

Омский психиатрический журнал

1 (28) 2021



Omsk Journal of Psychiatry

**1(28)
2021**

**ISSN
2412-8805**

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
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Salvador Dali
Canibalismo del otoño. 1936

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Васильченко К.Ф., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Петрова Н.Н., д.м.н.
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Стаценко О.А., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

Содержание / Contents

Колонка редактора	4	Editor's column
Развитие инновационных технологий психиатрического сервиса в Омской области <i>Чеперин А.И., Одарченко С.С., Четвериков Д.В., Шеллер А.Д., Уткин А.А.</i>	5	Development of innovative technologies for psychiatric services in the Omsk region <i>Cheperin A.I., Odarchenko S.S., Chetverikov D.V., Sheller A.D., Utkin A.A.</i>
Омская психиатрическая больница: история и современность <i>Одарченко С.С., Чеперин А.И., Усов М.Г., Уткин А.А., Четвериков Д.В., Драчук Т.А.</i>	10	Omsk psychiatric hospital: history and modernity <i>Odarchenko S.S., Cheperin A.I., Usov M.G., Utkin A.A. D.V. Chetverikov, Drachuk T.A.</i>
История психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения Омской психиатрической больницы <i>Бервинова Н.В., Шеллер А.Д.</i>	17	History of the psychiatric dispensary department for the adult population of the Omsk psychiatric hospital <i>Bervinova N.V., Sheller A.D.</i>
Опыт организации отделения интенсивной терапии в сообществе <i>Шеллер А.Д., Койрах И.А., Петтай Г.А., Степанова О.Н.</i>	20	Experience of organizing an intensive care unit in a community <i>Sheller A.D., Koyrakh I.A., Pettai G.A., Stepanova O.N.</i>
Лечение и организация дневной занятости в условиях психиатрического дневного медико-реабилитационного отделения <i>Александрова О.А., Лычкова Ю.В., Швидко Т.А.</i>	24	Treatment and organization of daytime employment in a psychiatric daytime medical rehabilitation department <i>Alexandrova O.A., Lychkova Yu.V., Shvidko T.A.</i>
Психосоциальная реабилитация в условиях загородного реабилитационного комплекса <i>Хузина С.В., Лебеденко В.С., Харин А.Н.</i>	27	Psychosocial rehabilitation in a suburban rehabilitation complex <i>Khuzina S.V., Lebedenko V.S., Kharin A.N.</i>
Роль экстренной медико-психологической помощи по «телефону доверия» в профилактике самоубийств <i>Е.А. Белебежа, И.Н. Мурина, Е.В. Штейнбах, Е.И. Битко</i>	31	The role of emergency medical and psychological assistance on the "hotline" in the prevention of suicide <i>E.A. Belebekha, I.N. Murina, E.V. Steinbach, E.I. Bitko</i>
Развитие психологического звена в психиатрической службе Омской области <i>Ермолова И.М., Крунэ О.В.</i>	43	Development of the psychological link in the psychiatric service of the Omsk region <i>Ermolova I.M., Krune O.V.</i>
Социальная работа в детском диспансерном психиатрическом отделении: опыт и проблемы превенции нарушений социализации <i>Александрова Н.В., Крахмалева О.Е., Капитоненко Е.А., Барышева О.М.</i>	46	Social work in the children's dispensary psychiatric department: experience and problems of prevention of socialization disorders <i>Alexandrova N.V., Krakhmaleva O.E., Kapitonenko E.A., Barysheva O.M.</i>
Основы организации работы стационарного медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы <i>Жданова Ю.А., Гашков С.И., Павленко Е.Н., Егорова О.В., Наумова С.В.</i>	49	Fundamentals of the organization of work of an inpatient medical and rehabilitation department of a psychiatric hospital <i>Zhdanova Yu.A., Gashkov S.I., Pavlenko E.N., Egorova O.V., Naumova S.V.</i>
Психиатрическое отделение принудительного лечения специализированного типа <i>Петрова А.И., Кисляк З.В., Могиль О.В., Прокаева О.И.</i>	53	Specialized type of psychiatric compulsory treatment unit <i>Petrova A.I., Kislyak Z.V., Mogil O.V., Prokaeva O.I.</i>
Анализ наркологической ситуации в Омской области и организация оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» <i>Титов Д.С., Гаврилова А.С., Титов С.С., Никонов Д.А., Стельмах Е.В.</i>	58	Analysis of the narcological situation in the Omsk region and organization of medical care in the profile «psychiatry-narcology» <i>D. S. Titov, A. S. Gavrilova, S. S. Titov, D. A. Nikonov, E.V. Stelmakh</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Одним из основных направлений реорганизации психиатрической службы в России является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента. Данный подход является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества. Таким образом, перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационар-замещающих форм помощи в отношении пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Реабилитационное направление в деятельности Омской областной психиатрической клиники развивается практически на всем протяжении ее 110-тилетней истории. Первоначальная модель помощи пациентам была преимущественно биологической и ограничивалась изоляцией больного и назначением лечения.

Активизация реабилитационного направления в деятельности психиатрической службы нашего региона произошла 20 лет назад. Определилась четкая цель – поддержка интеграции в общество людей с проблемами психического здоровья. В основу преобразования заложен переход от «медицинской» модели к «биопсихосоциальной» с опорой на общество. Не имея возможности преобразовать всю службу, не обладая достаточным опытом реорганизации, учитывая имеющееся финансирование, недостаток кадров, и неготовность их к переменам, мы пошли по пути создания инновационных подразделений, назвав их «пилотными». Открытию подразделения предшествовала большая подготовительная работа по изучению литературы, опыта других регионов и стран, разработка четких алгоритмов работы, тщательный подбор кадров, прогнозирование итогов перемен. В 2002 году в больнице открыто первое «пилотное» подразделение – амбулаторный реабилитационный комплекс дневным стационаром на 50 мест для работы с пациентами с хроническим течением болезни. С тех пор создано и успешно функционируют полтора десятка принципиально новых подразделений, основным направлением которых является восстановление адекватного социального функционирования и качества жизни пациентов с различными типами психических расстройств.

Основными задачами этих подразделений являются профилактика рецидивов заболевания, максимально возможная интеграция пациентов в общество, уменьшение стигмы, разработка и совершенствование модулей психосоциальных программ и обучение специалистов всей больницы, внедрение разработанных и адаптированных к новым условиям модулей в другие структурные подразделения больницы.

В марте текущего года в больнице пройдет межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Инновационные формы психиатрической помощи в Омской области», посвященная 20-летней годовщине преобразований психиатрической службы Омской области и 95-летию кафедры психиатрии, медицинской психологии ОмГМУ. Специалисты нашей клиники и коллеги из других регионов обсудят актуальные проблемы и пути совершенствования реабилитации психически больных. Сформирован сборник, в котором опубликованы тезисы специалистов, посвященных различным аспектам лечения и реабилитации при психических заболеваниях.

В текущий выпуск сетевого издания «Омский психиатрический журнал» вошли ранее опубликованные научные статьи, раскрывающие основные этапы и развитие психосоциальной реабилитации в психиатрической службе Омской области за последние два десятилетия.

В выпуск журнала также включена большая обзорная статья наших коллег из БУЗ ОО "Наркологический диспансер". В ней представлен анализ наркологической ситуации на территории Омской области, включающий комплексный подход к изучению распространенности употребления психоактивных веществ и наркологических расстройств. Изучение тенденций развития наркологической ситуации позволяет дать оценку эффективности мероприятий по профилактике, ранней диагностике, лечению и реабилитации наркологических больных и медицинских последствий употребления ПАВ, а также определить основные направления совершенствования деятельности по снижению распространенности алкоголизма, наркомании, токсикомании.

**Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.**

РАЗВИТИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Чеперин А.И., Одарченко С.С., Четвериков Д.В., Шеллер А.Д., Уткин А.А.

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

pontiac@list.ru

Аннотация

Последние два десятилетия психосоциального направления в психиатрии характеризовались бурным развитием инновационных форм реабилитационной психиатрической помощи. Реабилитационное направление в деятельности Омской областной психиатрической клиники развивается практически на всем протяжении ее истории.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, психиатрическая помощь.

DEVELOPMENT OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF PSYCHIATRIC SERVICE IN OMSK REGION

Cheperin A.I., Odarchenko S.S., Chetverikov D.V., Sheller A.D., Utkin A.A.

Abstract. The last two decades of the psychosocial direction in psychiatry have been characterized by the rapid development of innovative forms of rehabilitative psychiatric care. The direction of rehabilitation in the activities of the Omsk Regional Psychiatric Clinic has been developing practically throughout its history.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, psychiatric care.

