

Омский психиатрический журнал

4 (6) 2015



16 +

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практическое сетевое издание

*Омская областная общественная организация
«Омское общество психиатров»*

*Omsk regional public organization
"Omsk Society of Psychiatrists"*

**4 (6)
2015**

**ISSN
2412-8805**

Сетевое издание
зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № **ФС77-58937** от
5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
<http://omskoop.ru>
Адрес редакции:

Адрес редакции.
644070. Омская область, г.
Омск. ул. Куйбышева, 30.
Тел. (+7812)56-67-82

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и иллюстрации
из открытых Интернет-
источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины Leonora Carrington
«The Pimps of the Subsoil»,
1947

Главный редактор

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.

Редакционная коллегия:

Александрова Н.В., к.м.н.

Белебева Е.А.

Богачев М.А.

Воронкова Т.А.

Малютин Т.В.

Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н. (Омск)

Дроздовский Ю.В., д.м.н. (Омск)

Лопанова Е.В., д.п.н. (Омск)

Иванова Т.И., д.м.н. (Омск)

Крашалева О.Е., к.м.н. (Омск)

Одарченко С.С., д.м.н. (Омск)

Чеперин А.И., к.м.н. (Омск)

Федотов И.А., к.м.н. (Рязань)

Содержание / Contents

Колонка редактора	5	Editor's column
XVI Съезд психиатров России		XVII Congress of Russian Psychiatrists
Резолюция делегатов XVI Съезда психиатров России и участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы"	6	The resolution delegates XVII Congress of Russian Psychiatrists and participants of All-Russian scientific-practical conference with international participation "Psychiatry at the stages of reform: problems and prospects"
Информационное сообщение о съезде общественной организации "Российское общество психиатров"	13	Announcement of the Congress of the NGO "The Russian Society of Psychiatrists"
Клиника психических расстройств		Clinic of psychiatric disorders
i- Disorders - новые виды психических расстройств, связанные с использованием современных информационных технологий <i>Федотов И.А., Кукушкин С.В., Доровская В.А., Антошкин Я.А.</i>	16	i-Disorders – new types of mental disorders affecting using modern information technologies <i>Fedotov I.A., Kukushkin S.V., Dorovskaya V.A., Antoshkin J.A.</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Системный подход в психотерапии психозов: клинический случай <i>Берников В.М.</i>	20	Systemic approach in psychotherapy of psychosis: clinical case <i>Bernikov V.M.</i>
Нейтрализация элементов криминальной субкультуры в условиях психиатрического отделения принудительного лечения специализированного типа <i>Петрова А.И., Прокаева О.И., Могиль О.В., Кисляк З.В.</i>	22	Neutralization of criminal subculture in a psychiatric involuntary treatment <i>Petrova A.I., Prokaeva O.I., Mogil O.V., Kislyak Z.V.</i>
Психосоциальная реабилитация в условиях загородного реабилитационного комплекса <i>Хузина С.В., Лебеденко В.С., Харин А.Н.</i>	26	Psychosocial rehabilitation in the country rehabilitation center <i>Cousin S.V., Lebedenco V.S., Harin A.N.</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Приемы саморегуляции психических состояний в экстремальных ситуациях <i>Шилова И.М.</i>	29	Techniques of self-regulation of mental states in extremal situations <i>Shilova I.M.</i>

История психиатрии

К анализу важнейшего десятилетия (1958-1968 гг.) советской психиатрии с точки зрения его вклада в преодоление механистического рефлексологического (т.н. Павловского) и др. паранаучных направлений
Остроглазов В.Г.

History of psychiatry

32 Analysis of the most important decades (1958-1968 gg.) in Soviet psychiatry in terms of its contribution to overcoming the mechanistic reflexological (called pavlovian), and others parascientific directions
Ostroglazov V.G.

Сестринское дело в психиатрии

Эволюция функционального дисплея медицинской сестры в психиатрии
Гирфанова Е.П., Лудын Т.Н.

Nursing in Psychiatry

35 Evolution function display of nurses in psychiatry
Girfanova E.P., Ludyn T.N

Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара
О.Г. Чаркова, М.Ю.Дорошенко

42 Ways to reduce non-medicated psycho-emotional disorders in patients of drug treatment hospital
Charkova O.G., Doroshenko M.Y.

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

23-26 сентября 2015 года в Казани состоялся крупнейший научный форум – XVI Съезд психиатров России. В рамках Съезда проведена Всероссийская конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 161 от 31.03.2015 XVI Съезд психиатров России в Казани был включен в План научно-практических мероприятий Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Съезды психиатров России проводятся с 1887 года, в последние десятилетия 1 раз в пять лет. Казань принимает главное событие психиатрического сообщества во второй раз. В работе XVI Съезда приняли участие более 1300 специалистов из всех регионов России, гости из Беларуси, Казахстана, Киргизии, Грузии, Азербайджана, известные ученые из Германии, Италии, Хорватии, США, Австралии. Работой форума руководили президент-элект Всемирной психиатрической ассоциации, профессор Helen Herrman (Австралия), главный психиатр Минздрава России, профессор З.И. Кекелидзе, председатель Российского общества психиатров, главный психиатр Росздравнадзора, профессор Н.Г. Незнанов, академики РАН А.Б. Смулевич и А.С. Тиганов. С докладами выступали представители Минздрава России, руководители медицинских НИИ и ВУЗов, ведущие ученые-психиатры, директор ФСКН России.

Омская психиатрия на Съезде была представлена большой делегацией, которую возглавил Главный врач БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой», Председатель Омского общества психиатров, к.м.н. А.И. Чеперин. В состав делегации вошли С.С. Одарченко, О.Е. Крахмалева, А.Д. Шеллер, М.И. Шеденко, Т.И. Иванова, Д.В. Четвериков, М.А. Богачев, О.А. Паненко, Е.А. Белебева, Е.Ю. Емельянова, И.В. Гранкина. Трое наших коллег (А.Д. Шеллер, О.Е. Крахмалева и И.В. Гранкина) выступили с докладами на секционных заседаниях. В текущем выпуске журнала размещены важнейшие программные документы Съезда.

В работе научной конференции участвовало более 700 научных сотрудников и врачей-психиатров, наркологов, неврологов, психотерапевтов из всех регионов России, ближнего и дальнего зарубежья. Докладчики – ведущие российские ученые в области психиатрии, наркологии, фармакологии, психотерапии, неврологии. В период проведения научной конференции была организована выставка современных образцов медицинского оборудования и лекарственных препаратов.

Наш журнал последовательно освещает те проблемы региональной психиатрии, о которых много и

подробно говорили участники Съезда. Серьезные дискуссии были посвящены перспективам развития классификаций психических расстройств, в частности – формированию МКБ-11, выпуск которой планируется в ближайшие 2 года. В ней, несомненно, будут отражены психические расстройства, обусловленные патологическим использованием компьютера, которым посвящена статья наших коллег из Рязани. В работе приведен литературный обзор с описанием новых психических расстройств, связанных с использованием современных информационных технологий: номофобии, киберфобии, киберболезни, зависимости от «медийного шума», а также ассоциированных с гаджетами нарциссизма и инсомнии.

Многообразие форм и методов, реализуемых в отечественной психотерапии, было представлено на трех секциях Съезда. Участники дискуссий подчеркивали, что в настоящее время границы психотерапевтической помощи расширяются прежде всего за счет нозологических форм, в том числе и с пациентами, страдающих психозами. В представляемой выпуске журнала рассматривается клиническое наблюдение комплексного лечения психотического расстройства у молодой пациентки в условиях стационара; автор приводит структурированную схему психотерапевтических интервенций с использованием современных методов мультимодальной психотерапии.

Резонансные преступления, совершенные в последние годы психически больными, не могли не повлиять на повестку дня Съезда. И в данном контексте опыт омских психиатров в отношении принудительного лечения, часть которого представлена в настоящем выпуске журнала, показывает, что необходима борьба с популяризацией криминальной субкультуры, стимулирование правопослушного поведения, устранение социального паразитизма, на формирование новой ментальности с воспитанием уважительного отношения к человеку, обществу, труду, нормам, традициям человеческого общежития, что в итоге предупреждает правонарушения во время нахождения пациентов на принудительном лечении и после его прекращения.

Психосоциальная реабилитация – основной тренд психиатрической помощи последних лет, отмечалось на Съезде. В Омской области разработаны и успешно реализуются многие реабилитационные технологии, в том числе и в загородном отделении больницы. Реабилитационный комплекс состоит из загородного отделения, общежития для пациентов, жилья с поддержкой. Контингент пациентов в основном с длительными сроками госпитализации, частыми повторными поступлениями, по различным причинам утратившие социальные, родственные связи, жил-

площадь, документы. У всех пациентов в различной степени утрачены навыки независимого проживания, трудовые навыки. В рамках биосоциальной модели оказания психиатрической помощи, переход к которой сформировался в течение последних 12 лет, применяется комплекс психосоциальных воздействий, направленных на восстановление потенциала самого пациента.

Правление Омского общества психиатров, редакцияная коллегия «Омского психиатрического журнала» поздравляет своих читателей с наступающим Новым годом. Вот уже полтора года мы вместе. Пусть новый, 2016 год, принесет радость, новые впечатления, надежды и оптимизм. Пусть он будет разным: ярким и веселым, романтическим и мечтательным,

удачным и целеустремленным. Пусть Новый год станет отличной возможностью продолжить свои успешные начинания и прекрасным шансом для тех, кто решил начать все сначала. Грустные и горестные моменты пусть уйдут в прошлое, а самые лучшие и приятные воспоминания всю жизнь согревают душу ласковым теплом. Пусть забудутся старые обиды, открыв дорогу для новой дружбы и любви. Желания пусть исполнятся, любимая работа – помощь психически больным – приносит удовлетворение, новые знания и свершения.

Пусть солнце освещает путь, полный надежд, радостных событий, мира и путешествий. С Новым годом!

*Правление Омского общества психиатров.
Редакцияная коллегия.*

XVI Съезд психиатров России

РЕЗОЛЮЦИЯ ДЕЛЕГАТОВ XVI СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ РОССИИ И УЧАСТНИКОВ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ "ПСИХИАТРИЯ НА ЭТАПАХ РЕФОРМ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ", Казань 23-26 сентября 2015 года

The resolution delegates XVII Congress of Russian Psychiatrists and participants of All-Russian scientific-practical conference with international participation "Psychiatry at the stages of reform: problems and prospects"

Участники Съезда констатируют, что показатели психического здоровья населения России в течение последнего десятилетия (2005-2014 гг.), имея некоторую тенденцию к улучшению, в целом остаются неблагоприятными. При этом процесс реформирования системы психиатрической помощи идет недостаточными темпами.

Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами в РФ в расчете на 100 тыс. населения снизился на 5,6% (с 2 966,58 до 2 799,0). Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами снизился на 25,9% (с 388,3 до 308,3). Продолжается рост инвалидизации в связи с психическими расстройствами: за 10 лет число инвалидов увеличилось на 5,2% и в 2014 г. составило 1 055 950 человек; в расчете на 100 тыс. населения этот показатель вырос на 4,0% и составляет 721,9. В общем числе лиц, обратившихся за психиатрической помощью, инвалиды составляют 28,5%; в расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составляет 66,7 (в 2005 г. – 55,5).

В 2014 г. число врачей-психиатров в 85 регионах РФ составило 13 391 человек, число врачей-психотерапевтов – 1 526 человек. При этом обеспеченность населения врачами-психиатрами в расчете на 10 тыс. населения составила 0,92, врачами-психотерапевтами – 0,10. Высокий показатель коэффициента совместительства (врачей-психиатров – 1,54, врачей-психотерапевтов – 1,94) свидетельствует о хроническом дефиците в отрасли указанных специалистов.

В период 2005-2014 гг. произошло значительное уменьшение числа и мощности психиатрических учреждений, как амбулаторных, так и стационарных. Число психоневрологических диспансеров уменьшилось на 43,3% (с 173 до 98), медицинских учреждений, имеющих дневной стационар – на 2,3% (с 171 до 167), число медицинских учреждений, имеющих психиат-

рические кабинеты – на 12,5% (с 2 249 до 1 967), число психиатрических больниц – на 22,2% (с 270 до 210); число диспансеров, имеющих стационары – на 36,5% (с 115 до 73).

Начиная с 2010 г. несколько увеличилось число подразделений, оказывающих полустационарную психиатрическую помощь: дневных стационаров – на 17,2% (с 233 до 273), ночных стационаров – в 6 раз (с 1 до 6). При этом число стационаров на дому уменьшилось на 13,3% (с 17 до 15). Число мест дневных стационаров возрастало и достигло 19 093; этот показатель в расчете на 100 диспансерных больных составляет 1,22. Число мест в лечебно-производственных мастерских, напротив, продолжало снижаться и достигло минимального уровня за последние 20 лет – 5 395 мест. Этот показатель в расчете на 100 диспансерных больных составляет 0,34.

Доля диспансерного контингента наблюдаемых психически больных продолжала снижаться и составляет 42,2% – за счет роста доли консультативного контингента больных психическими расстройствами до 57,8%. Около 60% всех обращающихся за психиатрической помощью, нуждаются только в амбулаторной помощи.

Коечный фонд психиатрических стационаров в 2005-2014 гг. сократился на 14,1% – с 161 748 до 138 950 коек, показатель обеспеченности койками в расчете на 10 тыс. населения уменьшился на 15,8% – с 11,4 до 9,5 коек. Существенное сокращение коечного фонда не повлекло за собой увеличение оборота койки, среднего числа дней работы койки в году. Средняя занятость психиатрической койки в году в целом по 85 регионам составила 336 дней. Общее число госпитализированных больных в этот период сократилось на 117 600 человек (на 13,8%), средний срок стационарного лечения сократился с 102,0 до 95,3 дней.

Анализ состояния психиатрической службы и наличие разноречивых тенденций динамики ее основных показателей деятельности свидетельствуют об отсутствии системного подхода к организации психиатрической помощи в большинстве субъектов РФ, недостаточном учете потребностей населения в различных ее видах.

Уменьшение на 5,6% обслуживаемых контингентов больных психическими расстройствами и на 25,9% показателей первичной заболеваемости явилось результатом централизации психиатрической службы в субъектах РФ, сокращением числа психоневрологических диспансеров и психиатрических кабинетов. Наблюдаемое увеличение на 26,2% числа врачебных посещений произошло за счет профилактических осмотров, при этом частота выявления психических расстройств снизилась. Увеличение числа врачебных посещений на фоне сокращения показателей кадровой обеспеченности свидетельствует о значительном сокращении времени на обслуживание одного пациента, снижении терапевтической активности участковых врачей-психиатров.

В течение последних лет произошло значительное сокращение финансирования психиатрической службы, о чем свидетельствуют результаты мониторинга величины расходов на оказание помощи больным психическими расстройствами в 42 субъектах РФ, проведенного в мае-июне 2014 г. Общие расходы на оказания психиатрической помощи в этих регионах составили 20 683,0 млн. руб.; при этом доля стационарной психиатрической помощи в указанных расходах составила 87,2%, финансирование оказания помощи при чрезвычайных ситуациях - 0,7%. Средняя стоимость лечения 1 больного в психиатрическом стационаре составила 48 971,96 руб. в дневном стационаре - 10 305,04 руб. Указанные данные были агрегированы и позволили определить реальные ориентировочные расходы на оказание психиатрической помощи в стране, которые составили около 46 600,2 млн. рублей.

Делегаты съезда и участники конференции отмечают, что недоработки в практической реализации федерального закона № 426 «О специальной оценке условий труда» привели к тому, что с 2015 г. сотрудники психиатрической службы лишаются своих гарантий и компенсаций. Поскольку из вредных факторов при оценке условий труда исключен психоэмоциональный фактор, многие специалисты будут вскоре лишены существующих льгот за вредные условия труда, включая надбавки к зарплате, дополнительный отпуск и пенсионные льготы. На фоне сложной кадровой ситуации в психиатрии отмена существующих льгот сделает эти специальности еще менее привлекательными.

Сложившаяся ситуация вызвана тем, что до сих пор не разработан ряд дополнительных по-

ложений к закону. Если раньше работники могли претендовать на дополнительные выплаты за работу в особо опасных и тяжелых условиях труда, а также на предоставление длительного отпуска, а конкретный размер оплаты и дни дополнительного отпуска устанавливались в соответствии с должностями, включенными в определенный список, то теперь, в соответствии с изменениями в Трудовом кодексе РФ и законом «О специальной оценке условий труда», конкретный размер компенсаций устанавливается непосредственно работодателем с учетом результатов специальной оценки условий труда (СОУТ). Специальная оценка условий труда работников проводится специализированной организацией. Вместе с тем, Постановлением Правительства РФ № 290 был определен общий перечень рабочих мест, в отношении которых СОУТ проводится с учетом устанавливаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти особенностей; в него вошли рабочие места медицинских работников, работающих в определенных условиях. Согласно закону «О специальной оценке условий труда» до 1 января 2015 г. Министерство труда и социальной защиты РФ должно было утвердить особенности проведения специальной оценки условий труда в отношении предусмотренных перечнем, утвержденным настоящим постановлением, рабочих мест в организациях, осуществляющих отдельные виды деятельности, однако этого сделано не было.

Решение этого вопроса не может быть урегулировано другими нормативными актами. Постановление Правительства РФ от 20.11.2008 № 870 «Об установлении сокращенной продолжительности рабочего времени, ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, повышенной оплаты труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда» утратило силу в связи с неисполнением Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации обязательств установить в 6-месячный срок после его вступления в зависимости от класса условий труда работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, сокращенную продолжительность рабочего времени, минимальную продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска, минимальный размер повышения оплаты труда, а также условия предоставления указанных компенсаций.

Все выше сказанное свидетельствует о том, что ранее разработанные и существующие до настоящего времени формы оказания, способы планирования, управления и финансирования психиатрической помощи перестали в полной мере соответствовать потребностям населения.

При этом в последние годы возникли правовые коллизии, которые затрагивают предоставление существующих компенсаций и гарантий специалистам, участвующим в оказании психиатрической помощи.

Дальнейшее совершенствование психиатрической помощи требует реализации следующих направлений развития психиатрической науки и практики:

1. В области организации психиатрической помощи:

Обеспечить системный подход в организации психиатрической службы; привести ее структуру в соответствие с «Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»; дополнить указанный Порядок правилами организации деятельности, рекомендованными штатными расписаниями и стандартами оснащения психотерапевтического центра и ночного стационара; привести материально-техническое и лекарственное оснащение психиатрической службы в соответствие со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями при психических расстройствах и расстройствах поведения. Разработать в дополнение к Порядкам оказания медицинской помощи в психиатрических и общесоматических учреждениях порядок организации медсестринских постов в соматических стационарных учреждениях в случае перевода (выписки) пациента из психиатрического стационара. Внести в Порядки изменения в части штатных нормативов медицинских организаций, выполняющих организационно-методические функции на уровне региона.

Выделять целевые группы пациентов и разрабатывать лечебно-реабилитационные программы для них, ориентированные на приоритетное оказание помощи во внебольничных условиях. Повысить терапевтическую и реабилитационную активность внебольничной (амбулаторной и полустационарной) службы, улучшить лекарственное обеспечение ее подразделений, в первую очередь, за счет препаратов пролонгированного действия; увеличить число мест в полустационарных и лечебно-производственных подразделениях; привести нагрузки участковых врачей к реальным потребностям для осуществления диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности.

Добиваться увеличения финансирования субъектами РФ психиатрической службы в целом и льготного лекарственного обеспечения больных, не имеющих группы инвалидности, в частности. При этом использовать целевое планирование для развития психиатрической службы в регионах, рационального перераспределения психиатрических ресурсов; проводить клинико-экономический анализ прямых затрат

на оказание помощи целевым группам пациентов.

Пересмотреть сроки проведения врачебной комиссии для решения вопроса о продлении листка нетрудоспособности пациентам, находящимся на принудительном лечении с внесением соответствующих изменений в ФЗ РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и приказ МЗСР РФ от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».

Обратиться в МЗ РФ с предложением определить форму медицинской карты пациента, получающего психиатрическую помощь в амбулаторных условиях в связи с введением в действие приказа МЗ РФ от 15.12.2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации...» и отменой ранее используемой формы №025/у-04.

