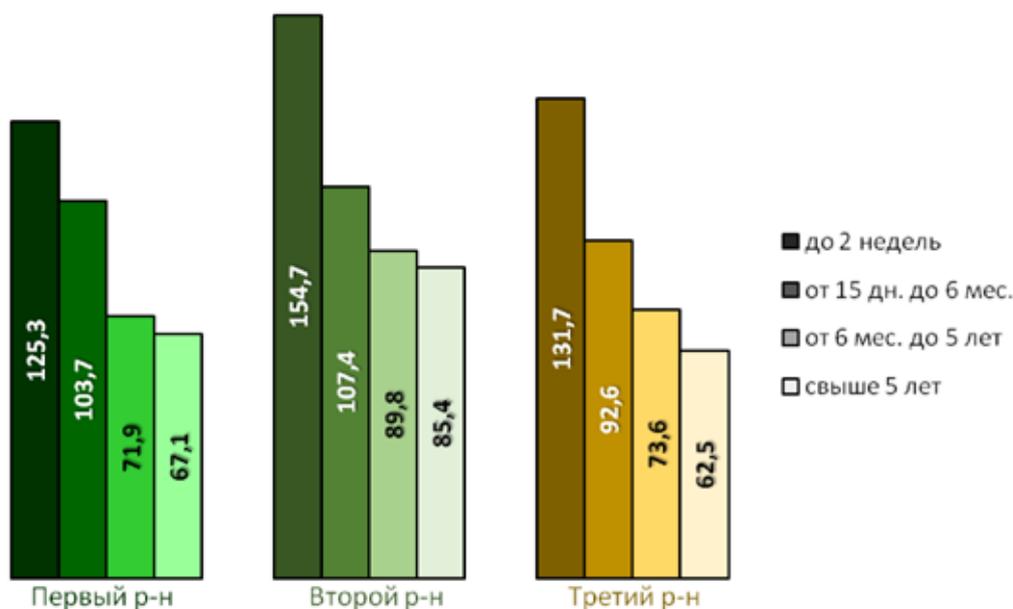


Рис. 7. Средняя длительность лечения больных, повторно поступавших в ПБ из РО (в койко-днях) и продолжительность пребывания их за её пределами

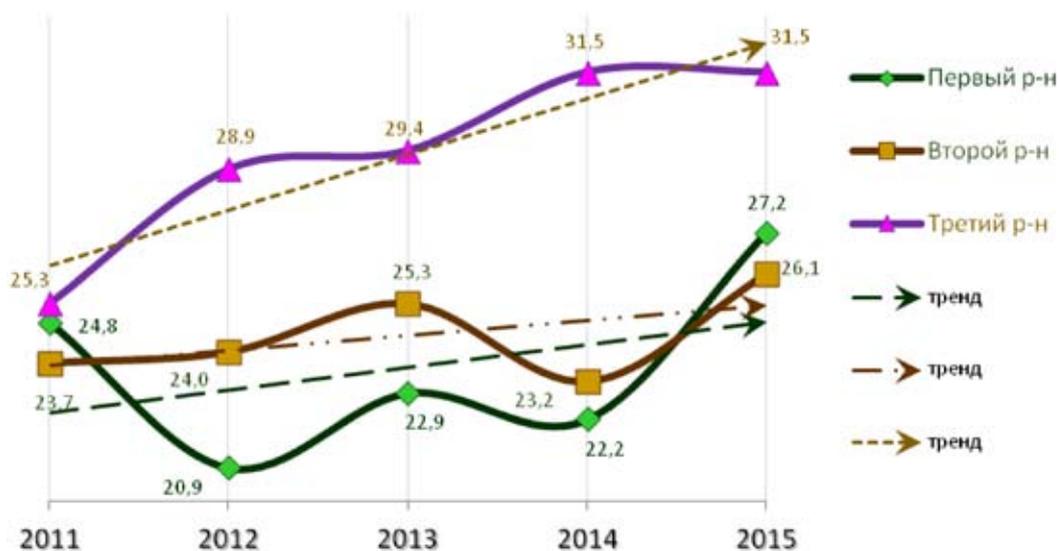


Рис. 8. Регоспитализации в ПБ Св. Николая Чудотворца (% от числа поступлений) без учёта госпитализаций в предыдущие годы

пациентов больница работает по принципу “вращающихся дверей”<sup>2</sup>. Больница берёт на себя задачи решения социальных проблем пациентов, которые должен был бы выполнять ПНД, но в итоге, за счёт формирования госпитализма, она способствует ухудшению прогноза имеющих заболевания. Отсутствие надлежащей преемственности формирует порочный замкнутый круг.

Средняя длительность пребывания больных в психиатрических стационарах РФ в 2011-2012 гг. составляла 76,7-74,5 дней (Букреева Н.Д., 2014). В диаграммах на рис. 7 следует обратить внимание на то, что о ремиссиях после выписки из ПБ по-настоящему можно было говорить только в тех случаях, когда средний койко-день примерно соответствовал этому уровню. Средний койко-день больных, повторно поступавших из Второго района, в сравнении с другими РО был существенно выше.

2 Термин “вращающиеся двери” был предложен немецким психиатром W. Auch (1963) для обозначения некоторых причин регоспитализации психически больных. Негативным аспектом “вращающихся дверей” является развитие у данной категории пациентов чувства фатальности и капитуляции перед заболеванием.

Экстенсивный показатель повторных поступлений в психиатрические стационары в нашей стране принято рассчитывать путём вычисления их удельного веса в структуре поступлений в календарном году, без учёта госпитализаций в предыдущие годы. К примеру, пациент, выписанный 31 декабря и повторно госпитализированный 1 января, по этому принципу оценки считается впервые поступившим. В среднем по всем регионам страны рассчитанный таким образом показатель повторных поступлений составляет 21-22% (Букреева Н.Д., 2014; Гурович И.Я., 2014). Указанным образом были рассчитаны показатели повторных поступлений больных в ПБ Св. Николая Чудотворца из РО (рис. 8). По всем РО за последние годы прослеживается тенденция к росту данного показателя, с превышением средней цифры по РФ.

Методика вычисления показателя повторных поступлений в изолированных календарными датами пределах не позволяет оценить их реальный объём и длительность предшествующих ремиссий. Из такого анализа выпадает примерно половина регоспитализаций в пределах 6 мес., а регоспитализации после ремиссий длительностью более года в него не попадают вовсе. Диаграмма на рис. 9 иллюстрирует, что в действительности повторных поступлений примерно в 2 раза больше, чем в формальной статистике. Искусственный подход к оценке явления препятствует его всестороннему изучению. Поэтому при остальных расчётах мы анализировали события повторных поступлений относительно временных параметров жизни пациентов.



Рис. 9. Статистика регоспитализаций в ПБ в % от числа поступлений в 2015 г.

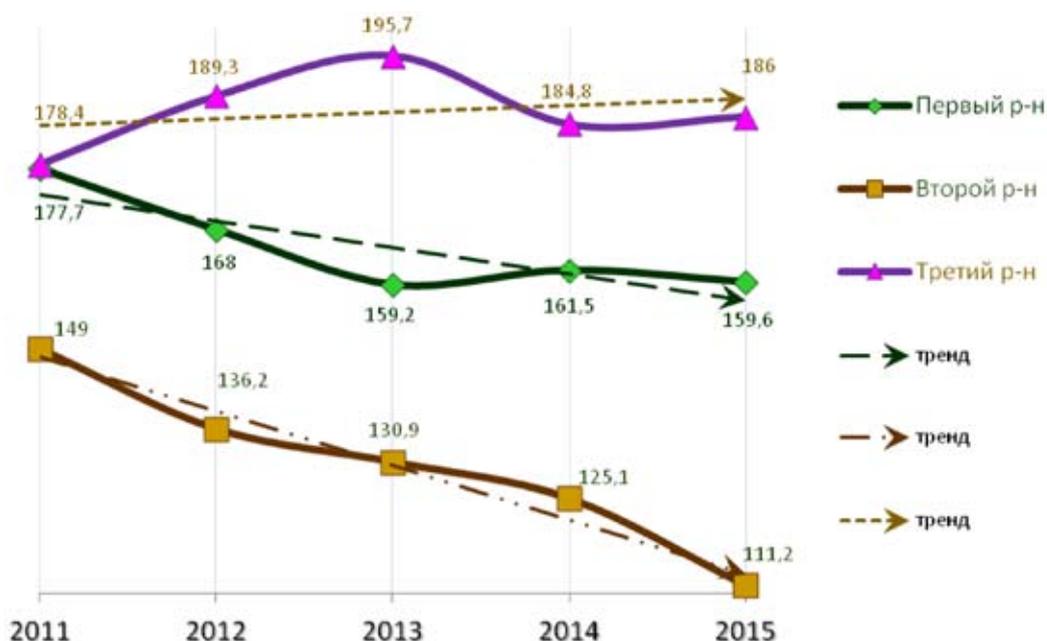


Рис. 10. Число регоспитализаций в ПБ в связи с обострениями на 100 тыс. населения района

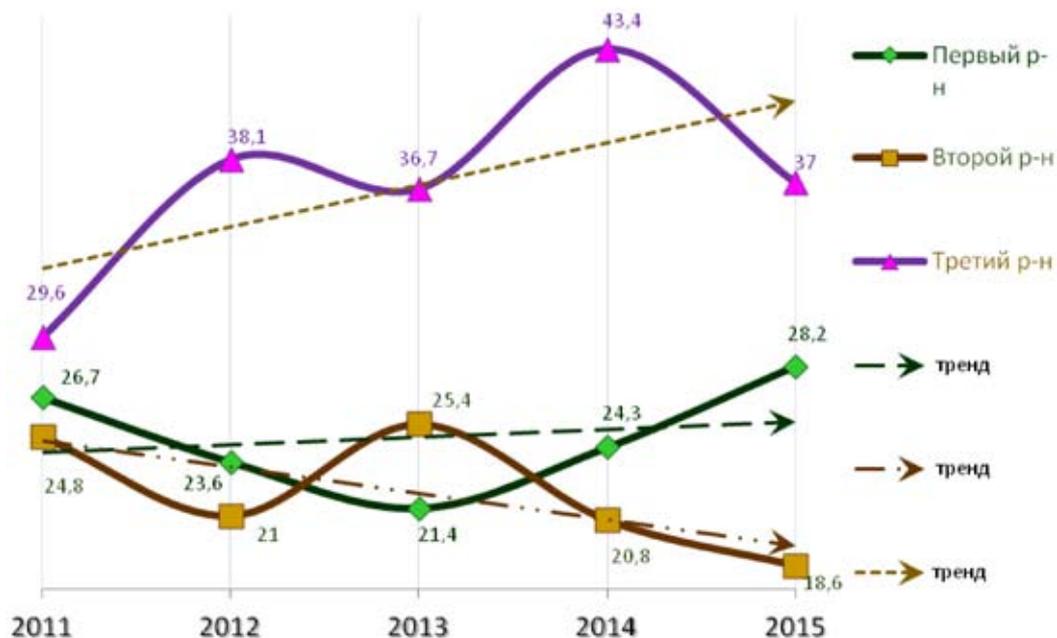


Рис. 11. Число регоспитализаций в течение месяца после выписки на 100 тыс. населения района

Данных об уровнях повторных поступлений в расчёте на численность населения страны или региона в доступной литературе нам обнаружить не удалось. На первый взгляд, в течение анализируемого периода в Первом и, особенно, во Втором районах положение психически больных улучшается: их лучше лечат, обострения заболеваний развиваются всё реже и реже (рис. 10). И только в Третьем районе обнаруживается самый высокий уровень регоспитализаций, с трендом их роста.

Соотношение уровней госпитализаций и регоспитализаций в каждом РО ежегодно составляет примерно 7:4 – т.е., две трети всех поступлений в одну только нашу ПБ. Однако эта цифра включает повторные поступления в разные сроки после выписки из стационара – от нескольких дней до многих месяцев. Естественно, более всесторонний анализ обеспечения преемственности между стационарным и амбулаторным звеньями оказания психиатрической помощи, без оценки ремиссий, на основе оценки одних только общих показателей невозможен. Поэтому при управлении больничной электронной базой данных мы использовали временные интервалы между поступлениями пациентов. Ремиссиями заболеваний условно (с учётом возможного купирования обострений у определённой части больных в амбулаторных условиях или в других психиатрических стационарах) считались интервалы времени между госпитализациями от 6 мес. и более.<sup>3</sup>

Выяснилось, что значительная часть пациентов повторно поступает в ПБ в течение ближайшего месяца после выписки (рис. 11). Особенно плачевно положение дел в Третьем районе: показатель интенсивности регоспитализаций в короткие сроки увеличивается и в последние два года уже достигает 37-43%. Хотя предыдущие аналитические выкладки показали плохое взаимодействие между отделениями ПБ, обслуживаемыми Вторым районом, с врачами соответствующего ПНД, этот район оказался единственным, где происходит постепенный спад. Для окончательных выводов необходим детальный интегрированный анализ корректных учётных данных по ПБ и по диспансерам РО. Вместе с тем, допустима осторожная предварительная гипотеза насчёт сравнительно более качественной работы больничных отделений, обслуживаемых Вторым районом, и наименее качественного обеспечения преемственности в работе ПНД Третьего района.

3 Благодаря разработкам группы специалистов под руководством N.C. Andreasen (2005) был выработан международный консенсус, включающий симптоматическую стабильность в течение 6 мес. и более в число критериев ремиссии шизофрении. Де-факто этот временной интервал стал впоследствии использоваться в ряде научных публикаций и при оценках течения иных психических расстройств.

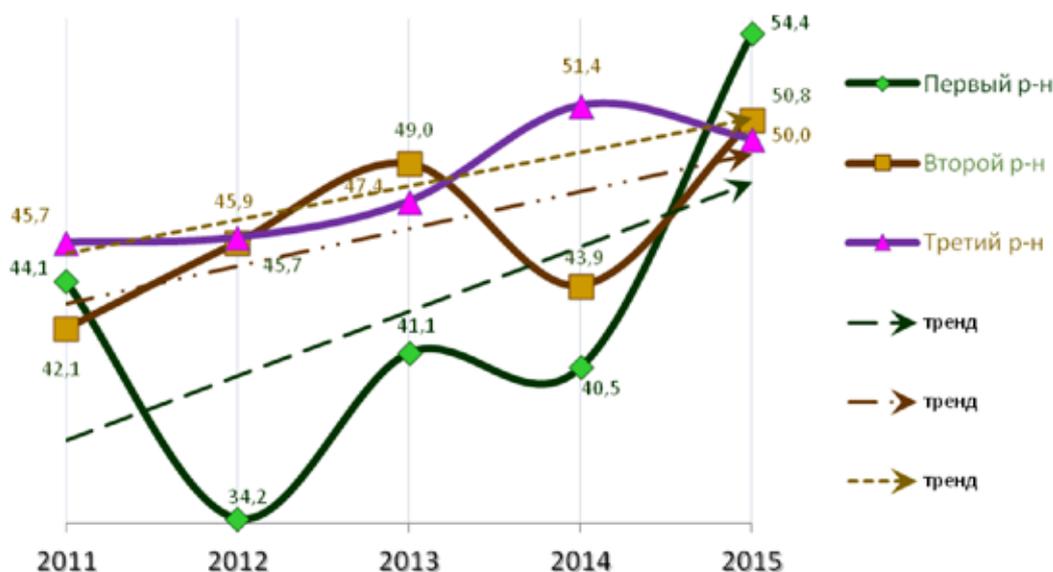


Рис. 12. Удельный вес повторных поступлений в течение 6 мес. после выписки (без ремиссий) в структуре всех регоспитализаций из РО (%)



Рис. 13. Удельный вес повторных поступлений после ремиссий (от 6 мес. до 5 лет) в структуре всех регоспитализаций из РО (%)

Диаграмма на рис. 12 иллюстрирует удручающий общий тренд стирания различий между РО в отношении безремиссионного течения психических заболеваний. Повсюду наблюдается неуклонный рост числа повторных поступлений в пределах 6 мес. после выписки. За последние 5 лет их удельный вес возрос почти на 10% и в 2015 г. составил не менее половины всех госпитализаций. Соответственно, уменьшается и становится почти одинаковым (41-43) процент поступлений после ремиссий свыше 6 мес. (рис. 13).

Было бы глубоким заблуждением винить в отсутствии преимущества одну только амбулаторную службу. Как уже говорилось, на самом деле искажённое взаимодействие между ПБ и ПНД обусловлено негативными взаимоиндуцирующими влияниями; речь идёт о формировании порочных кругов. Цифровые данные, представленные на рис. 14, демонстрируют те же самые тенденции в работе больничных отделений, которые характеризуют ситуацию в работе районных ПНД. По

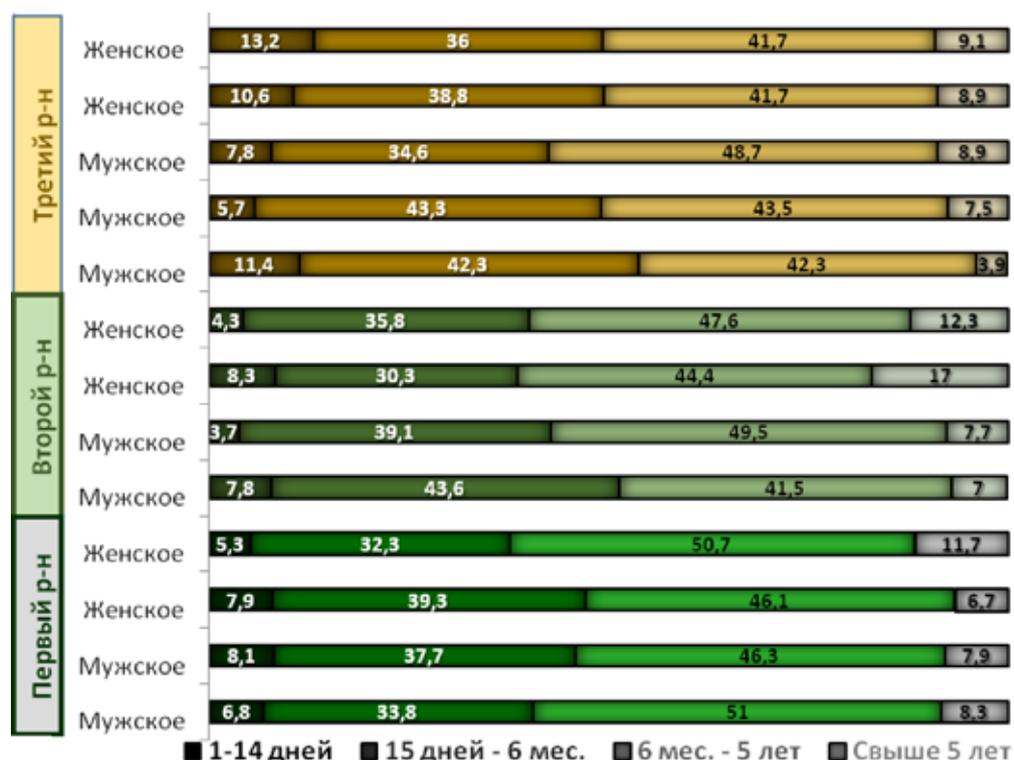


Рис. 14. Распределение всех регоспитализаций в ПБ по интервалам времени после выписки из отделений (%)

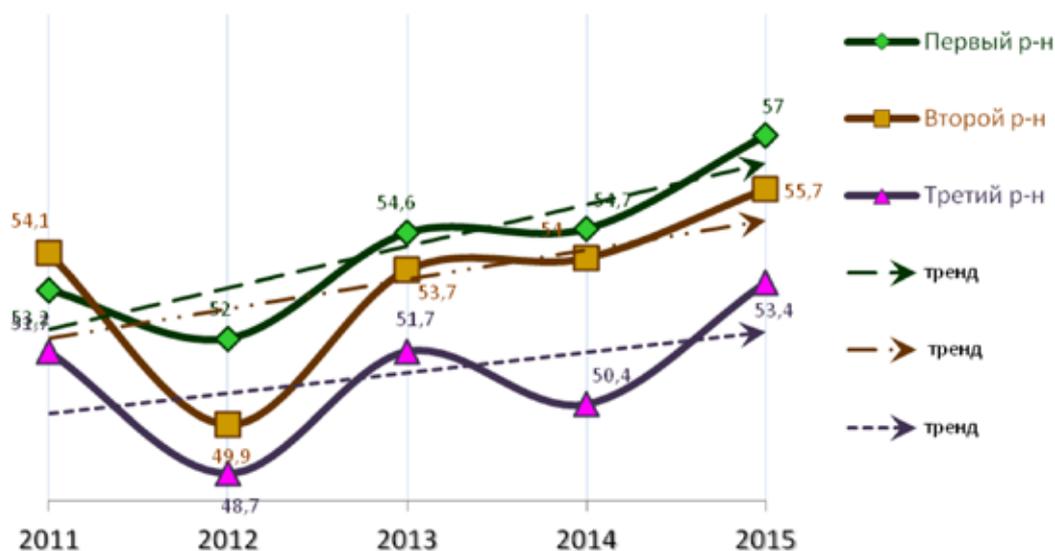


Рис. 15. Процент направлений больных из РО на регоспитализацию бригадами скорой помощи среди всех источников направления

сравнению с другими, самыми успешными можно считать отделения ПБ, обслуживающие Первый район, наименее успешными – отделения, обслуживающие Третий район. Таким образом, существующая модель бюрократического разобщения стационарного и амбулаторного звеньев психиатрической помощи безнадежно устарела. Нужен иной, жизнеспособный интегрирующий механизм.