Одним из основных направлений реорганизации психиатрической службы в России является перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия, в среду естественного социального окружения с возможно большим ее приближением к месту проживания пациента. Данный подход является наиболее оправданным как с клинической, так и с социальной точек зрения и, кроме того, имеет определенные экономические преимущества. Таким образом, перед клиницистами и организаторами здравоохранения встает задача поиска максимально эффективных и отвечающих современным тенденциям стационар-замещающих форм помощи в отношении пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Реабилитационное направление в деятельности Омской областной психиатрической клиники развивается практически на всем протяжении ее истории. Первоначальная модель помощи пациентам была преимущественно биологической и ограничивалась изоляцией больного и назначением лечения. Однако уже в 20-х годах прошлого столетия появилась патронажная система, ставился вопрос о создании в больнице удобных для больных условий, дифференцированного размещения их в палатах. В 1925 году открыта мастерская трудовой терапии, в штат вводится должность педагога-физкультурника, а в 1937 – должность социальной медицинской сестры. В 40-х годах организуется подсобное хозяйство, в котором работают пациенты больницы, открывается дневной стационар. В конце 50-х годов на базе подсобного хозяйства строится загородное отделение для

больных с затяжным течением заболевания, где они совмещали лечение с работой. С 70-х годов в диспансерном отделении вводится психотерапевтический прием, работает кабинет социально-бытовой помощи. Возобновляет работу дневной стационар, значительно расширяются лечебно-производственные мастерские, в которых открываются цеха для амбулаторных больных, вводится должность заместителя главного врача по реабилитации. В стационарных отделениях широко используется принцип самообслуживания пациентов, проводятся досуговые мероприятия, оформляются пенсии, восстанавливаются утраченные документы, пациенты заняты трудотерапией. В 1979 году организуется стационар на дому.

В 90-х годах, в связи с изменением социальной ситуации в стране, появились многочисленные проблемы: нерегулярное финансирование, дефицит лекарственных средств, ликвидация рабочих мест для психически больных (безработица, закрытие лечебно-производственных мастерских), недостаточное количество мест в социальных учреждениях. Все это привело к разрушению системы больничной реабилитации, что, в свою очередь, сказалось на качестве психиатрической помощи, значительно ухудшило качество жизни пациентов.

Выход из создавшегося положения мы видели в поиске новых форм оказания помощи пациентам с психическими расстройствами. Решение было найдено в применении современных методов психосоциальных воздействий.

На начальном этапе преобразований в 1999 году для подготовки кадров в освоении новых технологий учеными и специалистами Москов-

ского НИИ психиатрии МЗ РФ под руководством профессора, д.м.н. И.Я. Гуровича в Омске был проведен выездной цикл усовершенствования специалистов. Обучение на цикле прошли около 100 врачей и других специалистов.

Более активному освоению и внедрению новых методов работы способствовало сотрудничество с канадскими специалистами в области психического здоровья, социальной помощи, так как Омский регион в 2003 году вошел в качестве одной из трех «пилотных» территорий в Канадско-Российской Программе по Инвалидности.

Канадскими специалистами в Омске было проведено несколько модульных курсов, в том числе по следующим темам: «Социальная работа и психическое здоровье общества», «Изучение инвалидности», «Введение в универсальный дизайн», кроме того, наши специалисты получили возможность пройти обучение, в рамках программы в НИИ психиатрии МЗ РФ. Всего подготовлено более 200 специалистов только нашей больницы. Это врачи психиатры, психотерапевты, психологи. Специалисты по социальной помощи, педагоги, медицинские сестры, социальные работники.

Сотрудники больницы активно знакомилась с внедрением новых психосоциальных методик в работу психиатрических служб других регионов, выезжая в Москву, Санкт-Петербург, Ставрополь, Екатеринбург и другие города. Несколько специалистов и пользователей психиатрической помощи, благодаря организации поездки в Канаду, получили уникальную возможность ознакомиться с опытом работы канадских коллег на месте.

С 2002 года параллельно с продолжением подготовки кадров мы приступили к следующему этапу - преобразованию психиатрической службы Омской области.

Определилась четкая цель – поддержка интеграции в сообщество людей с проблемами психического здоровья. В основу преобразований заложен переход от «медицинской» модели к «био психосоциальной» с опорой на сообщество.

Не имея возможности преобразовать всю службу, не обладая достаточным опытом реорганизации, учитывая имеющееся финансирование, недостаток кадров, и неготовность их к переменам, мы пошли по пути создания инновационных подразделений, назвав их «пилотными». Открытию подразделений предшествовала большая подготовительная работа по изучению литературы, опыта других регионов и стран, разработка четких алгоритмов работы, тщательный подбор кадров, прогнозирование итогов перемен.

В 2002 году в больнице открыто первое «пилотное» подразделение – амбулаторный реабилитационный комплекс дневным стационаром на 50 мест для работы с пациентами с

хроническим течением болезни. Основными задачами подразделения являются: профилактика рецидивов заболевания, максимально возможная интеграция пациентов в сообщество, уменьшение стигмы, разработка и совершенствование модулей психосоциальных программ и обучение специалистов всей больницы, внедрение разработанных и адаптированных к новым условиям модулей в другие структурные подразделения больницы.

В 2003 году организовано 2-е «пилотное» отделение – первого психотического эпизода на 50 коек с дневным стационаром на 20 мест и принципиально иными подходами к оказанию комплексной помощи пациентам с впервые в жизни возникшими психотическими состояниями, а также их родственникам. В амбулаторном психотерапевтическом отделении выделен врач для курации данной группы больных после выписки с целью соблюдения преемственности в оказании помощи.

В декабре 2003 года открыто 3-е «пилотное» подразделение – общежитие в загородной зоне на 12 мест для пациентов, утративших социальные связи, а в 2004 году – квартиры с поддержкой, где под руководством подготовленных специалистов пациенты включаются в программы переобучения, освоения новых специальностей, трудовой занятости, восстанавливают навыки самостоятельного проживания.

В 2005 году стационар на дому реорганизован в отделение интенсивного лечения в сообществе – 4-е «пилотное» подразделение больницы с основными задачами: социальное восстановление пациентов с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями, уменьшение частоты и длительности госпитализаций.

Изучение и применение принципов психосоциального лечения способствовали появлению у сотрудников интереса к работе, раскрытию их творческого потенциала. Начался приток специалистов, что позволило сформировать полипрофессиональные бригады, состоящие из врачей психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер, значимость роли которых изменилась на всех этапах реабилитации. Объем профессиональных обязанностей всех специалистов становится намного шире, что позволяет им оказывать пациентам всестороннюю поддержку.

Итогами проведения второго этапа преобразований явились: реструктуризация психиатрической службы и приближение ее к потребителям, усиление внебольничного звена, завершение формирования полипрофессиональных бригад во всех структурных подразделениях больницы, создание больничного методического центра для разработки и внедрения в практику новых методов психосоци-

ального лечения и реабилитации, началу подготовки на базе больницы студентов по специальности «Социальная работа», появлению волонтерского движения.

В настоящее время мы приступили к следующему этапу – развитию межведомственного взаимодействия, укреплению партнерских отношений между всеми участниками процесса: пациентами, их близкими, специалистами психиатрической и социальной служб, представителями образовательных учреждений, общественных организаций, министерств и ведомств при активном участии отечественных и зарубежных ученых.

Направление оптимизации медицинской, психологической, социальной помощи с акцентов на усиление внебольничного звена, было выбрано нами во многом благодаря участию в реализации Канадско-Российской программы по инвалидности. Использование опыта канадских коллег позволило избежать многих ошибок, сократить период проведения преобразований.

Эффективность внедрения инновационных технологий психиатрического сервиса в Омской области мы оцениваем по полигональной модели, которая включает как количественные, эпидемиологические параметры, так и качественные исследования, ориентированные преимущественно на оценку технологий самими потребителями психиатрических услуг.

Значимым результатом стационар-замещающих технологий стало существенное снижение числа госпитализаций в стационарные отделения – более чем на 1000 в год. За 4 года с 28% до 14% уменьшилось количество пациентов, пребывающих в больнице более года. Показатель средней длительности пребывания на койке по больнице снизился с 74 до 66 дней. Процент повторных поступлений снизился с 16% до 12%.