2. В области наркологии:

Обеспечить использование методологии и достижений научной (доказательной) медицины для совершенствования и модернизации системы оказания наркологической помощи, исполнения стандартов оказания наркологической помощи и протоколов лечения наркологических больных, а также мониторинга и эпидемиологии наркологических заболеваний.

Считать целесообразным комплексный биопсихосоциальный подход, включающий формирование многоуровневой системы взаимодействия специализированных наркологических, психиатрических и социально-психологических служб для лечения, реабилитации и социально-психологической поддержки наркологических больных.

Рекомендовать наркологическим организациям в своей практической деятельности уделять особое внимание внедрению эффективных профилактических, лечебных и реабилитационных программ на основе научно обоснованных стандартов, максимальной индивидуализации лечебных и реабилитационных стратегий, включающих психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, личностно-ориентированную индивидуальную, семейную и групповую психотерапию, социотерапию.

Во взаимодействии с МЗ РФ, ФСКН, региональными органами управления здравоохранением разрабатывать программы комплексного лечения и реабилитации пациентов, страдающих наркологическими заболеваниями, для включения их в государственные региональные программы профилактики и охраны здоровья населения.

Рассмотреть возможность организации взаимодействия психиатров, психиатров-наркологов с общественными организациями, занятыми в сфере комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без

назначения врача.

Обратиться к Правительству Российской Федерации с просьбой рассмотреть при разработке проекта федерального закона о федеральном бюджете на 2016 год и на плановый период 2017-2018 годов возможность дополнительного финансирования государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконному обороту наркотиков» в части мероприятий подпрограммы «Комплексная реабилитация и ресоциализация лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях».

Поддержать реализацию предусмотренных законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации мер, направленных на создание в субъектах Российской Федерации новых пилотных проектов социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача.

3. В области фундаментальных и прикладных задач клинической психиатрии:

Принять участие в разработке национальной программы изучения функционирования мозга человека в норме и при различных видах патологии психической деятельности. Эта программа, в частности, должна обеспечить решение следующих задач:

выявление и изучение на основе применения современных методов генетики и протеомики (новых методов секвенирования, ассоциативных геномных и постгеномных исследований) молекулярных факторов возникновения психических расстройств;

исследование взаимодействия механизмов патогенеза с условиями жизнедеятельности человека с выявлением особенностей эпигенеза нарушений работы мозга, сознания и поведения;

совершенствование методов неинвазивной визуализации функциональных нейросетей и общей нейроморфометрии головного мозга человека для объективной оценки и дифференциации вариантов нормального и патологического развития;

создание стандартизованных батарей клинико-психопатологических и психологических тестов для оценки состояния когнитивно-аффективных функций, а также индивидуальной диагностики стресс-устойчивости человека;

выявление и диагностическое использование ранних нейроиммунных маркеров воспалений тканей головного мозга, в том числе связанных с латентными вирусными инфекциями;

разработка новых высокочувствительных технологий диагностики приема химических веществ наркотического действия;

разработка нейрокогнитивных и нейрофармакологических технологий редактирования следов памяти – избирательной потенциации ослабевающих или нарушенных следов памяти и подавления травматической памяти;

поиск и исследование эффектов новых классов когнитивных и нейропротекторных препаратов, избирательно активирующих нейрональные стволовые клетки и нейрогенез во взрослом головном мозге;

развитие и использование перспективных нейротехнологий транскраниального воздействия и адресной доставки лекарственных препаратов для коррекции и улучшения работы мозга человека;

создание адекватных животных моделей для изучения и терапии нарушений психического здоровья человека;

повышение научного уровня и объективности экспертных оценок нейрофизиологического и психологического статуса контингента специализированных лечебных учреждений.

Продолжать исследование психопатологических синдромов в возрастном аспекте, патокинеза синдромов для решения вопросов о прогрессивности или регрессиентности состояний, установления нозологии; исследование патогенеза психопатологических синдромов; разработку стратегии идентификации синдромов для исследования эффективности психофармакологических средств, в рамках биологических исследований.

Активно разрабатывать методические рекомендации по диагностике и терапии аффективных расстройств, проблемы терапевтической резистентности при аффективной патологии.

Разрабатывать перспективные задачи психоэндокринологии - выявление биомаркеров (гормональных, антропометрических и др.) как показателей патофизиологических процессов психических заболеваний и предикторов эффективности терапии, разработку методических рекомендаций для практических врачей по купированию нейроэндокринных дисфункций.

В области фармакотерапии психических расстройств повышать качество методологии проводимых фармакотерапевтических исследований на основе достижений доказательной медицины и надлежащей клинической практики.

4. В области психосоматической медицины:

Унифицировать подходы к научным исследованиям, диагностике, терапии и организации специализированной помощи при психических расстройствах в общей медицинской практике путем создания оригинальной классификации психосоматических расстройств и выработки единых стандартов диагностики и лечения, обеспечить разработку профилированных

подходов к оказанию медицинской помощи пациентам с психосоматическими расстройствами по основным областям медицины.

Считать актуальной задачей интеграции психиатрии и соматической медицины организацию квалифицированной медицинской помощи при психосоматических расстройствах в рамках междисциплинарных коллективов с участием специалистов в области психического здоровья и интернистов соответствующего профиля, действующих в рамках организационной модели «встречного движения».

5. В области психотерапии:

Активно разрабатывать и внедрять эффективные модели психотерапевтической помощи лицам с психическими заболеваниями с использованием стационарзамещающих форм, амбулаторного лечения и стандартизации психотерапевтической помощи.

Не допускать к оказанию психотерапевтической помощи непрофессионалов и/или специалистов, использующих научно необоснованные методы, зачастую негативно влияющие на психическое здоровье и состояние человека.

Обратиться в МЗ РФ с предложением о введении должности главного психотерапевта ио возможном введении преподавания психотерапии (курс психотерапии) для студентов медицинских ВУЗов.

На сайте РОП организовать раздел секции психотерапии (страница, форум, информационные материалы и др.).

6. В области сексологии:

Добиваться активного привлечения сексологов к разработке и реализации действующих государственных программ по проблемам демографии, борьбы с распространением ИППП, внеплановыми беременностями, сексуальным насилием, педофилией.

Для координации подготовки врачей-сексологов в регионах и в целях совершенствования развития сексологической службы страны необходимо возобновить работу Федерального научно-методического и образовательного центра по вопросам медицинской сексологии на базе отдела сексопатологии МНИИП и лаборатории судебной сексологии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Ввести курс сексологии (36 часов) в программу обучения в медицинских ВУЗах.

7. В области детской психиатрии:

Детская психиатрия нуждается в единых клинических рекомендациях по диагностике и лечению различных психических расстройств у детей и подростков и в подготовленных на их основе стандартах медицинской помощи. На заседаниях секций Съезда по детской психиатрии рассматривались, обсуждались и были утвер-

ждены клинические рекомендации по ряду нозологических форм в детской психиатрии. В ближайшее время эти клинические рекомендации должны быть представлены в Минздрав для регистрации.

8. В области суицидологии:

Обеспечить проведение научных исследований, направленных на выявление факторов суицидального риска, в первую очередь, в регионах с высокой и сверхвысокой частотой самоубийств; внедрять современные формы профилактики суицидального поведения (универсальной, селективной, индикативной).

На федеральном и региональном уровнях активно добиваться создания государственной программы предотвращения самоубийств.

Добиваться включения клинической суицидологии в программы вузовских курсов по психиатрии и последипломного обучения врачей-психиатров, а также введения субспециальности «врач-психиатр-суицидолог».

Совершенствовать обучение врачей общей медицинской сети навыкам диагностики депрессивных и иных суицидоопасных состояний.

Активно участвовать в просвещении населения по распознаванию состояний суицидального риска, подготовке гейткиперов.

9. В области психиатрической этики и судебной психиатрии:

Шире развивать образовательную работу по вопросам этики в психиатрии и смежных областях, включать вопросы этики в программы научных форумов с целью более активного привлечения к ним внимания специалистов.

На сайте РОП создать тематический раздел по вопросам этики с материалами отечественной и зарубежной литературы, контактными данными ЛЭЖов, функционирующих в психиатрических учреждениях; разработать образовательный курс по вопросам этики в психиатрии, опубликовать его на сайте РОП со свободным доступом для зарегистрированных специалистов; разработать и представить на обсуждение на сайте РОП методические рекомендации по процедуре этической оценки научных исследований.

При создании функциональной группы по разработке проекта ФЗ «Об экспертной деятельности в РФ» обратить особое внимание на этические проблемы судебно-психиатрической деятельности, а также на необходимость взвешенного подхода к решению вопроса о возможности биомедицинских исследований при производстве судебной экспертизы, подразумевающего доступ подэкспертных к участию в научных исследованиях с учетом баланса протекающих из такого участия риска и блага для самого подэкспертного.

Обеспечить тесное взаимодействие профессионального психиатрического сообщества и лиц, обладающих правом законодательной иници-

циативы, с целью активизации участия представителей этого сообщества в законодательстве, затрагивающем проблемы оказания психиатрической помощи.

Просить МЗ РФ ускорить утверждение Порядка проведения судебно-психиатрических экспертиз, подразумевающего внедрение современных правил организации деятельности экспертных подразделений, их новых штатных нормативов и стандартов оснащения.

Просить МЗ РФ, в пределах его компетенции и имеющихся возможностей, содействовать скорейшему решению в законодательном порядке вопроса об охране отделений судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей.

Просить МЗ РФ, в пределах его компетенции, инициировать вопрос об изменении редакции пункта 3.2 статьи 196 УПК РФ, поскольку действующая редакция необоснованно расширяет круг лиц, направляемых на судебную экспертизу.

Просить МЗ РФ решить вопрос о статусе межрегиональных стационарных отделений судебно-психиатрических экспертиз для лиц, содержащихся под стражей, с разработкой схемы прикрепления субъектов РФ, не имеющих «стражных» отделений, к межрегиональным и системы оплаты этой экспертной работы.

Вернуться к обсуждению принятого решения по оптимизации работы судебно-психиатрических экспертных учреждений, и, в частности, к поручению Минздрава России органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья организовать лицензирование наркологических учреждений на право проведения ими судебно-психиатрической экспертизы.

Просить МЗ РФ о создании межведомственной группы для разработки Федерального закона «О судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизе в Российской Федерации».

Просить МЗ РФ, в пределах своей компетенции, обратиться в Верховный Суд Российской Федерации с разъяснением действующего порядка определения сроков лечения и медицинской реабилитации больных наркоманией в соответствии с разработанными нормативными документами.

Обратиться в МЗ РФ с просьбой о проведении активной межведомственной работы, направленной на сохранение механизмов взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел по профилактике опасных действий больных, недопустимости отмены совместного приказа МЗ РФ и МВД РФ №133/269 от 30.04.1997 и ст. 12 ФЗ «О полиции».

Обратиться в МЗ РФ с просьбой о разработке проекта ФЗ «Об исполнении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных

уголовным законодательством» (во исполнение ст.97 ч.3 УК РФ).

Федеральному медицинскому исследовательскому центру психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского подготовить информационное письмо по вопросам, касающимся производства судебно-психиатрических экспертиз на этапе до возбуждения уголовного дела, а также информационное письмо по актуальным вопросам проведения судебных экспертиз, назначаемых в порядке п. 3.2 ст. 196 УПК РФ, в т.ч. по вопросам, касающимся определения на этапе производства судебно-психиатрической экспертизы срока лечения и реабилитации конкретного больного наркоманией.

10. В области последипломного образования специалистов, участвующих в организации психиатрической помощи:

- Активно разрабатывать единую программу последипломного образования врачей-психиатров на основе отечественной и международной классификации психических заболеваний.

11. Обратиться в Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации с предложением безотлагательно утвердить особенности проведения специальной оценки условий труда в отношении рабочих мест в организациях, оказывающих психиатрическую помощь во исполнение ФЗ «О специальной оценке условий труда».

12. Поддержать решение Общественной палаты РФ от 15.07.2015 г. «Психическое здоровье граждан» об обращении к:

Администрации Президента Российской Федерации

- рассмотреть возможность объявления 2017 года Годом психического и духовного здоровья нации.

Конституционному Суду Российской Федерации

- установить наличие либо отсутствие противоречий отдельных положений действующего законодательства, в частности, Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 31875-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также соответствие противоречащих положений Конституции Российской Федерации и другим федеральным законам.

Государственной Думе и Совету Федерации Федерального Собрания Российской Федерации

- разработать и принять Федеральный закон «О психологической помощи в Российской Федерации»;

- постоянно совершенствовать нормативную правовую базу оказания психиатрической помощи населению на основании научно обоснованных предложений по изменению статуса

отдельных заболеваний с точки зрения необходимости социальной поддержки пациентов в форме бесплатного обеспечения медикаментами.

Правительству Российской Федерации

- внести изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 г. № 790 с включением биполярного аффективного расстройства (БАР) в «Перечень групп населения и категорий заболевания, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей бесплатно»;

- завершить разработку на основе отечественной классификации психических и поведенческих расстройств и принять «Федеральные клинические рекомендации для диагностики и лечения психических расстройств» в качестве основы для оказания практической психиатрической помощи, подготовки и переподготовки врачей-специалистов в высших учебных заведениях, а также при проведении прикладных научно-исследовательских работ.

Министерству здравоохранения Российской Федерации,

Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации,

Министерству внутренних дел Российской Федерации,

Министерству юстиции Российской Федерации,

Федеральной службе по контролю за оборотом наркотиков

- систематически проводить комплексный межведомственный мониторинг качества жизни граждан с целью выявления факторов повышенного риска для психического здоровья, реализуемого в рамках демографических, психологических, эпидемиологических и профилактических обследований различных

этнокультурных, социальных и профессиональных групп населения России;

- создать сводные базы данных по результатам применения методов профилактики и коррекции последствий психосоциального стресса, приводящих к возникновению психосоматических заболеваний (сердечнососудистых, желудочно-кишечных и иммунных, злокачественных новообразований), невротических и связанных со стрессом психических расстройств, развитию стойких форм личностных деформаций и девиантного поведения (алкоголизма, токсико- и наркоманий, табакокурения, десоциализации);

- разработать и внедрить методологию доказательной медицины в области нарушений психического здоровья населения для объективной оценки эффективности методов психотерапевтических, медикаментозных, нейрокогнитивных и социально-реабилитационных воздействий;

- разработать методологию совместной («бригадной») работы психологов и психиатров с эффективным разделением труда и интеграцией решаемых задач по сохранению и улучшению психического здоровья населения;

- разработать национальные стандарты допуска психологов к решению практических задач на производстве, в учебных заведениях и клинике с обеспечением уровня требований не ниже существующих в настоящее время в Европейском Союзе (система EuroPsy);

- произвести оценку соответствия существующих в настоящее время учебных программ российских высших учебных заведений и квалификации выпускаемых ими специалистов психологов этим стандартам;

- разработать комплекс мер по преодолению социокультурной стигматизации психических заболеваний в нашей стране.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ О СЪЕЗДЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ "Российское общество психиатров"

Announcement of the Congress of the NGO "The Russian Society of Psychiatrists"

23-26 сентября 2015 года в Казани совместно с Всероссийской научно-практической конференцией с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» прошел XVI съезд психиатров России, ставший беспрецедентным по своему масштабу форумом. Участниками съезда и конференции стали 1257 ученых и практиков – психиатров, психотерапевтов, наркологов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, организаторов здравоохранения и других специалистов, участвующих в организации психиатрической помощи практически всех регионов РФ, стран ближнего и дальнего зарубежья – Австралии, Азербайджана, Армении, Республики Беларусь, Германии, Грузии, Италии, Казахстана, Кыргызстана, Латвии, Молдовы, Португалии, США, Хорватии.

Взросший авторитет Российского общества психиатров и масштаб прошедших мероприятий отразил высокий уровень представительства гостей, среди которых были помощник Министра здравоохранения РФ Т.В. Клименко, министр здравоохранения Республики Татарстан А.Ю. Вафин, президент-элект Всемирной психиатрической ассоциации Х. Херрман (Австралия) и член Исполкома ВПА А. Согоян (Армения), заместитель начальника Управления организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения РФ А.С. Карпов, директор Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков В.П. Иванов и начальник Управления этой службы по РТ генерал-лейтенант полиции Ф.З. Шабаетов, руководители психиатрических ассоциаций стран, входящих в Восточно-европейскую зону ВПА С.А. Алтынбеков (Казахстан), Т.И. Галаков (Кыргызстан), Э. Чкония (Грузия), М.А. Хотиняну (Молдова), Р. Салаев Али Оглу (Азербайджан), А. Мелик-Пашаян (Армения), О.А. Скугаревский (Беларусь) и многие другие. Специальный доклад, посвященный проблемам лечения и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями, с которым выступил на съезде директор Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков В.П. Иванов, по сути представлял собой обращение государства к психиатрическому сообществу и отразил признание важной

роли РОП как общественной медицинской профессиональной организации национального масштаба.

Конференция наглядно показала, что состояние психического здоровья населения является основой национальной безопасности страны, развития всех сфер общественной жизни, определяет креативный потенциал общества, его способность к конструктивному развитию, и, в конечном счете, выступает в роли важного критерия эффективного преобразования социально-экономической системы. Программа форума включала 26 секций по актуальным вопросам развития психиатрической науки и практики и 13 спутных симпозиумов, на которых было представлено более 400 докладов. Рекордным – свыше 1100 – было и количество тезисов, вошедших в сборник научных трудов, изданный по итогам съезда и конференции (их авторами стали более 1800 специалистов из научных и практических учреждений).

Участниками состоявшегося 24 сентября 2015 г. Съезда общественной организации «Российское общество психиатров» (РОП) стали 327 делегатов от 65 региональных отделений РОП и обществ психиатров субъектов РФ, которые приняли решение о вступлении в РОП, из 343 делегатов, выдвинутых регионами.

Чсть торжественного открытия съезда была предоставлена дуэну форума – профессору кафедры психиатрии Казанского государственного медицинского университета, заслуженному врачу РТ, заслуженному деятелю науки РТ Давиду Моисеевичу Менделевичу.

Доклад председателя Правления Российского общества психиатров Н.Г. Незнанова содержал отчет о работе за период, прошедший после XV съезда РОП. Богатый фактический материал, представленный в докладе, убедительно свидетельствует о том, что благодаря активной работе многих региональных отделений, Правления Общества, специалистов федеральных и региональных научных и лечебно-профилактических психиатрических учреждений Российское общество психиатров за пятилетие добилось ощутимых успехов на пути реформирования, превращения в авторитетную саморегулируемую профессиональную организацию и сегодня является одним из самых мас-

совых и деятельных медицинских общественных объединений страны (презентация доклада). В начале своего выступления Н.Г.Незнанов попросил почтить минутой молчания наших коллег, ушедших из жизни за прошедшие с 15-ого Съезда психиатров годы.



**Председатель РОП
Николай Григорьевич Незнанов**

М.А. Ландышев представил отчет ревизионной комиссии о деятельности Правления РОП за 2010-2015 гг. Высказав ряд критических замечаний в адрес многих региональных отделений (в отношении погрешностей документооборота и несвоевременного сдачи членских взносов), ревизионная комиссия, тем не менее, отметила кардинальное изменение положения дел в лучшую сторону за отчетный период. Отчет ревизионной комиссии был единогласно утвержден съездом (презентация с данными отчета).

В прениях по отчету Правления выступили А.С. Аведисова (Москва), В.Н. Краснов (Москва), О.В. Сердюк (Екатеринбург), Н.Д. Букреева (Москва), Б.Д. Цыганков (Москва), А.К. Гажа (Тамбов), Н.А. Корнетов (Томск), С.Н. Мосолов (Москва), В.И. Курпатов (Санкт-Петербург), А.И. Аппенянский (Москва), Т.Н. Дудко (Москва). Все выступавшие дали высокую оценку деятельности Правления РОП за отчетный период и высказали ряд предложений по дальнейшему совершенствованию работы Общества. Съезд единогласно признал работу Правления удовлетворительной.