При надлежащем контакте участкового психиатра с больными своего района, при качественном мониторинге их состояния основным источником направления на повторные госпитализации в случае наступивших обострений болезни, бесспорно, должен быть диспансер. Однако более чем в половине случаев в случае ухудшения самочувствия пациенты и их родственники почему-то избегают обращения к врачу ПНД и вместо этого вызывают бригаду скорой помощи (рис. 15).

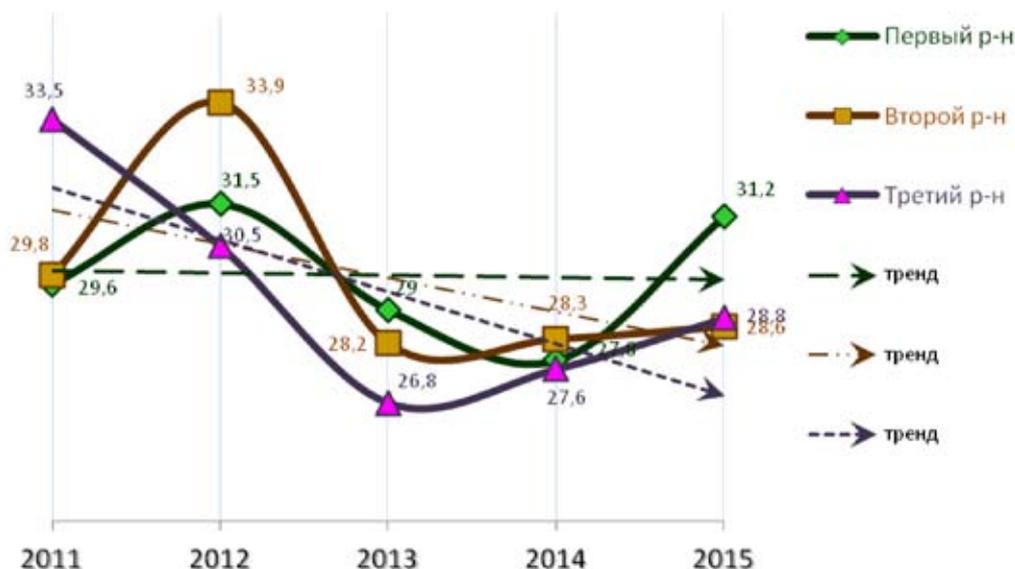


Рис. 16. Частота направлений больных из РО на регоспитализацию врачами ПНД среди всех источников направления

На следующей диаграмме (рис. 16) мы видим, что во всех РО, за исключением первого, удельный вес повторных поступлений, произошедших по направлениям врачей ПНД, оставался невысоким с тенденцией к дальнейшему снижению и составлял лишь треть от общего числа направлений. Эти цифры могут указывать на ухудшении ситуации со своевременным выявлением врачами ПНД признаков надвигающегося обострения у длительно болеющих пациентов, а возможно, и о фактической утрате с ними надлежащей связи.

**Обсуждение и выводы.** Нет сомнений в том, что продемонстрированные различия в обеспечении преемственности лечения между стационарным и амбулаторным звеньями психиатрической службы могут обуславливаться различиями в социально-демографическом составе населения районов обслуживания и разной степенью поддержки районных ПНД муниципальными властями. Конечно, нельзя полностью исключить роль человеческого фактора, с теми или иными просчётами в управлении диспансерами и конкретными больничными отделениями со стороны руководства учреждений. Однако, как уже было сказано выше, мы не ставили перед собою цель выявления причин в недостатках организации психиатрической помощи. На данном этапе гораздо важнее было разобраться в общих тенденциях развития ситуации. Увы, эти тенденции оказались весьма неутешительными.

Важно, чтобы окончательная стабилизация состояния выписанных из больницы пациентов происходила в дневном стационаре ПНД. Только такая методология работы способна обеспечивать формирование более полноценных ремиссий, создавать благоприятные предпосылки для полноценного возвращения больных в социальную среду и для передачи их под патронаж участковых психиатров. Однако дневные стационары ПНД должны активно функционировать не только в качестве промежуточного звена между стационаром и амбулаторией, но и в обратном направлении движения пациентов – в качестве “реле-регулятора” госпитализаций, особенно на стадии начинающихся обострений (рис. 17). В силу административного разобщения учреждений организовать слаженную работу ПБ и ПНД посредством одной только декларации благих намерений не представляется возможным. Бригадные формы оказания психиатрической помощи, преимуществам которых уделяется много внимания в публикациях последних лет, должны функционировать не отдельно в больницах и в ПНД, а совместно, под единым управлением, на единой организационной и методологической основе.



Рис. 17. Как отладить механизм?



Рис. 18. Как обеспечить интеграцию?

Модель организации психиатрической помощи с бюрократическим разделением стационарных и амбулаторных учреждений давно себя изжила, поскольку она не в состоянии позитивно влиять на судьбы больных и неэффективно использует материальные ресурсы. Наверное, были бы более перспективны территориальные центры наподобие ГПБ №6 и ГПНД №7, объединяющие амбулаторное, полустационарное и стационарное звенья, способные наладить эффективное взаимодействие с местными органами власти и реальную социальную реабилитацию больных хроническими психическими расстройствами. В рамках единой системы оказания психиатрической помощи, под руководством главного психиатра города, должны функционировать и учреждения социальной защиты – в частности, психоневрологические интернаты и центры социальной реабилитации. В современных условиях психиатрическая служба должна, по-видимому, иметь собственный штат адвокатов, которые защищали бы и интересы конкретных пациентов, и интересы психиатрических учреждений (рис. 18). Реформа психиатрической помощи в таком виде в гораздо большей степени отвечала бы и гуманитарным, и экономическим интересам общества. Однако обеспечить интеграцию перечисленных звеньев механическим способом не получится. Прежде всего, потому, что ПБ финансируются из городского бюджета (по остаточному принципу), районные ПНД – из бюджетов соответствующих муниципальных образований (оказываясь в более выгодном положении). Объединение ценой очередного урезания и без того скудного финансирования только усугубит ситуацию.

Длительные госпитализации и повторные поступления – две стороны одной медали. При изолированном друг от друга рассмотрении деятельность психиатрической службы эти показатели освещают недостаточно. В каждом из них скрыт элемент искусственности. Сверхчастые повторные поступления производят впечатление мнимого успешного оборота койки; длительные госпитализации мнимо благоприятно сказываются на уровне повторных поступлений. Но ни один из этих показателей не раскрывает результативность службы. Мы предлагаем внедрение интегративного показателя числа дней, проведенных лечившимися больными в течение года в стационаре и за его пределами. Он позволит выделять целевые группы пациентов, дифференцировать роль морбидных, ятрогенных (в т.ч., фармакогенных) и социогенных факторов среди причин длительных (или частых) госпитализаций, точнее оценивать результаты работы стационара и амбулатории, эффективнее управлять лечебно-диагностическим процессом.

**Выводы:**

- Действующая в Санкт-Петербурге модель организации психиатрической помощи плохо соответствует интересам пациентов.
- Амбулаторное и стационарное звенья с каждым годом всё более разобщаются; обеспечение преемственности лечения деградирует.

- Формальные статистические показатели работы психиатрических учреждений малоинформативны.
- Для подготовки и принятия продуманных организационных решений необходимы:
- внедрение новых информационных технологий во всех психиатрических учреждениях города;
- объективное сопоставление эффективности и рентабельности разных организационных моделей (в частности, с ГПБ №6, ГПНД №7, где стационарное и амбулаторное звенья уже много лет функционируют в объединённом варианте);
- новая политика финансирования психиатрической службы.

**Литература:**

1. Букреева Н.Д. Современное состояние и перспективы развития психиатрической службы Российской Федерации // Психическое здоровье. 2014. № 9. – С. 3-10.
2. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 22, № 4. С. 5-9.
3. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Николаева Т.А. и др. Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2013-2015 годах // Психическое здоровье, 2016; 7: 3-22.
4. Якобий П.И. Основы административной психиатрии. Орёл: Типография Губернского Правления. 1900. 691 с.

М.А. Соляник<sup>1,2</sup>, М.А. Пошибайлов<sup>1</sup>

## АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ДЛИТЕЛЬНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ И БЫСТРЫХ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

<sup>1</sup>Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца,

<sup>2</sup>Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург

**Введение.** В течение последнего десятилетия совершенствование психиатрической службы остается актуальной задачей здравоохранения. Основными тенденциями в процессе оптимизации являются сокращение стационарных коек и смещение акцента на развитие амбулаторной помощи и психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Однако процессы модернизации тормозятся явно недостаточным развитием внебольничных форм помощи с одной стороны, а с другой – широким использованием стационарных коек в психиатрических больницах пациентами, нуждающимися в социальной помощи. Серьезной проблемой остается и отсутствие эффективного взаимодействия стационаров с учреждениями социального обеспечения. Кроме того, условия пребывания пациентов в психиатрических стационарах не соответствует многим санитарно-гигиеническим требованиям, при том что средняя длительность лечения в психиатрическом стационаре остается высокой, около 20% пациентов находятся в стационаре более года и более 30% пациентов повторно госпитализируются в течение года (Лиманкин О.В., 2015., Гурович И.Я., 2015). Хорошо известно, что длительные и частые госпитализации способствуют ухудшению социальной адаптации, утрате социальных связей, развитием госпитализма, неблагоприятным течением сопутствующей соматической патологии. При этом длительное пребывание пациентов в психиатрических стационарах и быстрые регоспитализации нередко связывают с неудовлетворительным качеством стационарного лечения. С тем, чтобы иметь возможность оценить качество оказываемой стационарной помощи этим группам пациентов, необходимо иметь ясное представление о том, какие конкретно контингенты пациентов составляют эту группу, в какой помощи нуждаются и какую помощь в настоящее время получают.

**Задачей** проведенного исследования являлся детальный анализ всех случаев пребывания пациентов в стационаре более 180 дней и случаи повторных госпитализаций, происходящих в течение месяца после выписки. Минимальный период регоспитализации был выбран в связи с предположением, что такой быстрый возврат в больницу может быть результатом неудовлетворительного лечения в условиях стационара.

**Материалы и методы.** С использованием электронной базы данных внутрибольничной сети «МИС Авиценна» были получены сведения о пациентах, находившихся на стационарном лечении в СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца» на определенный день 2016 года более 180 дней или были повторно госпитализированы в течение одного месяца после предыдущей выписки. В работе не учитывались данные пациентов, находящихся на принудительном лечении, а также случаи регоспитализаций, происшедшие в связи с обратным переводом пациентов из соматических стационаров. С целью стандартизированного учета демографических, клинических и социальных характеристик использовались специально разработанные регистрационные карты в дополнение к клинко-психопатологическому методу обследования. Статистические расчеты проводились с помощью табличного процессора Microsoft Excel.

**Результаты.** На определенную дату на общих основаниях в стационаре проходили лечение 722 пациента, из них 241 пациент (33,4%) находились в больнице более 6 месяцев и 29 пациентов (4%) были вновь госпитализированы в течение месяца после предыдущей выписки.

В ходе проведенного анализа длительно госпитализированные пациенты были разделены на группы пациентов, находящихся преимущественно по социальным или преимущественно по клиническим показаниям.

Было установлено, что более 6 месяцев в стационаре по социальным показаниям находились 173 пациента (23,9% от всех госпитализированных пациентов и 71,8% от всех, длительно находящихся на лечении). В этой подгруппе преобладали мужчины – 109 пациентов (63%). На рис. 1 видно, что большинство в этой группе – 96 пациентов (55%) имеют диагнозы деменции (рубрики F00, F01, F02



*Рис. 1. Распределение по диагнозам пациентов находящихся на стационарном лечении более 6 мес. по преимущественно социальным показаниям*

по МКБ-10). В этих случаях симптоматика определялась глубоким интеллектуально-мнестическим снижением, приводящим к выраженной социальной дезадаптации до степени беспомощности в быту. У некоторых пациентов на этом фоне отмечалась бессонница, редкие эпизоды психомоторного беспокойства, вызванного, чаще всего, декомпенсацией соматических заболеваний. Как видно в таблице 1 только около 50% пациентов получали в качестве терапии противодементные препараты. Многие пациенты в этой группе не нуждались в систематической психофармакологической терапии. Все пациенты с деменциями не были способны к самостоятельному проживанию и требовали ухода в связи с утратой навыков самообслуживания, в некоторых случаях до неспособности соблюдения личной гигиены.

Все 46 пациентов (27%) с диагнозом шизофрении, находящиеся в стационаре по социальным показаниям, представляли собой группу пациентов с выраженными негативными нарушениями как в эмоционально-волевой, так и в когнитивной сферах. Во всех случаях отсутствовали, как минимум, в течение 6 месяцев обострения продуктивной психопатологической симптоматики, а если и сохранялись резидуальные психотические симптомы, то они никогда не являлись причиной пребывания пациента в больнице. Грубая социальная дезадаптация была вызвана утратой побуждений к деятельности, инициативы и интересов, утратой способности обслуживать себя в быту. Выраженность дефицитных расстройств, во время предыдущих выписок, приводила к тому, что некоторые пациенты становились жертвой мошенников или создавали опасные ситуации как для себя, так и для окружающих: заливали водой соседей, поджигали квартиры, бродяжничали, оказывались неспособными правильно распорядиться пенсией, в результате чего голодали и т.д.

Третью группу составил 31 пациент (18%) с диагнозами умственной отсталости легкой, умеренной и тяжелой степени и пациенты с различными «Органическими психическими расстройствами» – группа «Другие диагнозы». У этих пациентов на первом плане выявлялись или выраженности в разной степени интеллектуально-мнестический дефицит или поведенческие нарушения, чаще по типу лобной дисфункции, на фоне сформированного психоорганического синдрома.

Несмотря на различия в структуре дефицитарных нарушений, обусловленной различными нозологическими формами, в табл. 1 видно, что большинство пациентов во всех трех нозологических подгруппах характеризовались утратой социальных связей, являлись недееспособными и были неспособны к самостоятельному проживанию. Большинство поступали в больницу по клиническим показаниям, но в дальнейшем их пребывание в больнице определялось социальными причинами. Однако, 33 пациента госпитализировались в стационар преимущественно в связи с социальными причинами и чаще всего переводом из многопрофильных больниц. При этом, более 90% пациентов получали терапию по поводу соматической патологии, чаще сердечно-сосудистых заболеваний. Фактически эти пациенты, помимо помощи в быту и ухода, чаще нуждались в наблюдении терапевта, а не психиатра.

Таблица 1

*Некоторые характеристики пациентов находящиеся на стационарном лечении более 6 месяцев по социальным показаниям*

Характеристики	Деменция	Шизофрения	Другие диагнозы	Всего
Поступившие по клиническим показаниям	72 (75%)	42 (91,3%)	26 (83,8%)	140 (80,9%)
Одинокие или никем не навещаются	67 (69,7%)	30 (65,2%)	19 (61,2%)	108 (62,4%)
Недееспособные и дееспособные, но утратившие способность к самостоятельному проживанию	96 (100%)	33 (71,7%)	22 (70,9)	151 (87,2%)
Получающие систематическую психофармакотерапию, в т.ч. противодementную	47 (48,9%)	46 (100%)	27 (87,0)	120 (69,3%)
Получающие терапию по поводу соматической патологии	93 (96,8%)	41 (89,1%)	25 (80,6%)	159 (91,9%)
Признаки госпитализма	-	9 (19,5 %)	7 (22,5%)	16 (9,2%)
Итого	96	46	31	173

Обращает на себя внимание тот факт, что большинство пациентов, длительно находящихся в стационаре по социальным показаниям, в большинстве своем являются людьми пожилыми и требуют обеспечения специализированного комплексного подхода для обеспечения качественного ухода, который психиатрическая больница обеспечить не может. При этом, поскольку такие пациенты задерживаются в больнице надолго, пребывание их в существующих условиях может негативно отразиться на их физическом и психическом здоровье, способствуя усугублению социальной дезадаптации.

Среди всех пациентов, находящихся длительно в стационаре по социальным показаниям, 16 (9,2%) имели признаки выраженного «дефектного» госпитализма, который также препятствовал в ряде случаев решению социальных вопросов. Это были преимущественно пациенты с резидуальной шизофренией, органическими психическими расстройствами или задержкой умственного развития. Они считали, что им лучше оставаться в больнице, так как не желали для себя никаких перемен, в связи с чем отказывались от перевода в психоневрологические интернаты или выписки, не проявляли никакой заинтересованности в решении социальных вопросов.

На рис. 2 видно, что большинство пациентов (61,3%) ожидали предоставления им места в стационарных учреждениях социального обслуживания или оформления документов для такого перевода. Средний койко-день у этих пациентов составил 615,9. Длительные сроки пребывания в стационаре пациентов из этой подгруппы, в некоторых случаях достигавшие более 1000 дней, связаны не только с длительным периодом ожидания очереди. Так, часть пациентов из этой группы ранее отказывались от перевода в интернат, поэтому оформление документов для перевода начи-



Рис. 2. Причины длительного пребывания пациентов в стационаре по социальным показаниям.

налось спустя значительное время после госпитализации. В некоторых случаях социальная служба больницы и лечащие врачи сталкивались с серьезными трудностями при оформлении требуемых для перевода документов. При этом, нередко, что родственники пациентов, если даже и навещали пациентов, длительное время не предоставляли необходимые для оформления в интернаты документы. В ряде случаев на восстановление необходимых документов социальной службой больницы затрачивалось несколько месяцев. Другая часть пациентов повторно оформлялась для перевода после того, как им уже было отказано в проживании в интернате. Основаниями для таких отказов являлись нестабильное психическое состояние, наличие в анамнезе хронического алкоголизма или такая сопутствующая патология, как ВИЧ, онкологические заболевания или нестабильное соматическое состояние, чаще связанное с сердечно-сосудистой патологией.

Большинство пациентов в этой группе утратили способность к самостоятельному проживанию, и только 15 пациентов в этой подгруппе вынуждены были ожидать очереди в интернат, так как утратили жилье и социальные связи.

33 пациента (19,0%) находились в стационаре по социальным показаниям, но отказывались от проживания в ПНИ. Большинство из них находится в больнице по решению суда, в недобровольном порядке и были признаны решением суда недееспособными. Средний койко-день у этих пациентов составил 1204,4. Один из них прожил в больнице уже 4760 дня к моменту исследования. Выписать этих пациентов не представлялось возможным в связи с их неспособностью к самостоятельному проживанию или в связи с отсутствием жилья. Решение вопроса о переводе этой группы пациентов в интернаты будет возможно только после законодательного урегулирования процедуры заселения недееспособных пациентов в учреждения социального обеспечения.