Улучшается качество жизни пациентов. Формируется действенное сообщество пациентов, их родственников и социального окружения. Частично трудоустроены и трудоустроены на открытое производство более 100 человек, восстановлены родственные связи 400 пациентам и улучшились взаимоотношения в семье более чем у 300 пациентов. По «пилотным» подразделениям: у 90% пациентов расширились социальные связи, уменьшилась нагрузка на семью, улучшилось социальное функционирование и качество жизни. Значительно расширили наши представления о качестве психиатрической помощи в регионе однооментные переписи психически больных.

Одним из новых для российских психиатрических исследований стал качественный анализ (А. Страусс, Дж. Корбин, 2002), сущность которого заключается в полуструктурированном интервьюировании потребителей психиатрического сервиса.

Из проведенных нами опросов видно, что

факт наличия психического расстройства не всегда принимается сразу, даже чаще имеет место отрицание этого факта. Возможно, это связано с наличием предвзятого отношения к психическим расстройствам, поэтому люди скорее поверят и легче примут любую соматическую патологию, любое внешнее воздействие, но не факт нарушения психики. Признаки болезни не воспринимаются как патологические, не распознаются вовремя. Со стороны окружающих предъявляются завышенные требования. Многие становятся «больничными бродягами», переходя от одного врача к другому. Даже специалисты не сразу могут распознать наличие психического расстройства.

Процесс осознания наличия психического расстройства самим человеком и его родственниками длительный. Известие о болезни всегда переносится очень тяжело.

В случае неприятия факта психического расстройства, сам человек, а порой и его родственники длительно не обращаются к врачу психиатру, не проводится адекватное и своевременное лечение, что приводит к усугублению психического расстройства, к появлению новых симптомов болезни. При этом нередко происходит развитие тяжёлого психоза («жуткая депрессия», «неадекватная реакция на всё», «попытка суицида», «сильный страх смерти» и т.п.), только тогда родственники, а иногда и сам пациент, начинают осознавать необходимость получения помощи. При этом «люди идут к «целителям», «экстрасенсам» и только затем к врачу.

Иногда до этого момента проходит очень много лет. Первое поступление в стационар нередко приводит к «шоку», так как ещё сохранившийся человек сталкивается с людьми, которые, в течение многих лет больны или находятся в психозе. Часто это приводит к ухудшению состояния в связи с появлением страха за своё будущее.

Не всегда первый опыт лечения оказывается успешным, чаще даже бывает наоборот. Это связано с различными причинами (позднее обращение за помощью, недостаточное внимание со стороны медперсонала, выраженные побочные эффекты на фоне приёма лекарств и др.). Порой родные обвиняют себя, в том, что отдали ребёнка в руки врачей. В результате, ранее имевший место страх перед госпитализацией, перед приёмом лекарственных препаратов, ещё более усиливается. Подкрепляется он и тем, что ни у пациента, ни у его родственников нет знаний о болезни, о её проявлениях, о способах борьбы с ней, о действии лекарств и способах предупреждения и минимизации побочных эффектов. Многие начинают считать «лечение горше болезни».

Но в то же время встречалось и иное отношение к госпитализации, как к месту, где «нужно быть», где спокойно, где тебя понимают и

могут помочь, где есть возможность расширить круг общения, быть кому-то полезным.

Рано или поздно, так или иначе, у каждого по-своему, но всё же приходит осознание необходимости лечения, осознание наличия психического расстройства.

И тогда появляется желание выздороветь. Часто такую задачу человек ставит не перед собой, а перед лечащим врачом, возлагая на него всю ответственность за своё состояние. Многие ждут чуда.

Но болезнь сама не «уходит». При этом, она многое «отбирает» у человека: «вырывает» его из прежнего круга общения, «сбрасывает» вниз по социальной лестнице (потеря работы, прекращение учёбы, изменение социального статуса и материального положения). Появляется непонимание близких, предвзятое отношение окружающих, утрачиваются прежние социальные связи. Несмотря на изменение жизненного пространства, социального статуса, связанного с заболеванием, пациенты имеют желание к общению, к самореализации, к продуктивному использованию свободного времени. Заинтересованы в этом и родственники.

В этой связи значительный интерес представляют результаты качественного исследования пациентов, проходящих лечение в условиях стационар-замещающих технологий.

До внедрения инновационных технологий у пациентов, имеющих длительный стаж заболевания, их родственников и персонала складывался стереотип, когда любая беседа с врачом, лекарственные назначения, подразумевались как указание и единственно верное решение – формировались директивные отношения. Эти взаимоотношения были как «начальник и подчиненный», тем самым исключалась активная позиция пациента по отношению к своему здоровью, что не способствовало взятию ответственности в принятии решения на себя. Врач всегда лучше знал, что делать пациенту, мнение же пациента не всегда учитывалось, и он мог проявить свою активность нарушением и/или отказом от соблюдения лекарственного режима, либо вообще отказом от общения с психиатром.

Несоблюдение лекарственного режима приводило к последующим обострениям, при которых единственной доступной в сложившейся ситуации формой помощи была госпитализация в круглосуточный стационар. И в семье чаще складывались директивные отношения, а у пациента это способствовало формированию потребительской позиции. Пациенты считали, что родственники их недостаточно понимают, поэтому и от родственников скрывались болезненные проявления, таким образом, увеличивалась нагрузка на семью и осложнялись семейные взаимоотношения. В свою очередь это оказывалось дополнительным стрессом для пациентов. На фоне такой позиции часто между пациентом и врачом складывались формальные

отношения, при которых врач видел лишь больного с симптомами психического расстройства и мало уделялось внимания другим сферам и проблемам жизни человека, в таких отношениях отсутствует доверие. Пациенты, чувствуя незаинтересованное к ним отношение со стороны врача, не хотели раскрываться в своих переживаниях (так как им зачастую трудно было разграничить проблемы относящиеся к симптомам и проблемы не связанные с ними), что затрудняло подбор адекватной терапии. Отсутствию доверия способствовало еще и то, что пациенты часто относятся к своей болезни «как к особенной», которой больше ни у кого нет, и когда они не чувствуют такого отношения от врача – перестают ему доверять, считают, что врач их не понимает.

На этапе персонал испытывал дефицит информации о том, как именно осуществить переход к новой форме обслуживания. В основном приходилось опираться на собственный опыт и творческий подход, т.к. проблемы которые приходилось решать были нестандартными для медицинской модели. А также для персонала отделения было сложно изменить сложившийся стереотип оказания помощи.

Несмотря на то, что, на тот момент уже возникла необходимость во внедрении немедицинских специалистов, но не до конца была ясна их роль в лечебном процессе и отсутствовали подготовленные кадры. Недостаточно было информации о взаимодействии специалистов разных направлений.

При собеседовании с пациентами и их родственниками на этапе набора в отделение звучали сомнения, т.к. они были не знакомы с такими формами обслуживания ранее и никогда не сталкивались с такой информацией о подобном опыте. За годы болезни, они привыкли, что они «тяжело и неизлечимо больны», считали, что ни что не способно им помочь, особенно «таблетки», в тоже время при ухудшении состояния они зачастую сами просили их госпитализировать в стационар, не веря в то, что им можно помочь в домашних условиях. Во время обострения они чувствуют себя в безопасности, только находясь в больнице, хотя госпитализация в стационар являлась очередным для них стрессом.

В первую очередь для достижения поставленных перед персоналом отделения целей, возникла необходимость уйти от прежнего стереотипа директивных отношений с пациентом и перейти к общению на равных. Это был сложный и длительный процесс. В ходе этого процесса пациентам и их родственникам уделялось большое внимание не только в отношении психического здоровья. А пациенты стали рассматриваться как личность с ее проблемами, интересами, возможностями. Весь персонал выступал не в роли начальника, который лучше знает, как действовать, а в роли помощника в

борьбе со своей болезнью. Такой же процесс происходил и в отношениях между родственниками и пациентами при поддержке специалистов. В формировании этого процесса больше помогало не убеждение, а конкретный пример доверительного отношения, когда пациент чувствует, что ему помогают, его выслушивают, уделяют много внимания его проблемам.

Со временем отношения между родственниками, пациентами и персоналом становятся более личными, эмоционально важными и этот процесс двухсторонний. Пациенты стали чувствовать, что их понимают, стремятся им помочь, поэтому охотнее стали посещать врача, не бояться делиться своими переживаниями, т.к. врач в их глазах перестал быть карателем.

На формирование комплаенса существенное влияние оказала психообразовательная работа, проводимая в отделении с пациентами и их родственниками. Несмотря на то, что контингент в отделении представлен длительно болеющими пациентами, многие из них мало знали о причинах болезни, как распознавать первые симптомы обострения и как вести себя в этой ситуации, для чего принимать лечение и как длительно это делать. Поэтому эти занятия оказались для них важны, как с точки зрения получения информации от специалистов, так и со стороны получения нового опыта общения с врачом, в форме диалога, где можно открыто высказать свое мнение по любому вопросу. На этих группах у них появилась возможность сравнивать себя с другими пациентами, получать от них поддержку и обмениваться опытом.