Съезд единогласно принял решение о вступлении в РОП региональных обществ и ассоциаций психиатров, обратившихся с такой просьбой – Московского областного общества психиатров-наркологов; Забайкальской ассоциации психиатров; Кемеровского областного общества психиатров; Омского общества психиатров; Общества врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов Пензенской области; Общества врачей психиатров Саратовской области; Ставропольской ассоциации психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников; Приморского краевого общества психиатров; Общества психиатров

Хабаровского края; Мордовского общества психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе. Съезд рекомендовал принятым обществам внести соответствующие изменения в регистрационные данные в Минюсте РФ.

Состоялось награждение Почетными грамотами Российского общества психиатров лучших региональных отделений РОП – Республики Татарстан, Республики Башкортостан, Санкт-Петербурга, Рязанской области. Почетными грамотами и денежными премиями были награждены члены РОП, принимавшие активное участие в деятельности Общества в отчетный период – М.А. Ландышев (Рязань), И.А. Мартынихин (Санкт-Петербург), А.В. Берсенев (Владимир), В.Я. Евтушенко (Москва), П.В. Морозов (Москва), Ф.Г. Зиганшин (Республика Татарстан), А.Л. Шмилович (Москва), Д.А. Смирнова (Самара), А.В. Павличенко (Москва). Почетной грамотой РОП был отмечен коллектив Казанской психиатрической больницы специального типа с интенсивным наблюдением (главный врач Р.Р. Хамитов) в связи с юбилеем и большим вкладом учреждения в развитие отечественной психиатрической службы.

В своем выступлении заместитель председателя Правления РОП О.В. Лиманкин доложил о результатах работы по подготовке новой редакции устава РОП в связи с изменениями законодательства, новыми задачами Общества, идущей в стране административной реформой. Проект нового устава, подготовленный рабочей группой Правления РОП, вообрал в себя многочисленные предложения с мест, широко обсуждался общественностью на сайте РОП и прошел предварительную юридическую экспертизу. Делегаты съезда единогласно утвердили новую редакцию Устава Российского общества психиатров.

Т.Н. Дудко была озвучена инициатива ряда психиатров о переименовании «Российского общества психиатров» в «Российское общество психиатров и наркологов», однако это предложение было сочтено недостаточно подготовленным.

В соответствии с уставом РОП делегаты съезда провели выборы руководящих органов Общества.

Членами Правления РОП были выбраны 189 человек, чьи кандидатуры были выдвинуты на конференциях региональных отделений. В результате выборов состав Правления РОП был обновлен более, чем наполовину.

Руководителем Российского общества психиатров на новый срок в качестве его Президента единогласно был избран директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии,

главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, д.м.н., профессор Николай Григорьевич Незнанов.

В состав Исполнительного комитета РОП единогласно избраны: З.И. Кекелидзе (Москва), О.В. Лиманкин (Санкт-Петербург), П.В. Морозов (Москва), К.К. Яхин (Республика Татарстан), В.Н. Краснов (Москва), Е.В. Макушкин (Москва), С.Н. Мосолов (Москва), И.А. Мартынихин (Санкт-Петербург), М.А. Ландышев (Рязань), А.С. Тиганов (Москва), Н.А. Бохан (Томск), Б.Д. Цыганков (Москва), Р.Г. Валинуров (Республика Башкортостан), И.Г. Ульянов (Приморский край), Н.П. Ключник (Москва), Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург), С.М. Бабин (Санкт-Петербург), А.Н. Бархатова (Москва), Т.В. Клименко (Москва), Н.Д. Семенова (Санкт-Петербург), А.Л. Шмилов (Москва).

Вице-президентами РОП стали З.И. Кекелидзе, О.В. Лиманкин, П.В. Морозов, К.К. Яхин.

Делегаты съезда единогласно выбрали Ревизионную комиссию в составе: Т.В. Гурьянова (Республика Татарстан) – председатель, О.В.

Острецов (Санкт-Петербург), В.В. Комаров (Рязань).

Съезд утвердил новое положение о работе научных секций Правления РОП и постановил, в соответствии с принятым положением, открыть прием заявок на создание секций; все заявки рассмотреть и утвердить на заседании Правления РОП в 2016 году.

Н.Д. Букреева и С.Н. Мосолов выступили перед Съездом с информацией о работе по составлению стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств, а также с предложением о создании комиссии РОП по разработке клинических рекомендаций. Инициатива была поддержана Съездом единогласно, работу по формированию комиссии было поручено провести профессору С.Н. Мосолову.



Делегация Омского общества психиатров на XVI съезде психиатров России.

Слева направо:

М.А. Богачев, Д.В. Четвериков, О.Е. Крахмалева, А.И. Чеперин, С.С. Одарченко, М.И. Шеденко, А.Д. Шеллер, О.А. Паненко, Е.А. Белебеха, Е.Ю. Емельянова, И.В. Гранкина

Клиника психических расстройств

УДК: 616.853

i-Disorders - новые виды психических расстройств, связанные с использованием современных информационных технологий

И.А. Федотов⁽¹⁾, С.В. Кукушкин⁽²⁾, В.А. Доровская⁽¹⁾, Я.А. Антошкин⁽¹⁾

¹ - ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Минздрава России (Рязань)

² - ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова» (Рязань)

Аннотация. В статье приведен литературный обзор с описанием новых психических расстройств, связанных с использованием современных информационных технологий: номофобии, киберфобии, киберболезни, зависимости от «медийного шума», а также ассоциированных с гаджетами нарциссизма и инсомнии. Многие нозологии в настоящий момент мало изучены и потому могут быть предметом дискуссии.

Ключевые слова. Номофобия, киберфобия, киберболезнь, зависимость от «медийного шума», нарциссизм, инсомния.

i-DISORDERS – NEW TYPES OF MENTAL DISORDERS AFFECTING USING MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES

Fedotov I.A., Kukushkin S.V., Dorovskaya V.A., Antoshkin J.A.

Resume. The paper presents a literature review with the description of new mental disorders associated with the use of modern information technologies: nomophobia, cyberphobia, cybersickness, dependence on the "media noise", as well as associated with gadgets narcissism and insomnia. Many nosology at present poorly understood and therefore can be the subject of discussion.

Keywords. Nomophobia, cyberphobia, cybersickness, dependence on "media noise" narcissism, insomnia.

Современные технологии уже давно стали неотъемлемой составляющей жизни человека. Ежедневно или появляются новые устройства, или улучшаются уже существующие. Но вместе с прогрессом и упрощением жизни данные технологии могут нести и отрицательные последствия. Так, уже более 10 лет наиболее активно обсуждаемой темой данного направления является проблема компьютерной зависимости, т.к. масштабы данной проблемы достигают эпидемического размаха [25]. Наверное каждый из практикующих психиатров уже видел пациентов с симптомами компьютерной зависимости.

Но вместе с тем постепенно накапливается и масса иных клинических данных, которые позволяют говорить о необходимости выделения и других нозологических единиц, кроме компьютерной зависимости во всем многообразии ее проявлений. Цель нашего обзора заключалась в описании новых, пока еще малоизученных, но несомненно актуальных психических расстройств, вызванных использованием современных технологий. В одной из последних монографий L.D. Rosen (2012) эта группа расстройств получила яркое название "iDisorders".

• **Номофобия** (термин представляет собой сокращение устоявшегося выражения «nomobilephonerphobia») - это навязчивый страх остаться без мобильного телефона.

Данное расстройство описано совсем не-

давно, но уже имеются данные о значительном уровне его распространения. По данным масштабного социологического опроса, проведенного в Великобритании, более 53% пользователей мобильного телефона (48% женщин и 58% мужчин) отмечали страх, что их телефон может разрядиться, пропадет сеть или закончились деньги на счете [17]. Данному состоянию в большей мере подвержены лица молодого возраста.

Другие исследования, проведенные в США, Европе, Индии и Японии показали близкие показатели распространенности [1, 5, 16, 19]. Учитывая приведенные цифры, можно считать, что номофобия – самая распространенная фобия в мире.

Единых общепринятых диагностических критериев пока не существует, хотя данная нозология уже рассматривалась группой по тревожным расстройствам для включения в последнюю редакцию DSM-5 [22]. Наиболее частыми симптомами номофобии указывают следующие [4]:

1. Постоянное использование гаджета, трата на это большого количества времени, постоянное наличие заряженного устройства рядом.

2. Тревога и нервозность при мысли забыть или потерять телефон, а также оказаться в местности где нет сети. Стремление избегать мест, где нельзя или невозможно пользоваться гаджетом.

3. Постоянные проверки телефона на наличие новых сообщений или пропущенных звонков (ringxiety). По данным исследования Института Информационных технологий Хельсинки, в среднем, здоровые люди проверяют телефон 34 раза в день.

4. Необходимость держать телефон включенным 24 часа в сутки, класть телефон в постель.

5. Предпочтение общению через телефон и социальные сети реальному общению.

6. Значительные ежемесячные платежи за мобильную связь.

Хотя данное расстройство относят к группе невротических, в нем есть и достаточно большой аддиктивный компонент: при отсутствии мобильного телефона люди с данным расстройством испытывают дискомфорт, снижение настроения, тревогу, вплоть до полной неспособности что-либо делать, пока им не вернут их мобильное устройство. При изучении коморбидности было обнаружено, что номофобия наиболее часто сочетается с невротическими расстройствами спектра и болезнями зависимости [12], что также указывает на двойной механизм этиопатогенеза данного расстройства.

Для дифференцирования данного состояния от компьютерной зависимости необходимо фокусировать внимание на клинике: в случае номофобии преобладают навязчивые сомнения, тревога, избегающее поведения, связанное с использованием мобильного устройства, а при зависимости: синдром отмены, нарастающая «толерантность» и т.д.

Поскольку номофобия описана недавно, доказательных исследований по лечению нет. Авторы указывают на эффективность применения антидепрессантов, бензодиазепинов и когнитивно-бихевиориальной терапии [3].

• **Технофобия** (киберфобия) - это страх использования современных компьютерных устройств. Если в 90-е годы XX века симптомы технофобии были у 29% опрошенных студентов, то в XXI веке их доля снизилась до 3% [26]. Данная патология в большей мере представлена у лиц пожилого возраста и, по видимому, связана с трудностями обучения новым навыкам в силу когнитивных изменений. В своем роде она является обратным номофобии расстройством.

Основными причинами формирования технофобии называют следующие [8]: быстрый темп технологических изменений, отсутствие подготовки, увеличение нагрузки, отсутствие стандартизации в технологиях, неуверенность в собственных способностях к быстрому обучению (человек, который не умеет обращаться с техникой, боится казаться глупым).

Основными симптомами называют следующие: напряжение глаз, боли в спине, головные боли, боли в суставах, сухость во рту и горле, напряжение мышц, боли в груди, учащенное

сердцебиение, нарушения пищеварения, повышение артериального давления, затруднение дыхания и другие [8]. Человек при технофобии чрезвычайно осторожен, избегает компьютеры и те места, где их можно встретить, негативно отзывается об компьютерах. Если он работает с компьютером, то его не покидает мысль, что он сделал какие-то непоправимые действия, которые нельзя исправить. Он начинает нервничать, могут быть даже истерические реакции: некоторые в такой ситуации вскакивают, и стараются чем-нибудь накрыть монитор, накинуть на экран полотенце, платок, все, что попадет под руку.

Лечение заключается в использовании когнитивно-бихевиориальных техник работы с фобиями, а также в методическом подходе к обучению азам компьютерной грамотности.

• **Киберболезнь** (киберукачивание) - это особое функциональное расстройство, вызываемое просмотром стереокино, использованием шлема виртуальной реальности, а также у пользователей iPad из-за эффекта параллакса. Ученые из Британского открытого университета опросили 1000 зрителей, которые при просмотре 3D-фильмов пользовались специальными очками. Оказалось, что только 20% зрителей могли нормально смотреть кино в 3D-очках. Остальные 80% испытывали после просмотра недомогания [6].

Причиной данного расстройства является конфликт между тремя сенсорными системами: зрительной, вестибулярной и проприоцептивной. Глаз воспринимает движения, которые не синхронизированы с тем, что воспринимает вестибулярная система, в то время как остальная часть тела остается почти неподвижной [23].

Наиболее часто при киберболезни обнаруживаются симптомы со стороны вестибулярного аппарата [21]: нарушение ориентации в пространстве, тошнота и рвота, головокружение, боли в животе, повышенная потливость, напряжение глаз. Но вместе с соматическими могут быть и психические симптомы: дереализация, нарушения сна, тревожные симптомы вплоть до панических атак. Установлено, что в большей мере данному заболеванию подвержены [13, 21]: женщины; дети от 2 до 12 лет; люди, страдающие морской болезнью; азиаты; больные люди (ОРВИ, бессонница, проблемы с ушами, заболевания глаз и т.п.) Решение данной проблемы заключается в совершенствовании технологий, что позволит синхронизировать поток информации от различных анализаторов.

• **Усиление нарциссических черт личности при использовании социальных сетей** - всеобъемлющее ощущение собственного превосходства, потребность в восхищении и чрезмерное самомнение. Нарциссизм существовал задолго до появления современных технологий, но сегодня он принял новую форму.

Исследования социологов среди пользователей сети Facebook показали, что большинство из них (57%) по типу акцентуации характера являются нарциссами и, самое интересное, не скрывают это в сети. Две трети отметили, что «их поколение самое самовлюбленное и самонадеянное по сравнению с предыдущими». Причем имеются тенденции к увеличению представленности данного явления, т.к. Facebook и другие социальные сети предоставляют сотни возможностей для самопрезентации, новых поверхностных знакомств и эмоционально не насыщенной коммуникации [24].

Но существует и другое полярное мнение, что никакого роста нарциссизма нет. S.M. Bergmanetal. (2011) отмечают, что по современным данным личность ребенка практически полностью формируется уже к семи годам, а поскольку политика Facebook предполагает регистрацию пользователей, достигших как минимум 13-летнего возраста, то это не социальные сети плодят нарциссов, а они сами стремятся туда, чтобы явить себя миру. Т.е. социальная сеть - это новый инструмент, через который проще реализовать и показать себя, как нарциссическую личность.

Поисковые системы, такие как Google, и доступные электронные энциклопедии создают у современных людей иллюзию наличия высоких знаний, что усиливает нарциссические черты. В этом плане показательным исследование М. Fisheretal. (2014). Добровольцы были поделены на две группы. Их целью было ответить на вопросы по типу: «Как появляется молния?», но при этом одна группа искала ответ с помощью интернета, а вторая группа отвечала на вопросы самостоятельно. Первая группа субъективно считала себя более умной. Выяснилось, что стирается некая грань, и люди не могут отличить личное знание от интернет-информации. Человек может думать, что он умнее, чем есть на самом деле, и всему виной доступ к мировым знаниям, который находится «в кармане».

• **Зависимость от «медийного шума»** - это навязчивая потребность в наличии звукового фона: звука телевизора, радио, музыки и т.п.

L.D. Rosen (2012) провел опрос среди своих студентов. Им предлагалось провести один час в полной тишине. Большинство при этом испытывали дискомфорт, например, не могли читать в библиотеке без музыки в наушниках. Респонденты пришли к выводу, что шум и связи в социальных сетях позволяют им чувствовать успокаивающий близкий контакт с людьми: "Когда в моей комнате нет никаких звуков, я начинаю испытывать страх". Также было высказано предположение, что желание постоянно слышать медийный шум мы приобрели от своих родителей и бабушек с дедушками. "Мои бабушка и дедушка держат телевизор включенным практически все время", - отмечает один сту-

дент. Начиная с младенчества, постоянный медийный шум создает звуковой образ среды обитания, ассоциирован с ранними детскими воспоминаниями об отношениях привязанности, поэтому неудивительно, что тишина пугает современных людей. Во многих семьях телевизор не выключают целый день, а то и ночь. Это привело к тому, что большой процент населения каждый вечер засыпает под звуки телевизора или радио.

• **Инсомния, вызванная использованием гаджетов.** Свет, исходящий от экрана телевизора, телефона или планшета, может наносить вред здоровью. Это связано с влиянием такого света на секрецию мелатонина в эпифизе. Когда темнеет, выработка мелатонина в эпифизе увеличивается, что приводит к засыпанию и определяет естественные циркадианные ритмы. Яркое освещение ночью тормозит синтез мелатонина. Сильнее всего выработка мелатонина подавляется светом с длиной волны 450 - 480 нанометров, то есть синим светом. Оказалось, что излучение мониторов компьютеров, смартфонов и планшетов в этой части спектра очень интенсивно, потому использование гаджетов в вечернее время может нарушать выработку мелатонина, сбивая циркадианные ритмы [2].

Симптомы расстройства: трудность засыпания, частые пробуждения, раннее пробуждение, ощущение разбитости в течение дня, дневная сонливость, нарушение памяти, перепады настроения. Мелатонин является онкостатиком, следовательно, при снижении его уровня в крови, возможно развитие некоторых раковых заболеваний [10]. Нарушение в системе мелатонина может также негативно воздействовать на такие соматические патологии как сахарный диабет и ожирение [11].

Для лечения данных нарушений предлагается использовать препараты мелатонина. А для профилактики - ограничение использования гаджетов в ночное время. Также существуют специальные программы, которые изменяют свечение экрана в зависимости от времени суток (NightMode, ScreenFilter, F.lux).

• **Синдром фантомной вибрации** - ощущение вибрации мобильного телефона, который на самом деле не вибрирует. Установлено, что около 89% владельцев телефонов испытывают так называемые «фантомные вибрации»: 13% из них чувствуют фантомные вибрации каждый день, а остальные испытывали подобные ощущения в среднем раз в 2 недели. При этом 9% респондентов признались, что испытывают от этого дискомфорт [7]. Наиболее часто данное состояние встречается у лиц молодого возраста, ожидающих поступление важного звонка или сообщения. Основным механизмом возникновения синдрома фантомной вибрации считают «ошибки в познавательной фильтрации» [18]. Когда человек ждет смс или надеется, что ему

позвонят, его мозг ошибочно воспринимает сигналы от рецепторов на коже за вибрации телефона, хотя это может быть всего лишь трение об одежду. Мозг перестал фильтровать информацию от рецепторов, потому что ждет сигнал, и далее ошибочно интерпретирует его как вибрацию телефона; феномен не относится к галлюцинозным.

Приведенный выше обзор демонстрирует процесс постепенного накопления данных о, в общем-то, ожидаемом патоморфозе известных психических расстройств (невротических, аддиктивных, личностных) при преломлении че-

рез мир современных информационных технологий. Число публикаций, посвященных данной теме, неуклонно растет. Некоторые авторы заявляют о необходимости выделения отдельного направления науки – киберпсихологии и киберпсихиатрии. Все это, несомненно, является будущим нашей специальности, т.к. от необходимости соответствовать потребностям времени мы уклониться не сможем. Кто знает, может быть вскоре мы будем ставить психиатрический диагноз не только на основании сбора анамнеза и клинической беседы с пациентом, но и изучая его профайл в социальной сети?