У 24 пациентов (13,8 %) выписка была возможна в будущем, но в период исследования не могла быть осуществлена. В большинстве случаев пациенты этой подгруппы находились на разных этапах ожидания восстановления каких-либо документов социальной службой больницы с целью последующего определения группы инвалидности и назначения или восстановления социального пособия. В том числе было выявлено несколько случаев, когда одинокие пациенты не были способны оплатить пошлину за восстановление паспорта, поскольку не имели средств к существованию и не получали социального пособия, для оформления которого необходим был как раз паспорт. После безуспешных попыток разыскать родственников этих пациентов, сотрудники отделения сами оплачивали государственную пошлину. В других случаях выписка затягивалась в связи с необязательностью родственников пациентов. В этих случаях, родственники, как правило, неоднократно обещали забрать пациента, но выписка вновь и вновь откладывалась, так как в назначенные сроки родственники обязательств не выполняли. Двое пациентов в этой подгруппе ожидали восстановления дееспособности. Средний койко-день в этой подгруппе составил 397,4 дня.

10 пациентов (5,7%) длительно находящихся в больнице не могли быть выписаны в связи с различными нерешаемыми проблемами. Например, к этой подгруппе были отнесены пациенты выписка которых была невозможна в связи с их неспособностью к автономному проживанию и отсутствием жилья, но перевод их из больницы не мог быть осуществлен в связи с неразрешимыми трудностями, связанными с восстановлением необходимых документов. Например, пациенты, которые еще до 1991 года были лицами без определенного места жительства и не имели ни регистрации, ни паспорта или пациенты без определенного места жительства и без документов из ближнего зарубежья, не способные по своему психическому состоянию дать о себе достаточно сведений для осуществления их перевода для лечения и социального обеспечения в государстве, гражданами которого они являются. Средний койко-день у этой группы составил 2508,3. Один из пациентов из этой подгруппы пробыл в больнице уже 4608 дней.

Таким образом, наиболее частой причиной длительного пребывания пациентов в стационаре по социальным показаниям являлось ожидание перевода в стационарные учреждения социального обеспечения. Зачастую ожидание затягивалось на значительные сроки, что свидетельствует о недостаточном количестве учреждений социального назначения и о высокой степени бюрократизации процесса оформления необходимых документов.



Рис. 3. Распределение по диагнозам, пациентов с длительными госпитализациями преимущественно по клиническим показаниям.

По клиническим показаниям в стационаре на указанную дату более 180 дней находились 68 пациентов (9,4%), среди них 38 мужчин и 30 женщин. На рис. 3 видно, что более 50% пациентов этой группы имели диагноз расстройств шизофренического спектра (F20, F23, F25). 17 пациентов имели диагнозы других психических расстройств вследствие повреждения головного мозга и органического расстройства личности (F06 и F07). По клиническим показаниям на лечении находилось 6 пациентов с деменциями (F00, F01 и F02), 4 пациента с биполярным аффективным расстройством и 3 пациента с умственной отсталостью. Некоторые клинические характеристики этой группы пациентов приведены в табл. 2.

Резистентной к терапии симптоматикой, которая и определяла длительное пребывание в стационаре пациентов с шизофренией являлись парафренические состояния, а также импульсивные действия и другие кататонические расстройства. Среди пациентов с психотическими состояниями органического генеза наиболее часто резистентной симптоматикой оказывались вербальный галлюциноз и обусловленное галлюцинациями опасное поведение. У некоторых пациентов с другими органическими расстройствами, а также у пациентов с деменцией и умственной отсталостью резистентными к терапии были частые дисфории и выраженные нарушения поведения, сопровождаемые импульсивными действиями. Также в этой группе были пациенты с тяжелыми формами эпилепсии с частыми генерализованными и парциальными пароксизмами, в том числе в форме психических эквивалентов. У пациентов с шизоаффективным и биполярным расстройствами диагностировались либо затянувшиеся аффективные и аффективно-бредовые приступы, либо отмечался континуальный тип течения, что и приводило к затягиванию госпитализаций.

Таблица 2

Некоторые клинические характеристики пациентов длительно находящихся в стационаре в связи с малокурабельными психическими расстройствами

Характеристики	F20, F23, F25	F06, F07	F00, F01 и F02	F31	F71, F72
Средняя продолжительность заболевания в годах (min-max)	24,6 (7-38)	8,3 (3-19)	4,1 (2-7)	13,2 (6-34)	35,3 (21-37)
Среднее количество предыдущих госпитализаций (min-max)	14,5 (4-27)	6,7 (2-12)	2,3 (2-5)	12,8 (4-18)	13,3 (6-23)
Средняя длительность предыдущей ремиссии в днях (min-max)	105,8 (5-514)	145,4 (3-487)	91,6 (18-210)	317,5 (49-712)	372,6 (61-389)
Средняя длительность предыдущей госпитализации в днях (min-max)	207,9 (19-636)	168,2 (42-596)	108,1 (24-193)	86 (38-275)	260,6 (9-401)

Кроме случаев с тяжелыми, резистентными к психофармакотерапии состояниями, в этой группе было выявлено 18 пациентов, которые не имели собственно признаков резистентности. Среди них 14 пациентов имели диагноз шизофрении, 2 пациента страдали другими органическими психическими расстройствами, у 1 пациента было диагностировано шизоаффективное расстройство и еще у 1 пациента – биполярное аффективное расстройство. К моменту проведения исследования острая симптоматика у всех пациентов уже была купирована и все они хотя бы один раз ходили в лечебные отпуска, где отмечалось ухудшение состояния. Все пациенты находились на этапе стабилизации фармакологической ремиссии, когда сохранялись какие-либо резидуальные симптомы или определялись признаки реактивной лабильности. Однако сами пациенты считали результаты лечения на данный момент неудовлетворительными. Лечащие врачи тоже полагали, что этих пациентов еще рано выписывать, так как у них еще не было достигнуто «стабильное состояние», что по мнению, как врачей, так и пациентов, подтверждалось тем фактом, что в лечебных отпусках состояние у них ухудшалось. Такие ухудшения психического состояния, никогда не достигающие степени рецидива психоза, ограничивались повышением настороженности и подозрительности, тревожно-депрессивными реакциями, развитием идей отношения, малоценности и самоуничужения. Эти состояния рассматривались нами в рамках проявлений реактивной лабильности, возникающей при смене ставшего привычным охранительного больничного режима. Жизнь в обычных условиях для этих пациентов оказывалась стрессовым фактором. При исследовании социальных характеристик этих пациентов (табл. 3) мы не разделяли их на подгруппы в зависимости от нозологической принадлежности в связи с малочисленностью группы. 10 из них были одинокими людьми, а еще 8 имели с близкими конфликтные отношения с близкими. 14 человек проживали в неблагоприятных социально-бытовых условиях и 6 пациента злоупотребляли алкоголем.

Таблица 3

*Некоторые клиничко-социальные характеристики пациентов с ухудшениями состояния в лечебных отпусках*

Характеристики	№
Утратившие социальные связи	10 (55,6%)
Конфликтные отношения в семье	8 (44,4%)
Хорошие отношения в семье	-
Наличие нерабочей группы инвалидности	17 (94,4%)
Неблагоприятные социально-бытовые условия	14 (77,7%)
Злоупотребление алкоголем	6 (33,3%)

У пациентов в этой группе отмечается и короткая предыдущая ремиссия (табл. 4). Для этой группы пациентов более предпочтительной средой для жизни становилась уже больница, и многие из них с неохотой ходили в лечебные отпуска и не хотели выписываться.

Таким образом, ведущей причиной затягивания госпитализации у этих пациентов являлись проявления дезадаптации в домашних, но часто неблагоприятных социально-бытовых условиях при отсутствии социальной поддержки, что проявлялось развитием тревожно-депрессивных реакций и квазипсихотических эпизодов при нахождении в лечебных отпусках.

Таблица 4

*Некоторые клинические характеристики пациентов с ухудшениями состояния в лечебных отпусках.*

Характеристики	№
Средняя продолжительность заболевания в годах (min-max)	14,6 (6-23)
Среднее количество предыдущих госпитализаций (min-max)	12,8 (5-32)
Средняя длительность предыдущей ремиссии в днях (min-max)	43,2 (6-186)
Средняя длительность предыдущей госпитализации в днях (min-max)	218,5 (49-398)

Состояние патологической адаптации, которое развивается при длительных и частых госпитализациях, является основой формирования госпитализма. Из этого, однако, не следует, что этих

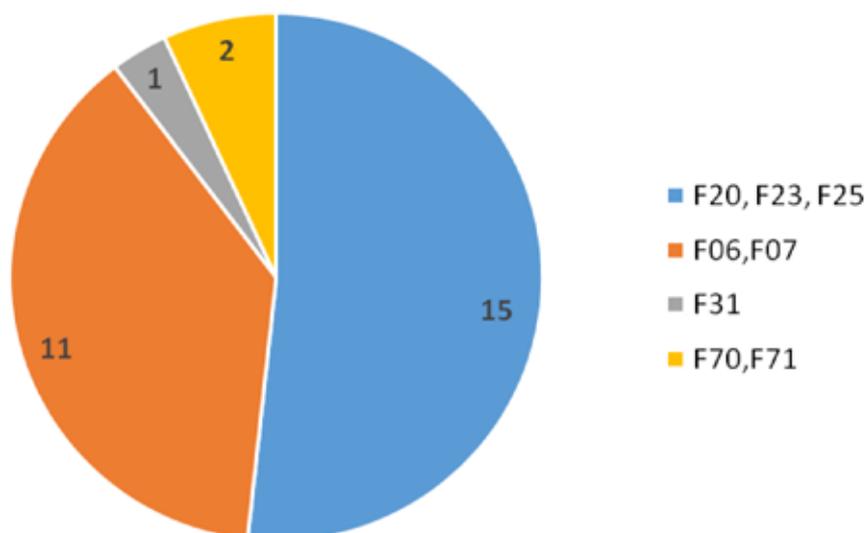


Рис. 4. Распределение по диагнозам пациентов с быстрыми регоспитализациями.

пациентов надо сразу выписывать, без предварительных лечебных отпусков. Выписка этих пациентов, при отсутствии социальной поддержки и реабилитационных мероприятий, направленных на ресоциализацию, скорее всего приведет к тому, что вскоре эти пациенты вновь окажутся в больнице. Этого же и обоснованно опасались лечащие врачи, однако продлевали пациентам госпитализацию с другой целью – добиться полной стабилизации ремиссии. Схожие клинико-социальные характеристики мы встретим и в группе пациентов с быстрыми регоспитализациями.

Таким образом, группа пациентов, находящихся в стационаре по клиническим показаниям более 180 дней, оказалась неоднородной не только по нозологической принадлежности и характеру резистентной симптоматики, но и по различным типам клинических показаний. Наряду с пациентами, страдающими собственно резистентными формами психозов, были выявлены пациенты, у которых отсутствие стабилизации состояния было в большей степени связано с проявлениями реактивной лабильности в форме коротких эпизодов тревоги, бессонницы, депрессии, идей отношения и самоуничтожения в ситуациях, когда пациенты оказывались вне стационара.

При анализе случаев с быстрыми повторными поступлениями было обнаружено, что на момент проведения исследования, в течение месяца были регоспитализированы 29 пациентов, среди них 21 мужчина и 8 женщин. Среди регоспитализированных преобладали пациенты с диагнозами расстройств шизофренического спектра -15 наблюдений. 11 пациентов имели диагнозы различных психических расстройств, вызванных органическим повреждением головного мозга. У одного пациента было диагностировано биполярное аффективное расстройство и еще 2 пациента с умственной отсталостью (рис. 4).

Таблица 5

Некоторые клинико-социальные характеристики пациентов с длительными госпитализациями

Характеристики	F20, F23, F25	F 06, F07	F31	F70, F71	Всего
Утратившие социальные связи	4 (26,6%)	3 (27,3%)	-	-	9 (31%)
Конфликтные отношения в семье	8 (53,3%)	6 (54,5%)	1 (100%)	2 (100%)	16 (55,1%)
Хорошие отношения в семье	3 (20%)	2 (18,1%)	-	-	4 (13,7%)
Наличие инвалидности нерабочей группы	14 (93,3%)	11 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	28 (96,5%)
Неблагоприятные социально-бытовые условия	14 (93,3%)	10 (90,9%)	1 (100%)	2 (100%)	27 (93,1%)
Злоупотребление алкоголем	8 (53,3%)	7 (63,6%)	1 (100%)	1(50%)	17 58,6%)

В табл. 5 и 6 представлены социальные и морбидные характеристики пациентов с быстрыми регоспитализациями. Вне зависимости от нозологической принадлежности, преобладали пациенты, имеющие инвалидность нерабочей группы, с неблагоприятными социально-бытовыми условиями, одинокие или с конфликтными отношениями дома и злоупотребляющие алкоголем. Большая часть пациентов имела значительную длительность заболевания и большое число предыдущих госпитализаций. Обращает на себя внимание, что длительность предыдущей ремиссии в этой в группе часто была весьма короткой и в некоторых случаях также была менее месяца, и только в двух из всех анализируемых случаев превышала год. Также важным представляется и тот факт, что средняя длительность предыдущей госпитализации, за которой последовала быстрая регоспитализация, в большинстве случаев была более 90 дней, а в ряде случаев превышала год. Т.е. можно отметить схожесть по клиническим и социальным характеристикам этих пациентов с подгруппой пациентов, находящихся более 6 месяцев в стационаре в связи с ухудшениями состояний по типу реактивной лабильности.

Таблица 6

*Некоторые клинические характеристики пациентов с длительными госпитализациями*

Характеристики	Расстройства шизофренического спектра	Другие органические расстройства	Биполярное аффективное расстройство	Умственная отсталость
Средняя продолжительность заболевания в годах (min-max)	20,4 (8 -31)	9,6 (5 – 15)	32	21,5 (19-24)
Среднее количество предыдущих госпитализаций (min-max)	18,5 (6-24)	9,3 (4-18)	17	19 (16-22)
Средняя длительность предыдущей ремиссии в днях (min-max)	134 (18– 523)	116,6 (7- 392)	63	233,5 (78-311)
Средняя длительность предыдущей госпитализации в днях (min-max)	104,3 (36 – 467)	95,6 (9- 415)	78	177,5 (69-286)

Таким образом, независимо от нозологической принадлежности расстройства, эту группу пациентов характеризует наличие неблагоприятных социальных условий, злоупотребление алкоголем и длительный анамнез заболевания с частыми госпитализациями.

Среди непосредственных причин быстрых регоспитализаций в 13 случаях (68,4%) был отказ от поддерживающей терапии (рис. 5), в 10 случаях (34,4 %) – возобновление употребления алкоголя. Примерно в 6% случаев регоспитализации происходили в связи с ухудшением, несмотря на прием поддерживающей терапии или после смены терапии врачом психиатром амбулаторной сети.



Рис. 5. Причины повторных поступлений в течение 30 дней.

В подгруппе пациентов, отказавшихся от приема поддерживающей терапии или существенно нарушивших рекомендации после выписки, преобладали пациенты с расстройствами шизофренического спектра – 8 человек. 6 пациентов признавали, что прекратили принимать лекарства в связи с тем, что не считают это необходимым, так как не признают себя психически больными. Другие 4 пациента прекратили прием поддерживающей терапии, так как остались без лекарств, не обратившись в диспансер, после выписки, однако, признавали, что нуждаются в приеме поддерживающей терапии. 3 пациента объяснили отказ от приема поддерживающей терапии наличием побочных эффектов, чаще всего в виде избыточной седации или проявлениями ЭПС. Причем отмечалось незначительная выраженность побочных явлений, не мешавшая пациентам в стационаре, но затруднявшее ежедневное функционирование после выписки. В этой группе только у 1 пациента регоспитализация была проведена по просьбе самого пациента. 5 пациентов (38,5%) были госпитализированы недобровольно.

Пациенты, возобновившие алкоголизацию после выписки, преимущественно тоже не принимали поддерживающую терапию, по крайней мере, в рекомендованном объеме. Но при этом, 3 пациента из этой подгруппы (30%) самостоятельно обратились к психиатрам с просьбой о госпитализации в психиатрический стационар. Эти пациенты в дальнейшем признали, что, оставшись без средств к существованию, посчитали целесообразным госпитализироваться. Им не составляло труда ввести врачей в заблуждение аггравацией каких-либо симптомов, имея впечатляющий анамнез болезни и признаки алкогольной интоксикации. В этой подгруппе 6 пациентов имели диагноз органического заболевания головного мозга. При этом необходимо отметить, что даже в качестве сопутствующей патологии диагноз алкоголизма этим пациентам не выставлялся.

Только в шести случаях обострение продуктивной психопатологической симптоматики развилось на фоне либо смены терапии, либо продолжения приема поддерживающей терапии. В трех случаях была осуществлена смена терапии происходила в результате недостаточной преемственностью между стационаром и амбулаторной службой – оказалось, что препарата, назначенного в стационаре, не было предоставлено пациенту по льготе. В других трех случаях состояние ухудшалось, несмотря на прием поддерживающей терапии. В этих случаях инициатором обращений к психиатрам с просьбой о регоспитализации являлись родственники пациентов, при этом в двух случаях психиатры отделения, хорошо знающие своих пациентов, не обнаружили признаков обострения при быстрой повторной госпитализации. Возможно, эти госпитализации являются результатом стигматизации лиц с психическими расстройствами, приводящей к тому, что и незначительные отклонения в поведении, не связанные с обострениями, могут приводить к повторным госпитализациям.

**Обсуждение и выводы.** До тех пор, пока не будет развита служба оказания социальной поддержки пациентам, страдающими психическими расстройствами, психиатрический стационар будет продолжать принимать не только пациентов, имеющих медицинские показания, но и пациентов, оказавшихся без социальной поддержки. Длительное пребывание в психиатрическом стационаре в 23% случаев от всех госпитализаций обусловлено преимущественно социальными причинами. Это указывает на недостаточное количество учреждений социального назначения и низким уровнем социальной поддержки пациентов с психическими расстройствами в обществе. При этом психиатрические стационары не располагают ни условиями, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам, ни штатной структурой, для качественного обслуживания этой группы пациентов. В тоже время, увеличение количества учреждений временного и постоянного пребывания пациентов по социальным показаниям, должно опережать сокращение коечного фонда психиатрических стационаров. Имеется два основных контингента пациентов, которые нуждаются в разных типах социальной помощи: пациенты, утратившие способность к самостоятельному проживанию и пациенты, способные к самостоятельному проживанию, но не имеющие жилья и утратившие социальные связи. Для пациентов неспособных к самостоятельному проживанию, до их перевода в интернаты, целесообразным является создание, в качестве мест временного пребывания, профильных отделений в различных стационарах города, преимущественно гериатрической или геронтопсихиатрической направленности. С учетом задач, стоящих перед такими отделениями, необходима оптимизация штатной структуры, поскольку такие отделения преимущественно должны быть укомплектованы

младшим медицинским персоналом, специалистами по социальной работе, психологами и врачом-терапевтом. Кроме того, условия пребывания таких пациентов должны быть комфортными и соответствовать санитарным требованиям, поскольку именно эта группа пациентов особенно уязвима к развитию таких неблагоприятных спутников длительного пребывания в стационарах, как внутрибольничные пневмонии. Для пациентов, утративших жилье и социальные связи необходимо создание специализированных общежитий с проведением активной психореабилитационной работы, направленной на ресоциализацию и трудоустройство.

Необходимо решение вопроса о законном регулировании процедуры оформления в интернат недееспособных пациентов, поскольку около 19% от всех пациентов длительно находящихся в стационаре, отказываются от перевода в интернаты, но в тоже время не могут быть выписаны, так как неспособны к самостоятельному проживанию. В некоторых случаях многолетнего нахождения пациентов в стационаре выявлены непреодолимые бюрократические препятствия, связанные с оформлением необходимых документов, для перевода пациентов в учреждения социального назначения. В связи с чем представляется целесообразным рассмотрение вопроса по упрощению процедуры оформления в стационарные учреждения социального обслуживания.