Таким образом, в данном разделе основными являются следующие темы: «ломка» стереотипа при переходе к новым формам обслуживания, формирование доверительных отношений и комплаенса, а также адекватное отношение к болезни как у самих пациентов, так и их родственников. Они начинают занимать активную позицию в лечебно – реабилитационном процессе, участвуя в этом процессе как партнеры.

Работа бригады постоянно совершенствуется. Совещания бригады, партнерские отношения между персоналом, способствуют приобретению знаний по смежным специальностям членов бригады. При возникновении такой необходимости, происходит взаимозаменяемость и взаимодополняемость разных специалистов (например, некоторые функции соц. работника может взять на себя м/с и наоборот). Совершенствование работы каждого специалиста привело к тому, что стали разрабатываться и внедряться новые модули групповых занятий. На полученном нами опыте была внедрена новая усовершенствованная документация.

Анализируя положительные результаты от своей работы, несмотря на ее трудоемкий и

сложный процесс, каждый из сотрудников отделения почувствовал удовлетворение от своего труда. Стала появляться вера и личная заинтересованность каждого в общем деле.

Изменения произошли не только у персонала отделения, но и пациенты стали активнее проявлять себя. Для некоторых это проявляется в том, что они стали выходить из дома, самостоятельно посещать врача, другие стали с интересом участвовать в реабилитационных мероприятиях.

Наиболее активные пациенты, принявшие участие во всех предложенных циклах занятий, проявили инициативу в создании нового для отделения вида групповой работы – группы самовзаимопомощи. Занятия этой группы организуются самими пациентами, при участии специалистов, как приглашенных консультантов. Произошла смена позиции от пациента к клиенту, когда пациент не пассивно принимает помощь от профессионалов, а активно участвует в реабилитационном процессе.

Активность пациентов также проявляется в реализации их творческих способностей, расширении круга общения и появления дружеских отношений, как среди пациентов отделения, так и во вне больничной среде. Они поддерживают друг друга в различных жизненных ситуациях, в повседневных заботах и проблемах.

Первые выводы, сделанные нами на основании данного качественного исследования показывают, что осевым понятием выступают доверительные партнерские отношения. Прослеживается четкая причинно-следственная связь, возникновение этих отношений приводит к формированию комплаенса, заинтересованности и появлению активной позиции к своему здоровью, понимание и поддержку в семье, оказание качественной помощи. Принятие и осознание родственниками наличия болезни у их члена семьи, приводит к тому, что они начинают активно искать выход из сложившейся ситуации, помогают пациенту преодолеть свои проблемы. Большая эмоциональная нагрузка на персонал, при одновременном огромном удовлетворении от проделываемой работы является стимулом работать дальше, совершенствуя свои навыки. Несмотря на «тяжесть» заболевания у пациентов, непонимание и отсутствие поддержки со стороны родственников, отсутствие веры со стороны персонала в то, что таким пациентам можно чем то помочь. Смена модели оказания помощи возможна, прежде всего, при наличии команды заинтересованных инициативных людей, которые осуществляют эти перемены.

Констатируя эффективность новой модели оказания психиатрической помощи, мы видим как свои достижения, так и остающиеся проблемы, над которыми нам предстоит работать в будущем.

ОМСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Одарченко С.С., Чеперин А.И., Усов М.Г., Уткин А.А.
Четвериков Д.В., Драчук Т.А.

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

Аннотация. В работе показаны основные вехи развития психиатрической службы Омского региона, неразрывно связанные с формированием Омской психиатрической больницы. От небольшой губернской клиники за 120 лет больница стала крупнейшей в России специализированной клиникой.

Ключевые слова. История психиатрии, организация психиатрической помощи.

OMSK PSYCHIATRIC HOSPITAL: HISTORY AND CONTEMPORANEITY

Drachuk T.A., Odarchenko S.S., Usov M.G., Utkin A.A., Cheperin A.I., Chetverikov D.V.

Resume. The paper shows the main milestones in the development of the psychiatric service in the Omsk region, inextricably linked to the formation of the Omsk Psychiatric Hospital. From a small provincial clinic for 120 years, the hospital has become the largest specialized clinic in Russia.

Keywords. History of psychiatry, organization of psychiatric care.

Психиатрической службе Омской области в ноябре 2017 года исполняется 120 лет. Состояние и структура службы определяется наличием в области одного города-мегаполиса с населением 1 млн. 178 тыс. человек и 32 сельских районов с населением 794 тыс. человек, а также исторически сложившейся централизацией службы, которую представляет Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н. Н. Солодниковой».

Из архивных данных известно, что до организации психиатрической больницы помощь душевнобольным оказывалась в терапевтическом отделении военного госпиталя, где были оборудованы палаты с железными решетками на окнах. Именно здесь, находясь на каторге в Омске, лечился Ф.М. Достоевский.

16 ноября 1897 года в Омске открылась лечебница на 20 коек для изоляции душевнобольных. До 1916 года ею руководил заведующий, доктор медицины, надворный советник, член Омского филиала Санкт-Петербургского врачебного общества Карл Вильгельм Керстенс.

В 1919 году больницу возглавляет доктор П. Кулаков. Из архивных документов установлено, что в этот период ему удается создать при Губздраве психиатрический подотдел и поставить вопрос о расширении психолечебницы с целью ее разгрузки. Число коек увеличивается до 50. Необходимо отметить, что врачи-психиатры во все времена занимали передовые позиции, как в медицинской науке, так и в общественной деятельности.



Памятник Ф.М. Достоевскому в районе старой Омской крепости

В феврале 1920 года поднимается вопрос об увеличении числа коек в лечебнице до 150 – 160. В 1921 году, в освободившемся здании бывшего Архиерейского дома открывается Новая психиатрическая больница, главным врачом которой назначается Рафаил Николаевич Вановский. Из-за скудного финансирования число коек составляет только 75, хотя на излечении находятся 96 пациентов. В больнице работают 50 сотрудников.

Наряду с Новой психиатрической больницей продолжает существовать и Старая психиатрическая больница. В 20-е годы ею руководит Николай Константинович Иванов-Эмин, активный организатор медицинского факультета в Омске, а в последующем создатель Западно-



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

Сибирского медицинского института, куда он назначается первым ректором и избирается на должность профессора психиатрии. В приказе от 10 августа 1921г. №1 по Медицинскому институту указывается, что в соответствии с приказом Сибирского отдела Народного образования от 9 августа 1921года № 62, «правление Медицинского института утверждается в следующем составе: ректор-доктор Иванов Н.К.». Николай Константинович был человеком творческим, высоко эрудированным, им опубликовано 22 научных издания.

Жизнь талантливого ученого оборвалась после тяжелой болезни 7 января 1922 года. После смерти Н.К. Иванова-Эмина. Старая психиатрическая больница перестала существовать.

Главный врач Новой психиатрической больницы Р.Н. Вановский уделяет много внимания воспитанию медицинского персонала, оснащению больницы, организации первого изолятора в уезде.

С сентября 1923 года руководство больницей возлагается на доктора Л. Ландау, приглашенному из Санкт-Петербурга. Он впервые ставит вопрос об организации детского отделения, появляются первые данные о формировании амбулаторной помощи.

Народный комиссариат здравоохранения предлагает созвать на местах объединенные совещания с приглашением психиатров, невропатологов, сотрудников отдела охраны здоровья детей и представителей кафедр психиатрии и неврологии. Предполагается разработать вопросы больничной и внебольничной помощи психически больным, в том числе и детям. Совместно с плановым отделом охраны детства предлагается разработать меры борьбы с преступностью. В 1924 году решается вопрос об организации патронажа и необходимости учета душевнобольных.

С 1 декабря 1925 года главным врачом Омской психиатрической больницы назначается Николай Пантелеймонович Волохов. Н.П. Волохов родился в Омске, закончил с золотой меда-

лью гимназию, а затем медицинский Факультет Томского университета. В Омске он возглавляет комиссию Губздрави по делам несовершеннолетних, прорабатывает вопрос открытия трудовых мастерских при больнице. Н.П.Волохов совмещает обязанности главного врача больницы с должностью заведующего кафедрой психиатрии Омского медицинского институт, в Сибирских медицинских журналах им было опубликовано 9 научных статей по различным разделам психиатрии.