Литература

1. A study to evaluate mobile phone dependence among students of a medical college and associated hospital of central India [Text] / S. Dixit [et al.] // Indian J. Community Med. – 2010. - №35(2). – P. 339–341.
2. Analysis of circadian properties and healthy levels of blue light from smartphones at night [Text] / J.H. Oh [et al.] // Sci. Rep. – 2015. - № 5. – P. 1-9.
3. Bataller S.A. Treatment of a chronic case of Internet addiction [Text] / S.A. Bataller // Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. – 2006. - № 79/80. – P. 71–88.
4. Bragazzi N.L. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V [Text] / N.L. Bragazzi, G. Puente // Psychol. Res. Behav. Manag. – 2014. - № 7. – P. 155–160.
5. Chóliz M. Mobile Phone Addiction in Adolescence: Evaluation and Prevention of Mobile Addiction in Teenagers [Text] / M. Chóliz. - Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2010.
6. Cyber disorders: the mental health concern for the new millennium [Text] / K. Young [et al.] // Cyberpsychol. Behav. – 1999. - № 2(5). – P. 475-479.
7. Drouin M. Phantom vibrations among undergraduates: Prevalence and associated psychological characteristics [Text] / M. Drouin, D. H. Kaiser, D. A. Miller // Computers in Human Behavior. – 2012. - № 28. – P. 1490–1496.
8. Ennis L.A. The Evolution of Technostress / L.A. Ennis // Computers in Librarie. – 2005. - №1. – P. 10-12.
9. Fisher M., Keil F. C. The illusion of argument justification [Text] / M. Fisher, F. Keil // Journal of Experimental Psychology: General. – 2006. - №143. -P. 425– 433.
10. Glickman G. Ocular Input for human melatonin regulation: Relevance to breast cancer [Text] / G. Glickman, R. Levin, G.C. Brainard // Neuroendocrinol. -2002. - № 23. – P. 17-22.
11. Haus E. Biological clocks and shift work: circadian dysregulation and potential long-term effects [Text] / E. Haus, M. Smolensky // Canc. Causes Contr. 2006. - № 17. – P. 489-500.
12. Kamibeppu K. Impact of the mobile phone on junior hightschool students' friends hips in the Tokyo metropolitan area [Text] / K. Kamibeppu, H. Sugiura // Cyberpsychol. Behav. – 2005. - №8 (2). – P. 121–130.
13. Kolasinski E. M. Simulator sickness in virtual environments (ARI 1027) [Text] / E. M. Kolasinski. - U.S. Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences, 2014.
14. Laramie D. J. Emotional and behavioral aspects of mobile phone use. PhD Thesis / D. J. Laramie. - Alliant International University, 2007.
15. Millennials, narcissism, and social networking: What narcissists do on social networking sites and why [Text] / S. M. Bergman [et al.] // Personality and Individual Differences. – 2011.- № 50(5). – P. 706-711.
16. Mobile phone dependence and health-related life-style of university students [Text] / M. Toda // Soc. Behav. Pers. – 2006. - № 34. – P. 1277–1284.
17. Nomophobia is the fear of being out of mobile phone contact - and it's the plague of our 24/7 age- <http://www.dailymail.co.uk/news/article-550610/Nomophobia-fear-mobile-phone-contact--plague-24-7-age.htm>.
18. Phantom vibration syndrome among medical staff: A cross sectional survey [Text] / M. B. Rothberg [et al.] // BMJ. – 2010. - № 341. – p. 6914.
19. Problematic mobile phone using among the Polish and Belarusian University students, a comparative study [Text] / E. Krawewska-Kulak [et al.] // Prog. Health Sci. – 2012. - № 2(1). – P. 45–50.
20. Rosen L.D. iDisorder: Understanding Our Obsession with Technology and Overcoming Its Hold on Us [Text] / L.D. Rosen. - St. Martin's Griffin, 2013. – 256 p.
21. Simulator Sickness Questionnaire: An enhanced method for quantifying simulator sickness [Text] / R.S. Kennedy [et al.] // International Journal of Aviation Psychology. – 1993. - № 3(3). – P. 203-220
22. Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V [Text] / R.T. LeBeau [et al.] // Depress. Anxiety. -2010. - № 27. – p. 148–167.
23. Stanney K.M. Virtual environment usage protocols [Text] / K.M. Stanney, R.S. Kennedy, K. Kingdon // In Handbook of virtual environments: Design, implementation, and applications. – 2002. – P. 721-730.
24. Twenge J.M. The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement [Text] / J.M. Twenge, W.K. Campbell. – Atria book, 2010. – 368 p.
25. Wegmann E. Addictive use of social networking sites can be explained by the interaction of Internet use expectancies, Internet literacy, and psychopathological symptoms [Text] / E. Wegmann, B. Stodt, M. Brand // J. Behav. Addict. – 2015. - № 4(3). – P. 155-162.
26. Weil M.M. A Study of Technological Sophistication and Technophobia in University Students From 23 Countries [Text] / M.M. Weil, L.D. Rosen // Computers in human behavior. – 1995. - № 11(1). – P. 95–133.

Психотерапия и реабилитация

УДК. 616.89

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОЗОВ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В.М. Берников

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. В сообщении рассматривается клиническое наблюдение комплексного лечения психотического расстройства у молодой пациентки в условиях стационара. Автор приводит структурированную схему психотерапевтических интервенций с использованием современных методов мультимодальной психотерапии.

Ключевые слова. Психотические расстройства, системная психотерапия.

SYSTEMIC APPROACH IN PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOSIS: CLINICAL CASE

Bernikov V.M.

Resume. The report examines the clinical observation of complex treatment of psychotic disorders in a young patient in the hospital. The author gives a structured scheme of psychotherapeutic interventions using modern methods of multimodal therapy.

Keywords. Psychotic disorders, systemic psychotherapy.

Психотерапией расстройств психотического уровня в условиях стационара автор занимается с 1999 года. Необходимый практический врачебный опыт в психиатрии, серьезная базовая подготовка уровня мастера по НЛП, гештальт-терапии, транзактному анализу, современному гипнозу, психосинтезу. Автор не является приверженцем какой-либо одной психотерапевтической школы, а использует недифференцированную эклектическую, модель, которая получила название мультимодальной интегративной Российской психотерапии, в которой элементы разных школ интегрируются в систему, часто имеющую индивидуальную окраску у разных психотерапевтов.

Мультимодальный подход предлагает интегративный план обследования и лечения, в котором пациент рассматривается целостно в рамках своего социального окружения. Людей беспокоит множество специфических проблем, решение которых предполагает широкий спектр определенных вмешательств. Обращаясь к уникальным переменным, мультимодальные психотерапевты избегают «втискивания» клиентов в устоявшиеся лечебные процедуры.

Вместо этого они индивидуализируют лечебный процесс с тем, чтобы более полно соответствовать ожиданиям и другим личным требованиям клиента. Мультимодальное обследование клиента предполагает оценку каждой области профиля BASIC: поведения (B = behavior), аффекта (A = affect), ощущений (S = sensation), умственных образов (I = imagery), когний (C = cognitions), межличностных отношений (I = interpersonal relationships), медикаментозных биологических / факторов (D = drugs / biological factors).

Тщательное изучение каждой из этих семи модальностей дает представление о главных ингредиентах психологической конституции чел. Оценить взаимодействие между различными модальностями — напр., как определенные паттерны поведения влияют на аффективную сферу или, наоборот, подвергаются влиянию аффектов, ощущений, мысленных образов, когний и значимых отношений, — значит очень многое узнать об индивидууме. Алгоритмы системного подхода автора сложились опытным путем за время практической работы с пациентами.

Больная Б.И., 29 лет, поступила в стационар первично, добровольно, по направлению районного психиатра. Жалобы на бессонницу, отсутствие аппетита, значительную потерю веса, чувство вины, неполноценности, плаксивости, суицидальные мысли.

Краткий анамнез: Родственник матери повесился. Бабушка по матери властная. Мать - бухгалтер, вспыльчивая, авторитарная. Отца больная не знает. Развод по инициативе матери: «Не работал, гулял». Воспитывалась матерью и бабушкой, в дошкольном возрасте перенесла ветряную оспу, пищевое отравление. Посещала детский сад. В школе училась на 4 и 5. Была одна подруга. Посещала кружки рукоделия, хореографии. На развлекательные мероприятия, не ходила, любила читать, «Могла всплакнуть над стихами Лермонтова». После окончания педагогического колледжа

работала вожатой в гимназии, заочно училась в педагогическом университете. В 2007 «скоропалительно» вышла замуж, через 3 месяца «убежала от мужа без вещей», он пьянствовал, стал избивать больную. Повторный брак через 3 года. Муж работник силовых структур, старше на 4 года. Сыну 5 лет.

3 года тому назад из-за льгот молодым специалистам семья переехала из города в райцентр. Вредных привычек не имеет. Работает в школе учителем русского языка. Колебания настроения отмечает с подросткового возраста, «Когда у кого-нибудь случалось что-то плохое». В 15 лет около 3 месяцев тяжело переживала трагическую гибель девочки под колесами поезда, постоянно думала об этом, представляла шум поезда, картину гибели, были кошмарные сновидения. Второй запомнившийся период плохого самочувствия — уход от первого мужа к матери, которая её «не поняла, заявляла, что опозорила семью». Три недели почти не спала, похудела на 10 кг, испытывала чувство вины. Не сложились отношения с родителями мужа - «профессорской семьей». За полгода до поступления, якобы, администрация школы стала критиковать качество ее уроков, «осаживала», «угрожала аннулировать ее заслуги». Заявляла мужу, что после замужества ей перестало везти в жизни, «аварии на пустом месте, снижают зарплату, раньше все шло легко и просто». С жалобами на «нервный срыв» обратилась к районному психиатру, принимала феназепам и анвифен, отметила улучшение настроения. Переписывалась с другом «В контакте», заявляла, что хочет к нему уйти, говорила об этом мужу. Муж связался с «другом». Тот ответил, что она сама его преследует, он ей ничего не обещал и уезжает в другой город. Состояние больной резко ухудшилось. Плакала, не принимала пищу. За 2 дня до поступления с целью «нормализации сна» одномоментно приняла 20 мг феназепама. После оказания помощи в ЦРБ была направлена в КПБ.

При поступлении была тревожна, растеряна, со слезами на глазах. Отрицала суицидальную направленность своего поступка, но призналась, что «такие мысли были». Утверждала, что все знакомые и родственники изменили к ней отношение, враждебны, осуждают ее. Была подозрительна, сомневалась, что нужно лечиться у психиатра. О сыне не упоминала. Аппетит отсутствовал. Отмечалась гипотония. Получала инъекционный амитриптилин, торендо, корректоры. Была ипохондрична, сонлива. Через 3 недели сказала, что на душе стало легче, объявила мужу, что передумала разводиться. Далее амитриптилин был заменен на актопароксетин, а торендо на кетилепт. К работе приступил психотерапевт.

Первая психотерапевтическая сессия – консультативная. Разъяснение различий биологического и информативного подходов к лечению. Искажение внутренней картины мира по смыслу и значению. Формулировка проблемы. Исследование ресурсов в плане моделирования «желаемого результата» по модальностям, с экологической проверкой. Использование алгоритма «Что мешало быть здоровой?». Моделирование символического метафорического образа «проблемной части» и диссоциация, разотождествление с ней. Совмещение якорей «желаемого результата» и «проблемной части». Ассоциация с образом желаемого результата, насколько это возможно в данный момент. К завершению сессии пациентка проявила интерес к работе с психотерапевтом. Сказала, что «в голове просветлело», «на душе потеплело». Она «поняла, что может быть здоровой»

Вторая сессия – знакомство с информационными модальностями. Тренинг «калибровка реальности»: вижу, слышу, ощущаю, думаю, чувствую. Разница формулировки — избавиться от негативного симптома или получить позитивный результат. Знакомство со способами пространственно-временных репрезентаций. Оптимизация линии времени. В заключение — ассоциация с

чувствами — ощущениями образа желаемого результата. Обратная связь — что изменилось в мыслях, чувствах, ощущениях? Осознание возможности изменений, способность чувствовать себя по-другому «здесь и сейчас».

Третья сессия – знакомство с нейробиологическими уровнями окружения, поведения, способностей, веры. Определение уровня проблемы, принцип «причина-следствие». Базовое чувство для входа в ресурс — вера. Связь «мысль-чувство» (смысл-значение). Способы быть уверенной (рамочные метафоры). Отождествление с образом желаемого результата.

Четвертая сессия – нейробиологический уровень аутоидентификации. Знакомство с субличностями. Уровень «дирижера» внутреннего оркестра, «хозяйки» ума-души-тела, принятия ответственности за чувства, возможность менять свои реакции на что-либо. Ассоциация с желаемым результатом.

Пятая сессия – знакомство с принципами гештальт-психологии. Образ-фон. Тренинг «противоположности». Невротические защиты — слияние, рефлексия, интроекция, проекция. Конденсация незавершенных травмирующих гештальтов, примеры завершения в приемом рамочных метафор. Контроль редукции проблемной части. Возможная

переформулировка ранее заявленной проблемы.

Шестая сессия – «путешествие в прошлое». С якорем «проблемной части» клиент регрессирует в прошлое и по изменению физиологии отмечает первичное проблемное впечатление. Предыдущие сессии были по сути подготовкой к основному моменту — завершению конденсированного негативного незавершенного гештальта.

В случае с клиенткой она осознала чувство растерянности, вины, эмоционального отвержения, непонятности, одиночества, обиды, неприязни к матери и бабушке, которые преобладали у нее в возрасте 6-8 лет. Эти чувства конденсировались и в дальнейшем, поскольку из позитивных намерений мать и бабушка продолжали относиться к ней критически. Клиентка была диссоциирована от переживаний — «зритель в кинозале, просматривающий фильм о своей жизни». Реимпринтинг лучше проводить при помощи гештальт-техник, в данном случае, «горячего стула». Осознание позитивных намерений матери с неудачным способом их осуществления. С позиции «матери» осознание горьких чувств дочери, чувство собственной вины («далее дочь попала в психбольницу и мать в этом участвовала»). Реимпринтинг –

виртуальная мать просит за это прощения. Мать благодарит дочь за понимание ее чувств. Дочь испытывает чувство любви к матери. Они обнимаются. С этим чувством клиентка становится в позицию «на экране» и с новым чувством проходит последующие переживания до настоящего времени с осознанием что здесь, и здесь, и здесь было бы по-другому и в настоящем тоже было бы по-другому.

Обычно реимпринтинг сопровождается осознанной физиологической реакцией и плачем, гиперемией лица, расширением зрачков и чувством завершения внутренней интеграции, принятием самой себя, глубинного удовлетворения. Это и есть дальнейший личностный рост.

Изменения, произошедшие в уме, чувствах клиентки: «Я благодарна тому, что прошла через это и поняла то, чего не понимала ранее. Нет обиды на бабушку и мать. Я лучше понимаю себя и других людей. Я обрела спокойствие и уверенность в себе, осознание своих способностей для дальнейшей самореализации в жизни. Парадокс — но спасибо, что я прошла через это». Сложно представить такой результат при лечении только фармакологическим способом.

УДК. 616.89

НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ ЭЛЕМЕНТОВ КРИМИНАЛЬНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА А.И. Петрова, О.И. Прокаева, О.В. Могиль, З.В. Кисляк

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. В сообщении представлен краткий обзор элементов криминальной субкультуры у психически больных, показано ее негативное влияние на лечебно-реабилитационный процесс в условиях отделения принудительного лечения. Авторы подчеркивают, что отделении идет постоянная борьба с популяризацией криминальной субкультуры. Проводятся мероприятия, направленные на ее нейтрализацию, стимулирование правоупотребительного поведения, устранение социального паразитизма, на формирование новой ментальности с воспитанием уважительного отношения к человеку, обществу, труду, нормам, традициям человеческого общежития. Это в итоге предупреждает правонарушения во время нахождения пациентов на принудительном лечении и после его прекращения.

Ключевые слова. Принудительное лечение, криминальная субкультура.

NEUTRALIZATION OF CRIMINAL SUBCULTURE IN A PSYCHIATRIC INVOLUNTARY TREATMENT
Petrova A.I., Prokaeva O.I., Mogil O.V., Kislyak Z.V.

Resume. The report provides an overview of the elements of the criminal subculture in psychiatric patients, shows its negative impact on the treatment and rehabilitation process in a branch of compulsory treatment. The authors emphasize that the department is a constant struggle with the popularization of the criminal subculture. Steps are being taken to neutralize it, promoting law-abiding behavior, elimination of social parasitism, on the formation of a new mentality with respect to the education of man, society, labor, norms and traditions of human coexistence. This is a result of the offense prevents a finding of patients during involuntary treatment and after its termination.

Keywords. Compulsory treatment, criminal subculture.

Культура, господствующая в обществе, не носит универсального характера для всех членов общества. Важнейшей психологической характеристикой криминальной среды является субкультура. В переводе с латинского термин «субкультура» (sub— под) означает часть основной культуры. Первоначально криминальная субкультура: криминальные традиции и обычаи, жаргон и татуировки, неформальные нормы поведения и особенности проведения досуга, возникла в закрытых исправительных учреждениях, а затем распространилась за их пределами. Криминальная субкультура и ее атрибуты проявляются не только среди членов преступной группировки, в местах лишения свободы, но и в других социальных общностях, в том числе в психиатрических отделениях принудительного лечения специализированного типа. Криминальная субкультура сплачивает правонарушителей, выступает в качестве регулятора их поведения. Главная её опасность в том, что она искажает общественное сознание, создает положительный имидж преступникам, которые противопоставляют себя законопослушному обществу. Центральным элементом субкультуры является криминальная психология: система неписаных социальных ценностей, которая оправдывает и поощряет преступный образ жизни и совершение правонарушений. Для реализации социальных ценностей, их поддержки и наказания виновных в преступной среде вырабатываются криминальные правила поведения. Криминальные нормы — это важнейший элемент субкультуры.

Они регулируют социальный статус его членов и их права. В качестве механизма поддержания криминальных норм существует система санкций по отношению к лицам, допускающим их нарушение. Мотивом соблюдения криминальных норм выступают не только внутренние убеждения, но и страх наказания. Специфическим элементом криминальной субкультуры выступает деление людей на условные иерархические группы в зависимости от их авторитета относительно реальной власти в криминальной среде. Наиболее отчетливо стратификация криминальной среды представлена в пенитенциарных учреждениях. В отделении принудительного лечения она выражена гораздо слабее, нечетко. В основном различаются лидеры - наиболее агрессивные пациенты, склонные к нарушениям режима; середняки («мужики»), которые активно субкультуру не отстаивают, соблюдают установленный режим, работают, стремятся к прекращению принудительного лечения; и отверженные («опущенные») - с наиболее низким социальным статусом. В нее входят пациенты, допустившие нарушение обязательных криминальных норм: («крысятники», которые воровали продукты питания у своих, неряшливые, нетрадиционной сексуальной ориентации). Негласно происходит

как бы клеймение вещей и предметов, которыми должны пользоваться только «неприкасаемые»: столы в обеденной зоне, посуда, еда и другое, имеют жаргонное название - «шкварные или зашкваренные».

Жесткая групповая стратификация с делением людей на касты пациентам отделения, однако, не свойственна. Не существует ритуалов «прописки» новичков. Строго пресекается сотрудниками отделения подверженность «низов» поборам и вымогательствам. Отсутствуют специальные способы снижения статуса пациентов, а также враждующие между собой группировки и конфликты между ними, симуляция болезней и членовредительство среди «низов», отказ от работы, проявление актов вандализма, тюремные способы проведения досуга, тюремная лирика и тюремные поделки, чифирование, групповые нарушения режима учреждения и групповые неповиновения.

Специфическим элементом криминальной субкультуры выступает криминальное общение: жаргон, клички, татуировки. Современный криминальный жаргон характеризуется большой распространенностью, его элементы используются не только в среде явных преступников. Блатной жаргон широко используется в повседневной речи, даже среди сотрудников правоохранительных органов и членов правительства, становится частью разговорного языка. У пациентов, находящихся на принудительном лечении, жаргон - условный язык, утратил главную функцию - скрыть для окружающих смысл передаваемой информации, широко не распространен; в силу выраженных когнитивных нарушений у большинства пациентов, их малограмотности ограничен по набору слов, примитивен, в повседневном общении используется незначительно. Гораздо более в общении пациентов между собой распространена ненормативная лексика, которая некоторым компенсирует недостаточный словарный запас, не воспринимается, как оскорбительная. «Блатные» песни, анекдоты особой популярностью в отделении не пользуются.

Клички - это персонифицированная форма жаргонного обращения. В отделении принудительного лечения кличка («погоняло») не заменяет фамилию пациента, не закрепляет его статус в преступной среде, не выполняет оценочную функцию: «хороший», «плохой», как в других криминальных сообществах. Клички пациентов отделения, как правило, примитивны, отражают сокращенную фамилию: (кропач, макей, панночка, пуга, рыба, сава, тату, чау-чау, чеснок, сизый, лапша-доширак, фриц - от немецкой фамилии); - физические и психологические особенности: (гном, фунтик, орел, шершавый, копченый, лысый, длинный); - статус личности: (Есенин, пишущий стихи), дипломат, граф, пользующийся авторитетом; зеленый-доллар; небесный - уважаемый; чеченец; вампир,

шприц-наркоман, кипеж, фафик, любящий китайскую рисовую водку). У пациентов отделения нет кличек, отражающих специфику преступной деятельности, которые распространены в других криминальных структурах: (робинзон — вор-одиночка, пляжник — пляжный вор, фунт — валютчик, баклан — хулиган, Джек Потрошитель — сексуальный убийца). У половины пациентов вообще нет кличек. На вопрос, есть ли кличка, следует стереотипный ответ: «Кличка - это у собак; мы не на зоне, а в медицинском учреждении».