Для пациентов, нуждающихся в длительном лечении в связи с неблагоприятным течением заболевания, сопровождающимся развитием резистентных состояний, целесообразно создание специализированных отделений с возможностью проведения мероприятий, направленных на преодоление резистентности, в том числе, с созданием реанимационных палат для проведения ЭСТ, палат, для проведения плазмафереза и т.п. Для работы с такой тяжелой группой пациентов необходимо оптимизировать штатную структуру отделений, с тщательным подбором и обучением персонала. К комплексной терапии таких пациентов необходимо привлекать специалистов по когнитивно-поведенческой терапии для обучения управления резистентными симптомами.

При планировании выписки пациентов, нуждающихся в длительной поддерживающей терапии, необходимо тщательно подходить к выбору препаратов. Если пациент не может самостоятельно приобретать препарат, рекомендованный ему в качестве поддерживающей терапии, то перед выпиской необходимо уточнять в ПНД вопрос о возможности получения пациентом лекарственного препарата по льготе. Кроме того, необходимо подобрать эффективную, но при этом минимальную дозировку, поскольку развитие побочных эффектов является самой частой причиной отказа от приема поддерживающей терапии, что в ряде случаев приводит к быстрой регоспитализации. При этом необходимо учитывать тот факт, что в стационарных условиях некоторым побочным эффектам может не предаваться значения даже со стороны самого пациента. Тогда как во внебольничных условиях слабость или седация, нарушение концентрации внимания или легкие нарушения зрения, легкая акатизия или появление сексуальных дисфункций могут существенно отразиться на качестве жизни пациента и приведут к прекращению соблюдения врачебных рекомендаций. С целью предупреждения прекращения приема поддерживающей терапии целесообразным является перед выпиской оценить переносимость терапии в обычных условиях, наблюдая пациента в режиме домашних отпусков.

Принимая во внимание высокую частоту злоупотребления алкоголем пациентами с быстрыми регоспитализациями, необходимо устанавливать более тесное сотрудничество психиатрических стационаров с наркологической службой и совместно разрабатывать терапевтические программы и методы психосоциальной реабилитации.

Безусловно, с целью более эффективного расходования бюджетных средств, ускорения ресоциализации пациентов и профилактики развития госпитализма сроки пребывания пациентов в стационаре необходимо сокращать. Однако, выписка пациентов с хроническими психическими расстройствами в неблагоприятные социально-бытовые условия, при отсутствии социальной поддержки приведет к быстрой регоспитализации. Без эффективной психосоциальной реабилитации в амбулаторных условиях эти пациенты лишены шансов на выход из круга психиатрии «вращающихся дверей».

### Литература:

1. Лиманкин О.В. Современные тенденции развития общественно- ориентированной психиатрической помощи / О.В. Лиманкин – СПб.: Таро, 2015. – 228 с.
2. Гурович, И. Я. Современное состояние психиатрической помощи: неотложные и долговременные задачи / И. Я. Гурович, В. Н. Краснов, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, вып. 3. – С. 5-9.

**Т.В. Титкова, О.В. Острецов**

## **ПАРТНЕРСТВО: ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ**

*Психоневрологический диспансер №8, Санкт-Петербург*

Партнерство является одной из форм взаимоотношений между людьми. Различные словари дают широкий спектр определений данного понятия, но общим для него является – взаимовыгодное сотрудничество сторон для достижения определенных целей. Синонимами данного понятия являются сообщничество, сотоварищество, супруга, товарищество. Вступая в такое взаимодействие либо сообщество, каждый представляет себе свою реальность исходя из своих знаний, опыта, приобретенных навыков, общих положений и постулатов, законов и многого другого. И, как показывает практика, далеко не все желаемое является действительным.

В контексте партнерства предлагаю рассмотреть некоторые аспекты взаимодействия психиатрических больниц и психоневрологических диспансерах.

При подготовке материала был проведен опрос участковых врачей-психиатров, работающих в психоневрологических диспансерах различных районов СПб и взаимодействующих с тремя психиатрическими больницами города. Задаваемый вопрос: “Каких результатов Вы ожидаете, госпитализируя больного в психиатрическую больницу?” Ответы респондентов располагались в следующих плоскостях: стабильное состояние пациента, максимально точный диагноз, подобранная терапия, наличие наиболее точной и достоверной информации у пациента об амбулаторной службе.

Под стабильным состоянием пациента доктора подразумевали купирование психотического эпизода либо значительное улучшение психического состояния больного. По данным опроса – не всегда достигается ожидаемый результат. При этом, как отмечают респонденты, психиатрические больницы имеют достаточно возможностей/механизмов соблюдения терапии: парентеральное введение препаратов, контроль за приемом таблетированных форм медикаментов, контроль общесоматического состояния и т.д.

О диагнозе. Подразумевается, что круглосуточное наблюдение в динамике на протяжении длительного времени дает врачам стационара максимальную возможность постановки точного диагноза. Здесь же было пожелание от участковой службы не использовать тактику так называемых “реабилитационных диагнозов”. Тем более, что описательная часть медицинских сведений и выставленный заключительный “реабилитационный” диагноз не соответствуют друг другу.

О терапии. Данный вопрос перекликается с первым пунктом. Здесь отмечались ожидания и пожелания выписки пациентов с минимальным количеством побочных эффектов от терапии, использование инъекционных препаратов пролонгированного действия.

Информация об амбулаторной службе. Наиболее уязвимый пласт вопросов, особенно при взаимодействии с первично госпитализированными пациентами. Практика показывает слабую осведомленность врачей-психиатров психиатрических стационаров о работе амбулаторной службы, нормативно-правовой базе, регулирующей работу амбулаторной психиатрической службы. Это вполне объяснимо и понятно. Вопрос касается рекомендаций и, так называемых, “обещаний”, которые даются пациенту и его родственникам при выписке из ПБ. Эти вопросы льготного лекарственного обеспечения, диспансерного наблюдения, терапии и порядка взаимодействия с амбулаторной психиатрической службой, порядка обеспечения льготным жильем, трудоустройства, признания инвалидом и многое другое. Все мы знаем, что первично полученная информация наиболее значима в формировании дальнейшего комплаенса между пациентом и врачом, взаимодействия родственников и участковой службы ПНД.

Для наглядности основные моменты представлены в виде таблицы.

Имеющиеся несоответствия раскрывают большой потенциал для развития. Это помогает найти общие точки соприкосновения, взаимные интересы, компромиссы, синергию, потому как партнерство – это не только добровольное соглашение о сотрудничестве для достижения общей цели или выполнения определенной задачи, но и разделение рисков и ответственности!

*Таблица*

	Ожидание	Реальность	Решение
ДЗ	Мах точный ДЗ	Наличие “реабилитационных” диагнозов	Отражать реальное состояние
Терапия	Адекватная терапия с min побочных эффектов, использование пролонгов	Наличие выраженного нейролептического синдрома, поддерживающая терапия не соответствует психическому состоянию	Дополнительная информация из ПНД. Ресурсы ПБ
Состояние пациента при выписке	Значительное улучшение, становление медикаментозной ремиссии	Чаще соответствует ожиданиям	Ресурсы ПБ
Информация об амбулаторной службе	Достоверная информация о работе, принципах взаимодействия, льготах, НПБ	Слабая/недостаточная осведомленность стационарной службы	Взаимодействие ПБ и ПНД

Для решения задач, обозначенных выше, предлагаются некоторые пути решения:

- проведение регулярных постоянных встреч на различных уровнях- врачей, заведующих отделениями, заместителей главных врачей по медицинской части психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров в режиме диалога, вопросов и ответов, пожеланий и рекомендаций;

- проведение школ для пациентов и их родственников в условиях психиатрических больниц с участием представителей ПНД.

Дальнейшая совместная работа даст возможность появления новых форм взаимодействия амбулаторной и стационарной психиатрических служб. Партнерство не является застывшей формой отношений, оно динамически развивается. А значит, можно, и нужно, создавать и развивать наиболее приемлемые и оптимальные для себя “модели” взаимоотношений, позволяющие принести удовлетворение всем сторонам: врачам амбулаторной службы, докторам психиатрических больниц, а главное – пациенту.

И.А. Уваров<sup>1</sup>, А.А. Черенков<sup>2</sup>, Н.Г. Обухов<sup>2</sup>

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ИНДУСТРИАЛЬНОГО ГОРОДА

<sup>1</sup>Ижевская государственная медицинская академия,

<sup>2</sup>Республиканский наркологический диспансер, Удмуртская республика Ижевск

По данным Научного Центра психического здоровья, в настоящее время психиатрическая служба России представлена сетью психиатрических учреждений, входящих в состав различных ведомств (министерств здравоохранения, социальной защиты населения, образования, путей сообщения, внутренних дел, образования и др.) [3].

Основу психиатрической службы страны составляют психоневрологические учреждения Министерства здравоохранения РФ. Эта служба представлена психиатрическими больницами, психоневрологическими диспансерами, учреждениями полустационарного профиля, психиатрическими кабинетами и отделениями в общесоматических лечебных учреждениях, лечебно-производственными мастерскими (ЛПМ), детскими и подростковыми отделениями, а также кабинетами, которые входят в состав психоневрологических диспансеров, психиатрических больниц. Действуют 278 психиатрических больниц (187,5 тыс. коек), 295 психоневрологических диспансеров, а 2010 работающих в условиях сельской местности психоневрологических кабинетов, как правило, входят в состав центральных районных больниц. Общее число мест в дневных стационарах — 13 460. В системе Министерства здравоохранения РФ работают 14,3 тыс. врачей-психиатров. С 1975 г. в самостоятельную службу выделена наркологическая помощь, которая располагает отдельной сетью внебольничных и стационарных учреждений [1].

Психиатрическая служба системы Министерства социальной защиты населения РФ представлена психоневрологическими интернатами, в которые помещаются психически больные, имеющие I и II группы инвалидности и потерявшие социальные связи или нуждающиеся в постоянном уходе и наблюдении. Показаниями для направления в психоневрологические интернаты служат умственная отсталость в степени выраженной дебильности, имбецильности, идиотии, затяжные формы психических заболеваний, которые сопровождаются слабоумием или грубым психическим дефектом. Кроме того, в структуре этого ведомства имеются дома-интернаты для детей с выраженными явлениями психического и физического дефекта, для умственно отсталых детей, страдающих олигофренией в стадии имбецильности, идиотии, эпилепсией с картиной слабоумия и редкими судорожными припадками, шизофренией с выраженным дефектом без продуктивных психопатологических расстройств. Психиатрические учреждения системы социальной защиты населения оказывают преимущественно призренческие виды помощи, создают для пациентов условия, приближенные к домашним, проводят культурно-массовую работу, оказывают медицинскую помощь и проводят социотерапевтические восстановительные мероприятия. Для детей организованы программы медико-педагогических мероприятий. Всего в этом ведомстве имеется 442 домов-интернатов, в которых функционирует 124,6 тыс. психиатрических коек.

По материалам V Национального Конгресса по социальной психиатрии состоит на учете около 4 млн. пациентов, что составляет 2,7% населения страны. Поэтому же источнику количество больных психиатрического профиля может составлять до 21 млн. человек (14,33%). В некоторых социальных контингентах, например, среди подопечных пенитенциарной системы число состоящих на учете у психиатра – нарколога достигает 18-20%.

Таким образом, поиски путей оптимизации деятельности специализированных стационаров представляется оправданным.

По материалам нескольких мониторингов [Л.Н. Виноградова и соавт. 2004; Ю.Н. Аргунова 2011; Материалы онлайн опроса “Оценка качества психиатрической помощи в Российской Федерации” 2016] поднято и освещено множество юридических, социальных, организационных вопросов функционирования психиатрических стационаров. Уделено большое место оценке состояния зданий, коммуникаций. Отмечена, высокая квалификация врачей, работающих с больными с психиатрической патологией. Касаемо же собственно терапевтических методик: имеется определенный «крен» в сторону развития реабилитационной составляющей, особенно выпукло

проявляющийся у больных наркологического профиля. Несколько «за бортом» остаются аспекты острой, неотложной терапии больных психиатрического и наркологического профиля.

К основным неотложным состояниям в психиатрии и наркологии относятся [2]:

- Психомоторное возбуждение
- Суицидальное и аутоагрессивное поведение
- Эпилептические эквиваленты и эпилептический статус
- Неалкогольный (соматогенный) делирий
- Аментивный синдром
- Алкогольный делирий (осложненный и неосложненный)
- Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
- Онирический синдром
- Синдромы выключения сознания
- Отказ от еды в связи с психическими расстройствами
- Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
- Передозировка опиатов или опиоидов
- Основные виды абстинентных синдромов
- Панические атаки и вегетативные кризы
- Отравления психотропными препаратами
- Острые осложнения при применении психотропных препаратов.

Таким образом, неотложные состояния у психиатрических больных обусловлены как собственно заболеванием и связанными с ним состояниями (депрессия, суицидные действия, передозировка этиотропной и патогенетической терапии, проведение инсулино-коматозной и электросудорожной терапии *et cet*), так и соматической патологией у этих же пациентов

Как представляется, решением проблемы было бы включение в состав любого психиатрического стационара областного (республиканского) уровня блока интенсивной терапии со следующими задачами:

- осуществление комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии пациентов, поступающих из отделений стационара с острыми нарушениями функции жизненно важных органов, прежде всего возникших вследствие передозировки препаратами этиотропной и патогенетической терапии, до стойкой стабилизации их состояния;
- осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению специальных методов терапии психиатрических больных (инсулинокоматозная, электросудорожная терапия, осуществление холинэргических блокад *etcet*) с использованием технологий анестезиологии-реаниматологии;
- проведение интенсивной терапии ургентной соматической патологии, не связанной напрямую с основным заболеванием;
- участие в проведении диагностического поиска и интенсивной терапии путем обеспечения сосудистого доступа, осуществлении мониторинга витальных функций *et cet*.

Врачебный персонал, работающий в отделении, должен иметь квалификацию анестезиолога-реаниматолога. Блок интенсивной терапии должен быть обеспечен наркозно-дыхательной, реанимационной, контрольно-диагностической, вспомогательной аппаратурой и другим специальным оборудованием, а также неснижаемым запасом медикаментов, трансфузионными средами и системами в количествах, необходимых для полноценного проведения наркоза, реанимации и интенсивной терапии (не менее трехсуточного).

Как представляется, наличие блока интенсивной терапии поможет с одной стороны нивелировать негативное действие «психифармакологии» у больных с «скомпрометированным» соматическим статусом, а с другой поможет более эффективно применять этот же комплекс, опираясь на мониторинг состояния, обеспечение сосудистого доступа *et cet*.

### Литература:

1. Иванец, Н.Н. Современные проблемы наркологии / Н.Н. Иванец // Наркология. – 2002. – №6. – С. 2–7.
2. Неотложные состояния в психиатрической и наркологической практике. Руководство для врачей. Изд. 2-е, переработанное, дополненное. – Ижевск, 2015. – 192 с.
3. Специалисты психиатрического коллектива: особенности работы, профессиональное взаимодействие, личностные характеристики и межличностные отношения: Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 28 с.

**Н.В. Филаткина**

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА В РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ**

*Психоневрологический интернат №30, Москва*

Психоневрологический интернат представляет собой стационарное учреждение системы социальной защиты, предназначенное для реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств. В отличие от психиатрических лечебниц системы здравоохранения в психоневрологические интернаты помещаются психически больные с большой давностью заболевания, с неблагоприятным клиническим и реабилитационным прогнозом [1]. Вместе с тем, одним из основных направлений деятельности психоневрологического интерната является реабилитация инвалидов, воздействие посредством медицинской и социально-трудовой реабилитации на потенциальные способности инвалидов к восстановлению таких видов жизнедеятельности, как самообслуживание, общение, контроль за своим поведением, трудовая деятельность, социальная ориентация.

В штате психоневрологического интерната № 30 работают 143 медицинских сестры, из них 134 выполняют должности палатных медицинских сестер. Возрастной диапазон их колеблется: до 30 лет – 12,6%; от 31 до 40 лет – 28,7%; от 41 до 50 лет – 36,4%; от 51 до 60 лет – 15,3%; старше 60 лет – 7,0%. Стаж работы по специальности: до 5 лет – 7,6%; до 10 лет – 15,3%; до 15 лет – 11,2%; до 20 лет – 17,6% и свыше 20 лет – 48,3%.

Деятельность медицинской сестры в этом учреждении многопланова. Медицинские сестры, входящие в полипрофессиональную бригаду, осуществляют уход и наблюдение за лицами, страдающими психическими расстройствами основе принципов медицинской этики и деонтологии, реализуют сестринский процесс по выявлению проблем у больного, проводят сестринское вмешательство для их устранения, осуществляют сопровождение пациентов на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса, организуют тренинги по развитию различных навыков: элементарно-бытовых, гигиенических, самообслуживания, независимого проживания, повседневной жизни, само- и взаимопомощи [2].

Модель медицинской сестры – пассивный помощник врача – уходит в прошлое, уступая место новой модели – помощник пациента [3, 4].

С современных позиций профессиональную деятельность медицинской сестры можно рассматривать как разноуровневую, т.е. осуществляемую на вертикальном и горизонтальном уровнях.

*Вертикальный уровень* – уровень, отражающий иерархию отношений: врач, медицинская сестра, младший медицинский персонал. На этом уровне медицинская сестра выполняет свои обязанности по нисходящей под руководством врача и, соотносясь с профессиональными обязанностями, знаниями и умениями, которые касаются ухода, надзора за психически больными, раздачи лекарств, мониторинга за психическим и соматическим состоянием. На вертикальном уровне медицинская сестра осуществляет свою профессиональную деятельность и по нисходящей, означающей руководство младшим медицинским персоналом, контроль за его деятельностью в рамках компетенции (смена белья, санитарная обработка, выполнение двигательного режима для больных, ослабленных и неспособных к передвижению).

По существу, вертикальный уровень в деятельности медицинской сестры позволяет отводить ей центральное место и как основного звена в цепи медицинских, психиатрических мероприятий, и как посредника, и как партнера в реализации медико-социальной реабилитации инвалидов.

*Горизонтальный уровень* – уровень, отражающий контактирование, взаимодействие медицинской сестры с другими специалистами, вовлеченными в медико-социальную реабилитацию инвалидов: врачом-психиатром, психологом, специалистом по социальной работе, культорганизатором, инструктором по труду. Медицинская сестра, владея полной информацией о психическом и соматическом состоянии инвалидов, оказывается и в горизонтальном уровне основным связующим звеном в цепи реабилитационных мероприятий, но осуществляемых уже в рамках полипрофессиональной бригады.

Врач-психиатр, выполняя координирующую роль в бригадном методе медико-социальной реабилитации, осуществляет диагностику, лечение, мониторинг психического и соматического состояния инвалидов с участием медицинской сестры как с партнером.

Медицинский психолог проводит патопсихологическое обследование инвалидов, психодиагностику, психокоррекцию, выявляет уровень социально-психологической адаптации, характер поведенческих расстройств, основываясь при этом на наблюдениях медицинской сестры за поведением инвалидов в разных ситуациях (в жилой комнате, в условиях приема пищи, трудовой терапии, прогулок, в досуговой деятельности). Медицинская сестра таким образом и в отношениях с психологом предстает как партнер. Медицинская сестра отслеживает совместно с психологом нуждаемость и реализацию психологического сопровождения на всем протяжении пребывания инвалидов в психоневрологическом интернате, во всех активных ситуациях (в быту, в трудовой деятельности, в досуге).

Специалист по социальной работе в психоневрологическом интернате имеет четкие задачи, касающиеся изучения «истории жизни» инвалидов, их социальных связей во вне и внутри учреждения; выявляет тенденции инвалидов к занятости, группирует их в соответствии с адекватными интересами; осуществляет организацию социально-терапевтической среды, нацеленной на деятельностное участие в ней инвалидов; выявляет наличие родственников инвалидов, способствует восстановлению родственных (семейных) отношений, проводит работу с родственниками во время посещения ими инвалидов.

Медицинская сестра, владея информацией о социальных связях инвалидов во вне, о межличностных отношениях инвалидов друг с другом, общаясь с родственниками во время посещения инвалидов, оказывает содействие специалисту по социальной работе в организации образа жизни инвалидов в психоневрологическом интернате. В данной ситуации медицинская сестра выступает в качестве партнера специалиста по социальной работе.