20 апреля 1927 года Н.П. Волохов передает дела больницы Николаю Николаевичу Солодникову, которой бессменно руководит больницей на протяжении 44 лет, до 1971 г. Исключительный человек, талантливый организатор, педагог и ученый, его плодотворная деятельность, как организатора психиатрической службы, воплотилась в реальных делах. С целью увековечения памяти Заслуженного врача РСФСР Солодникова Н. Н. Распоряжением Губернатора Омской области 23 октября 2002г. № 495-р Омской психиатрической больнице присваивается его имя.

После успешного окончания в 1925 г. омского мединститута, Н.Н. Солодников направляется ординатором на кафедру психиатрии, а спустя 2 года его назначают главным врачом межрайонной Омской психиатрической больницы, одновременно он остается ассистентом кафедры.

Принятая больница имела 75 коек, в штате насчитывалось 50 сотрудников из них 3 врача. Больница находилась в крайне плачевном состоянии. Ее удалось перевести в 2-х этажное кирпичное здание бывшей кондитерской фабрики, где она и располагается в настоящее время. Число коек увеличивается до 90. В настоящее время в данном здании находится Первый корпус больницы.

Архивные материалы тех лет рассказывают о том, что большое внимание уделяется улучшению санитарного состояния больницы, питанию и одежде больных, вопросам гигиены, организации культурного досуга и трудовой занятости больных. Ежегодно для больных выпускалось более 10 периодических изданий.

Практическую деятельность Н. Н. Солодников постоянно подкреплял научными исследованиями, изучая проблемы клинической психиатрии, криминальной экспертизы, юношеской патологии и др. Продолжая работать в должности главного врача больницы, он получил звание доцента и с 1931-1934 гг. Н.Н. Солодников исполняет обязанности заведующего кафедрой психиатрии. Обладая широкой эрудицией, он изучает не только психиатрию, но и неврологию, патологическую анатомию, издает ряд ценных научных трудов: «Психопатология отравлений», «Юношеский прогрессивный паралич», «Движение криминальных больных», «Пункция задней цистерны мозга у психоболь-

ного» и др.

В декабре 1930 г. производится соединение психиатрической больницы с клиникой мединститута. В больнице организуется аудитория для занятий студентов в цокольном этаже здания. В этом же здании располагались мужское и женское беспокойные отделения, в каждом из которых было по 6 палат, дежурная комната, столовая, служившая местом для культтерапии. В ординаторской мужского отделения располагалась библиотека, её фонд насчитывал более 1000 книг.



Первый корпус Омской психиатрической больницы

В 1932 г. устанавливается распорядок времени врачебных приемов, определяются врачебные обязанности. В 1933-1934 гг. увеличиваются штаты межрайонной больницы. В практическую работу внедряются вопросы ухода и надзора за больными, средний и младший персонал воспитываются 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.

В 1933 г. удается открыть наркоприемник-вытрезвитель, организовать комиссию по криминальной экспертизе. В 1934 г. вводится амбулаторный прием «всеми врачами лечебницы по очереди».

16 декабря 1934 г. приказом № 350 штатным консультантом психиатрической лечебницы и одновременно заведующим клиническим отделением назначается профессор Иосиф Владиславович Лысаковский, который в последующие годы сменит Николая Николаевича Солодников в должности заведующего кафедрой психиатрии.

С января 1935 г. в больнице проводятся научно-исследовательские и научно-производственные конференции под председательством главного врача Н.Н. Солодникова. С ноября того же года вводятся патанатомические конференции, обязательные для посещения

всеми врачами больницы.

К 1937 году больница имеет 300 коек. Условия содержания больных остаются тяжелыми. В 1941 году принимается решение передать больнице здание общежития Мединститута, где организуется отделение для 50 больных. В надворных постройках располагаются аптека, диспансер и пошивочная мастерская. Несмотря на все сложности того времени, развивается материальная база больницы, открываются лаборатории, вводятся должность педагога-культурника, должность сестры-обследовательницы - первый росток социальной помощи больным.

В годы Великой отечественной войны Н.Н. Солодников призывается на военную службу, назначается начальником Омского военного эвакогоспиталя и одновременно остается главным врачом больницы.

В 1941 г. в Омск эвакуируется кафедра психиатрии 1-го Московского медицинского института, для консультативной работы в больнице привлекаются научные работники В.А. Симпсон, В.А. Гиляровский, Г.А. Невзорова и др. Удаётся организовать для психиатров больницы 4-месячный цикл повышения квалификации силами сотрудников кафедры психиатрии 1-го МОЛГМИ.

В военные годы больница пребывает в условиях отсутствия медикаментов, топлива и питания. Чтобы выжить больнице выделяются сельскохозяйственные угодья в различных районах области. Именно в годы Великой отечественной войны, несмотря на все трудности, происходит становление больницы как специализированного лечебного учреждения. Больница в 1942 г. расширяется до 500 коек. В послевоенные годы организуется психиатрическая помощь сельским районам области. Для работы в сельскую местность направляются подготовленные специалисты.

В 50-е годы функционируют 7 стационарных отделений на 625 коек. В строй вводятся три новых 5-этажных корпуса для размещения стационара, реконструируются старые здания больницы.

К 1971 году больница становится крупнейшим специализированным медицинским учреждением области со стационаром на 1973 койки, диспансерным отделением для взрослого населения с блоком для приема детей и подростков, организован прием наркологических пациентов.

Обладая высокой врачебной эрудицией и талантом ученого, Николай Николаевич Солодников развивает новые формы оказания помощи в Омской области. Кроме общепсихиатрических отделений открываются специализированные отделения: эпилептологическое, соматическое, отделение невротозов, судебно-экспертное, отделение алкогольных психозов отработываются новые прогрессивные

формы обслуживания больных в условиях дневного пребывания и лечения на дому.

Много внимания уделяется обеспечению больных продуктами питания. Для этих целей на базе подсобного хозяйства завода «Поршень» в Кормиловском районе в 1950 г. организуется подсобное хозяйство больницы. Здесь же осуществляется строительство двух лечебных корпусов для размещения психически больных, что позволит в последующие годы сформировать в загородной зоне реабилитационный участок для обучения и переобучения инвалидов по психическому заболеванию различным специальностям.

Проводится постоянная работа по повышению квалификации врачебных кадров и средних медработников. Врачи направляются на циклы усовершенствования в Москву, Ленинград, Киев, Челябинск, Новокузнецк и другие города. На базе больницы походят выездные циклы, лекции на которых читают ведущие психиатры страны. В каждодневной работе совместно с кафедрой психиатрии внедряются новые методики лечения психически больных, применяются новейшие психофармакологические средства, больница оснащается новейшим оборудованием.

Компетентность, профессионализм, активная жизненная позиция Николая Николаевича Солод니кова снискали уважение и признательность в обществе. Он неоднократно избирался депутатом в местные органы власти, был награжден медалями за участие в Великой Отечественной войне, Орденами «В.И. Ленина», «Трудового Красного Знамени», «Знаком Почета». Ему присвоено звание «Заслуженный врач РСФСР».

В октябре 1971 года, в связи с болезнью Н.Н. Солодникова, больница передается главному врачу Константину Константиновичу Гертлейну, проработавшему в этой должности до 1983 года. К.К. Гертлейн продолжает расширять материально-техническую базу больницы: строится 5-этажный корпус, где разместились 2 женских, 2 мужских отделения, отделение для больных туберкулезом, строятся пищеблок, лечебно-производственные мастерские на 800 мест, централизованная стерилизационная. В структуре амбулаторной службы организовывается дневной стационар и стационар на дому. Открываются отделения: подростковое, психосоматическое, наркологические при промышленных предприятиях, организуются отделение экспертизы алкогольного опьянения и наркологическая экспертиза, организуется наркологический диспансер, 20 районов области укомплектовываются врачами психиатрами и наркологами. Впервые при обработке статистических данных используется автоматизированная система.

В 1984 года больницу возглавил Юрий Вла-

димирович Королев, ранее работающий главным врачом центральной районной больницы. Он включается в интенсивную работу, развиваются психотерапевтическая служба, создается суицидологическая служба с телефоном доверия. Формируется детско-подростковый комплекс, развернуто отделение принудительного лечения. В загородной зоне построена база отдыха для сотрудников больницы.

По инициативе Ю.В. Королева в больнице создана локальная АСУ с современной информационной сетью, которая получила высокую оценку на Всероссийском совещании Минздрава России, состоявшегося в г. Омске в 1993 г.

В 1998 году на должность главного врача назначается первый заместитель по лечебной работе Александр Александрович Уткин, который возглавлял больницу до 2009 года.

С 2009 года больницей руководит к.м.н. А.И. Чеперин.