Татуировка («портаки, наколки») — знаковое, невербальное средство передачи информации, есть только у четверти пациентов отделения, в основном с молодости неоднократно судимых, проводивших много лет в местах лишения свободы. На основе татуировок можно получить информацию о количестве судимостей, отбытом сроке в местах лишения свободы и месте отбывания наказания. У пациентов отделения татуировки не являются средствами социальной стигматизации, как в других социальных сообществах. Можно выделить следующие типы татуировок, указывающие на принадлежность личности к той или иной страже, на характер совершенного преступления, на агрессивный характер личности или совершение насильственных преступлений, авторитетные, пренебрегаемые, судимые за кражу, карманники, судимые за грабеж. Татуировки долгое время использовались главным образом для идентификации, опознания, что исторически утратило значение.

Основной мотив нанесения татуировок, по словам пациентов отделения, «по малолетке», в подражание более опытным, авторитетным преступникам, которые уже имели татуировки: «просто в камере все кололись; хотел быть хорошим, как они», а также своеобразная памятка о местах отбывания срока наказания либо о службе в армии. Способы нанесения татуировок у большинства пациентов были самыми простыми: иглами с тушью прокалывали кожу по заранее нанесенному рисунку.

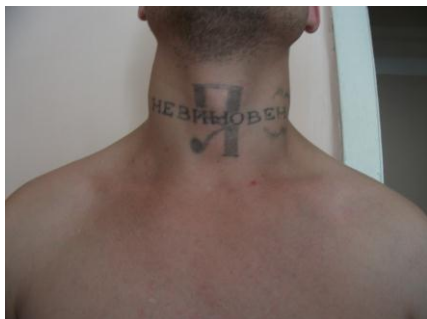
Число татуировок у пациентов отделения варьирует от единичных изображений, с именем на кисти, названием города — Омск; сердцем, пронзенным стрелой с инициалами любимой девушки; мечом, воткнутым в землю, означающим «безотцовщина», до 17 татуировок у одного пациента, проводившего в местах лишения свободы более 20 лет: (на шее надпись - я невиновен; рисунки с символическим содержанием - привет вора; любовь к матери; перстень — пацан; «проход через малолетку»; неисправимый; изображение волка - вора «отдышка», легавым крышка; смерть буграм; храм 7 куполов - 7 лет «отсидки»; мертвая судьба; чаша со змеей - пробовал наркотики; лев - люблю ее вечно; изображение знаков зодиака; восход солнца на кисти с

надписью клот - клянусь любить одну тебя; цифра 13 - несчастливое детство; решетка на костяшках пальцев - ловили, поймали, посадили; сэр - свобода - это рай; портрет матери; любимой; контур двуглавого орла; герб России; факел, что означает - дружба. Классификация татуировок пациентов - дело сложное, практически невозможное. Большинство татуировок не несет смысловой нагрузки, воспринимается пациентами, как декоративно-бытовое: «каннский», кельтский узоры, дракон, орел. Татуировки пациентов отличаются низким качеством исполнения. Большинство не может объяснить смысловую нагрузку своих татуировок. Многие татуировки имеют неприличное, циничное толкование, направленное в адрес правоохранителей. У пациентов отделения не встречаются «авторитетные» татуировки: на плечах шести- или восьмиконечные звезды, что означает в местах лишения свободы он примкнет к лицам, отрицательно настроенным к правилам внутреннего распорядка; нет следующих, популярных в криминальном мире, изображений: на ноге татуирована рука, сжимающая нож - судимость за хулиганство; татуированная композиция — пистолет, финка, карты, бутылка и рюмка, шприц — двойного смысла: либо свидетельствует о пристрастии ее обладателя к легкой веселой жизни, либо указывает — вот что нас губит; морда кошки - осторожность вора; роза на плече - ее владелец встретил совершеннолетие в колонии; череп, корона — символы стремящихся к власти; корона на спине — униженность; тигр или другой хищник — ярость, непримиримость; змея (ранее высшая степень в иерархии тюремного мира); нож, кинжал, топор — месть, угроза, твердость, жестокость; ключ — сохранение тайны; палач — чти закон воров; Мадонна — отчужденность; звезды — непокорность; крест на груди, один или два погона (эполет); восьмиконечная звезда на груди - (вор-рецидивист); шестиконечная звезда на коленях - («Никогда не встану перед судом на коленях»); изображение церкви («Тюрьма для вора — дом родной» или «Чист перед Богом»); не встречаются пренебрегаемые татуировки: точка (мушка) под глазом или глаза на ягодицах — пассивный гомосексуалист (для «клеймения» данной категории криминальных элементов имеется более десяти татуировок); точка (мушка) между бровей — «помойка», «неряха»; точка на носу — доносчик, осведомитель; точка на подбородке — ворует у своих («крысятник»); точка на мочке уха — «опущен», так как нарушил слово; перстень с изображением цифры шесть или шести точек, как в домино, — «шестерка»; нет пациентов с отражением преступлений сексуально-эротической ориентации, что означают бюсты женщин, голые женщины, половые органы, циничные надписи.

В отделении идет постоянная борьба с по-

пуляризацией криминальной субкультуры. Проводятся мероприятия, направленные на ее нейтрализацию, стимулирование правопослушного поведения, устранение социального паразитизма, на формирование новой ментальности с воспитанием уважительного отношения к че-

ловеку, обществу, труду, нормам, традициям человеческого общежития, что в итоге предупреждает правонарушения во время нахождения пациентов на принудительном лечении и после его прекращения



Криминальные татуировки пациентов, находящихся на лечении в отделении принудительного лечения специализированного типа

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ЗАГОРОДНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА

С.В. Хузина, В.С. Лебедеко, А.Н. Харин

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

Аннотация. В статье представлен спектр реабилитационных технологий, реализуемых в загородном отделении больницы. Реабилитационный комплекс состоит из загородного отделения, общежития для пациентов, жилья с поддержкой. Контингент пациентов в основном с длительными сроками госпитализации, частыми повторными поступлениями, по различным причинам утратившие социальные, родственные связи, жилплощадь, документы. У всех пациентов в различной степени утрачены навыки независимого проживания, трудовые навыки. Применяется комплекс психосоциальных воздействий, направленных на восстановление потенциала самого пациента.

Ключевые слова. Психосоциальная реабилитация.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN THE COUNTRY REHABILITATION CENTER

Cousin S.V., Lebedenco V.S., Harin A.N.

Resume. The paper presents a range of rehabilitation technologies implemented in the country-by-division of the hospital. Rehabilitation complex consists of a suburban branch, dormitories for patients, housing support. The contingent of mostly patients with long periods of hospitalization, frequent repeat in revenues for various reasons lost their social and family ties, living space, and documents. All patients in varying degrees, lost skills for independent living. Complex of psychosocial interventions aimed at the restored building of the patient.

Keywords. Psychosocial rehabilitation.

Реабилитационный комплекс состоит из загородного отделения, общежития для пациентов, жилья с поддержкой. Контингент пациентов в основном с длительными сроками госпитализации, частыми повторными поступлениями, по различным причинам утратившие социальные, родственные связи, жилплощадь, документы. У всех пациентов в различной степени утрачены навыки независимого проживания, трудовые навыки. В рамках биосоциальной модели оказания психиатрической помощи, переход к которой сформировался в течение последних 12 лет, применяется комплекс психосоциальных воздействий, направленных на восстановление потенциала самого пациента, участие в реабилитационном процессе с постепенным освоением прежних социальных, в том числе ролевых функций в условиях усложняющегося социального контекста для достижения более полного и равного с другими положениями в обществе.

Лечебно-реабилитационная помощь оказывается полипрофессиональной бригадой в составе врача, старшей медицинской сестры, специалиста по социальной работе, социального работника, трудинструктора, культработника. Регулярно один раз в неделю проводятся заседания полипрофессиональной бригады, на которых разрабатывается индивидуальный план реабилитации каждого пациента. На последующих заседаниях осуществляется контроль за выполнением реабилитационных мероприятий.

Для более качественного выполнения реабилитационных планов работа проводится по

методу кейсменеджмента. Все пациенты разделены на группы по 12-14 человек. Они закреплены за ведущими случая из числа медицинских сестер. Менеджер в соответствии с разработанным реабилитационным планом отслеживает своевременное включение пациентов в назначенные тренировки, трудовую и досуговую занятость, на своем уровне оценивает их эффективность, оказывает помощь пациенту в оформлении заявлений, заявок, по необходимости направляет к специалисту по социальной работе, проводит беседы с пациентами своей



Религиозный обряд в реабилитационном процессе в загородном отделении

группы, следит за наличием необходимых вещей, предметов гигиены.

Результаты работы отражает в реабилитационной карте, докладывает врачу о возможных проблемах. С учетом этого при необходимости проводится коррекция реабилитационного плана. В отделении применяются следующие виды реабилитационных мероприятий: психосоциальные, коммуникативные, подготовительные к выписке, психообразовательные тренинги, трудотерапия, досуговая занятость. Оказывается необходимая инструментальная поддержка: восстановления и замена паспортов, регистрация по месту пребывания, восстановления страховых свидетельств, выписка пенсионных удостоверений, перевод и оформление пенсий, выписка медицинских полисов, выписка и оформление документов для получения путевки в дом-интернат, ИНН, доверенностей, справок и т.д. С учетом необходимых мероприятий формируются реабилитационные трудовые группы: хозяйственная группа по обслуживанию территории отделения (20-25 чел.), группа швейного цеха (10-12 чел), группа бытового обслуживания (20-25 чел), группа по обслуживанию пищеблока (15 чел), группа по обслуживанию прачечной (6-7 чел), группа цеха по деревообработке (5 чел), группа по обслуживанию базы отдыха больницы (7-9 чел), сезонная группа по обслуживанию сада (25-35 чел), группа по обслуживанию теплицы и огорода (15-20 чел). Трудовой занятостью охвачено 95% пациентов. Работа в трудовых группах осуществляется под руководством 2-х трудинструкторов, в их подчинении находятся два санитаря, работающие с трудовыми группами пациентов. Занятость в трудотерапии стабильная, имеется тенденция к созданию новых трудовых групп, совершенствованию, усложнению видов труда. В течение последних двух лет расширено тепличное хозяйство при отделении, в штат принят трудинструктор по растениеводству с соответствующим профессиональным образованием. Во вновь созданном столярном цехе пациенты участвуют в выполнении сложных плотнично-столярных работ. В швейном цехе занимаются пошивом мягкого инвентаря для больницы.

Специалистом по социальной работе разработаны тренинги, организованы занятия в коммуникативной и подготовительной группах. В коммуникативной группе занятия проводятся по модулям: «Развитие социально-значимых качеств и применением элементов сказкотерапии», «Социальная активность и степень познавательного отношения к миру», 2 раза в неделю по 10 занятий в цикле. В подготовительной группе так же 2 раза в неделю. Социальным работником проводится по 8 тренингов в год, из них 5 коммуникативных тренингов по модулю «Знакомство и познание окружающего

мира», 3 психосоциальных тренинга: «Распределение денежных средств», 1 раз в неделю по 8-10 занятий.

Медицинским персоналом проводятся занятия психосоциальных групп по различной тематике: «Личная гигиена», «Правильный прием лекарств», «Здоровый образ жизни», «Трудотерапия», «Правила поведения в обществе», «Правила поведения в экстренных случаях». По каждой теме разработан цикл из 8-10 занятий. Пациенты в течение года могут посещать занятия в нескольких тренингах. Досуговые мероприятия проводятся под руководством культработника. Организованы кружки прикладного искусства (вязание, вышивание, лепка, аппликация, рисование), кружок любителей фотографии, обучения пользованию компьютером, цветоводства. В клубе для пациентов проводятся дискотеки, работает студия «Караоке», видеозал, проводятся тематические вечера, занимается группа художественной самодеятельности, регулярно проводятся праздничные концерты, выезды пациентов на культурно – досуговые мероприятия за пределы отделения. На спортплощадке проводятся подвижные спортивные игры. В спортзале имеются тренажеры, настольный теннис.

Психообразовательная работа проводится по методам разработанным сотрудниками НИИ психиатрии. Занятия продолжаются 40-60 минут проводятся 2 раза в неделю врачами – психиатрами в закрытых группах по 8-10 человек по модулю «Жизнь с болезнью». Основную часть составляли больные различными формами шизофрении. В процессе проведения психообразовательных тренингов возникла необходимость их модификации для различных групп пациентов: страдающих эндогенными заболеваниями, экзогенно-органическими, умственной отсталостью. С пациентами, прошедшими психообразовательные тренинги в последующем проводятся диспуты по различной тематике для оценки эффективности проведенной работы, закрепления полученной информации. В диспуты включаются пациенты из различных психообразовательных групп. В результате применения в комплексном лечении больных психообразовательных программ значительно улучшился комплайнс, увеличилась продуктивность и качество решений, уменьшились симптомы госпитализма. У больных появилась надежда на возможность возвращения к самостоятельной жизни в сообществе, заинтересованность в выписке, активность в восстановлении родственных и социальных связей. Это позволило выписать в сообщество пациентов со сроками госпитализации более 10 лет. Все проведенные мероприятия отражаются в карте психосоциальной реабилитации пациента, которая ведется в течение пребывания пациента в отделении.

Следующим этапом социальной реабилитации является групповой дом с поддержкой (общеежитие), открытый 26.12.2003г. Групповой дом с поддержкой является основным этапом подготовки клиента к проживанию в сообществе. Для того, чтобы подготовить клиента к самостоятельному проживанию специалист по социальной работе составляет план реабилитационной программы. Ведется работа по оказанию инструментальной поддержке (продление мед.полиса, пенсионного удостоверения, ИНН, постановка на участок к психиатру, трудоустройство) и эмоциональной поддержке (родственные связи, индивидуальные беседы, групповые занятия). Проведение групповых занятий учат участников находить путь преодоления собственных трудностей и решение таких общечеловеческих проблем, как одиночество и зависимость, страх и агрессия, поиск смысла и ценности жизни. Проводятся психообразовательные, коммуникативные группы, а также группы по подготовке к выписке, где рассматриваются правила поведения в экстренных случаях, такие темы как «Правила поведения в обществе», «Правила поведения в экстренных случаях», «Взаимоотношение и выход из конфликтных ситуаций», психосоциальные тренинги, где клиенты вспоминают утраченные навыки проживания - учатся готовить пищу, распределять денежные средства, стирать, убирать помещение, ухаживать за собой, ухаживать за кустарниками и огородом.

Также пациенты в летний период в огороде выращивают картофель, морковь, свеклу, капусту, помидоры, огурцы для приготовления пищи. Собирают в лесу грибы, ягоды. Ежемесячно посещают самостоятельно участкового психиатра. Участвуют в досуговых мероприятиях, посещают театры, кинотеатры, цирк, выставки в г. Омске. Каждый год ездят в Ачаирский Монастырь. В общежитии есть ответственные пациенты за огород, за санитарное состояние комнат, за питание. Все выполняется по графику и с большой ответственностью. За период, который они находятся в групповом доме с поддержкой накапливаются денежные средства на ремонт квартир, приобретение мебели, посуды для самостоятельного проживания. В процессе обучения для самостоятельного проживания клиенты знакомятся с памяткой проживающих пациентов в сообществе.

Сегодня можно говорить о проделанной

работе по подготовке клиентов для самостоятельного проживания в различных поселениях Кормиловского района Омской области. Ведется большая работа с пациентами для подготовки проживания в сообществе. С 2006 года работа была направлена на связь и организацию деловых отношений с главами администрации сельских поселений Кормиловского района. Первое знакомство состоялось с главой Юрьевского сельского поселения, которая пошла нам на встречу, предложив вариант решений жилищных проблем в поселке Юрьево. Скопив определенную сумму наша пациентка приобрела однокомнатную квартиру в собственность в п. Юрьево и с помощью специалиста по социальной работе оформила право на собственность в БТИ. Затем прописала в свою квартиру клиента для совместного проживания. В 2009 году другой пациент, накопив денежные средства, покупает себе трехкомнатную квартиру и делит её на 2-х собственников с юридическим оформлением.

В 2006 году большая работа была проделана с главой администрации Кормиловского района с. Победитель, где были предоставлены квартиры в аренду нашим клиентам. Формировались семьи для самостоятельного проживания и распределялись в арендованные квартиры. Несколько квартир было приобретено в собственность. Ежемесячно ведется работа с главами администраций. Проводятся собрания с выписанными пациентами 1 раз в квартал, проводится тренинг уверенного поведения. Ежемесячно посещаются квартиры с поддержкой и выезд в ближайшие поселения. При этом оценивается санитарное содержание жилья, наличие необходимых продуктов питания, правильность расходования финансовых средств. Осуществляются выезды в ближайшие поселения на досуговые мероприятия. За пациентами закреплены социальные работники, которые помогают по быту, по оформлению коммунальных услуг, контролируют прием лекарств и посещение участкового врача в Кормиловке. На сегодняшний день 59 человек проживают самостоятельно в ближайших поселениях. Из них в квартирах с поддержкой (7), в арендованном жилье (7), в жилье приобретенном в собственность (14), трудоустроено (11 человек). Из жилья с поддержкой выписано на самостоятельное проживание (5 человек).

Клиническая психология

УДК: 159.962.7

ПРИЕМЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

И.М. Шилова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный педагогический университет»

Аннотация. В статье рассматривается понятие экстремальной ситуации и ее характеристики, приводится перечень психических состояний, возникающих в момент экстремальной ситуации, а также описываются приемы саморегуляции психических состояний. Приводятся результаты анализа конкретных экстремальных ситуаций.

Ключевые слова. Экстремальная ситуация, психические состояния, саморегуляция.

TECHNIQUES OF SELF-REGULATION OF MENTAL STATES IN EXTREMAL SITUATIONS

Shilova I.M.

Abstract. The article discusses the concept of emergency situation and its characteristics, provides a list of mental States that occurs during an extreme situation, and also describes the techniques of self-regulation of mental States. The results of the analysis of specific extreme situations.

Keywords: extreme situation, mental state, self-control.

Человеческая практика дает основание утверждать, что любая деятельность (бездеятельность) потенциально опасна (так называемая «аксиома о потенциальной опасности»).

В повседневной жизни каждого из нас возрастает возможность попадания в экстремальные ситуации. Экстремальная ситуация – это такая ситуация, в которой без-опасность жизнедеятельности начинает преобладать над другими характеристиками жизнедеятельности. В экстремальных ситуациях многократно возрастают психологические нагрузки, меняется поведение, снижается критичность мышления, происходит нарушение координации движений, понижается восприятие и внимание, меняются эмоциональные реакции, велика вероятность потери способности к рациональным поступкам и действиям, адекватным сложившейся ситуации. Даже специально подготовленный человек далеко не во всех случаях сохраняет способность к трезвой оценке возникшей ситуации. Формы реагирования в таких случаях могут быть совершенно противоположными, как дезорганизация поведения, так и повышение эффективности действий. Основными характеристиками экстремальной ситуации являются: фактор неожиданности, лимит времени, дефицит информации и наличие фактора риска.

Актуальность исследований в области безопасности жизни и деятельности детей, подростков и взрослых людей признается во всем мире. ООН называет это направление одним из приоритетных в научных исследованиях.

Потребность в безопасности является есте-

ственной и насущной потребностью человека. Согласно теории самоактуализации А Маслоу, в ряду базовых потребностей человека (не затрагивая физиологический уровень) 70% занимают потребности в без-опасности и защите [3].

Для большинства населения США и большинства европейских стран навыки личной без-опасности являются не просто суммой знаний, но и неотъемлемым элементом культуры. В России же, на протяжении многих десятилетий такие навыки практически не культивировались. Неумение человека обеспечить свою без-опасность в реальных условиях стало недопустимым. Зачастую, в умах людей превалирует мысль о том, что «со мной это не случится» или «у нас это невозможно». Пользуясь самыми простыми правилами и, не делая простейших ошибок, можно уберечься или предотвратить опасную ситуацию.