В структуре реабилитации инвалидов в психоневрологическом интернате значительное место занимает организация их трудовой деятельности. В соответствии с медицинскими показаниями, зависящими от реабилитационного потенциала, трудовая реабилитация рекомендуется в различных видах:

- это может быть трудовая занятость, выражающаяся в вовлечении вновь поступивших инвалидов в повседневную бытовую деятельность (хозяйственно-бытовой труд) и выполняющая роль социальной адаптации.

- это может быть трудовая терапия, в основе которой лежат четкие медицинские показания: вид трудовой операции, регламентированное время, адресация к нарушенным функциям, ожидаемый результат.

- это может быть трудовое обучение, которое осуществляется в соответствии с медицинскими показаниями и по специально разработанным программам. Отбор инвалидов для трудового обучения проводится врачом-психиатром, выполняющим роль реабилитолога, и психологом, выявляющим потенциальные способности инвалида и определяющим реабилитационный прогноз.

- это может быть трудоустройство инвалидов на штатных должностях в психоневрологическом интернате либо на внешних объектах.

В реализации каждого варианта трудовой реабилитации основную составляющую выполняет адресация к психическому состоянию инвалида, его поведенческому статусу, интеллектуальному уровню, коммуникативным функциям. Медицинская сестра в силу должностных обязанностей осведомлена о наличии психопатологических расстройств (психотических, аффективных, поведенческих) и поэтому информирует специалистов по трудовой реабилитации (инструктора по трудовой терапии, мастера трудового обучения, наставника, работодателя) об особенностях психического состояния инвалидов, их намерениях, установках. В процессе осуществления трудовой реабилитации медицинская сестра контролирует поведение инвалидов, регистрирует изменение их состояния, наблюдает за их динамикой в процессе реабилитации, информирует врача о возникающих проблемах.

Особо важна роль медицинской сестры в случаях трудоустройства инвалидов на внешних объектах. В ее обязанности входит ознакомление с условиями труда, информировании работодателя (при заключении трудового договора) о психическом состоянии инвалида, о возможностях его ухудшения в процессе работы, о необходимости соблюдения режима труда и отдыха. Медицинская сестра обязана контролировать соблюдение условий договора, а при их нарушении информировать врача, который уполномочен ставить перед руководством психоневрологического интерната вопрос о расторжении договора.

Последствия длительного эндогенного либо экзогенно-органического процесса негативно сказываются на психологическом статусе инвалидов, что выражается в угнетении духовных и культурных потребностей, снижении инициативы и активности. Это обстоятельство свидетельствует о необходимости активизации инвалидов, о восстановлении (а при умственной отсталости формировании) социально значимых навыков в приобщении к культуре, досуговой занятости. Эту работу в психоневрологическом интернате осуществляет культработник, руководствуясь медицинскими показаниями и противопоказаниями. Роль медицинской сестры в этом процессе очевидна. Наблюдая за поведением инвалидов, за их контактами, интересами, намерениями, медицинская сестра может оказать содействие культработнику в подборе инвалидов в соответствии с их психическим состоянием для конкретных видов досуговой занятости (пение, танцы, посещение музеев, экскурсий, рукоделие, рисование и др.). В ситуации организации досуговой деятельности инвалидов медицинская сестра выступает таким образом в качестве партнера культработника.

Таким образом, деятельность медицинской сестры в психоневрологическом интернате имеет разноуровневый характер: вертикальный (иерархический), в котором медицинская сестра в реализации медицинской реабилитации инвалидов предстает как партнер врача; горизонтальный – в составе полипрофессиональной бригады, где она взаимодействует в качестве партнера с различными специалистами, участвующими в реабилитации инвалидов (врачом, психологом, специалистом по социальной работе, инструктором по труду, культорганизатором). Медицинской сестре отводится роль центрального, связующего звена в цепи реабилитационных мероприятий.

### **Литература:**

1. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от признания к реабилитации. – Красноярск, 1993. – 193с.
2. Попова Н.М., Салахутдинова В.А. Совершенствование квалификации среднего медицинского персонала как важный фактор повышения качества оказания сестринской помощи в медицинской организации // Главная медицинская сестра. 2012. № 9. – С.38 – 57.
3. Кашафудинова Г.Т., Байсугурова В.Ю. Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики // Вестник КАЗМУ. 2013., №3. – С.8-11.
4. Singh D. Which staff care for people with Long-term Conditions? // A Rapid Review of the Literature Birmingham University of Birmingham and Modernization Agency. – 2005.– 70p.

Д.Ф. Хритинин, М.А. Сумарокова, А.В. Есин, Е.П. Щукина

## ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО РЕМИССИИ ПРИ ШИЗАФФЕКТИВНОМ РАСТРОЙСТВЕ

*Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова*

**Материалы и методы.** Обследовано 25 больных с шизоаффективными расстройствами, получавших противорецидивную терапию типичными нейролептиками, затем «классический» нейролептик был заменен на атипичный. Среди обследованных 19 женщин (76%) и 6 мужчин (24%). Средний возраст составил 37,19 лет, стандартное отклонение 8,19. Из них 5 (20%) с высшим образованием, а 80 % (20 человек) – со средним специальным.

Исследование проводилось с 2010 по 2015 годы в ПНД № 7 ПБ № 15 на пяти врачебных участках. Обследование проводилось при помощи клинко-психопатологического и клинко-катамнестического методов.

При противорецидивной терапии использовались следующие типичные нейролептики: трифлуперазин, галоперидол, хлорпротиксен, перфеназин, хлорпромазин; и атипичные: рисперидон, кветиапин, оланзапин.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 6, в том числе с помощью методов: тест Шапиро-Уилка, формулы Стерджеса,  $\chi^2$  Макнемара, t-критерий Стьюдента, w-критерий Вилкоксона, определения среднего, стандартного отклонения, медианы и моды.

**Результаты.** При изучении влияния различных видов лечения на среднюю продолжительность ремиссии при терапии типичными нейролептиками ее длительность составила  $428,96 \pm 88,86$  дней, а атипичными –  $478,88 \pm 90,49$ ,  $p=0,058$ .

Во 2-ой группе в 3,67 реже выявлены пациенты с депрессивными симптомами в ремиссии, чем в 1-ой группе – хи-квадрат Макнемара 5,88 при  $p=0,0153$ .

Достоверных различий в социальном статусе между 1-ой и 2-ой группами не обнаружено –  $\chi^2$  Макнемара 0,11, при  $p=0,7353$  (таблица 3).

Во второй группе в 1,6 реже встречались жалобы на побочные эффекты –  $\chi^2$  Макнемара 5,50,  $p=0,019$ .

При сравнении суммарной нейролептической нагрузки в хлорпромазиновом эквиваленте у пациентов из 1-ой и 2-ой группы статистически значимых различий обнаружено не было ( $p=0,16$ ). Во второй группе в два раза реже требовалось назначение корректоров (тригексифенидил). Для сравнения использовался W-критерий Вилкоксона –  $T=0,00$ ;  $Z=3,407$ ;  $p=0,000655$ .

**Обсуждение.** При проведении противорецидивной терапии наиболее часто назначались из типичных нейролептиков трифлуперазин (36%) и галоперидол (36%), из атипичных в 68% случаев назначался рисперидон.

Достоверных различий между средней продолжительностью ремиссии при применении типичных и атипичных нейролептиков обнаружено не было. Таким образом оба вида терапии равнозначно влияют на один из основных показателей качества ремиссии.

Назначение атипичных нейролептиков позволило в 2 раза снизить назначение корректора (тригексифенидил). Однако назначение современных антипсихотиков снизило в 3,67 раз частоту депрессивных расстройств, что позволило отказаться от дополнительного назначения антидепрессантов. А так же нормализация настроения позволяет повысить приверженность больных терапии. Уменьшение количества назначаемых препаратов позволяет уменьшить кратность их приема в течение суток, сократить выраженность и количество побочных эффектов и повысить комплаентность пациентов. Это подтверждается тем, что у пациентов в 1,6 раз реже отмечались жалобы на побочные эффекты от терапии.

Однако необходимо отметить, что при оценке суммарной нейролептической нагрузки в хлорпромазиновом эквиваленте в первой и второй группах статистически значимых различий обнаружено не было. Таким образом, для поддержания ремиссии у одного и того же пациента требуется определенное количество препаратов в хлорпромазиновом эквиваленте.

На основании вышесказанного можно сделать следующие выводы – преимущества атипичных антипсихотиков по сравнению с типичными при противорецидивной терапии шизоаффективных расстройств выражаются в меньшем числе аффективных колебаний, субъективно лучшей переносимости и более редком назначении корректоров. В то же время, преимуществ в большей продолжительности ремиссии, улучшении работоспособности и снижении суммарной нейролептической нагрузки обнаружено не было. Таким образом, с учетом экономической составляющей назначения препаратов из сравниваемых групп нельзя говорить о наличии неоспоримых преимуществ у одной группы по отношению к другой при длительной противорецидивной терапии шизоаффективного расстройства.

Е.А. Черток<sup>1</sup>, М.Ф. Денисов<sup>2</sup>

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

<sup>1</sup> Ульяновская областная психиатрическая больница, Ленинградская область,

<sup>2</sup> Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

**Целью** данной статьи является краткое изложение основных организационно-правовых проблем, затрудняющих нормальное функционирование психиатрических больниц. Сразу оговоримся, что мы не будем рассматривать вопросы экономической и административно-хозяйственной деятельности, сосредоточившись преимущественно на проблемах, касающихся работы врачей-психиатров.

**Первая проблема:** отсутствие адекватных программ и планов по совершенствованию деятельности психиатрической службы, как на федеральном, так и на региональных уровнях.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения справедливо указывают, что для нормальной работы психиатрических служб и, тем более, для совершенствования их деятельности необходимы четкие и внятные политика (концепция), планы и программы [2]. Эти же эксперты констатировали, что, несмотря на широкое признание актуальности национальной политики в области психического здоровья, на основании собранных ВОЗ данных выяснилось, что у 40,5% стран отсутствует политика в области психического здоровья, а 30,3% стран не имеют какой-либо программы в этом направлении (ВОЗ, 2001b). Однако наша страна в Атласе психического здоровья ВОЗ за 2014 год [6] оказалась среди стран, у которых имеется и концепция, и программа. Более того, в Атласе указывается год принятия концепции – 2012.

Данное обстоятельство нас крайне заинтересовало: как произошло, что мы ничего не знаем о государственной концепции развития психиатрической помощи, принятой 4 года назад? В поиске ответа на заданный вопрос, мы исследовали массив правительственных документов за 2012 год и таким образом выяснили, что в Атласе ВОЗ под концепцией развития психиатрической помощи в РФ подразумевается Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», отмененное в 2014 г.

В данном Распоряжении лишь в частности упоминалась психиатрическая помощь, а именно, предлагалось провести Мероприятие 2.4.: «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения». Далее процитируем:

*«Растет заболеваемость населения психическими расстройствами и расстройствами поведения. Остается на низком уровне число пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи. Это свидетельствует о недостаточном использовании в психиатрической практике методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Последнее, в свою очередь, объясняет частые госпитализации и длительное лечение пациентов в психиатрических стационарах.*

*Необходимы разработка и внедрение бригадных форм оказания психиатрической помощи в условиях психиатрических стационаров, дневных стационаров, психоневрологических диспансеров, оказание помощи на дому, а также совершенствование методов предупреждения психических расстройств, в том числе в системе оказания первичной медико-санитарной помощи.*

*Целью является развитие комплексной системы предупреждения, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах.*

*Задачами являются:*

*- совершенствование методов профилактики психических расстройств, разработка и реализация консультативной помощи, обучающих программ для населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов;*

*- совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрение бригадных форм работы в условиях психиатрического стационара, дневного стационара, психоневрологического диспансера и реабилитационного общежития;*

- внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации;  
- реконструкция имеющихся специализированных медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и оснащение их современным медицинским и технологическим оборудованием.

*В рамках Мероприятия предусмотрены:*

- реконструкция имеющихся специализированных медицинских учреждений;  
- изучение нейрохимических, иммунологических и нейрофизиологических аспектов патогенеза шизофрении, депрессивных и других психических расстройств;  
- разработка современной методологии деятельности психиатрических и психоневрологических и судебно-психиатрических экспертных учреждений;  
- разработка методов управления качеством оказания диагностической, лечебной и реабилитационной помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;  
- совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах;  
- проведение исследований по изучению психопатологии, клиники и патогенеза депрессивных расстройств, а также совершенствованию современных молекулярных методов диагностики и мониторинга пациентов с депрессивными нарушениями, а также разработка инновационных методов лечения и профилактики депрессивных состояний.

*В ближайшие 15 лет в состоянии психического здоровья населения будет сохраняться тенденция предыдущих лет – медленный рост первичной и общей заболеваемости как в целом по психическим расстройствам, так и по отдельным группам психических расстройств, особенно непсихотического характера, однако будет наблюдаться замедление темпа их роста.*

*Рост будет обусловлен главным образом увеличением числа врачей-психиатров и психотерапевтов; расширением сети учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и интеграцией психиатрических служб с общесоматическими, то есть за счет повышения доступности психиатрической помощи и, соответственно, повышения уровня выявляемости в населении лиц с психическими расстройствами».*

Удивительно, но авторы данного текста, не только не смогли предвидеть последующих тенденций, а именно снижения первичной и общей заболеваемости, уменьшения числа психиатров и психотерапевтов, сужения сети психиатрических служб и т.д., но и в момент его написания, по незнанию или умышленно, исказили реальные статистические показатели предшествующих лет, указав на рост заболеваемости психическими расстройствами. В действительности, в 2007-2013 годах общая заболеваемость ежегодно уменьшалась в диапазоне от 0,3 до 2,0% [5].

Еще важнее другое обстоятельство: в «Мероприятии 2.4» отсутствовала ясная логическая связь между задачами и предусмотренными мероприятиями, не указывались критерии их достижения, конкретные исполнители и сроки реализации.

Вместо этого, в рамках Подпрограммы 2, озаглавленной «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации», в оборот вводился единственный целевой показатель: снижение доли больных психическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение года, с 21,1% в 2011 году до 20,7% в 2020 году, то есть, на 0,4%. Вот, собственно, и вся российская политика в области психиатрической помощи!

Как мы уже упоминали, Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 №2511-р было отменено в связи с появлением Постановления Правительства РФ от 15.04.2014 №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Указанное постановление также уделило внимание психиатрии – в разделе «Основное мероприятие 2.4. Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения», ожидаемым непосредственным результатом которого к 2020 году должны стать увеличение доли пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов до 8,14%, и снижение доли повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар до 17,3%. Ответственным исполнителем является Минздрав РФ.

Были предложены и основные направления реализации указанного Мероприятия:

*«Реконструкция имеющихся специализированных медицинских учреждений; изучение нейрохимических, иммунологических и нейрофизиологических аспектов патогенеза шизофрении, депрессивных и других психических расстройств; разработка современной методологии деятельности психиатрических и психоневрологических и судебно-психиатрических экспертных учреждений; разработка методов управления качеством оказания диагностической, лечебной и реабилитационной помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях; совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при психических расстройствах; проведение исследований по изучению психопатологии, клиники и патогенеза депрессивных расстройств, совершенствование современных молекулярных методов диагностики и мониторинга пациентов с депрессивными нарушениями, разработка инновационных методов лечения и профилактики депрессивных состояний».*

И здесь остается непонятной возможная причинно-следственная связь между предлагаемыми мероприятиями и ожидаемыми непосредственными результатами. Казалось бы, для развития полипрофессионального, бригадного подхода к оказанию психиатрической помощи нужно, с одной стороны, предпринять решительные меры к значительному увеличению в психиатрических учреждениях числа специалистов по социальной работе, социальных работников, психологов и других немедицинских специалистов (прежде всего, подняв дня них оплату труда), а с другой, разработать внятные методические рекомендации по организации бригадных форм. Однако, об этом в Постановлении не сказано ни слова, как не говорится и о том, за счет чего предполагается снижение регоспитализаций.

В контексте вышесказанного, нас заинтересовал следующий вопрос: а удавалось ли Минздраву РФ предлагать на утверждение Правительству реальные, работающие программы по совершенствованию психиатрической помощи?

Оказалось, что всего в 21 веке было принято четыре правительственных программы. Помимо двух вышеупомянутых, были еще Распоряжение Правительства РФ от 11.12.2006 №1706-р «Концепция федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» и Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 №280 «О федеральной целевой Программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)»

Ниже в табличной форме мы приводим информацию о том, какие целевые показатели этими программами устанавливались, и сравниваем их с реальностью – статистическими данными за 2015 год [1].

Как видно из таблицы, планы в отношении доли пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов, становились все менее и менее амбициозными: если в 2006г. планировался охват 41% пациентов, то в 2014г. стали планироваться 8,14% к 2020 году. Действительные масштабы бригадных форм работы в настоящее время нам неизвестны – так, в статье Казаковцева Б.А. с соавт. «Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2013-2015 годах» [1] они даже не упоминаются – что неудивительно. Хотя с 2010г. данный показатель входит в отчетную статистическую форму №36, на деле отсутствует даже дефиниция того, что такое «бригадная форма оказания психиатрической помощи», не говоря уже об официальной инструкции по их организации и функционированию. Поэтому, де факто, лечащим врачам и руководителям психиатрических учреждений на местах предоставляется возможность указывать в отчетах любые показатели охвата – хоть 100%.

В 2006 и 2007 годах предлагалось уменьшить долю пациентов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов, сначала до 14,5%, а затем – до 13%. На деле, в 2015 году их доля составила 15,5% от числа учтенных больных.

В 2006г. предполагалось снизить среднюю продолжительность лечения больных в психиатрических стационарах предполагалось снизить до 73,9 дней, а в 2007 г. – до 65 дней. В действительности, в 2015 г. она составила 75,2 дней.

Таблица

Целевые индикаторы мероприятий по совершенствованию психиатрической помощи из Распоряжений и Постановлений Правительства РФ за 2006-2014 годы в сопоставлении со статистическими показателями за 2015 год

Целевые индикаторы	Год принятия и ожидаемые результаты*				Статистические показатели [1]
	2006	2007	2012	2014	2015
Доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов	41%	30%	–	8,14%	нет данных
Доля пациентов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов	14,5%	13%	–	–	15,5%
Средняя продолжительность лечения (дней) больного в психиатрическом стационаре	73,9	65	–	–	75,2
Доля повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар	11,5%	17,3%	20,9%	17,3%	20,8%

\*Прочерки означают, что целевые индикаторы не устанавливались.

Долю повторных в течение года госпитализаций в психиатрические стационары последовательно хотели уменьшить сначала до 11,5%, затем до 17,3%, 20,9%, и вновь 17,3%. В 2015 году она была 20,8%.

Таким образом, можно констатировать, что ни одно из распоряжений или постановлений Правительства РФ, в части касающейся совершенствования психиатрической помощи, не было исполнено.

Данное обстоятельство одновременно и огорчает, и радует. Огорчает потому, что свидетельствует о неэффективной системе управления здравоохранением в нашей стране – по крайней мере, в части, касающейся планирования в психиатрии. Действительно, вряд ли кто-нибудь сможет объяснить, почему в программах предлагался тот или иной набор целевых индикаторов, и почему устанавливались те или иные целевые значения.

Радует потому, что Правительство неэффективно также и в отношении контроля над исполнением принятых решений. Мы уверены, что в случае жесткого контроля над исполнением изначально непродуманных решений, работа психиатрических стационаров повсеместно была бы дезорганизована. Тем не менее, региональные Комитеты по здравоохранению создают немало проблем руководству и сотрудникам психиатрических учреждений, предлагая им выполнять те или иные плановые показатели.