В настоящее время больница представляет собой крупнейшее специализированное учреждение здравоохранения Омской области, где трудятся 1438 сотрудников из них 204 врача, в том числе заслуженные врачи РФ, отличники здравоохранения, 516 средних медицинских работников, младший и прочий персонал. Серьезное внимание уделяется подготовке и переподготовке кадров, более 80% медицинских работников имеют квалификационные категории. Сегодня в оказании помощи принимают участие не только врачи-психиатры, но и психотерапевты, наркологи, медицинские психологи, специалисты по социальной работе, специалисты смежных специальностей, социальные работники, медицинские сестры и другой персонал.

Структура службы разнообразна. Функционируют диспансерные отделения для детей, подростков, взрослого населения на 280 тысяч посещений в год, куда ежегодно обращаются за помощью более 30 тысяч пациентов. В стационаре на 1915 коек, где ежегодно получают неотложную помощь более 10 тысяч пациентов, развернуты общепсихиатрические отделения, в том числе для детей и подростков, отделения пограничных состояний, соматогериатрические, туберкулезно-инфекционное, отделение алкогольных психозов с койками неотложной помощи, отделение принудительного лечения специализированного типа. В Загородном отделении больницы ежегодно 120 пациентов проходят курс реабилитации, восстанавливают навыки самостоятельного проживания. Функционирует 6 дневных стационаров.

В структуру больницы входит отдел судебно-психиатрической экспертизы, отделение скорой психиатрической помощи.

Совершенствуя автоматизированные формы управления службой и статистической обра-

боткой информации, успешно осуществлен переход на Международную классификацию болезней 10 пересмотра.

Несмотря на годами отлаженную систему наблюдения и лечения психически больных, поставлена задача перехода на качественно иной уровень оказания психиатрической помощи на основе принципов психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации.

Новый этап деятельности обусловлен решением приступить к преобразованию организации психиатрической помощи в Омской области через внедрение методов психосоциального лечения и реабилитации с опорой на сообщество. Осуществляется реструктуризация коечного фонда, создаются ресурсосберегающие технологии. Используя достижения отечественной и международной психиатрии, в больнице организованы полипрофессиональные бригады специалистов, отделение первого психотического эпизода, амбулаторный психотерапевтический комплекс, реабилитационный комплекс с дневным стационаром и производственными участками общества инвалидов, амбулаторное отделение интенсивного лечения в сообществе, загородное реабилитационное отделение для обучения пациентов навыкам самостоятельного проживания, групповой дом (общежитие) для инвалидов, потерявших социальные связи, три квартиры с поддержкой в загородной зоне больницы и т.д. Решается вопрос реформирования суицидологической службы в антикризисный центр для лиц с суицидальным поведением.

Расширяются связи с общественными организациями инвалидов по психическому заболеванию «Эльф» и «Новые возможности». Организуется движение родственников пациентов, выбран актив, сформирован план, выпускается газета, прорабатывается вопрос организации «Клубного дома».

С 2003 года больница включена в Канадско-Российскую программу по Инвалидности, что позволило пересмотреть сложившиеся представления на проблемы инвалидов. В рамках программы значительное число сотрудников получили подготовку по курсу внедрения в практику психосоциального лечения и реабилитации.

В течение последних 20 лет в Омской областной психиатрической больнице осуществляется постепенный переход к биопсихосоциальной полипрофессиональной модели оказания психиатрической помощи, как в стационарных, так и во внебольничных условиях. Предпосылками для развития новой модели оказания психиатрической помощи стали следующие факторы: централизация психиатрической службы Омской области, представляющей собой единую больницу с небольшими филиалами в районах области, что дает преимущество перед разобщенными учреждениями

для более скорого внедрения инноваций; исторически сложившаяся реабилитационная направленность службы; высокий практический и научный потенциал подготовленных для работы с пациентами кадров больницы. Конкретизация потребностей населения позволила сформулировать социальный заказ общества на лечение и профилактику психических расстройств среди населения. Основными контингентами людей, имеющих психические расстройства, нуждающимися в новых подходах в лечении являются: пациенты в кризисных состояниях, впервые заболевшие пациенты, длительно болеющие, с частыми и длительными госпитализациями, утратившие жилье и социальные связи, пациенты, склонные к совершению общественно-опасных действий, дети, пожилые больные. Для данных категорий больных были организованы инновационные стационарные и амбулаторные пилотные формы: антикризисная служба, реабилитационный комплекс, АПНЛ с кабинетом АДН, геронтологический комплекс, программы «Первый психотический эпизод», «Интенсивное лечение в сообществе», «Жилье с поддержкой». Далее несколько слов о каждой из этих форм.

Амбулаторный реабилитационный комплекс (Отделение внебольничной реабилитации) организован для пациентов с хроническим течением болезни, рассчитан на 50 мест. Основной метод работы «case management». Охват пациентов полипрофессиональной бригадой 100%. Здесь организован Клуб пациентов, где ведутся разнообразные досуговые, реабилитационные, познавательные программы, позволяющие создать для пациентов развивающую среду и предоставить им возможность полезной творческой занятости. В год на открытое производство трудоустраивается до 30 человек. Отделение сотрудничает с родственниками пациентов, общественными, бюджетными, коммерческими организациями города.

Уникальность программы «Первый психотический эпизод» в Омской области заключается в полной преемственности стационарных и амбулаторных подразделений. Структура программы первого психотического эпизода включает следующие компоненты: отделение первого эпизода на 50 коек круглосуточного пребывания; 20 коек дневного пребывания при отделении первого эпизода; 15 мест на базе отделения интенсивного лечения в сообществе (на дому), обслуживаемые ассертивной бригадой, 5 психиатрических участков для амбулаторного наблюдения пациентов с первым психотическим эпизодом по количеству административных округов г. Омска. Данная Программа рассчитана на пациентов, чьи клинические и социальные показатели соответствуют критериям: впервые возникшие психотические состояния, первые три приступа

болезни, длительность заболевания не более 5 лет и относительно молодой возраст, нозологии – шизофрения и расстройства шизофренического спектра.

Программа «Жилье с поддержкой» создана для пациентов, утративших жилье и социальные связи, не имеющих возможности выписаться из больницы не по клиническим, а по социальным показаниям. Программа включает такие формы жилья с поддержкой, как Общежитие, квартиры с поддержкой при Загородном реабилитационном отделении, арендованное у администрации поселков и приобретенное за собственные средства пациентов жилье с поддержкой. Квартир для независимого проживания в настоящее время насчитывается уже 34.

Программа интенсивного лечения в сообществе (программа ИЛС для взрослых и детей) первоначально была создана для пациентов с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями. Программа позволяет создать условия для социального восстановления пациентов, уменьшения частоты и длительности госпитализаций. Пациенты имеют возможность даже во время обострения психического заболевания остаться дома, в привычных условиях, и получать необходимую комплексную психиатрическую помощь. Отделение позволяет избегать длительных госпитализаций и предотвращать повторные, проводя курс терапии на дому и в амбулаторных условиях. Помощь оказывается на 80 местах ОИЛС и на участках по количеству округов. На каждом из участков работает полипрофессиональная бригада. В программе есть места и для обслуживания на дому пациентов с первым психотическим эпизодом.

Программа Активного диспансерного наблюдения позволяет существенно снизить совершение общественно-опасных действий психически больными за счет того, что все лица, склонные к совершению ООД наблюдаются у врачей, специализирующихся на данном виде помощи. Наблюдение за пациентами ведется как в стационаре, так и на амбулаторных участках. Здесь тоже работает полипрофессиональная бригада. За счет региональных целевых программ все пациенты обеспечиваются пролонгами, в том числе и современными. В 2009 году впервые у нас не отмечено ни одного повторного ООД среди наблюдающихся в данной программе. В этом же году решением Аппаратного совещания Министерства здравоохранения Омской области утверждены нормативные документы по отделению амбулаторного принудительного лечения с кабинетом АДН.

Кризисные явления в социальной и экономической сфере обусловили еще один шаг в развитии психиатрической службы Омской области. Необходимо было дать возможность населению даже из самых отдаленных уголков области получить квалифицированную помощь

и поддержку в кризисной ситуации и предотвратить губительные для населения последствия. Для расширения доступности антикризисной помощи населению преобразована суицидологическая служба. Был открыт дополнительный дневной психологический телефон доверия, дополнительные кабинеты психотерапевтической помощи, было организовано и успешно функционирует «защищенное рабочее место - VIP-NET», куда стекается вся информация по суицидам.