Ведь в самом деле личный иммунитет без-опасности держится на конкретных знаниях, на чувстве меры (древние называли его матерью всех чувств) и на понимании общей логики без-опасности [1]. Известный путешественник и специалист по выживанию человека Яцек Палкевич однажды точно сформулировал ее следующим образом: 1) предвидеть опасность; 2) по возможности избегать; 3) при необходимости точно действовать. Кроме того, сформулированы правила поведения в экстремальной (сложной, опасной) ситуации: 1) никогда не считайте, что если экстремальные ситуации встречаются редко, то они вообще не угрожают Вам; 2) попав в экстремальную ситуацию, оце-

ните ее принимайте решение, действуйте быстро и решительно; 3) накапливайте знания и опыт поведения в различных ситуациях – они никогда не бывают лишними; 4) не следует относиться к экстремальным ситуациям как к нечему непоправимому, а относиться к ним как к преодолимой случайности

Жизнь в своих крайних проявлениях бывает именно противоречива и нелогична. Разумеется, по книжке невозможно сделать свою жизнь безопасной. Рассчитывая на здравый смысл, следует понимать, что заочные советы хороши лишь как варианты действия, как информация к действию. Принимать решение (особенно в жизненно важные минуты) все равно человеку придется самому, хотя бы потому, что это он находится в ситуации.[1].

На факультете психологии ОмГПУ читается курс по выбору «Психология поведения и деятельности в экстремальных ситуациях». Данный курс является одним из направлений прикладной психологии. Он ориентирован на формирование психологических качеств личности, необходимых для адаптации к условиям среды обитания, выработке психологической устойчивости к стрессу, внутренней готовности к адекватному поведению в потенциально опасных условиях повседневной жизни, умений управлять своим состоянием.

Особым вниманием при проведении курса пользуются многочисленные примеры, когда человек своими грамотными действиями смог не только уменьшить негативные последствия от экстремальной ситуации, но и полностью ее предотвратить. Значительно повышает эффективность обучения применение метода анализа конкретной ситуации, тренингов, игровых имитационных занятий. Данные методы являются адекватными методами изучения поведения человека в экстремальных ситуациях.

Статистическая обработка материалов конкретных экстремальных ситуаций, которые письменно анализировали студенты и участниками которых они были сами, свидетельствует о преобладании ситуаций социального характера (в быту, в транспорте, на улице, в лифте – соответственно: 33,1%; 23,1%; 22,7%; 5,6%), криминального характера – 8,5; в меньшей степени ситуации природного характера – 6,1% и практически отсутствуют ситуации техногенного характера. Студентам была предложена схема анализа ситуации, а затем в ходе устного обсуждения, наряду с уже принятым студентом решением (выходом из ситуации), рассматриваются другие возможные и совместно с преподавателем принимается наилучшее из них. С позиции реализации образовательных задач процесс принятия решения в методе анализа конкретных ситуаций является более важным, чем само решение.

Применяя метод анализа конкретной ситу-

ации, как разновидность методов активного обучения, в учебный процесс вовлекаются не только интеллект (информационный аспект) студента, как активного субъекта познания, но и эмоциональный (мотивационный) и волевой (поведенческий) компоненты. Кроме того, данный метод развивает творческое мышление, понимание, рефлекссию.

Экстремальные ситуации различного характера (социального, природного, техногенного, криминального) рассматриваются как факторы, вызывающие чрезмерную нагрузку на систему психологического саморегулирования и приводящие к развитию эмоционального напряжения. Человек может испытывать всевозможные психические состояния: фрустрацию, тревожность, страх, стресс, аффект, неуверенность в своих силах, психическое пресыщение и др. Психические состояния могут отрицательно влиять на поведение и деятельность человека, но в тоже самое время оптимальный уровень состояний (тревожность, фрустрация и др.) может способствовать мобилизации внутренних ресурсов психики. Как показали данные опроса студентов, первоначально в экстремальной ситуации, у них возникало состояние страха, вследствие неожиданности случившегося и дефицита информации.

Еще в 30-е годы И.П. Павлов говорил о человеке, как о «системе – единственной по высочайшему саморегулированию ... сама себя поддерживающая, восстанавливающая,правляющая и даже совершенствующая». Т.е. сам по себе живой организм обладает механизмом саморегуляции, выработанный эволюцией.

Неблагоприятные психические состояния при многократном их повторении приобретают устойчивый характер и возникают повторно, если повторяются условия, сопутствующие их возникновению. В связи с этим эффективным средством управления психическими состояниями будет не вывод из неблагоприятного состояния, а определенная совокупность психологических воздействий, не позволяющая человеку оказаться в том или ином неблагоприятном психическом состоянии в экстремальной ситуации.

К методам психологического воздействия можно отнести: аутогенную тренировку и ее варианты – психорегулирующую (расслабление и успокоение) и психомышечную (мобилизующая, активизирующая); наивные методы саморегуляции, возникшие непосредственно, случайно и связаны с успехом (фраза, напутствие, ритуал); простейшие методы саморегуляции – вербальные (самоприказы, самоубеждение, приемы психологической защиты); невербальные (дыхательные и мимические упражнения); идеомоторную тренировку и нейролингвистическое программирование.

Обретать нужное эмоциональное состояние в любых, даже сложных условиях возможно при наличии навыков психической саморегуляции. Быть психически подготовленным – значит иметь в своем организме прочные связи между психическими и физическими процессами. Суть психической саморегуляции сводится к конкретному умению: когда надо возбудить нервную систему, а когда требуется – успокоить.

Вслед за И.П.Павловым П.К. Анохин показал, что саморегуляция в каждом конкретном случае осуществляется через формирование функциональных систем, под которыми понимается совместное функционирование различных систем организма (нервной, ССС, мышечной, дыхательной и др.), «объединившихся» на тот период, который необходим для решения поставленной задачи. Деятельность органов, входящих в систему, может протекать согласованно, а может иметь место рассогласованность. Наиболее часто нарушения в деятельности функциональных систем («ломка») возникают в экстремальных ситуациях, когда ЦНС испытывает чрезмерное напряжение. С нашей точки зрения, психические состояния и нарушения следует рассматривать как закономерные реакции в границах психической нормы.

Механизм саморегуляции, заложенный природой не всегда надежен и прочен. И сейчас накоплен психотерапевтический опыт, показывающий, что человека можно подготовить специально к отрицательным воздействиям и функциональные системы будут работать эффективно и согласованно. Функциональные системы действуют двояко: 1) возникают и распадаются как сами по себе (бессознательно); 2) изменяют свою структуру в результате сознательно намеченной задачи.

Речь, с помощью которой мы формулируем задачу, помогает нам сознательно организовать согласованную работу отдельных компонентов целой функциональной системы организма.

Следовательно, используя возможности мышления и речи, можно адекватно оценивать и действовать в экстремальных ситуациях.

С целью формирования навыков психической саморегуляции студентам предлагается освоить методику аутогенной тренировки. В течение семестра они ведут дневник самонаблюдения, в котором ежедневно фиксируют три показателя частоты сердечных сокращений (ЧСС) в состояниях: фон, расслабление и мобилизация, применяя формулы психорегулирующей и психомышечной тренировки. Анализ результатов регистрации ЧСС свидетельствует о том, что только 39 % студентов успешно освоили приемы аутогенной тренировки. Критериями успешного овладения приемами являются следующие показатели: при расслаблении разница ЧСС между фоновыми показателями и состоянием расслабления – 10 – 12 ударов, при мобилизации – 8 – 10 ударов. Следует отметить, что вхождение в состояние расслабления у большинства студентов более успешно, чем в состояние мобилизации. Далее, в тренировочных занятиях студенты отрабатывают различные формы поведения снятия или снижения эмоционального напряжения в результате включения психологических защитных механизмов [2]. Развитие способности к саморегуляции при возникновении экстремальных ситуаций осуществлялось с использованием педагогической игры под названием «дежурная улыбка актрисы», условия которой заключаются в следующем: в случае возникновения экстремальной ситуации необходимо стабилизировать мимику, используя для этого улыбку, чтобы не проявлять другие виды реакции на причины или следствия произошедшего события.

Таким образом, владение разнообразными приемами психической саморегуляции позволит оптимизировать психические состояния и поведение человека в экстремальных ситуациях.

Литература

1. Гостюшин А.В. Человек в экстремальной ситуации. -М.: Армада-пресс, 2001. – 384с.
2. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. –Л.: ЛГУ, 1988. -С.271-294.
3. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение. – СПб.: Питер, 2003. – Гл.10, С.487-489.

История психиатрии

УДК 616.89

К АНАЛИЗУ ВАЖНЕЙШЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ (1958-1968 ГГ.) СОВЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЕГО ВКЛАДА В ПРЕОДОЛЕНИЕ МЕХАНИСТИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСОЛОГИЧЕСКОГО (т.н. Павловского) И ДР. ПАРАНАУЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ. В.Г. Остроглазов

*Бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Психиатрическая больница № 5», Московская обл., Сергиево-Посадский р-н, г. Хотьково*

Аннотация. Автор рассматривает дискуссионные вопросы истории отечественной психиатрии, связанные со сменой исторических эпох и традиций в этой науке. Рассмотрены принципиальные моменты учения академика А.В. Снежневского в т.н. «Павловский» период развития советской науки.

Ключевые слова. История советской психиатрии.

ANALYSIS OF THE MOST IMPORTANT DECADES (1958-1968 GG.) SOVIET PSYCHIATRY IN TERMS OF ITS CONTRIBUTION TO OVERCOMING THE MECHANISTIC REFLEXOLOGICAL (CALLED PAVLOVIAN), AND OTHERS. PARASCIENTIFIC DIRECTIONS

Ostroglazov V.G.

Resume. The author examines the controversial issues of the history of Soviet psychiatry, associated with the change of eras and traditions in this science. Are considered fundamental aspects of the doctrine of academician AV Snezhnevsky in the so-called "Pavlovian" period of Soviet science.

Keywords. The history of Soviet psychiatry.

Для подобного анализа более всего подходит сопоставление первого (1) и второго (2) изданий самого авторитетного советского учебника психиатрии того времени и самого известного как «учебник 4-х авторов». Период времени между изданиями составляет ровно десятилетие. При сохранении общего числа (4-х) авторов обращает внимание их частичная и своеобразная замена. Так, из 3-х умерших ко времени выхода в свет 2-го издания (Кербиков, Озерецкий, Попов) имена двух были заменены на новые (Коркиной и Наджарова). Однако имя умершего О.В. Кербикова было сохранено, притом, как и прежде, на первом месте. Принадлежащие покойным Попову и Озерецкому 10 глав были написаны вновь Коркиной и Наджаровым.

1968 год – год 2-го издания данного учебника-для меня совпал с годом начала моей учебы и работы врачом-психиатром в научной психиатрии – в НИИ Психиатрии МЗ РСФСР, руководимом тогда Д.Д. Федотовым. И я штудировал этот авторитетный учебник, пытаюсь хоть что-нибудь понять в непонятной психиатрии и в шизофрении как самом загадочном заболевании. О политических течениях в советской психиатрии я ничего не ведал, и мне было не до них.

Но теперь, спустя полвека работы в ведущих научных психиатрических учреждениях страны и оценивая судьбоносную роль лидера советской психиатрии А. В. Снежневского в воз-

рождении советской психиатрии, мне приходится с удивлением встречать противоречивые взгляды его прямых учеников и учеников его учеников по этому поводу. В частности, и по вопросу о движущих силах и субъектах решительного научного поворота советской психиатрии-от материалистического механистического павловского физиологизма – к клинико-феноменологическому направлению исследований, и от идеалистического экзогенезиса и психогенезиса школы О.В. Кербикова – к общей психопатологии как части общей патологии человека, по И.В. Давыдовскому и А.В. Снежневскому.

Вот почему мне пришлось проделать это небольшое исследование. Знаки существенных изменений в политике и идеологии советской психиатрии можно увидеть при сопоставлении первых 2-х глав 1-го и 2-го изданий, хотя в обоих изданиях они принадлежат одним и тем же авторам. А именно, 1-глава – «Психиатрия, психические болезни» – Снежневскому, 2- глава – «История и современные течения психиатрии» – Кербикову.

Так, в первой главе о «Психиатрии...» обращают на себя внимание следующие моменты авторских изменений А.В. Снежневского.

1. Убраны строки первого издания, выражающие безусловную веру в то, будто бы сущность нарушений работы мозга при всех психических расстройствах будет полностью

раскрыта с помощью учения Павлова, которое обладает неограниченными возможностями для этого открытия.

2. Вместо канонизации единственно верного павловского метода исследований сущности психических болезней постулирована научная адекватность и целесообразность мультидисциплинарного подхода с участием многих специалистов. Не менее важно для нас, что этот принципиальный заключительный тезис подкреплен ссылкой не на отечественного, а на британского классика психиатрии Модсли и его цитатами. Тем самым советской психиатрии был подан поворотный знак не только на преодоление канонизации павловского направления и решений Объединенной («Павловской») сессии Академии Наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950), на преодоление научной ограниченности советской павловской психиатрии, но и на возвращение её в русло настоящей научной мысли, которой присущ мировой, планетный (В.И. Вернадский), а не политический, патриотический или партийный характер.

Не менее значимы изменения, внесенные и в содержание 2-й главы («История и современные течения психиатрии») во втором издании. Хотя эта глава, как и прежде, числилась за Кербиковым, тем не менее, далеко не все внесенные изменения возможно приписать самому автору.

Так, мифологизированный абзац о развитии отечественной психиатрии в 40-50 гг. 19 века будто бы только под решающим влиянием русских писателей («под влиянием Герцена», а «в дальнейшем под мощным воздействием материалистической философии революционных демократов В.Г. Белинского, Н.Г. Чернышевского, Н.А. Добролюбова), лишь слегка сглажен добавлением хотя бы одного настоящего ученого - физиолога Сеченова, как «впервые начавшего естественнонаучное изучение психических процессов и патофизиологический анализ ряда психопатологических состояний». Можно допустить, что это изменение содержания текста могло быть сделано самим Кербиковым, что, однако, гораздо менее вероятно и поэтому вряд ли возможно допустить в отношении последующих изменений, на которых остановимся ниже. Возможно, к их числу относится и удаление из текста упоминания «акад. А. Г. Иванова-Смоленского как ученика Бехтерева, при кото-



Академик А.В. Снежко

ром он начал научную деятельность».

Но, пожалуй, еще важнее для нашего понимания последующие изменения, которые не могли принадлежать перу автора. Так, например, в изложении достижений проф. Корсакова и его психиатрической кафедры среди учеников, плодотворно развивавших его наследие наряду с В.П. Сербским, Н.Н. Баженовым, А.Н. Бернштейном, А.А. Токарским, С.А. Сухановым, лишь упомянут «Ганнушкин и др.». Однако, полностью удалена следующая за этим строка, несмотря на содержащуюся в ней историческую информацию о наследовании руководства корсаковской кафедрой психиатрии после В.П. Сербского П.Б. Ганнушкиным – «...а с 1918 года клиникой руководил выдающийся советский психиатр П.Б. Ганнушкин».

Поначалу и лишь предположительно казалось, что удаление этой строчки можно было бы оправдать неуместностью её содержания в главе, посвященной Российской психиатрии в иной, дореволюционный период. Однако, это предположение полностью отпадает, когда при чтении соответствующей главы – «Очерк развития советской психиатрии» - мы, так же, не находим этой, безвозвратно и неслучайно удаленной строчки. Такое удаление исторически достоверной фразы о руководстве корсаковской кафедрой с 1918 года «выдающимся советским психиатром П.Б. Ганнушкиным» (к тому же, первым в истории советским профессором-психиатром) невозможно приписать его самому прямому ученику-последователю, сделавшему всё возможное для канонизации своего учителя и его учения от.н. «малой психиатрии».

Не менее значительные изменения касаются и принципиального, этиологического содержания тех удаленных строк, где наибольшая роль в возникновении и развитии психических болезней приписывается внешним причинам, т.е. экзогенной природе. Но больше всего бросаются в глаза изменения в освещении роли павловского учения в советской психиатрии. Из ее текста полностью убраны упоминания об основополагающей роли Объединенной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950) будто бы показавшей большое значение учения Павлова как естественнонаучной основы советской психиатрии и её актуальном значении в современности. Неслучайный, системный характер этого удаления находит подтверждение и в исключении заключительных концептуальных строк, будто «советская психиатрия успешно развивается на основе физиологического учения И.П. Павлова».

Вместо этого в тексте 2-го издания (словно для отчета перед вышестоящими организациями) приведены лишь несколько строк о конкретных физиологических исследованиях в психиатрии самим И.П. Павловым, в частности, кататонического синдрома, бреда навязчиво-

стей, эпилепсии, шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, прогрессивного паралича, неврастении, истерии, психастении, которыми открыто новое направление исследований в развитии психиатрии. Но это новое направление не выделено из ряда других научных направлений, ибо теперь и речи нет о былых определениях учения Павлова как основополагающего в советской психиатрии.

Поэтому вместо заключительных строк 1-го издания «об успешном развитии советской психиатрии на основе учения И.П. Павлова», резюмировано принципиально иное: «при познании природы психических болезней интенсивно использовались все достижения современного естествознания».

Рассмотренных в своей совокупности изменений (во 2-м издании) достаточно, чтобы сделать несколько выводов и ответить на поставленные в заглавии и введении данной статьи вопросы. Эти выводы касаются ретроспективной оценки прошлого (прошедшего после 1-го издания) десятилетия советской психиатрии, ее актуального настоящего состояния и перспектив ее развития в будущем.

1. Павловское учение больше не является основополагающей научной основой советской психиатрии;

2. Павловское учение не определяет перспективы предстоящего развития советской психиатрии;

3 Более того, и в отношении прошлого ретроспективно констатируется, что Павловское учение не определяло научного развития советской психиатрии за прошедшее после 1-го издания учебника десятилетие, поскольку это развитие определялось «интенсивным использованием всех достижений современного естествознания». «Всех», следовательно, не только советских, но и мировых, ибо научная мысль носит планетный характер.

Таковы очевидные и принципиальные перемены в научном направлении советской психиатрии, сформулированные во 2-м издании знаменитого учебника психиатрии «4-х авторов».

Возникает закономерный вопрос: кто мог быть инициатором и автором этих перемен? – Только психиатр № 1 Советской психиатрии. Совсем недавно им был акад. О.В. Кербиков.

Кто из авторов 2-го издания стал на его место, хотя во втором издании, как и первом, по-

прежнему перечислялись 4 автора в алфавитном порядке равенства, и учебник не значился под чьей-либо редакцией?

Ответ представляется ясным и однозначным, ибо со времени 2-го издания учебника «4-х авторов» и надолго это место по праву принадлежало акад. А.В. Снежневскому. Именно ему как инициатору перестройки советской психиатрии принадлежат радикальные изменения как в первой, так и во второй главе 2-го издания учебника. На это указывает их концептуальное системное единство, означающее разворот от механистического рефлексологического («павловского») направления к естественнонаучному мультидисциплинарному развитию советской психиатрии на теоретической основе общей патологии человека И.В. Давыдовского. Именно в это десятилетие в его Институте психиатрии АМН СССР шли полным ходом мультидисциплинарные (клинико-психопатологические, клинико-эпидемиологические и клинико-синдромологические и биологические) исследования шизофрении (1962-1967 гг.) специалистами, хорошо подготовленными в соответствующих областях медицины и биологии. А результаты, опубликованные в монографии «Шизофрения», 1969 г. (3), позволили утверждать, что познание природы шизофрении будет достигнуто «именно на пути биологического изучения болезни» (с. 4). И в предисловии авторов монографии, и в её концептуальной 1-й главе (А.В. Снежневского) упор делается именно на биологическую природу болезни и на общую патологию Давыдовского с его тезисом об эндогенном внутреннем факторе, в конечном счёте решающем вопрос о возникновении болезни и формах ее течения. Вот почему из главы (хотя и принадлежавшей Кербикову) было необходимо удалить противоречащие этому этиологическому принципу строки, где наибольшая роль в возникновении и развитии психических болезней приписывалась внешним причинам, т.е. экзогенной природе. И это мог, и должен был сделать во избежание концептуальных противоречий только А.В. Снежневский.