Например, Приказом Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 16.04.2014. №10 (Приложение 11) были утверждены следующие критерии и показатели эффективности и результативности деятельности психиатрических больниц, подведомственных комитету по здравоохранению Ленинградской области, и их руководителей:

*«Выполнение плана государственного задания по случаям госпитализации – 100%. Выполнение среднего срока лечения больного – 100%. Доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи (от общего числа польвованных пациентов) – 30%. Доля повторных в течение года госпитализаций в психиатрические стационары – 18,3%. Удельный вес хронизированных больных, находящихся на лечении более 1 года от состоящих на конец отчетного периода – 19%. Доля больных, связанных с употреблением наркотиков и хроническим алкоголизмом, от пролеченных больных в психиатрическом отделении (без психоза) – 3,3%. Внутренний контроль качества медицинской помощи (по медицинским картам) – не менее 30%. Обоснованные жалобы – 0».*

В приказе не указывается, какие мероприятия должны проводиться для достижения целевых показателей, какими силами и средствами. Ничего не говорится о том, например, как осуществлять бригадную работу в психиатрической больнице, в которой вообще нет ни специалистов по социальной работе, ни психотерапевтов. Или о том, каким образом сотрудники больницы могут профилактировать регоспитализацию больных через 3 или 6, или, например, 11 месяцев после выписки.

Или куда выписывать хронизированных больных, утративших родственные связи и не имеющих своего жилья, в условиях длительных очередей в психоневрологические интернаты. Может быть на улицу? Но более всего, конечно же, удивляет государственное задание по случаям госпитализации. Каким способом сотрудники психиатрических больниц могут повлиять на число госпитализаций?! Думается, дальнейшие комментарии здесь излишни.

**Вторая проблема:** несовершенство изданных Минздравом РФ Порядков медицинской помощи и стандартов, которые ранее уже неоднократно подвергались справедливой критике.

Здесь мы, хотим обратить внимание на важное обстоятельство, которое ранее в психиатрической литературе не обсуждалось: в строгом соответствии с Порядками и стандартами, врачи-психиатры не имеют права оказывать врачебную помощь, даже первичную, не по своей специальности, поскольку не являются ни врачами общей практики, ни терапевтами.

Это создает большие сложности психиатрам – особенно во время дежурств по вечерам, ночью и в выходные дни, когда врачи-специалисты в психиатрических больницах отсутствуют. При внезапном ухудшении соматического состояния больных, психиатры должны оказывать им первичную медицинскую помощь, поскольку они являются дипломированными врачами. С другой стороны, Порядки и Стандарты не позволяют им оказывать такую помощь, даже когда речь идет об urgentных состояниях или проведении реанимационных мероприятий!

Совершенно запутанной представляется ситуация с наркологической помощью в психиатрических стационарах. С одной стороны, Приложение 29 к Приказу Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [3] рекомендует устанавливать определенное число должностей врачей-психиатров для лечения как острых алкогольных психозов, так и для страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

С другой стороны, в Приказе МЗ РФ от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ», говорится о том, что специализированная медицинская помощь при наркологических расстройствах оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинских организациях или их структурных подразделениях по профилю «психиатрия-наркология», в том числе в наркологических диспансерах, наркологических больницах, реабилитационных наркологических центрах, специализированных научно-практических центрах. Как мы видим, психиатрические стационары здесь не упоминаются.

Более того, в том же Приказе говорится, что специализированная медицинская помощь по профилю «психиатрия-наркология» оказывается на основе стандартов медицинской помощи врачами психиатрами-наркологами. А во всех наркологических стандартах медицинской помощи говорится об обязательном первичном и ежедневном осмотре пациентов врачом психиатром-наркологом.

Однако должности врачей психиатров-наркологов не предусматриваются рекомендуемыми штатными нормативами психиатрической больницы (Приложение 29 к Приказу Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н).

В итоге возникает вопрос: вправе ли врачи-психиатры оказывать медицинскую помощь больным наркологического профиля – даже при развитии у них психозов или слабоумия?

В контексте федеральных и региональных планов по всестороннему охвату психически больных бригадными формами оказания помощи, особенно интересен тот факт, что рекомендуемые штатные нормативы психиатрических больниц не предусматривают должностей специалистов по социальной работе.

Примечателен стандарт оснащения психиатрической больницы (Приложение 30 к Порядку), который, в отличие от штатных нормативов, носит не рекомендательный, а обязательный для исполнения характер: несмотря на отсутствие в штатных нормативах должностей анестезиологов-реаниматологов, и отсутствие у психиатров законных оснований для проведения реанимационных мероприятий, в каждом психиатрическом отделении предусматривается обязательное наличие реанимационного набора в базовой комплектации и портативных аппаратов искусственного дыхания. Интересно, кто ими должен пользоваться, когда в больнице дежурит один врач-психиатр?

**Третья проблема:** характер проводимых проверок.

Разумеется, проверки необходимы – как внутренние, так и внешние. Абсолютно необходим периодический сторонний аудит всех видов деятельности, осуществляемых психиатрическими больницами. Безусловно, необходимы финансовый, санитарный, противопожарный и другие виды контроля, с обязательной, совместно с проверяющими, выработкой плана мер по устранению выявленных нарушений. Однако, на деле это очень часто не так. Единственное, что, как правило, заботит проверяющих – это выполнение плана по числу выявленных нарушений и наложенных штрафов.

Поскольку большинство психиатрических больниц России располагаются в ветхих приспособленных зданиях, нуждающихся либо в реконструкции, либо в капитальном ремонте, в которых из-за длительного недофинансирования не проводились даже косметические ремонты, а набор помещений и их метраж совершенно не соответствуют санитарным нормам, руководство и сотрудники больниц зачастую становятся «легкой добычей» проверяющих.

Вспоминается анекдотический случай: психически нездоровая мать пациентки, склонная к сутяжничеству, написала жалобы во множество инстанций, сообщив в них, в частности, что в психиатрическом отделении, где лечилась ее дочь, очень грязно – вплоть до того, что постельное белье дочери запачкано нечистотами и по нему ползают черви. По жалобе была незамедлительно инициирована проверка Роспотребнадзора. Грязи, нечистот и червей в отделении обнаружено не было. Однако было выявлено, что в палатах не было требуемого метража, расстояние между койками было меньше нормативного и т.д. В результате, были наложены штрафы, а заявительница получила ответ о том, что по ее жалобе проведена проверка, в ходе которой выявлены многочисленные нарушения, и виновные понесли наказание.

Таким образом, руководство и сотрудники большинства психиатрических больниц, не будучи виновными по причине халатных действий или бездействия в нарушении тех или иных норм и правил, обречены на то, что будут обязательно оштрафованы по результатам плановых или внеплановых инспекций, – только потому, что работают в учреждениях, изначально не соответствующих самым различным требованиям, и которые в принципе невозможно приспособить к этим требованиям без коренной реконструкции с возведением новых корпусов.

Отметим и то обстоятельство, что нередко требования проверяющих по отношению к одним и тем же объектам или процессам значительно разнятся между собой. Более того, иногда одни и те же проверяющие предъявляют требования, кардинально отличающиеся от тех, что были при предыдущих инспекциях, хотя нормативная база не менялась.

В любом случае, указанные выше порочные практики привносят в работу сотрудников больниц нервозность и чувство обреченности.

**Четвертая проблема:** чрезмерное правовое регулирование психиатрической помощи, осложненное, с одной стороны, большим числом юридических коллизий а, с другой, пустот.

В типовых должностных инструкциях руководителей всех звеньев и врачей-психиатров психиатрических учреждений содержатся положения о том, что они должны знать при выполнении своих должностных обязанностей Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. Однако, наш опыт и опыт многих наших коллег, позволяет уверенно утверждать, что данная норма заведомо невыполнима, особенно в условиях, когда правовая база постоянно меняется. В результате, появляется все та же обреченность: мы не знаем, что нарушили, но что-то точно нарушили!

Особого упоминания заслуживают взаимоотношения психиатрических больниц с судами, рассматривающими дела о недобровольных госпитализациях и принудительном лечении. К сожалению, нам очень часто приходится сталкиваться с вопиющей некомпетентностью судей, которую они восполняют выдающимся апломбом. Так, однажды, одна из судей в судебном заседании отказала в недобровольной госпитализации больного, заявив при этом, что диагноз шизофрении пациенту врачами поставлен ошибочно, и что она хорошо разбирается в психиатрии, потому что ее мать работала медсестрой в психиатрической больнице!

В результате страдают наши пациенты. Так, вспоминаются случаи, когда выписанные из больницы по причине неудовлетворения судом ходатайств о недобровольной госпитализации, вскоре

кончали жизнь самоубийством, наносили себе или окружающим увечья и т.п. Или совсем недавний случай, когда суд отказал в недобровольной госпитализации недееспособного слабоумного больного, не имеющего ни родственников, ни жилья. Судья счел убедительными доводы адвоката о том, что если больной способен поджарить себе яичницу, то его уже нельзя считать беспомощным.

Здесь важно обратить внимание на следующее обстоятельство: врачи не имеют юридического образования, не обучались риторике, и потому им сложно участвовать в судебных прениях. Тем не менее, в ситуациях, когда из-за самонадеянности судей с больными происходят трагедии, можно услышать упреки в адрес психиатров: они виноваты, потому что слабо аргументировали необходимость недобровольной госпитализации и не смогли убедить суд.

Далее затронем проблему невозможности перевода недееспособных пациентов в психоневрологические интернаты без их согласия. Напомним, что Конституционный Суд в определении по жалобе А.И. Ибрагимова от 19.01.2011, инициированной Независимой психиатрической ассоциацией России, пришел к заключению, что Закон о психиатрической помощи (ч.1 ст.41) *«не предполагает помещение лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, в специализированное (психоневрологическое) учреждение для социального обеспечения на основании решения органа опеки и попечительства, принятого по заключению врачебной комиссии с участием врача-психиатра, которое содержит сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, без проверки обоснованности такого решения в надлежащем судебном порядке»*, и предложил федеральному законодателю установить процедуру судебной проверки необходимости и обоснованности помещения недееспособных лиц в ПНИ.

Однако прошло почти 6 лет, а законодатели так и не выполнили вышеуказанное определение. В результате, недееспособные пациенты, не желающие проживать в ПНИ, стали накапливаться в психиатрических больницах, поскольку ПНИ обоснованно отказываются их принимать.

С другой стороны, законодатели принимают заведомо невыполнимые нормы. Так, например, в статье 11 Федерального Закона от 24.04.2008 №48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», говорится (пункт 5), что *«Опекуны или попечители не назначаются недееспособным или не полностью дееспособным лицам, помещенным под надзор в образовательные организации, медицинские организации... Исполнение обязанностей опекунов или попечителей возлагается на указанные организации»*. Тем же законом устанавливаются многочисленные обязанности опекунов в отношении опекаемых, в том охранять их имущество, принимая его по описи (ст.18) и отвечать за вред, причиненный по их вине имуществу подопечного. Более того, в силу требований п.1 ст.1076 Гражданского Кодекса РФ, вред, причиненный гражданином, признанным недееспособным, возмещают его опекун или организация, обязанная осуществлять за ним надзор.

Но как, какими силами и средствами может психиатрическая больница исполнять полностью функции опекуна, особенно принимая во внимание тот факт, что о наличии у недееспособного пациента той или иной собственности больница может вообще не знать, а также принимая во внимание частую значительную удаленность мест, где расположена собственность пациентов, от больниц? Однако судьям нет дела до поиска ответов на эти непростые вопросы. Уже существуют судебные прецеденты, когда с больниц взыскиваются денежные средства в пользу недееспособных или третьих лиц, в случаях, когда им нанесен имущественный ущерб. Так, например, недавно с одной из психиатрических больниц были взысканы денежные средства за ущерб, причиненный жильцам дома в результате протечки из квартиры, принадлежащей недееспособному пациенту, находящемуся в данной больнице.

Совершенно непонятной остается правовая ситуация с больными, проходящими стационарное принудительное лечение, когда у них возникают те или иные соматические заболевания, требующие незамедлительного оказания соответствующей специализированной медицинской помощи. Не переводить их в соматические стационары нельзя – тем самым мы будем подвергать их жизнь и здоровье опасности, нарушая их фундаментальные конституционные права, а себя подвергать возможности уголовного преследования либо по статье 124 УК «Неоказание помощи больному», которой предусматривается наказание вплоть до 4 лет лишения свободы, либо по статье 125 УК «Оставление в опасности», по которой можно лишиться свободы на срок до 1 года.

Однако их перевод означает невыполнение решения суда, назначившего принудительные меры медицинского характера в виде лечения в психиатрическом стационаре, и может караться по ст.315 УК РФ *«штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет».*

Перевод в больных соматические стационары часто является проблематичным и безотносительно к принудительному лечению – когда от психиатрических больниц, в качестве условий для перевода, требуется обеспечение больных индивидуальным сестринским постом и необходимыми (психиатрическими) лекарствами на время госпитализации в соматический стационар. Данная типичная ситуация совершенно никак не отрегулирована ни на федеральном, ни на региональных уровнях.

В целом же, массивное внедрение юриспруденции в медицину, к огромному сожалению, все чаще приводит к ситуациям, когда врачам в работе значительно проще руководствоваться не профессиональными знаниями, опытом и внутренним убеждением, тем самым подвергая себя риску, а идти путем наименьшего сопротивления – выполнять все директивы и нормативы, не заботясь о том, как это скажется на судьбах пациентов. Но даже такой формалистский подход не является страховкой от возможных неприятностей из-за большого числа юридических коллизий и упущений.

**Пятая проблема:** иррациональная бюрократизация медицинской деятельности, которая напрямую связана с чрезмерным правовым регулированием.

По нашей оценке, объем медицинской документации в психиатрических больницах за последние 15 лет вырос примерно в пять раз. Решения, которые раньше врачи принимали единолично, сегодня могут приниматься только врачебными комиссиями. В разных стационарах число функций врачебных комиссий неодинаково, но повсеместно оно превышает разумные пределы, достигая 20-ти и более. В итоге, врачи, вместо того чтобы заниматься пациентами, вынуждены по множеству поводов составлять протоколы врачебных комиссий, а затем собирать необходимые подписи, тратя на то и другое едва ли не основную часть рабочего времени.

Причем, тенденции таковы, что с годами различных регламентаций и, соответственно, комиссионных освидетельствований становится все больше и больше.

**Заключение.** На наш взгляд, самой главной проблемой российского здравоохранения, в целом, является плохое качество управления на федеральном уровне. Думается, Россия отнюдь не случайно заняла последнее место в составляемом экспертами агентства Bloomberg рейтинге эффективности системы здравоохранения разных стран, хотя министр здравоохранения РФ и настаивала на том, что столь плачевный результат связан с техническими ошибками, допущенными составителями рейтинга.

Правительственные программы по развитию здравоохранения не выдерживают критики в части, касающейся совершенствования психиатрической помощи, и, на наш взгляд, существующие абсурды смогут быть преодолены только в случае кардинального улучшения качества управления, которое невозможно без передачи части функций от государственных органов к профессиональным ассоциациям, и непрерывного диалога между первыми и вторыми.

Необходима если не отмена, то пересмотр Порядков медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при различных нозологиях с тем, чтобы врачи-специалисты, в том числе врачи-психиатры, имели право оказывать неотложную медицинскую помощь не по своей специальности, и чтобы врачи-психиатры имели право оказывать специализированную наркологическую помощь. Кроме того, необходимо ввести в рекомендуемые штатные нормативы психиатрических больниц должности специалистов по социальной работе.

Необходимо незамедлительное выполнение законодательными органами власти определения Конституционного суда РФ от 19.01.2011, предписавшего необходимость установления процедуры судебной проверки необходимости и обоснованности помещения недееспособных лиц в ПНИ.

Мы перечислили далеко не все частные вопросы и проблемы, с которыми сталкиваются сотрудники психиатрических больниц – обширность проблем не позволяет рассмотреть все в рамках одной статьи.

### **Литература:**

1. Казаковцев Б.А. с соавт. Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2013-2015 годах. Психическое здоровье. 2016. №7. [http://psychiatr.ru/download/2757?view=1&name=Mh\\_2016-07\\_03-22\\_Kazakovtsev.pdf](http://psychiatr.ru/download/2757?view=1&name=Mh_2016-07_03-22_Kazakovtsev.pdf)
2. Политика, планы и программы в области психического здоровья. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья. ВОЗ, 2006. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/MH%20Policy,%20Plans%20and%20Programmes%20-%20updated%20version\\_ru.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/policy/MH%20Policy,%20Plans%20and%20Programmes%20-%20updated%20version_ru.pdf?ua=1)
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»
4. Россия стала последней в рейтинге эффективности здравоохранения Bloomberg <http://www.rbc.ru/society/29/09/2016/57ecd9499a79476f9328bb8f>
5. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2015. – 572 с.
6. WHO Mental health Atlas 2014 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1)

О.Ю. Чурбакова

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница*

Согласно данным ВОЗ, каждый год в течение последних семи лет количество детей с аутизмом увеличивается строго на 13%. Это без преувеличения убийственные цифры, от которых уже невозможно отворачиваться.

**Аутизм** — это расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки проявляются в возрасте до трёх лет. Схожие состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы, относят к расстройствам аутистического спектра.

Истинная причина возникновения данного заболевания пока не известна, ученые всего мира работают над этой проблемой. Несмотря на это в современной науке остаются неисследованными, многие пути лечения и коррекции данного заболевания. В связи с этим целью данной работы стало в расширении научного представления влияния метода транскраниальной микрополяризации проводимого одновременно с коррекционно развивающей программой для детей с умеренным или умеренно-выраженным дефицитом нейродинамических компонентов высших психических функций, различного генеза.

На базе ОГБУЗ «Тамбовской психиатрической больницы» детского отделения, было проведено экспериментальное исследование (2015 год), которое было разделено на две группы:

1 группа дети, находящиеся на стационарном лечении в детском отделении, принимающие медикаментозное лечение и прошедшие 10 коррекционных занятий включая песочную терапию, проводимые медицинским психологом (30 человек); 2 группа дети, не принимающие медикаментозное лечение, но прошедшие 10 сеансов микрополяризации совместно с коррекционными занятиями, песочной терапией (30 человек); возраст детей в обеих группах составил (от 4 до 14 лет). Всего в эмпирическом исследовании приняло участие 60 детей, с расстройством аутистического спектра в рамках, следующих диагнозов:

у 10 детей – умственной отсталости; 18 – задержки психо-речевого развития; 3 – эпилепсии; 15 – органическое поражение головного мозга; 13 – детский процессуальный аутизм; 1 – аутизм в рамках хромосомных нарушений (синдром Дауна и др.).

Для проведения исследования использовались методы нейропсихологического обследования на базе батареи А.Р. Лурии, направленные на оценку состояния различных компонентов высших психических функций: процессов программирования и контроля, серийной организации движений и действий, переработки информации различных типов (слухоречевой, кинестетической, зрительной, зрительно-пространственной), а также функций I блока мозга (процессов регуляции активности)

Экспериментальные замеры производились до начала курса лечения, через 5 дней и по окончании, а также использовался метод наблюдения за ребенком на каждом коррекционном занятии.

Процесс проведения самой процедуры осуществляется врачом психиатром совместно с медицинским психологом. На голову пациента одевают специальную шапку, оборудованную электродами, после чего закрепляют ее. Схемы токового воздействия каждый раз меняются, в зависимости от очага патологии. В это время ребенок занимается коррекционно-развивающими занятиями или песочной терапией под названием «Радуга души», которые проводит медицинский психолог. Для оценки функций I блока мозга на основании описанных выше 5 характеристик энергетических компонентов деятельности были рассчитаны два комплексных нейродинамических показателя (индекса). Состав этих двух индексов был сформирован как на основании теоретических предположений, так и по результатам эксплораторного факторного анализа, в который были включены все оценки

нейродинамических характеристик выполнения проб. Полученных от первой экспериментальной группы пациентов, можно сделать вывод о незначительной положительной динамики воздействия на нейродинамические процессы, в виде снижения импульсивности и гиперактивности, тогда как показатели второй экспериментальной группы проходящие курс микрополяризации уже на 5 занятии у 10 человек из группы отмечались более высокие показатели по следующим шкалам: утомляемость – повысился уровень работоспособности, темп деятельности стал более быстрым с устойчивой динамикой; показатели слухоречевого запоминания увеличились на 1-2 слова; улучшилось понимание обращенной речи, а также звукопроизношение, отмечается нарастание речевой продукции в целом. Полученные знания во время стимуляции усваивались ребенком гораздо быстрее. Однако наряду с положительным отмечается и побочный эффект, наблюдаемый у пациентов в пике своей активности в среднем на 3-5 занятии, в виде чрезмерной импульсивности и гиперактивности, однако в последующем имеющем тенденцию к снижению, исчезновению. Также имел место отсроченный результат, о котором может свидетельствовать факт наблюдения родителей, отмечающие положительную динамику развития нейropsychических процессов, наиболее выраженным являлось нарастание речевой продукции, улучшение понимания речи и звукопроизношения.