Большим достижением стало выделение «Телефону доверия» бесплатных сотовых трафиков для обращений жителей за экстренной медико-психологической помощью. Это позволило повысить доступность антикризисной помощи в первую очередь сельскому населению. Антикризисная служба больницы много делает для просвещения потребителей в области общественного психического здоровья.

Интерес представляют так же различные службы, оказывающие внестационарные психиатрические услуги в Омской области. Внебольничная помощь сочетает традиционные и инновационные формы оказания психиатрической помощи населению. Психиатрическая помощь населению Омской области осуществляется полипрофессиональным бригадным методом с решением всех экспертных вопросов и оказания всех видов поддержки, в которых нуждаются пациенты. В 32 сельских районах области психиатрическая помощь оказывается в центральных районных больницах врачами-психиатрами.

В последние три года активно развивается психиатрическая помощь пожилым и престарелым пациентам. в 2013 году было открыто Отделение интенсивного лечения в сообществе, а в 2017 году – отделение непсихических психических расстройств для пожилого возраста.

Сформированная структура внебольничной помощи не статична, происходит постоянное внедрение в ее работу новых технологий. Однако, уже сейчас мы можем уверенно говорить о достаточно слаженной работе элементов, практически полной преемственности отделений и программ. Данная модель активно взаимодействует с другими организациями, направленными на оказание помощи человеку в сложной жизненной ситуации. Этому способствовало проведение мониторинга среди лечебных и социальных учреждений и создание единого уточненного паспорта антикризисных служб Омской области с целью информирования населения о возможности обращения и улучшения взаимодействия между службами. В настоящее время планируется работа по созданию единого информационного пространства и внедрению единых, принятых на региональном уровне, стандартов оказания психиатрической помощи. Таким образом, все инновационные внеболь-

нические формы имеют программный характер, охватывают «проблемные» группы больных, тесно взаимосвязаны и основываются на преемственности между стационарными отделениями и амбулаторной службой. Продолжается профессиональное сотрудничество врачей и медицинских сестер больницы.

Ярким событием последних лет стало участие омской делегации в работе XVI Всероссийского Съезда психиатров в Казани в 2015 году. В работе 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 Nergman (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. Солодников», 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. Белебеха, 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.



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

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Бервинова Н.В., Шеллер А.Д.

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

Аннотация. Статья посвящена становлению амбулаторного звена психиатрической помощи в Омской области. Первые упоминания об амбулаторном приеме на базе Омской Клинической Психиатрической больницы относятся к 1923 году. В настоящее время психиатрическое диспансерное отделение для взрослого населения является структурным подразделением больницы. Отделение обслуживает население города и области. В диспансере трудится множество сотрудников, из них участковые врачи-психиатры, врачи по обслуживанию населения сельских районов, кабинеты семейного консультирования, психологи, невролог, терапевт, специалисты по социальной работе, работает отделение амбулаторного принудительного лечения, главной задачей которого является профилактика общественно опасных действий, отделение интенсивного лечения в сообществе. Открыт кабинет геронтологического приема, осуществляющий лечебную и консультативно-методическую помощь пациентам старшей возрастной группы, после 65 лет; кабинет профосмотров. В своей работе все специалисты постоянно демонстрируют профессионализм и преданность избранной специальности.

Ключевые слова. История психиатрии, амбулаторная психиатрическая помощь.

HISTORY OF PSYCHIATRIC DISPENSARY DEPARTMENT FOR ADULTS OF OMSK PSYCHIATRIC HOSPITAL A.D. Sheller, O.N. Stepanova

Resume. The article is devoted to the development of outpatient psychiatric care in the Omsk region. The first mention of an outpatient admission on the basis of the Omsk Clinical Psychiatric Hospital dates back to 1923. At present, the psychiatric dispensary department for the adult population is a structural unit of the hospital. The department serves the population of the city and the region. There are a lot of employees working in the dispensary, including local psychiatrists, rural service doctors, family counseling offices, psychologists, a neurologist, a therapist, social workers, an outpatient compulsory treatment unit, whose main task is the prevention of socially dangerous activities, intensive care unit in the community. The office of the gerontological reception is opened, providing therapeutic and counseling and methodological assistance to patients of the older age group, after 65 years; office for medical examinations. In their work, all specialists constantly demonstrate their professionalism and dedication to their chosen specialty.

Keywords. History of psychiatry, outpatient psychiatric care.

Первые упоминания об амбулаторном приеме на базе Омской Клинической Психиатрической больницы мы находим в ее архивах: «22 ноября 1923. Психиатрическая больница (бывший архиерейский дом) зав. амбулаторией Белкина». 23 октября 1924 года зав. Губернского здравоохранения решает: «на очереди вопрос об учете душевнобольных и осуществлении патронажа по отношению к психически больным». Известно, что в 1927-1934 годах наряду с другими врачами амбулаторный прием вел ставший в последующем главным врачом Н.Н. Солодников, именем которого сейчас названа вся Психиатрическая больница.

Приказ № 365 от 30 декабря 1933 года гласит, что «с 1 января 1934 года амбулаторный прием больных в психолечебнице производится всеми врачами по очереди». Предварительная запись больных на амбулаторный прием производилась в канцелярии с 9.00 до 11.00 утра. Дежурный по амбулатории врач производил также и прием больных, доставленных срочно, но после часов амбулаторного приема.

Другим приказом Н.Н. Солодникова от 28 октября 1935 года устанавливаются фиксированные часы амбулаторного приема. Вне очереди допускались исключительно тяжелые больные, а

также бывшие красноармейцы, партизаны, персональные пенсионеры и военно-служащие. Также в 1935 году решаются вопросы взаимодействия амбулаторной и стационарной службы.

Но развитие амбулаторной службы не останавливалось и продолжалось далее. Приказом № 32 от 19 ноября 1936 года выделяется одна ставка врача амбулаторного приема – его вела Ефимова Вера Михайловна. 21 января 1937г. приказом № 21 принимается Русанова Е.Н. на должность первой сестры-обследовательницы. Кабинеты диспансерного приема в 1940 году располагались в административном корпусе, занимаемая 2 комнаты. Вела прием Ефимова В.М., которая в последующем была призвана в армию в годы Великой Отечественной войны, и, с 1939 по 1940 год, по совместительству на амбулаторном приеме работала врач-психиатр Вовнянко Ираида Васильевна.

В годы Великой Отечественной войны диспансер обслуживал всего один врач и всего одна медсестра. Но с 27 декабря 1944 года возвращается Ефимова В.М. и приходят врачи Добровольская и Воронина. Ефимова В.М. назначается заведующей диспансером; она же вместе со Смирновой

М.Е. проводила в диспансере судебно-психиатрическую экспертизу.

С 1950 года устраивается психотерапевт Лябакин Николай Александрович. В больнице он оказывал помощь больным с хроническим алкоголизмом и сексуальными расстройствами на протяжении 40 лет.

Процедурной сестрой диспансера работала тогда Назаренко Татьяна Степановна, пришедшая в ОКПБ в 1934 году. В 1951 году она была назначена первой старшей медицинской сестрой диспансерного отделения, проработав в этой должности до 1972 года.

С 1936 по 1951 год диспансер по площади занимал всего 16 квадратных метров, две комнаты. Днем в одном кабинете принимали участковые врачи (до 10 врачей в кабинете), а с 16.00 до 20.00 там же работал процедурный кабинет, вторая комната была регистратурой и гардеробом одновременно.

С 1951 года для работы психотерапевта Лябакина Н.А. и логопеда Головиной А.А. выделено две комнаты в лечебном корпусе №1. сюда же переведен и процедурный кабинет.

В 1951 году вводится участковый принцип работы диспансера, изначально выделяется 6 участков.

В 1959 году и по 1979 год заведующей диспансерным отделением назначается Антонина Иосифовна Боровик (Зайцева), в последующем она становится зам. главного врача по внебольничной помощи и затем первым зам. главного врача. Она неоднократно, в течении 6 созывов, избиралась депутатом Куйбышевского районного Совета Народных Депутатов, была членом Исполкома в течении 2-х созывов. За достижения в работе А.И. Боровик (Зайцева) награждена орденом Трудового Красного Знамени. Ее усилиями было построено новое здание диспансера.

С 1953 года открывается психотерапевтический кабинет, в котором продолжает работать Лябакин Н.А., подготовивший психотерапевтов Гиндина В.П., Коряковцева В.Р., Пихненко А.Г., Амелькина В.С. И с 1972 года в диспансере лечение больных с пограничными состояниями осуществляют уже 3 психотерапевта. Начиная с 1979 года, в свою работу они постепенно внедряют групповую психотерапию, психодраму, психогимнастику, дискуссию и другие современные методы.