Катамнез не оставляет сомнений в этом положении. Оно подтверждается, например, словами проф. Ануфриева о кадровой политике А.В. Снежневского, исключавшей сотрудничество с последователями Кербикова – «психогенетиками» (как называли тогда апологетов психогенеза в этиологии психических заболеваний).

Литература

1. Кербиков О.В., Озерский Н.И., Попов Е.А., Снежневский А.В.. Учебник психиатрии. – М.: Медгиз, 1958.
2. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В.. Учебник психиатрии.- 2-е изд. – М.: Медгиз, 1968.
3. Шизофрения. Клиника и патогенез. Под общей редакцией А.В.Снежневский. – М., 1969.
4. Остроглазов В.Г.К «Постановке вопроса о границах душевного здоровья» П.Б. Ганнушкиным в статье 1908 года, вновь опубликованной как «наше наследие» в журнале «Психиатрия» (2013,1). /Сб. Материалы научно-практической конференции психиатров Московской области. Орехово-Зуево, 2014, с. 12-27.

Сестринское дело в психиатрии

УДК 616.89

ЭВОЛЮЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИСПЛЕЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПСИХИАТРИИ

Е.П. Гирфанова, Т.Н. Лудын

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

Аннотация. В настоящее время биопсихосоциальный подход является основным направлением в деятельности медицинских сестер психиатрических учреждений. В статье предпринята попытка понять связь поколений, проследить непростой путь, который сделали медицинские сестры, помогающие психически больным. Под влиянием развития новых тенденций функциональный дисплей медицинской сестры в психиатрии существенно трансформировался от функций «надзора» до «лечебных» в полном смысле этого слова. Работа медицинской сестры в составе мультипрофессиональной бригады совместно с врачами психиатрами, специалистами по социальной работе, соцработниками, психологами способствует повышению её роли, расширению её функций и улучшению помощи в процессе психосоциальной реабилитации пациентов. Чем яснее медицинская сестра понимает свою роль, направленную на благо больного, тем более исследовательский характер носит ее отношение к постановке обслуживания больных. В нынешней концепции сестринского обслуживания необходимо изыскивать пути для лучшего удовлетворения потребности больных.

Ключевые слова. Сестринская помощь в психиатрии.

EVOLUTION FUNCTION DISPLAY NURSES IN PSYCHIATRY

Girfanova EP, Ludyn TN

Resume. Currently biopsychosocial approach is the main direction in the work of nurses psychiatric institutions. The article attempts to understand the link between generations, a difficult path to follow, which made nurses to help the mentally ill. Under the influence of new trends function display nurse in psychiatry considerably transformed the functions "supervision" to "treatment" in the full sense of the word. Job nurse as part Multiprofessional team together with doctors, psychiatrists, social work specialists, social workers, psychologists enhances its role, expand its functions and improve assistance in psycho-social rehabilitation of patients. The clearer the nurse understands his role, for the benefit of the patient, the more exploratory nature is its relation to the formulation of maintenance patients. The current concept of nursing need to find ways to better meet the needs of patients.

Keywords. Nursing care in psychiatry.

В настоящее время биопсихосоциальный подход в лечении становится повседневным компонентом психиатрической помощи. Он является основным направлением в деятельности медицинских сестер психиатрических учреждений. Для того, чтобы понять современную роль медицинской сестры, необходимо проникнуться ценностью прошлого и значением настоящего, причинной связью времен. Изучение прошлого - не самоцель, а лишь средство для предвидения будущего. В нашем сообщении мы предприняли попытку понять, почувствовать связь поколений, проследить непростой путь, который сделали медицинские сестры, помогающие самым обездоленным психически больным.

В средние века на фоне массовых истреблений душевнобольных в Западной Европе, где они признавались «одержимыми дьяволом», такие факты на Руси, и в частности в Сибири, были единичными. Первый такой акт относится к 1551 г., когда в царствование Иоанна Грозного на церковном соборе при составлении нового судебника, названного «Стоглавым», была вы-

работана статья о необходимости попечения о нищих и больных, в числе которых упоминаются и те, «кои одержимы бесом и лишены разума». Государственная помощь состояла в



Вифлеемский бедлам

размещении по монастырям, «чтобы не быть им помехой и пугалом для здоровых», но также и для того, чтобы дать им возможность получить вразумление или «приведение на истину».

Первое упоминание о постройке отдельных омов для умалишённых приходится на 1762 год «Безумных не в монастыри определять, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены доллгузы, — а впрочем быть по сему».

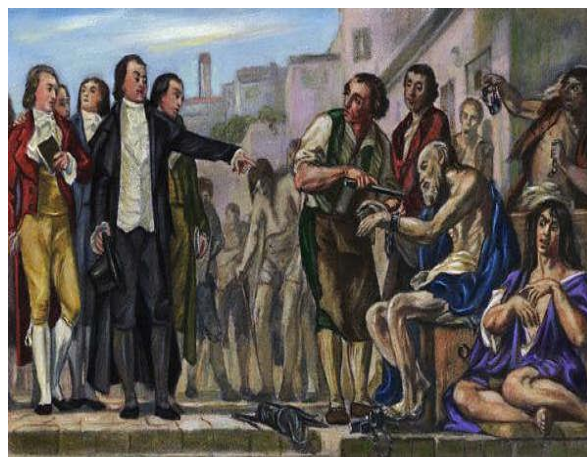
Был даже выработан «статут», согласно которому «должно смотреть, чтобы дом и его обстановка были прочны, во избежание побегов, — чтобы надзиратель был усердный и совестный, прислугу для ухода и надзора следует лучше всего избирать из числа отставных добрых и послушных солдат», которым вменялось в обязанность «поступать с больными по-человечески, но строго, и смотреть внимательно, чтобы ни им, ни себе не причинили вреда». Дома эти были подчинены Министерству полиции, а в последствие в ведение Министерства внутренних дел. О квалифицированных медицинских работниках не могло быть и речи.

В 1792 году в Европе начинается великая в психиатрии эпоха Пинеля, который впервые обращает особое внимание на подбор среднего персонала - смотрителей, которым давалась обширная власть и фактическое управление учреждением. В психиатрии провозглашен был новый принцип. Сняв цепи, Пинель, однако, узаконил смирительные рубашки.

В этом смысле двойной интерес представляет первое описание зондового кормления: если помешанный отказывается от пищи, то в течение двух или трех дней его уговаривают есть, грозят холодными обливаниями, смирительной рубашкой и т. п. В случае неудачи этих мер, его предупреждают, что придется применить очень болезненное лечение и высказывают сожаление о необходимости мучить человека, но уверяют, что совесть не позволит равнодушно относиться к смерти больного, в то время как его можно спасти. Иногда больные пугаются этих угроз, но большей частью продолжают упрямиться. Тогда больного привязывают к стулу в смирительной рубашке и производят операцию кормления. Смирительная рубашка была в то время совершенно неизбежной принадлежностью. Говоря о гигиеническом содержании душевнобольных, настоятельно рекомендуется пребывание на свежем воздухе, гимнастика, физический труд.

В 1839 году два коротеньких английских слова — «no restraint» — «никаких стеснений!» сделали лозунгом эпохи Джона Конолли. В то же время распространяется механизированная психотерапия, элементы которой использовали и в России. А именно, использование в лечении смирительных рубашек или камзола, смирительного стула, принудительного стояния, вра-

щательной машины и др., придуманные с искренним желанием принести пользу больному. Но противоречие между врачебными обязанностями, с одной стороны, и системой наказания — с другой, не могло не оцениваться, как вопиющее. И тогда возникло стремление, не отказываясь от насильственных мер, а сделать вид, как будто врач тут совершенно не причем.



Ф. Пинель снимает цепи с душевнобольных

Русский психиатр Петр Александрович Бутковский развивает эту мысль так: «врач не должен внушать больным страх, но ему нужен помощник, который занимался бы сим трудным поручением, действуя по воле врача и будучи в состоянии при необходимости сопротивляться буйным поступкам, вспыльчивости и наглости сумасшедших».

И только в результате многолетней борьбы, как с механическими мерами стеснения больного, так и с изоляторами, поднятие общего материального и культурного уровня в европейских странах позволило внести огромные усовершенствования в больничное дело и создать благоприятные условия для больного с помощью хорошо подготовленного медицинского персонала.

Сергей Сергеевич Корсаков в своих лекциях отражал это событие так: «В огромном большинстве западно-европейских учреждений и во многих русских о цепях нет больше и помину; даже остатков мер стеснения так называемая горячая рубашка, рукавицы и пр. не употребляются или употребляются только в виде исключения. В некоторых учреждениях, особенно в Шотландских, сделан еще шаг вперед, и в основу режима лечебниц положена не только система нестеснения, но и более того — так называемая система «open-door» — двери заведения открыты весь день: ни одного замка, ни одного ключа ни во внутренних покоях, ни во внешних выходах; вместо всего этого, вместо заборов, решеток, засовов с совершенным успехом служит неослабная и полная человеколюбивого внимания бдительность всего больничного персонала».

Эта система «открытых дверей», столь модная в наши дни, была разработана и применена еще двести лет назад.

Начиная с 1828 года Российские доллгуазы вступают в новый период своей жизни: уничтожение цепей, устройство огородных и рукодельных работ, приобретение музыкальных инструментов, бильярда для больных и т. д. Большое внимание уделяется тому, что сейчас называется лечебным воздействием среды, лечением занятием, культуротерапией. Проводится тщательная подготовка обслуживающего персонала, а самое главное - это введение в штат в 1835 году первых фельдшеров. Первопроходцем в этом был главный врач бывшей Преображенской психиатрической больницы Василий Федорович Саблер.

С 1887 года в России благодаря энергичной деятельности Корсакова, Баженова, Кащенко в общую организацию психиатрической помощи вводится посемейное призрение больных. Лечебная идея патронажа заключалась в том, чтобы больной, живущий в семье, принимал участие в ее жизни и работе, в силу чего активность нервной системы, психический тонус, общественно-трудовые эмоции, поддерживаясь на известной высоте, надолго сохраняют личность человека от деградации, неизбежной в условиях закрытой больницы или приюта для хроников. Особой разновидностью патронажа является помещение больных в семьи больничных служащих.

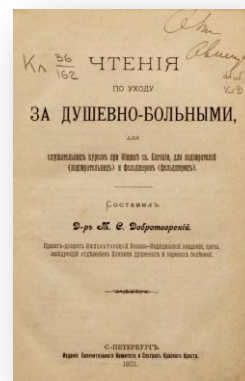


«Утешение» пациентки, находящейся в тяжелой депрессии

В это же время повсеместно начинают применять в лечении «постельный режим», не только ослабленным и спокойным, но и беспокойным больным, а также длительные теплые ванны - характерная черта эпохи Эмиля Крепелина. Улучшение психиатрического дела в эпоху Крепелина сделало, наконец, еще один шаг вперед: почти повсеместно в уходе за душевнобольными преобладающую роль стали отводить женскому персоналу.

В России в 1896 г. пионерами в деле пропаганды женского ухода были Павел Иванович Якобий в Орле и Владимир Федорович Чиж в Дерпте. Впоследствии много писал и выступал на съездах по этому, вопросу орловский врач Иван Сергеевич Герман. О полезном влиянии указанной меры вскоре уже не было разногласий: больные сделались менее раздражительными, столкновения между ними стали реже, женский персонал, как выяснилось, легче переносит крики, беспокойство, агрессивность, нечистоплотность больных; дежурства стали более добросовестными, число побегов сократилось. Этот женский персонал и стал предшественником медицинских сестер.

Следует особо отметить, что именно с этого времени стали уделять большое внимание работе персонала. На заседаниях Петербургского общества психиатров «...неоднократно обсуждался вопрос о роли персонала психиатрических учреждений, значении подхода к больным и надзора за ними. В итоге этой работы была установлена премия имени врача Филиппова за создание специального руководства для обучения персонала психиатрических больниц, еще задолго до того, когда были организованы первые медицинские школы. Известным пособием такого рода являются и «Чтения по уходу за душевнобольными для слушателей курсов при Общине св. Евгения, для надзирателей (надзирательниц) и фельдшеров (фельдшерниц)» доктора Добротворского (1901).



Этот подъем психиатрии, конечно же, был в центральной России. В Сибири, в отдаленной ссылке, как уголовной, так и политической, дела обстояли иначе. В глухих местах шаманы и знахари были единственными «лекарями» даже в начале XX века.

После монастырей, «желтых домов» часто при тюрьмах, были открыты отделения для душевнобольных при городских больницах (чаще больницах Приказа общественного призрения). Этими отделениями заведовали врачи различных специальностей, но только не врачи-психиатры, которые туда по несколько месяцев не заглядывали, и там командовали вечно пьяные санитары. В лучшем случае «желтыми домами» управляли смотрители из фельдшеров, они отвечали за лечение и присмотр за больными. Для лечения в то время использовались: прикручивание веревками к кровати, заключе-

ние в карцер, рвотные и слабительные средства, чертополох, обливание холодной водой и т.д.

В журнале «Сибирские вопросы» за 1911 год мы находим описание «Сибирское лечение психоза», когда доставили возбужденную тифозную больную в Тарский уездная Ново-Ягодинский пункт, состоящий из фельдшера и фельдшерицы. Так как на тот момент там находились фельдшерица и один служитель, исполняющий обязанности и аптекаря, и дворника, и сиделки, и полойки. Решено было больную отправить на ближайший врачебный пункт - 130 верст, для обеспечения присмотра и лечения. Тевризский врач, осмотрев больную, не нашел у нее психоза и сославшись на инструкцию о запрете сельским лечебницам принимать у себя психически больных, отправил больную обратно, дав рекомендации: держать на свежем воздухе и делать ванны. Спокойствие больной поясняет автор – «это результат лечения моционом 130 верст туда и обратно без еды». К несчастью, у больной, отдохнувшей после «курса лечения», появился рецидив. По совету врача больную ежедневно выводили в ограду на траву, где природа щедро награждала солнечными и дождевыми душами. Затем было решено отправить ее вновь к врачу для определения в психиатрическую больницу, врач вновь отправляет ее обратно, в результате чего больная погибает «не выдержав курс лечения». «Но что, же мы видим в этой истории?» - далее рассуждает автор - «Врач, считающий фельдшерскую помощь вредной, отправляет серьезную психическую больную, посланную ему, как лицу, более или менее компетентному, на лечение тому же, по его словам, «нежелательному в медицине элементу».

В 1897 году в Омске открывается лечебница на 20 коек для изоляции душевнобольных. Первое описание ее мы находим в отчете 1923 года доктора Льва Ландау: «... постройки психиатрической больницы надо считать в высшей степени запущенными. Создалось такое безотрадное положение, которое ставит больницу в ряд «вертепов» богадельного характера. Если же существуют лишь 2 отделения, по полу больных, мужское и женское, а по роду болезней их размещать невозможно, при 3-4 сиделках или санитарках на несколько палат, в которых больные лежат сплошь и рядом без матрацев, без белья, при отсутствии ванн и уборных, то уход и лечение душевнобольных превращается лишь в мрачную сутолоку». Как известно из архивных документов, старшими административными лицами в мужском и женском отделении являлись надзиратели (по одному на каждое отделение), имелось также 6 помощников надзирателя - сестры милосердия, 14 санитарок, 16 сиделок.

Старые приказы по личному составу дают нам некоторые подробности внутренней жизни больницы: «Категорически предлагаю надзирательнице и сестрам милосердия под личной от-



Архиерейский дом (ул. Ленина, д.5), где в 1921 г. размещалась психиатрическая больница

ветственностью поднять дисциплину и контроль за работой персонала, а младшему персоналу оставить свою распушенность и халатность к службе» (приказ № 283 от 10.07.1926г.)

В таком состоянии больница находилась до 1927 года, когда дела больницы принимает Н. Н. Солодников, который бессменно руководил больницей на протяжении 44 лет. Большое внимание уделяется улучшению санитарного состояния больницы, питанию и одежде больных, вопросам гигиены, организации досуга и трудовой занятости больных.

В 1933-1934 годах в практическую работу внедряются вопросы ухода и надзора за больными. Уже медицинские сестры и младший персонал воспитывается в духе гуманного отношения к психически больным. В отделениях вводятся культтерапия, лечебная гимнастика, работают игрушечные, столярные и швейные мастерские. Младшему персоналу вменяется в обязанность обучать больных вязанию и плетению. При том, что в связи с большой перегруженностью отделений, прием больных в стационар велся с предельными ограничениями - принимались лишь больные с острыми психозами, социально-опасные больные и криминальные.

Основными методами так называемой «активной терапией» в то время является сульфазинотерапия, ЭСТ, инсулин, гипосульфит натрия, опийная настойка. Именно шоковые методы лечения, пирогенные средства и лечение сном способствовали развитию технических навыков сестринского обслуживания: подготовка больного, непосредственное участие в проведении лечения и организация специального ухода за больным. Разрабатываются и внедряются типовая история болезни и лист учета назначения.

В 1937 году больница имеет 300 коек. Условия содержания больных остаются тяжелыми. Из-за большого числа беспокойных больных, забыты были прогрессивные начинания по нестеснению, стали широко применяться сухие влажные обертывания, изоляция больных. Ост-

рейший дефицит среднего медицинского персонала вынуждает организовать подготовку так называемых «выдвиженок». Из числа санитарок врачи отбирали молодых и способных девушек и проводили с ними занятия на дому.

Несмотря на все сложности того времени, развивается материальная база больницы. Решаются вопросы взаимодействия амбулаторной и стационарной службы. Вводятся должности педагога-культурника, сестры-обследовательницы – начало социальной помощи больным. Открывается процедурный кабинет. В военные годы больница пребывает в условиях отсутствия медикаментов, топлива и питания. Но именно в эти годы происходит становление больницы как специализированного лечебного учреждения.

В 1942 году больница расширяется до 500 коек. Организуется приемное отделение. В стационаре функционирует 3 мужских и 3 женских отделения. В мужском отделении выделена палата для детей, палаты для больных с соматической патологией выделены во всех отделениях. Особое значение тогда приобрели методы психокоррекции нарушенных функций вследствие черепно-мозговых боевых поражений.

В послевоенное время острый недостаток медицинского персонала не позволял обеспечить надлежащий уход за больными. Только незначительный процент имел среднее специальное образование. Возникла необходимость курсов повышения квалификации среднего медицинского персонала. Врачи регулярно проводили врачебные конференции, при них систематически стали проходить и сестринские конференции.



Пациентки психиатрической больницы в процессе трудотерапии. 30-е годы

В 1949 году главным врачом много внимания уделяется укреплению материально-технической базы: проводится капитальный ремонт, организуется трудотерапия больных. Много внимания уделяется обеспечению продуктами питания больных. Для этих целей в Кормиловском районе в 1950 г организуется

подсобное хозяйство для больных с затяжным течением, где они совмещали лечение с реабилитацией в животноводстве, полеводстве, садоводстве. Это дало возможность разгрузить имеющиеся отделения.

Существенное значения для последующего проведения реабилитационных мероприятий имело изменения форм медикаментозной терапии. Особенно большое значения для изменения всей психиатрической службы и роли медицинской сестры имело введение новых видов лекарственных средств – нейролептиков в 1956 году. Ее непосредственный контакт с больным делает возможным незаметно и в то же время тщательно наблюдать за действием препарата.

Умения наблюдать, вести беседу с больными и правильно описывать их состояние становится ведущим в работе медицинских сестер. Они начинают интересоваться анамнезом больного, а проводимый совместно с врачами разбор больного учит видеть в каждом пациенте личность со своими жизненными переживаниями и изменениями в психике. Эти элементы «сестринского процесса» в психиатрии остаются актуальными и по сей день.

Вместе с тем, необходимо отметить, что преимущественное внимание в больнице уделялось только биологической терапии. Трудотерапия проводилась небольшому числу больных. Нередко трудовая терапия подменялась использованием остаточной трудоспособности больных. При этом социальная реабилитация практически не проводилась. Это привело к значительному скоплению в стационаре больных. Внебольничная система реабилитации не была налажена, и выписывающиеся больные попадали в «безвоздушное пространство». Будучи отвергнутыми непониманием общества, они возвращались в привычную среду больницы, где находили приют и успокоение.