Проведен анализ соотношения полученных интегральных показателей энергетических компонентов у всех испытуемых, вошедших в экспериментальную выборку. Можно говорить о эффективности проводимой комплексной методики транскраниальной стимуляции и психокоррекционной занятий одновременно.

#### **Литература:**

1. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме//Дефектология.2005. №2. с.46-67.
2. Аутичный ребенок- проблемы в быту. Методические рекомендации по обучению социально-бытовым навыкам аутичных детей и подростков. /Под ред. С.А.Морозова. М. 1998. 92 с.
3. Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой ориентации. // Дефектология.1997. №2. с. 31-39; №3. с. 15-21.
4. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты/Под ред. Л.М. Шипицыной, Д.Н. Исаева. СПб.1998. 124 с.

Е.В. Шалаурова, А.Г. Соловьев

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ В УСЛОВИЯХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

*Северный государственный медицинский университет, Архангельск*

Стационарная помощь детям с тяжелыми интеллектуальными формами недоразвития в условиях системы социальной защиты Архангельской области, за последние годы, претерпевает значительные изменения. В результате исследований ученых разных областей сформированы теоретические и практические основы помощи детям с нарушением развития. Современные подходы оказания стационарной помощи, медико-социальной реабилитации в системе здравоохранения и социальной защиты основаны на принципах гуманизации, индивидуализированного подхода и использования реабилитационного ресурса семьи, как полноправного участника процесса социализации ребенка с интеллектуальным недоразвитием.

Долгие годы стационарная помощь детям с тяжелыми интеллектуальными формами недоразвития в условиях системы социальной защиты предполагала реализацию консервативных подходов с приоритетом медикаментозной коррекции, обязательной трудотерапии, ограничением социальных контактов ребенка, что приводило к неблагоприятным последствиям в результате депривации и отрыва от семьи на фоне влияния медико-биологических факторов риска формирования психоречевой патологии [1].

Современная модель специализированной помощи в учреждениях системы социальной защиты в стационарной форме, предполагает полный комплекс мероприятий по реализации образовательных прав детей со сложной структурой нарушения развития, не способных осваивать цензовый уровень общего образования. При необходимости, с учетом соответствующих показаний, в форме сетевого взаимодействия осуществляется медицинское сопровождение обучающихся, в рамках которого осуществляется тесное взаимодействие с областной детской клинической психиатрической больницей (ОДКПБ). Специалисты ОДКПБ принимают участие в ежегодном мониторинге психического развития воспитанников социального учреждения, уточнении диагнозов психиатрического профиля, разработке реабилитационных маршрутов, медицинском сопровождении воспитанников, имеющих тяжело протекающие психические заболевания, значительно затрудняющие нахождение ребенка в условиях семьи и детского коллектива (тяжелые формы аутизма, шизофрении, сопровождающиеся аутоагрессиями и девиациями поведения).

В связи с принятием ФЗ № 273 «Об образовании в РФ» [3] в социальном учреждении должны быть организованы консультации специалистов медицинских и других организаций, которые не включены в штатное расписание учреждения (педиатр, психиатр, невролог, офтальмолог, ортопед и др.) для проведения дополнительного обследования воспитанников и получения медицинских заключений о состоянии их здоровья, возможностях лечения, оперативного вмешательства, медицинской реабилитации; подбора технических средств коррекции.

Актуальным вопросом становится вопрос создания особой модели медико-социального сопровождения ребенка с тяжелым интеллектуальным недоразвитием в условиях стационарного социального учреждения предоставляющего образовательные услуги.

Нами предложена модель медико-социального сопровождения ребенка с тяжелой множественной патологией развития, которая предполагает:

- работу мультидисциплинарной команды специалистов, предоставление услуг в полустационарной и стационарной (для проживающих в отдаленных районах), временной (до 6 мес.) формой обслуживания
- определение приоритетным направлением мониторинга состояния здоровья и качества жизни ребенка в ходе оказания стационарной помощи.
- тесное взаимодействие с семьей с включением членов семьи в качестве активных участников процесса реабилитации, обучения, оздоровления, мониторинга состояния здоровья, а не пассивного заказчика услуги.

Работу по внедрению данной модели проводит ГБУ АО «Новодвинский детский дом-интернат для детей с серьезными нарушениями в интеллектуальном развитии» в тесном взаимодействии с ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет».

В доме-интернате есть лицензия на медицинскую деятельность и получена лицензия на образовательную деятельность по дошкольному, основному школьному по адаптированным программам для детей с умственной отсталостью и дополнительному образованию. Что позволяет создать особую образовательную среду и строить процесс обучения в тесном взаимодействии с врачом педиатром, психиатром и неврологом. Работа мультидисциплинарной команды позволяет проводить качественное динамическое наблюдение за состоянием здоровья и познавательным развитием ребенка, обсуждать вопросы взаимодействия специалистами напрямую и в рабочем режиме корректировать мероприятия по развитию ребенка [2]. В случае ухудшения состояния здоровья педагога и родители получают квалифицированную медицинскую консультацию о выборе или пересмотре методов педагогического воздействия и изменении режима обучения.

Таким образом, на современном этапе, в условиях межведомственного взаимодействия при оказании стационарной помощи социального учреждения и психиатрического стационара детям с тяжелыми формами интеллектуального недоразвития становится актуальным не только расширение спектра лицензированных услуг, но и активное развитие стационарзамещающих технологий, выездных лагерей отдыха (проект «Семейные каникулы»), моделей постинтернатной поддержки «Сервисное жилье», временных форм устройства детей в замещающие семьи, мониторинг и оказание консультативных услуг семьям, воспитывающим детей с нарушениями развития и проживающих в отдаленных районах Архангельской области.

### **Литература:**

1. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медико-биологические факторы риска в формировании психоречевой патологии в детском возрасте. – Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2002. – Т. 81. – № 1. – С. 91-93.
2. Сидоров П.И., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2005. – 217 с.
3. Федеральный закон Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ

З.В. Шин., З.Ш. Ашуров.

## КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Городская клиническая психиатрическая больница, г. Ташкент, Узбекистан*

Шизофрения является достаточно распространённым психическим заболеванием, которое вызывает временную или постоянную нетрудоспособность, становятся причиной социальной дезадаптации больных. Нарастающая тенденция интеграции психотерапии в общую медицину и превращения ее в общемедицинскую специальность заостряет вопрос об эффективности психотерапии — предпосылках, критериях и методах ее оценки. Требование разработки критериев и методов оценки эффективности психотерапии становится все более актуальным в связи с опережающим развитием методов, организационных форм психотерапии, увеличением числа специалистов-психотерапевтов, медицинских психологов в системе здравоохранения. Оценка эффективности психотерапии является актуальной задачей, стоящей перед современной мировой и отечественной психиатрией. В качестве показателей эффективности психотерапии предлагают использовать клинические параметры, особенности социального функционирования, самооценку различных областей функционирования пациентом. Как результат психотерапевтических вмешательств исследователи отмечают снижение частоты и длительности госпитализаций, снижение показателей шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), улучшения социального функционирования, достижение ремиссии, изменение социальной сети (плотности, частотой контактов и т.п.), снижение нагрузки на семью, изменение уровня инвалидизации, динамику трудовой занятости.

Необходимость оценки эффективности психотерапевтических программ при шизофрении возрастает в связи с растущим вниманием к качеству специализированной медицинской помощи и удовлетворенности ею пациентов. В задачи исследования входили оценка эффективности психотерапии больных параноидной шизофренией в стационарных условиях и выявление критериев, значимых для динамической оценки психотерапевтической работы.

**Материалы и методы.** Обследовано 163 пациента (возраст  $45,17 \pm 1,71$  года), из них 67 % мужчин, которые были выделены сплошным методом из пациентов, находившихся на стационарном лечении ГКПБ. У всех пациентов был установлен в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз параноидной шизофрении (F20). В 64% случаев выявлен непрерывный тип течения, в 22% эпизодический тип со стабильным дефектом, в 14% эпизодический тип с нарастающим дефектом. Инвалидами по психическому заболеванию были признаны 87% пациентов.

Психотерапия включала следующие направления: трудотерапия; психообразовательные программы для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников, групповая психотерапия, тренинг социально-бытовых навыков, арт-терапия, музыка-терапия, телесно-ориентированная терапия.

В процессе комплексного обследования применялись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический методы. Для объективизации результатов исследования использовались шкалы общего клинического впечатления CGI, позитивных и негативных синдромов PANSS, визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки качества жизни.

Клиничко- социальная оценка эффективности реабилитации пациентов проводилась через 20 месяцев на основе анализа динамики параметров психического состояния, социального функционирования, качества жизни, числа регоспитализаций в стационар, отношений в семье, удовлетворенности получаемой помощью.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программной системы STATISTICA for Windows версия 9.

**Результаты и их обсуждение.** В процессы исследования были сформированы две группы сравнения: основная — пациенты, получавшие психотерапевтическую помощь ( $n=3749,3\%$  от общего числа обследованных) и группа сравнения пациенты, не получавшие только психофармакологическое лечение ( $n=38, 50,7\%$ ). Средний возраст составил в основной группе  $42,62 \pm 2,57$  года, в группе

сравнений  $47,64 \pm 2,22$  года, возраст начала заболевания –  $22,00 \pm 1,44$  и  $26,12 \pm 1,26$  года соответственно группам, длительность заболевания –  $20,78 \pm 2,20$  и  $21,55 \pm 2,40$  года. Не работали 84,7% пациентов основной группы и 86,2% пациента группы сравнения. Самооценка качества жизни больных по ВАШ превысила средний показатель и составила в основной группе  $64,69 \pm 3,67$ , в группе сравнения –  $56,52 \pm 4,49$  баллов. Выраженность позитивных симптомов (PANSS) составила  $16,25 \pm 0,79$  баллов в основной группе и  $18,15 \pm 0,63$  баллов в группе сравнения, негативных симптомов –  $20,91 \pm 0,88$  и  $24,27 \pm 0,89$  баллов соответственно группам, общих симптомов –  $39,50 \pm 1,36$  и  $40,88 \pm 1,14$  баллов.

Пациенты посещавшие психотерапию имели меньшую выраженность симптомов по кластеру энергии PANSS ( $9,88 \pm 0,52$  и  $12,33 \pm 0,52$  балла соответственно;  $p < 0,05$ ), они реже госпитализировались в психиатрический стационар (39,5 и 78,4% пациентов с частыми, ежегодно и чаще, госпитализациям соответственно;  $p < 0,05$ ). Пациенты основной группы по опроснику качества жизни SF-36 ниже оценивали физическое функционирование ( $65,47 \pm 4,20$  и  $77,58 \pm 3,31$  соответственно группам;  $p < 0,05$ ) и выше эмоциональное функционирование ( $60,44 \pm 6,93$  и  $40,46 \pm 6,61$  балла;  $p < 0,05$ ).

Лекарственная терапия в значительной степени была сопоставима в группах сравнения ( $p < 0,05$ ). Однако в основной группе достоверно реже использовался корректор нейролептической терапии тригескифенидил (52 и 91,6% случаев соответственно группам;  $p < 0,05$ ). Косвенно это свидетельствует о худшей переносимости психофармакотерапии пациентами группы сравнения и, возможно, обусловлено большей частотой полипрагмазии в этой группе (четыре и более лекарственных средства отмечены только у 10,8 % пациентов основной группы и 31,6% пациентов группы сравнения;  $p < 0,05$ ).

Исходно мотивацию к участию в психотерапевтических программах обнаруживали 75% пациентов в основной группе и 65,4% группе сравнения. На этапе оценки мотивации активность пациентов основной группы в отношении выбора методов психотерапии была существенно выше, чем в группах сравнения и составила в среднем по  $4,56 \pm 0,33$  и  $1,73 \pm 0,33$  программы на пациента ( $p < 0,001$ ). Реальная посещаемость психотерапии была ниже запланированной и составила  $3,45 \pm 0,31$  на пациента ( $p < 0,001$ ). Среди причин отказа от посещения отмечены: отсутствие сформированной мотивации – 44,5%, в остальных случаях ухудшение психического состояния.

Показано, что за время наблюдения снизилась выраженность общей психопатологии (PANSS) с  $39,50 \pm 1,63$  до  $36,00 \pm 1,40$  баллов ( $p < 0,05$ ) и отдельных показателей PANSS: O12 «Нарушение суждений и критики» с  $3,88 \pm 0,19$  до  $3,13 \pm 0,25$  балла ( $p < 0,001$ ). И O13 «Волевые нарушения» с  $3,50 \pm 0,16$  до  $3,00 \pm 0,17$  балла ( $p < 0,01$ ), что может свидетельствовать об улучшении качества ремиссии.

Самооценка качества жизни по ВАШ, определяемая как удовлетворенность жизнью не претерпела изменений в процессе психотерапии. Оценка личного и социального функционирования по шкале PSP у пациентов, посещавших психотерапию, выявила положительную динамику в области А- социально полезная деятельность, в области В- отношения с близкими и прочие социальные отношения, области С – самообслуживание. Увеличилось количество пациентов имеющие слабые нарушения в области – А, достигло-с 10,8 до 20,1%. Число пациентов с значительными нарушениями снизилось с 24,3 до 17,4%, с сильными с 64,9 до 62,5% ( $p < 0,05$ ). По сравнению с исходными данными достоверно увеличился удельный вес пациентов, не имеющих нарушений в области В, – с 5,4 до 13,5 %, а также имеющих легкие нарушения- с 21,6 до 27%. Пациентов основной группы обнаружена тенденция к снижению выраженности нарушения самообслуживания (область С) по сравнению с исходными данными ( $p = 0,09$ ). Следует отметить, что 76% пациентов основной группы занимались трудотерапией.

Для итоговой оценки был введен показатель эффективности психотерапевтической работы в отделении- результат. Результатом был интегративный показатель, отражающий самооценку пациента и /или семьи и экспертную оценку специалистов, работающих в отделении, психического состояния, уровня социального функционирования, адаптации в условиях болезни. Выделены градации: удовлетворительная (эффективная) и неудовлетворительная (неэффективная). Эффективность определялась при положительных изменениях в одной или нескольких областях жизнедеятельности относительно исходных данных. Динамика изменений в виде прогрессирующего улучшения или улучшения с последующей стабилизацией приравнивались друг к другу. Принимались во внимание

разные исходные возможности пациентов в зависимости от течения заболевания. Исследование позволило установить факторы, оказывающие наиболее сильное отрицательное влияние на эффективность психотерапевтической работы: нарушения мышления (PANSS)  $r=-0,502$ ;  $p<0,01$ ; позитивные симптомы (PANSS)  $r=-0,574$ ;  $p<0,01$ ; тяжесть психического расстройства (по шкале CGI) (PANSS)  $r=-0,527$ ;  $p<0,01$ ; частота госпитализаций  $r=-0,351$ ;  $p<0,05$ ; Положительное влияние на эффективность психотерапии оказала семейная поддержка, фактор мотивации родственников.

Выявлено, что среди пациентов не участвовавших в психотерапии, наблюдались достоверные отрицательные изменения внутрисемейных отношений, увеличилось число формальных и конфликтных внутрисемейных отношений – с 34,4 до 56,35 случаев ((PANSS)  $r=-0,502$ ;  $p<0,01$ ).

На этапе включения в исследование группы не различались по уровню персонального и социального функционирования по шкале PSP. При оценке в динамике было выявлено, что общий показатель функционирования пациентов, основной группы, стал заметно выше по сравнению с пациентами группы сравнения ( $61,32\pm 2,49$  балла и  $50,21\pm 2,53$  балла соответственно;  $p<0,01$ ).

Результаты исследования продемонстрировали, что информированность о возможностях психотерапии пациентов и их родственников на этапе хронического течения параноидной шизофрении в стационарных условиях, формирование у них мотивации к участию в психотерапевтических программах являются значительными факторами вовлечения пациентов в процесс психотерапии. Эффективная психотерапевтическая помощь улучшает качество ремиссии, повышает удовлетворенность пациентов психиатрической помощью и уровень социального функционирования.

Динамика показателей, характеризующих эмоционально-волевую сферу больных параноидной формой шизофрении, позволяет сделать вывод о том, что психотерапевтическая помощь ведет к улучшению этих показателей от занятия к занятию. Большая частота госпитализаций и изменение режима на лечение в условиях стационара у пациентов, не получавшей психотерапевтическую помощь, при отсутствие достоверных различий в тяжести психического состояния с пациентами основной группы, указывает на эффективность от проведенной психотерапевтической работы.

**А.Б. Шмуклер**

## **КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

В настоящее время в нашей стране происходят процессы реформирования психиатрической службы, которые в значительной степени касаются стационарной психиатрической помощи. Процессы сокращения психиатрических коек начались в Российской Федерации с 90-х годов XX века, и за два десятилетия было сокращено более четверти коечного фонда. Казалось, что данные процессы истощились, однако в последние годы во многих регионах они вновь активизировались, приобретая характер административной реформы.

Следует отметить, что процессы деинституционализации происходили и продолжают происходить во многих экономически развитых странах, в каждой из них обнаруживая свои своеобразные черты. При этом объем сохраненных коек для лечения психически больных может значительно различаться, обнаруживая существенные колебания от их минимального количества (в Италии и Испании) до довольно значительного числа (в Германии, Нидерландах и Бельгии). В настоящее время Российская Федерация в этом отношении демонстрирует средние показатели, однако происходящие в последние годы процессы заставляют планировать организационную структуру службы, исходя из более низких цифр.

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что деинституционализация не может и не должна ограничиваться только сокращением числа психиатрических коек и касается всей психиатрической службы в целом во взаимодействии с другими медицинскими и социальными учреждениями территории. Накопленный в настоящее время опыт позволяет сформулировать ряд принципов деинституционализации, которые позволяют улучшить качество оказания психиатрической помощи населению. В частности, необходимо, наряду с сокращением количества психиатрических коек, активное развитие внебольничной психиатрической службы. Это касается как ее диспансерного, так и внедиспансерного раздела.

Последний, с одной стороны, не может функционировать в отрыве от собственно психиатрических учреждений, а с другой – требует опоры на все ресурсы сообщества, в том числе и в первую очередь, нуждается в сближении с общей медициной. Несмотря на наличие понимания необходимости интеграции психиатрии с другими разделами медицины, позволяющей получить существенные клинические и, кроме того, экономические преимущества, подобное взаимодействие в последние годы становится все более проблематичным, что связано с организационно-экономическими особенностями деятельности здравоохранения. Речь, в первую очередь, идет об участии медицинских организаций, оказывающих соматическую помощь населению, в системе обязательного медицинского страхования, в то время как психиатрическая служба, как правило, имеет бюджетное финансирование, что, таким образом, создает препятствие к работе специалистов психиатрического профиля на базе общесоматических учреждений.

Проблема участия психиатров в работе общесоматических больниц стоит достаточно остро. Развитие психиатрических отделений в больницах общего профиля получило широкое распространение в экономически развитых странах (в значительной части из них являясь основной формой оказания стационарной психиатрической помощи). В ряде территорий Российской Федерации функционируют психиатрические отделения на базе центральных районных больниц, однако в этих случаях возникают организационно-финансовые проблемы, обусловленные в том числе описанными выше причинами. Существуют также так называемые сомато-психиатрические отделения в структуре крупных многопрофильных больниц, оказывающих помощь психически больным с сочетанной соматической патологией.

Потребность в психиатрических койках, развернутых в структуре многопрофильных больниц чрезвычайно велика. Кроме необходимости участия психиатра в лечении ряда пациентов, находящихся в стационаре по поводу соматической патологии (заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, аутоиммунных болезней, диабета и др.), что, как неоднократно было показано, способствует повышению эффективности терапии основного заболевания, имеется потребность в

лечении психических расстройств, развивающихся как осложнение соматического заболевания (в первую очередь, соматогенного делирия, особенно у послеоперационных больных, пациентов пожилого возраста). Согласно экспертным оценкам, до 20% коек отделений интенсивной терапии блокировано больными с различными видами психомоторного возбуждения.

В целом, можно считать, что расчетная потребность в психиатрических койках для пациентов многопрофильного стационара составляет порядка 5% от коечного фонда больницы. Показаниями для поступления в подобные отделения являются впервые развившиеся психические расстройства (в том числе, при наличии соответствующих условий организации помощи – психотического уровня), требующие исключения соматической природы заболевания; нервная анорексия / булимия с выраженными соматическими осложнениями; расстройства аффективного спектра; состояния после суицидальных попыток, требующие оказания соматической (токсикологической, травматологической и др.) помощи; urgentные состояния у психически больных (фебрильные приступы, злокачественный нейролептический синдром); необходимость проведения электросудорожной терапии; алкогольные делирии с соматическим отягощением; коморбидные тяжелые психические и соматические заболевания, требующие стационарного лечения. Во всех указанных случаях необходимо не только психиатрическое лечение, но использование диагностических возможностей, имеющиеся в многопрофильной больнице, а также активное участие в диагностике и терапии работающих в ней специалистов. Кроме того, преимущества такого подхода к оказанию психиатрической помощи состоит в ее приближении к населению. Имеется также отчетливый дестигматизирующий эффект, что способствует обращению за медицинской помощью в более ранние сроки (это особенно важно для случаев впервые развившихся психических расстройств) и позволяет минимизировать клинические и социальные последствия заболевания, являясь ресурсосберегающим уже среднесрочной перспективе.

Сближение психиатрии и соматической медицины составляет важный компонент реформирования психиатрической службы, позволяющий успешно осуществить деинституционализацию. Однако ее проведение невозможно без активного развития внебольничного диспансерного звена, составляющего в этих условиях основу психиатрической службы и требующего первоочередного внимания. К этой группе мероприятий относятся развитие сети дневных стационаров; увеличение активности диспансерного наблюдения, включая строгое выполнение его принципов с выделением целевых групп больных и осуществлением специальных лечебно-реабилитационных программ, а также усиление преемственности между стационарным и внебольничным звеном психиатрической службы. Кроме того, необходимо активное внедрение новых организационных форм оказания психиатрической помощи: медико-реабилитационных отделений, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи, отделений медико-социальной работы в амбулаторных условиях. Существенным аспектом работы является развитие и укрепление суицидологической службы, а также системы раннего выявления психических расстройств на их начальных этапах и организации помощи данному контингенту.

Необходима разработка алгоритмов ведения больных на различных преемственных этапах (психиатрическая больница, дневной стационар, амбулаторная помощь) и определение показателей эффективности оказываемой помощи как на уровне отдельного пациента, так и учреждения в целом.

Регулярный мониторинг деятельности службы должен учитывать целый спектр показателей, объединенных в 3 основных блока: качество структуры, качество процесса оказания помощи и качество ее результата.

Качество структуры учитывает условия оказания помощи, структуру службы, структуру специалистов (выделенные ставки и обеспеченность специалистами) и качество их подготовки (последнее требует организации системы обучения, включающей кроме формальных мероприятий, определяемых законодательно и различными ведомственными инструкциям, участие в семинарах и конференциях, а также проведение регулярной супервизии и клинических разборов, осуществляемых как наиболее квалифицированными специалистами данного учреждения, так и ведущими специалистами других клиник, кафедр психиатрии и научно-исследовательских институтов).

Качество процесса подразумевает организационные алгоритмы оказания помощи и алгоритмы ведения больных. И, наконец, качество результата касается клинической, социальной и экономической эффективности помощи (затраты на единицу результата).

В целом, формально организационные критерии оценки стационарной психиатрической помощи включают целый спектр учитываемых показателей:

- 1) каналы госпитализации: «Скорая помощь» из дома, «Скорая помощь по направлению других служб, направление ПНД, самотек);
- 2) добровольность госпитализации;
- 3) обоснованность госпитализации;
- 4) причины ухудшения состояния;
- 5) повторность поступления в больницу (1 раз в месяц, 1 раз в 6 месяцев, 1 раз в 12 месяцев);
- 6) динамика обследования;
- 7) наличие обоснования лечебных назначений (в том числе полипрагмазии);
- 8) описание динамики состояния в процессе стационарного лечения, в том числе переносимости терапии и наличия побочных действий и осложнений;
- 9) обоснование длительности пребывания в стационаре;
- 10) наличие подготовки к выписке;
- 11) наличие рекомендаций по поддерживающему лечению, особенностям наблюдения во внебольничных условиях, а также оценка комплаентности.

Целью оказания психиатрической помощи является достижение социально-личностной автономии пациента при возможно более полном купировании психопатологической симптоматики, отсутствии побочных эффектов и осложнений терапии. Для оценки данных показателей можно использовать соответствующие бланки (рис. 1-3).

Тяжесть расстройств оценивается по 7-балльной системе согласно приводимых критериям: 0 – оценка не проводилась; 1 – отсутствие признака; 2 – сомнительная выраженность признака; 3 – легкая выраженность признака; 4 – умеренная выраженность признака; 5 – значительная выраженность признака; 6 – выраженность признака определяет тяжелое расстройство; 7 – выраженность признака определяет очень тяжелое расстройство.

Оценка осуществляется по следующим показателям: (1) тяжесть психического расстройства; (2) выраженность побочных эффектов и осложнений терапии; (3) выраженность нарушений функционирования больных.

При выставлении оценки «0» должно быть дано объяснение причин невозможности осуществить анализ состояния пациента.

Оценка «1» выставляется при отсутствии каких-либо признаков психического заболевания (полная ремиссия), побочных эффектов и осложнений терапии, в том числе определяемых с помощью лабораторных показателей, а также восстановлении доболезненного уровня социального функционирования.

При наличии нарушений, которые затруднительно однозначно определить как болезненные выставляется «2» (например, редкие элементарные обманы восприятия; рост ранее среднего уровня глюкозы крови до значений, достигающих верхней границы нормы; эпизодические колебания работоспособности, не носящие сколько-нибудь систематического характера и не нарушающие функционирование пациента в целом и т.п.).

Оценка «3» выставляется при редко возникающих нарушениях неглубокого уровня, не сказывающихся на поведении пациента (например, галлюцинации не чаще 1-2 раз в неделю, содержание которых никак не проявляется вовне и игнорируется больным); минимальных, не имеющих существенной клинической значимости и не требующих изменений лечебной тактики отклонениях в лабораторных показателях или незначительном ухудшении функционирования, не дезадаптирующем пациента.

Умеренная выраженность расстройств («4») регистрируется в случаях отчетливо проявляющейся психопатологической симптоматики, однако сказывающейся на поведении пациента лишь в



Рис. 1. Бланк оценки тяжести расстройств

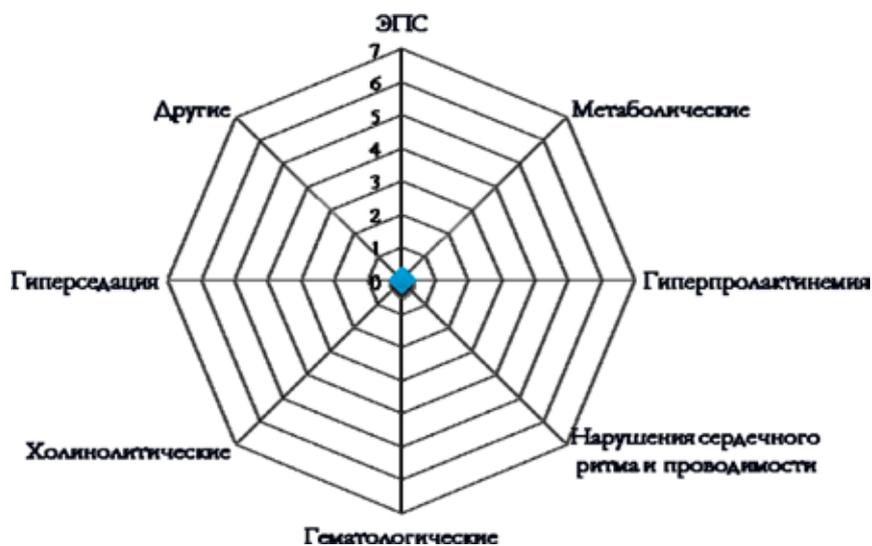


Рис. 2. Бланк оценки побочных эффектов терапии

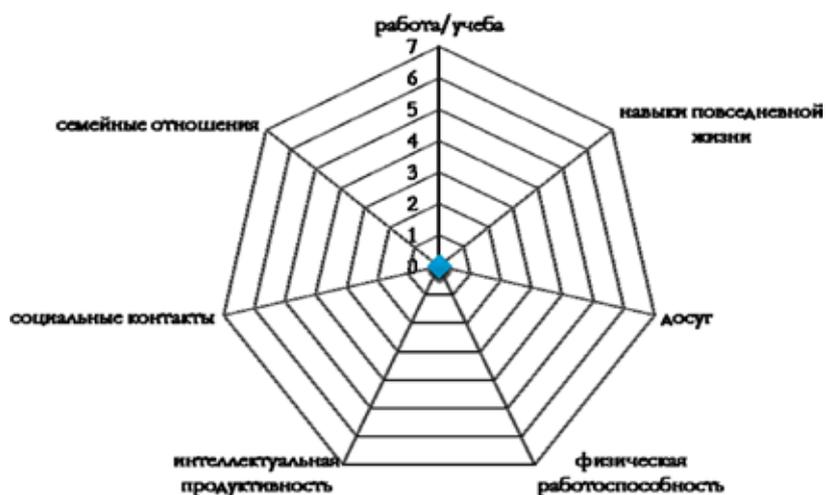


Рис. 3. Бланк оценки социального функционирования.

небольшой степени; клинически значимых побочных эффектах (осложнениях) терапии, требующих коррекции, но без осуществления неотложных мер и ухудшения социального функционирования не более, чем на 30% от исходного уровня.

Значительная выраженность нарушений («5») может быть диагностирована при обострении психопатологической симптоматики, в существенной степени определяющей изменение поведения пациента, однако не требующей в обязательном порядке его госпитализации; клинически значимых побочных эффектах (осложнениях) терапии, требующих неотложных мер (изменения терапии), однако без обязательной госпитализации пациента и ухудшении социального функционирования на 30-50% от исходного уровня.

Оценка «6» выставляется при наличии обострения симптоматики и побочных эффектов (осложнений) терапии, требующих неотложной госпитализации, а также ухудшении социального функционирования на 50-70% от исходного уровня.

Максимальный балл («7») выставляется при обострении симптоматики и побочных эффектах (осложнениях) терапии, требующих экстренной госпитализации, а также нарушении социального на 70% и более.

Кроме того, можно выделить ряд формальных критериев качества помощи, отражающих ее результаты:

1) длительность пребывания в психиатрической больнице (целесообразна разбивка по следующим группам: до 7 дней; 8 – 42 дня; 43 – 84 дня; 85 дней и более);

2) количество переводов из больницы для долечивания в дневной стационар, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи или медико-реабилитационное отделение, осуществляющее свою деятельность во внебольничных условиях;

3) повторность поступления в больницу в течение 1 месяца после предшествующей выписки;

4) наличие обострения симптоматики в течение 1 месяца после предшествующей выписки;

5) первичный выход на инвалидность (после лечения в стационаре).

Г.А. Якупова

## МЕТОД В.М. ЭЛЬКИНА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЗЫКОТЕРАПИИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

*Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца;*

*Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург.*

Как известно, сколько музыкотерапевтов, столько и методов музыкотерапии. Поэтому возникает много вопросов, какую музыку и для чего надо использовать в музыкотерапии. Существует большое количество книг, посвященных влиянию музыки на психическое состояние человека [1,2,3,4,5]. В процессе исследования установлено, что определенные психологические тесты помогают найти объективные способы поиска необходимой музыки для положительного воздействия на человека. Для этого применялся тест Люшера. Установлено, что у лиц с невротическими расстройствами наиболее предпочитаемому цвету в тесте Люшера соответствует определенный тональный аккорд. Музыкотерапевт В.М. Элькин [6] разработал таблицу цвето-музыкальных характеристик психологических уровней, которая позволяет оценивать музыкотерапию лиц, страдающих невротическими расстройствами, и подбирать подходящие произведения.

В данной работе проверена возможность применения указанного соответствия цвета и тона в процессе музыкотерапии психически больных. Исследовано 54 больных с диагнозами – шизофрения, параноидная форма, внутрибольничное улучшение 12 человек, биполярно-аффективное расстройство, маниакальная фаза – 10 человек, биполярно-аффективное расстройство, депрессивная фаза – 12 человек, инволюционная депрессия-9 человек, органическое заболевание головного мозга, тревожно-депрессивный синдром – 11 человек. При прослушивании использовались классические вальсы, симфония № 5 Мендельсона, Соната № 23 Бетховена (Аппассионата), ноктюрны, прелюдии, вальсы Шопена (минорная тональность), вальсы Штрауса, Лебедь Сен-Санса, прелюдии Рахманинова, Аве Мария Шуберта и др. Музыкотерапия продолжалась 1 час 1 раз в неделю в форме групповой терапии, группы состояли из 8-10 человек. Оценка методом Люшера проводилась до и после музыкотерапии. У лиц с шизофренией положительная динамика эмоционального состояния наблюдалась при прослушивании произведений мажорной тональности при первоначальном выборе одного из дополнительных цветов /фиолетовый, коричневый, черный, серый/, что не соответствует данным исследования больных с невротическими расстройствами. В то же время произведения с минорной тональностью вызывали такую же динамику состояния, как у лиц без психоза. У больных с органическим поражением головного мозга соотношение восприятия цвета и тональности совпадало с таковым у лиц, страдающих невротическими расстройствами, то есть при выборе одного из основных цветов (синий, зеленый, красный, желтый) предпочитались произведения мажорной тональности. У больных с биполярным аффективным расстройством (маниакальная фаза) произведения в исполнении оркестра Поля Мориа и ноктюрны Шопена не вызывали положительной динамики, классические вальсы вызывали отрицательную динамику. При этом соотношение выбора цвета и тональности совпадало с данными у лиц, имеющих невротические расстройства. У больных с биполярным аффективным расстройством (депрессивная фаза) расхождения с данными таблицы цвето-музыкальных характеристик не было. У больных, страдающих инволюционной депрессией, выбор цвета и тональности не соответствовал выбору больных невротическими расстройствами. У них наблюдалась положительная динамика эмоционального состояния в процессе прослушивания произведений минорной тональности при первоначальном выборе одного из основных цветов.

Таким образом, у больных шизофренией и инволюционной депрессией имеют место более глубокие нарушения эмоциональной сферы по сравнению с биполярным аффективным расстройством и органическими поражениями головного мозга, причем подтверждается парадоксальность эмоциональных реакций при шизофрении. Установленное соотношение цвета и тональности при подборе произведений для музыкотерапии, вероятно, к ним не применимо. Еще раз подтверждаются данные о положительном эффекте произведений минорной тональности при наличии депрессивных переживаний.

### **Литература:**

1. Шипулин Г.П. Лечебное влияние музыки. В кн.: Вопросы современной психоневрологии Л, Медицина, 1966, т.38, С. 289-296.
2. Брусиловский Л.С. Музыка в системе восстановительного лечения психически больных. автореф. дис. к.м.н., Л., 1973.
3. Блаво Р., Музыка здоровья. М., Роял Мед, 2002, 283 с.
4. Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия, М., 1999, 172 с.
5. Декер-Фойгт Г.Г. Введение в музыкотерапию. М., 2003, 205 с.
6. Элькин В.М. Целительная магия музыки, СПб, 2000, 218 с.

## СОДЕРЖАНИЕ

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.Г. Студзинский, Д.Р. Тахташова ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ В КОНТЕКСТЕ КАЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	5
В.А. Абрамов, О.Н. Голоденко, О.Г. Студзинский, А.В. Абрамов ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	8
М.А. Александр, М.М. Габец МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА «МИС ПБ СВЯТОГО НИКОЛАЯ ЧУДОТВОРЦА».....	11
С.Б. Бабарахимова, Ж.М. Искандарова, Ш.Ш. Шаикрамов КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	16
Л.Н. Берегулина ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОЗНАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДАМИ АРТ-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	19
А.Е. Веракса ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ КУПИРОВАНИЯ ОСТРЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ С КАТАТОНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ.....	42
С.В. Выходцев ОПЫТ РАБОТЫ УРОЛОГА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	45
И.С. Григорьев, А.Н. Лесков УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	48
М.Ф. Денисов ОТ ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ К ТРАНСИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ: ОПЫТ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В США.....	55
А.Ю. Егоров, Е.В. Снедков КАК ЛЕЧИТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С КОМОРБИДНЫМ АЛКОГОЛИЗМОМ?.....	62
Д.И. Жукова, В.Д. Балин, Л.В. Джанаева СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СТИЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРФЕКЦИОНИСТСКОЙ МОДЕЛИ ДЕПРЕССИИ.....	70
О.В. Задорожная РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ, НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ.....	73
В.А. Некрасов ЭВОЛЮЦИЯ КОНЦЕПЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ИЗ XIX В XXI ВЕК.....	77
О.В. Зубарева, Т.И. Дикая, А.М. Петрова К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА, ПОЛУЧЕННОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	81

О.Н. Кушнир, А.Н. Лесков, В.А. Точиллов, И.С. Григорьев О ПРИЧИНАХ СМЕРТНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	87
М.А. Ландышев, Д.С. Петров ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ЗАЩИЩЕННОГО ЖИЛЬЯ ДЛЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	92
П.Ю. Мучник ВЛИЯНИЕ УСТАНОВЛЕННОГО ДИАГНОЗА НА ВЫБОР ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА.....	96
Н.Н. Петрова, К.А. Рюзина, М.В. Дорофейкова КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ.....	103
Н.Ю. Рукина ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	105
А.Г. Синенченко, А.Г. Софронов, С.В. Зиновьев, А.Е. Добровольская, Г.А. Прокопович, Е.Ю. Тявокина ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В УРГЕНТНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....	107
Е.В. Снедков, И.В. Лемешев ЗВЕНЬЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: СВЯЗАНЫ ЛИ ОДНОЙ ЦЕЛЬЮ?.....	110
М.А. Соляник, М.А. Пошибайлов АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ДЛИТЕЛЬНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ И БЫСТРЫХ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР.....	123
Т.В. Титкова, О.В. Острецов ПАРТНЕРСТВО: ОЖИДАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ.....	133
И.А. Уваров, А.А. Черенков, Н.Г. Обухов НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ИНДУСТРИАЛЬНОГО ГОРОДА.....	135
Н.В. Филаткина ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА В РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ.....	137
Д.Ф. Хритинин, М.А. Сумарокова, А.В. Есин, Е.П. Щукина ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО РЕМИССИИ ПРИ ШИЗАФФЕКТИВНОМ РАСТРОЙСТВЕ.....	140
Е.А. Черток, М.Ф. Денисов ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....	142
О.Ю. Чурбакова ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	151

Е.В. Шалаурова, А.Г. Соловьев СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ В УСЛОВИЯХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ .....	153
З.В. Шин., З.Ш. Ашуров. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ .....	155
А.Б. Шмуклер КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ .....	158
Г.А. Якупова МЕТОД В.М. ЭЛЬКИНА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЗЫКОТЕРАПИИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ .....	163

# Эффективный психиатрический стационар: каким он должен быть?

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]  
**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**

межрегиональной научно-практической конференции  
Санкт-Петербург (09 декабря 2016 года)

Под общей редакцией С.Я. Свистуна, М.Ф. Денисова

**ISBN 978-5-905498-59-6**