Знаменательным событием того времени становится организация в 1960 году Совета медицинских сестер. Антонова Анна Викентьевна одна из первых главных медицинских сестер, которая возглавляет Совет и руководит его работой с 1967 по 1997 год. Совет медицинских сестер, является звеном, постоянно осуществляющим контроль за выполнением врачебных назначений, уходом и содержанием пациентов в отделениях стационара. Помимо расширения стационарной службы открывается три диспансера, два дневных стационара, АСУ, физио- служба, лечебно-трудовые мастерские на 90 мест, ЛФК. Улучшаются условия содержания больных в реабилитационном отделении при подсобном хозяйстве больницы.

К 1971 году больница имеет 2800 коек. В больнице трудится 115 врачей и втрое больше среднего персонала. Принципы поэтапной реабилитации больных к восстановлению социальных связей и трудоспособности по Кабанову,

разработки Красика внесли существенные изменения в работу медицинских сестер и младшего персонала.

Прежде всего, происходит психологическая и профессиональная переориентация медицинского персонала: от традиционных методов «надзирательства» и одностороннего медикаментозного лечения к активному проведению реабилитационных программ.

Эта переориентация была проведена за счет изменения штатного расписания – сокращения ночных и дневных «надзирателей» и введением должностей «медицинской сестры по трудовой терапии», «старшей медицинской сестры лечебно-трудовых мастерских», «медицинской сестры по культтерапии». Создаются реабилитационные бригады, непосредственными участниками которых становятся медицинские сестры. Впервые был поставлен вопрос о партнерстве, об индивидуальном подходе к личности больного.

Это было время расцвета трудовой терапии и близких к ней терапий занятостью и досугом. Существенное место отводилось созданию особой терапевтической среды, элементам самоуправления, свободному выходу из отделений. К 80-м годам количество больных, занятых трудом (преимущественно в ЛТМ), подсобном хозяйстве и «бригадах временного трудоустройства», достигло 95%. Задачи же социальной и профессиональной реабилитации оказались намного сложнее.



Культтерапия психически больных

В середине 90-х годов это же время в медицинском сообществе назревает необходимость по пересмотру имеющейся модели сестринского дела. Взамен устаревших традиционных взаимоотношений врача и медицинской сестры, основной чертой которых являлось иерархические отношения, провозглашается новый вид взаимоотношений, при которых каждый выполняет взаимодополняющие функции. С 1997 года начинается подготовка старших медицинских сестер на повышенном уровне образования.

В 2000 году на базе больницы проводится семинар по лидерству и управлению сестринским делом «Смелое начало», ознаменовавший



Трудотерапия психически больных

появление Омской профессиональной сестринской ассоциации.

С этого времени начинается преобразование сестринского дела в психиатрии и внедрение новых форм работы. Изучаются принципы психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных. Медицинские сестры становятся участниками Канадско-Российской программы по Инвалидности. Знакомятся с новыми методиками ведения больных. Для изучения опыта на месте посещают Москву, Санкт-Петербург, Ставрополь, Екатеринбург и другие города.

Организуется реабилитационный комплекс с дневным стационаром и клубом для пациентов. На базе этого отделения проводятся учебные занятия с медицинскими сестрами, социальными работниками всех подразделений больницы по психосоциальной реабилитации.

С 2002 года в больнице стали формироваться полипрофессиональные бригады, в состав которых входят медицинские сестры. Разрабатываются и проводятся сестринские психосоциальные тренинги: «Навыки самообслуживания», «Независимое проживание», «Правильный прием лекарственных препаратов», «Жизнь с болезнью», «Поддержка в семье». Вводятся должности медицинской сестры по реабилитации и медицинской сестры-координатора.

Внедряется «case management» - ведение индивидуального случая. На каждую медицинскую сестру «менеджера» приходится 7-8 пациентов. Менеджер посещает своих пациентов на дому, выясняет существующие проблемы, отношения с родственниками. В рамках реабилитации психически больных формируется терапевтическая среда. Медицинские сестры инструктируют больных и их ближайшее окружение, как по вопросам психогигиены, так и личной гигиены. Оцениваются взаимоотноше-

ния между больными, ведется их группирование. Среди пациентов формируются рабочие группы и группы досуга. Возобновляется работа Совета самоуправления, как для больных, так и их родственников. Организуется «Открытый телефон доверия». Проводятся «дни открытых дверей»

Одна из основных установок современной психиатрической практики – взгляд на больного как на человеческую индивидуальность, в большей мере отразились на многих аспектах сестринской работы. Даже в отношении принудительных мер, которые в современной психиатрической практике чаще осуществляются с помощью психофармакологических средств, включение сестринского компонента позволило снизить общественную опасность наиболее агрессивных пациентов.



Совет полипрофессиональной бригады

В 2006 году Совет медицинских сестер реорганизуется в Совет по сестринскому делу, в состав которого вошел сектор по психосоциальной реабилитации. Под руководством Совета по сестринскому делу на базе больницы в 2007 году создается учебно-методический комплекс.

Медицинские сестры больницы проходят обучение на повышенном уровне образования по квалификации «Медицинской сестры с углубленной подготовкой по психиатрии» и «Управление сестринской деятельностью» высшего профессионального образования, принимают участие в международных проектах «Обучение по каскадному принципу - их передовой опыт получает признание на всероссийских и всемирных научных конгрессах, активно занимаются научно-исследовательской работой, публикуются в специализированных изданиях. Ряд научных разработок не имеет аналогов в отечественном здравоохранении. В частности, в логике развития превентивного тренда в психиатрии – разработана и реализована программа «Профилактика агрессивного поведения у женщин с коморбидными расстройствами», органи-

зована «Школа здоровья» для психически больных.

В 2011 году на семинаре для медицинских сестер психиатрической и наркологической служб Омской области, посвященном Всемирному дню психического здоровья под девизом: «Большой толчок: инвестиции в психическое здоровье» создается специализированная секция «СД в психиатрии и наркологии». Секция содействует развитию профессионализма сестринского персонала в психиатрии и наркологии, повышению качества оказания сестринской помощи населению Омской области. Проводится подготовка младшего персонала по дополнительной профессиональной программе «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

В настоящее время в больнице трудится 1428 сотрудников, из них сестринского персонала 525 человек и 464 – младшего персонала.

Таким образом, под влиянием развития новых тенденций функциональный дисплей медицинской сестры в психиатрии существенно трансформировался от функций «надзора» до «лечебных» в полном смысле этого слова.

Её новая роль возникает от переключения основного внимания, направленного ранее на технические функции и заложенного нашими предшественниками, на доминирующие психосоциальные потребности больного в данный момент. За медицинской сестрой стали закреплять не должностные обязанности, а конкретных больных, поскольку взаимоотношения медицинской сестры и больного очень часто подготавливают почву для более глубокой психотерапии.

Работа медицинской сестры в составе полипрофессиональной бригады совместно с врачами психиатрами, специалистами по социальной работе, соцработниками, психологами способствует повышению её роли, расширению её функций и улучшению помощи в процессе психосоциальной реабилитации пациентов.

А современная тенденция к расширению внебольничного обслуживания с целью установления более раннего контакта с больным (или с будущим больным) способствовало организации профилактических мероприятий в области психогигиены, раннего распознавания и лечению психических расстройств.

И наконец – участие медицинской сестры в научных исследованиях. Чем яснее медицинская сестра понимает свою роль, тем более исследовательский характер носит ее отношение к постановке обслуживания больных. В нынешней концепции сестринского обслуживания необходимо изыскивать пути для лучшего удовлетворения потребности больных.

СПОСОБЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

О.Г. Чаркова, М.Ю. Дорошенко

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Наркологический диспансер»*

Аннотация. Алкогольная зависимость приводит к тяжелым деформациям эмоциональной сферы пациентов. Проведен анализ данного феномена, разработаны подходы к сестринской коррекции эмоциональных нарушений у больных алкоголизмом. Разработанная программа для медицинских сестер способствует снижению уровня выраженности психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре.

Ключевые слова. Алкогольная зависимость, сестринская помощь, эмоциональные расстройства.

WAYS TO REDUCE NON-MEDICATED PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS IN DRUG TREATMENT HOSPITAL

Charkova O.G., Doroshenko M.Y.

Resume. Alcohol dependence leads to serious distortions of the emotional sphere of patients. The analysis of this phenomenon, developed approaches to nursing correction of emotional disturbances in patients with alcoholism. The developed program for nurses helping to reduce the severity of psycho-emotional disorders among patients in drug treatment during their stay in hospital.

Keywords. Alcohol addiction, nursing care, emotional disorders.

В процессе формирования алкогольной зависимости у пациентов происходит тяжелая деформация психоэмоциональной сферы, что отрицательно влияет на уровень качества жизни. В результате проведенного исследования, установлено, что у пациентов наркологического стационара возможно снизить уровень психоэмоциональных расстройств путем применения в работе способов дополнительного немедикаментозного воздействия. Это стало возможным, благодаря применению программы создания благоприятной больничной среды, способствующей снижению выраженности психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре.

Цель настоящего исследования заключалась в том, чтобы разработать сестринские подходы к снижению выраженности психоэмоциональных расстройств в период пребывания в наркологическом стационаре.

Практическая значимость данного исследования заключается в организации благоприятной среды в отделении, способствующей снижению уровня психоэмоционального напряжения у пациентов, находящихся в наркологическом стационаре.

Исследование проводилось с использованием опросников «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Определение уровня тревожности», «Диагностика личностной агрессивности», а также «SF-36».

Говоря о наркологических заболеваниях, хочется отметить, что одним из наиболее эффективных немедикаментозных методов лече-

ния является психотерапия - комплекс лечебных воздействий на психику и через психику. Рассмотрим некоторые из психотерапевтических методов.

1. Терапия средой, где под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре - вещи, люди, процессы, события.

2. Терапия занятостью как преимущественно проявление различных индивидуальных интересов, т. е. занятия типа хобби.

3. Арт-терапия или «лечение искусством» - рисованием, живописью, графикой, лепкой, оригами, библиотерапией, музыкотерапией, цветотерапией, игротерапией.

Учитывая тот факт, что полный комплекс мероприятий по вышеперечисленным методикам, может осуществить, только специалист с соответствующей квалификацией, мы использовали только отдельные элементы данных психотерапевтических методик, таких как: просмотр видеоматериалов, прослушивание музыкальных произведений, рисование, оригами, чтение, настольные игры.

В ходе исследования было сформировано две группы: группа сравнения и основная группа по 15 человек каждая, все женщины, в возрасте 30-50 лет, со 2 стадией заболевания на 7 день нахождения в стационаре на восстановительном лечении, с одинаковой медикаментозной терапией. В отделении, существует определенный распорядок дня, который предусматривает распределение лечебно-диагностических и иных мероприятий. В группе сравнения пациенты получали наркологическую помощь в полном объеме, соблюдая уже

имеющийся распорядок дня, в основной группе в уже имеющийся распорядок включались элементы малой психотерапии:

- медицинская сестра, заступает дежурство с установкой на активное внимание к пациентам, демонстрацию психотерапевтического поведения;

- лечебно-диагностические процедуры дополняются музыкальными произведениями, рекомендованными для формирования позитивного эмоционального состояния пациентов;

- профилактическая работа медицинской сестры с пациентами дополняется арт-терапевтическим приемом - после прослушанной профилактической беседы предлагается изобразить услышанное;

- в свободное время пациентам предлагается заниматься чтением, рисованием, оригами, настольными играми;

- перед сном пациентам предлагаются к

просмотру фильма, сказки, мультфильмы, имеющие позитивный сюжет, исключая любую пропаганду употребления психоактивных веществ или элементы насилия.

На основании опыта работы медицинских сестер отделения в период проведения экспериментальной части исследования все проводимые мероприятия складываются в программу, которая способствует снижению уровня выраженности психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в стационаре.

Показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии по обеим шкалам на 7 день нахождения в стационаре в обеих группах указывают на клинически выраженную тревогу и депрессию. В группе сравнения данный показатель так и остается высоким на протяжении всей госпитализации, а в основной группе показатель снижается до субклинически выраженной депрессии и тревоги (рисунок 1).



Рис 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaith).

В результате вышеперечисленных мероприятий была выявлена следующая динамика: в следствие уменьшения воздействия факторов, провоцирующих чрезмерное психоэмоциональное напряжение и тревожность, сформировалось адекватное конструктивное поведение пациентов, внутри отделения была создана доброжелательная атмосфера и благоприятные условия для оказания квалифицированной и качественной наркологической помощи.

Определение уровня тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина выявило,

что показатели личностной тревоги преобладают над показателями ситуативной (реактивной) тревоги. Показатели в обеих группах на 7 день нахождения в стационаре по шкале ситуативной (реактивной) тревоги свидетельствовали об умеренной тревожности, по шкале личностной тревоги - о высокой. Данная ситуация меняется с 14 по 21 день, показатели в группе сравнения растут, показатели же в основной группе снижаются (рисунок 2).

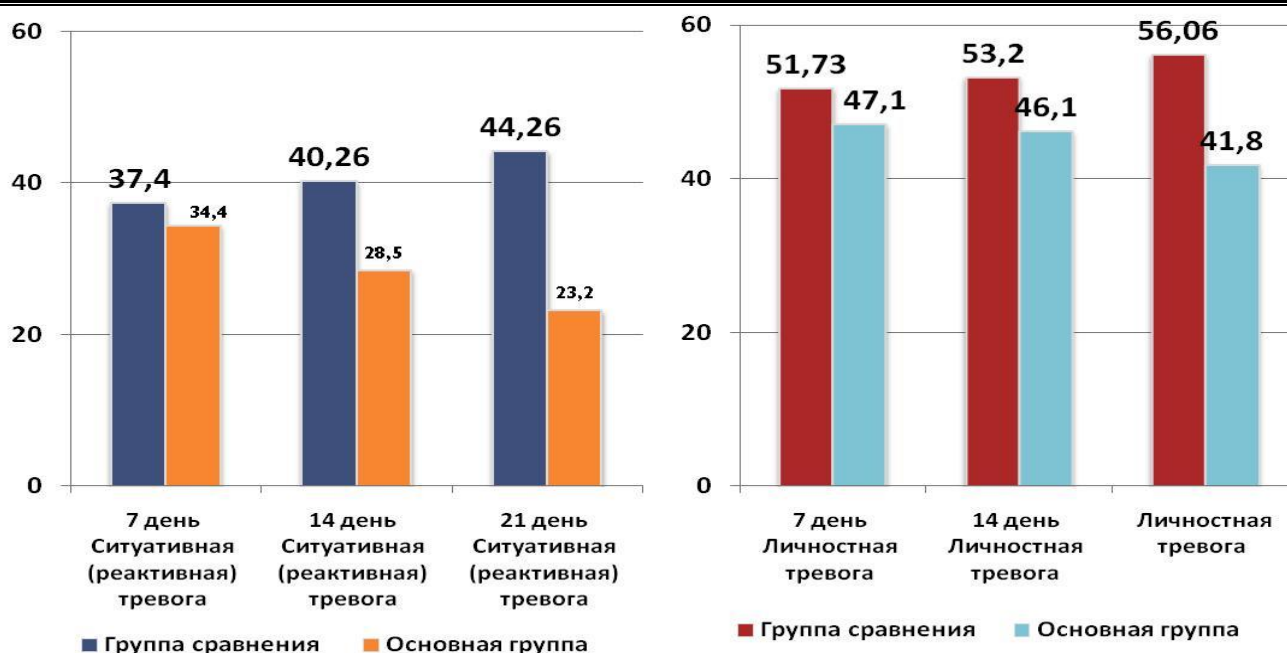


Рис. 2. Уровень тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.

Диагностика личностной агрессивности Е.П. Ильина, П.А. Ковалева представлены показателями по 8 шкалам: наступательность, неуступчивость, нетерпимость к мнению других, мстительность, компромиссность, вспыльчивость, обидчивость, подозрительность. Они, в свою очередь, складываются в три субшкалы: показатель позитивной агрессивности, показате-

тель негативной агрессивности и показатель конфликтности. Показатели с 7 по 21 день в группе сравнения имеют тенденцию к росту, показатели основной группы - к уменьшению (рисунок 3).

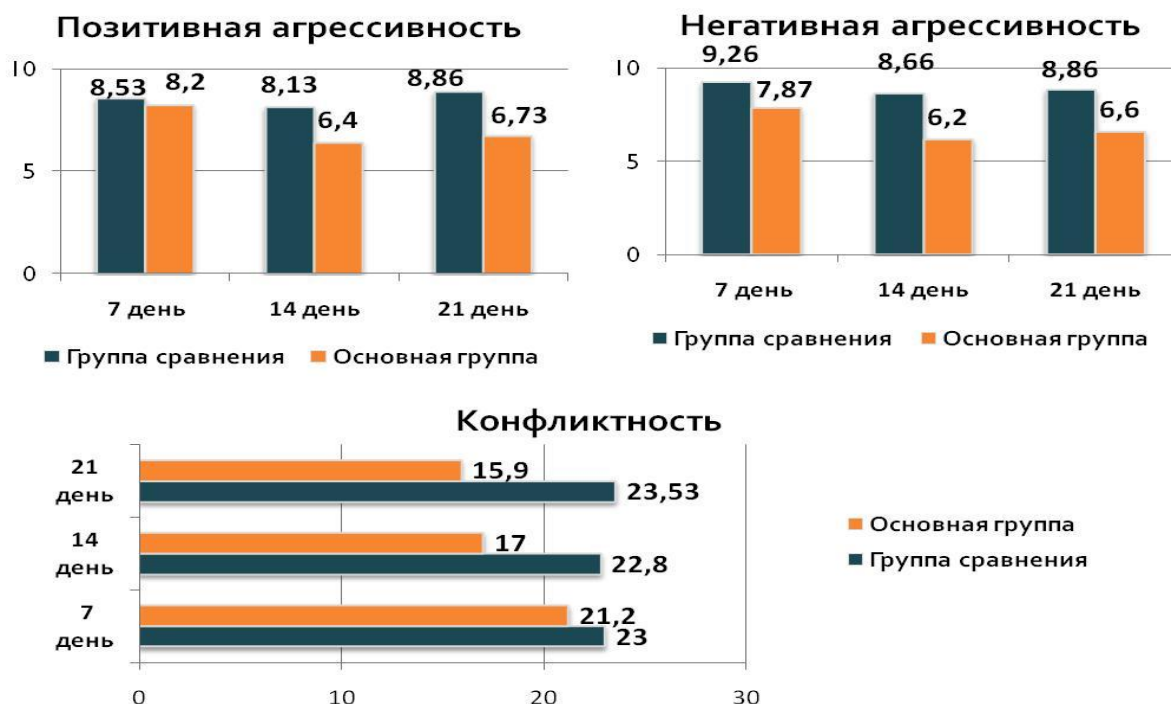


Рис. 3. Личностная агрессивность (Е. П. Ильин, П.А. Ковалев).

Исходя из определения понятия психотерапии, можно сделать вывод, что действия, осуществляемые медицинскими сестрами в рамках медицинской организации, имеют психотерапевтическую природу. Использование элементов психотерапии с целью укрепления установки пациента на лечение и трезвость, это один из пунктов должностной инструкции медицинских сестер наркологического диспансера. Проведение гигиенического воспитания и пропаганды здорового образа жизни, осуществление профессиональной деятельности в соответствии с Этическим кодексом медицинской сестры России имеют психотерапевтический эффект. Эмпирически выявлена эффективность применения таких психотерапевтических методов при психоэмоциональных расстройствах, как терапия средой, терапия занятостью, арт-терапия, элементы которых целе-

сообразно применять на практике в работе медицинских сестер в рамках компетенции.

Функции медицинской сестры медицинской организации разнообразны и многочисленны, складываются из требований профиля учреждения и нормативно-правовой базы. Данная программа, включающая элементы психотерапии хорошо совместились с уже имеющимся распорядком дня и должностными обязанностями медицинской сестры.

Таким образом, степень выраженности уровня психоэмоциональных расстройств у наркологических пациентов группы сравнения выше, чем у пациентов основной группы, где наблюдалась положительная динамика, из чего следует, что разработанная программа для медицинских сестер способствует снижению уровня выраженности психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре.



Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Наркологический диспансер».
Лечебно-реабилитационный центр

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция сетевого журнала «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
 2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
 3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
 4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
 5. Перед названием статьи указывается УДК.
 6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
 7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
 8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
 9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
 10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.
- Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.