В 1963 году диспансерное отделение было переведено в деревянное здание, где ему было выделено 8 комнат (250 кв.м.).

В 1968 году диспансер переводится в новое нетиповое 5-ти этажное здание, где разворачиваются основные амбулаторные службы. Выделяется должность председателя ВКК, на которую назначается прекрасный врач-клиницист Зыбина Елена Александровна.

К 1970 году диспансерное отделение в своей структуре, кроме участковой службы, состоящей к

тому моменту из 14 участков, имело 15 специализированных кабинетов различного назначения: консультативный, лечебный, статистики, социально-бытовой помощи и т.д.

В 1972 году сменился и главный врач всей Психиатрической больницы, им стал К.К. Гертлейн. С его приходом совершенствуется материальная база диспансера, развивается амбулаторная реабилитационная служба. И в 1972 году открывается реабилитационный дневной стационар на 100 мест с ночным профилакторием на 14 коек. Открывает его Суходолова Т.Е., затем возглавляет Усова Г.Н. и Дворкина И.П. Открываются лечебно-производственные мастерские, количество мест в которых постепенно расширяется 950; в 80-е годы в них открываются цеха и для амбулаторных больных (швейный, галантерейный, телевизионный и др.).

С 1972 года выделяется должность зам. главного врача по реабилитации, на которую назначается Белан Н.Н., а в 1973 году – Дворкина И.П.

В последующем структура диспансера претерпевает значительные изменения. Так в 1975 году бригада скорой психиатрической помощи административно переходит в подчинение городской станции скорой помощи; кабинет статистики и оргметодработы вливаются в единый оргметодотдел больницы. В ноябре 1976 года из структуры диспансерного отделения ОКПБ выделяется самостоятельный наркологический диспансер.

С 1979 по 1984 год заведующей диспансером и зам. главного врача по внебольничной помощи работает Лещева Раиса Николаевна, врач высшей категории, отличник здравоохранения. В этот период организуются стационары на дому в Советском, Первомайском и Кировском районах, которые обслуживали участковые врачи по совместительству. Создание этой службы позволило максимально приблизить психиатрическую помощь к больному, тогда же организуются фиксированные дни приема участковых психиатров вне диспансера при поликлиниках города, что улучшило обращаемость и выявляемость первичных больных. Открывается эпилептологический кабинет, прием в котором осуществляется Колобовым В.В. – врачом, защитившим кандидатскую диссертацию. Расширяется сексопатологическая служба, и позже, с 1978 года, на базе диспансерного отделения Амелиным В.С. открывается отделение семейного психологического консультирования, где работают 3 врача-сексопатолога, психолог и 3 медсестры. Отделение имело отдельный процедурный кабинет, кабинет иглорефлексотерапии и гипнарий.

В амбулаторной помощи в начале 1980-х годов внедряется АСУ «Психиатрия-Наркология», благодаря которой налаживается учет амбулаторных пациентов и статистическая отчетность. Большое внимание уделяется социально-опасным больным.

С 1984 года зам. главного врача по внебольничной помощи назначается Мурашкова Татьяна Давыдовна – врач высшей категории, бывший начмед Кемеровской психиатрической больницы, в этой должности она проработала до 1988 года. В 1988 году зам. главного врача по внебольничной помощи становится Езерская Александра Васильевна – врач высшей категории, отличник здравоохранения. Лещева Р.Н. организует с 1984 года детско-подростковое диспансерное отделение как его заведующая.

Заведующим диспансером с 1985 года назначается Сергей Николаевич Рожков, старшей медицинской сестрой становится Наталья Борисовна Лукьянова – медсестра высшей категории, проработавшая в этой должности до 2007 года.

В 1985 году введена ставка стационара на дому на 36 мест по Куйбышевскому и Центральному районам. Несколько позже – в Октябрьском и Ленинском районах на 45 мест.

В этот период больницей руководит Ю.В. Королев, продолжая уделять должное внимание развитию амбулаторной службы. Кураторами от кафедры психиатрии ОГМА являлись тогда зав. кафедрой д.к.м. Усов М.Г. и ассистент кафедры к.м.н. Аксенов В.Г.

В 1998 году главным врачом больницы назначается врач высшей категории Александр Александрович Уткин. 28 октября 2002 года Указом Президента РФ ему присваивается почетное звание заслуженный врач Российской Федерации.

В 2002 году в год 105-летнего юбилея психиатрической службы, увековечена память в названии больницы о Николае Николаевиче Солодникове, который бессменно руководил больницей на протяжении 44 лет (с 1927 до 1971 года). Областное государственное учреждение «Омская клиническая психиатрическая больница» переименовано в Государственное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова».

В 2003 году на должность зам. главного врача по амбулаторно-психиатрической помощи назначается Степанова Ольга Николаевна, а заведующей психиатрическим диспансерным отделением для взрослого населения – Патер Светлана Анатольевна.

В 2005 году в диспансере формируется экспериментальное подразделение – отделение интенсивного лечения в сообществе (стационар на дому). Меняется когорта пациентов, в отделение направляются пациенты с тяжелыми формами хронических психических расстройств, стационарирующиеся дважды и более раз в год, либо пребывание которых в стационаре превышает более 6

месяцев. В отделение работа строится по принципу полипрофессиональной бригады.

С 2007 года заведующей диспансерным отделением становится Анна Дмитриевна Шеллер, старшей сестрой – Наталья Владимировна Ошвинцева.

После преждевременного ухода из жизни видного организатора амбулаторно-поликлинической помощи Ольги Николаевны Степановой заместителем главного врача по данному направлению психиатрической помощи становится Анна Дмитриевна Шеллер, а диспансерное отделение возглавляет Наталья Викторовна Бервинова.

В настоящее время психиатрическое диспансерное отделение для взрослого населения является структурным подразделением ГУЗ ОО «КПБ имени Н.Н. Солодникова». Отделение обслуживает население города и области, имеет штатную численность в соответствии с нормативами и включает участковые и другие кабинеты.

В диспансере трудится множество сотрудников, из них участковые врачи-психиатры, врачи по обслуживанию населения сельских районов, кабинеты семейного консультирования, психологи, невролог, терапевт, специалисты по социальной работе, работает отделение амбулаторного принудительного лечения, главной задачей которого является профилактика общественно опасных действий, отделение интенсивного лечения в сообществе. Открыт кабинет геронтоприема, осуществляющий лечебную и консультативно-методическую помощь пациентам старшей возрастной группы, после 65 лет; кабинет профосмотров. Среди врачей, работающих в диспансерном отделении немало заслуженных врачей РФ, отличников здравоохранения. В своей работе все специалисты постоянно демонстрируют профессионализм и преданность избранной специальности.

Работа врачей-психиатров строится по участковому принципу (всего 35 участков): амбулаторный прием, наблюдение и лечение пациентов на дому, как находящихся на активном динамическом наблюдении, так и в порядке срочных вызовов и с целью профилактики рецидивов болезни и социально-опасных действий.

Разрабатываются и внедряются разнообразные психосоциальные программы – психологические занятия с пациентами и членами их семей, модули социальных навыков, независимого проживания, коммуникативные модули. Хорошо налажена работа с вузами города Омска, занимающимися подготовкой психологов и специалистов по социальной работе. Таким образом, работа психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения отражает современные требования к оказанию.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В СООБЩЕСТВЕ

Шеллер А.Д., Койрах И.А., Петтай Г.А., Степанова О.Н.

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

pontiac@list.ru

Аннотация

Отделение интенсивной терапии в сообществе является структурным подразделением психиатрической больницы. Оказание психиатрической помощи в отделении осуществляется полипрофессиональной бригадой специалистов. В состав бригады входят: врач-психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, медицинская сестра и социальный работник. Пациенты поступают в отделение по направлению участковых врачей психиатров и врачей психиатрического стационара.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, психиатрическая помощь.

COMMUNITY EXPERIENCE IN ORGANIZING INTENSIVE CARE DEPARTMENT

Sheller A.D., Koyrakh I.A., Pettai G.A., Stepanova O.N.

Abstract. The Community Intensive Care Unit is a structural unit of a mental hospital. The provision of psychiatric care in the department is carried out by a multi-professional team of specialists. The team consists of a psychiatrist, a psychotherapist, a medical psychologist, a social work specialist, a nurse and a social worker. Patients are admitted to the department in the direction of local psychiatrists and doctors of a psychiatric hospital.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, psychiatric care.

Современная психиатрия переживает очень важный и по-своему творческий этап своего развития, он связан не только с новыми технологиями и новыми возможностями в терапии, но и с развитием новых, порой неожиданных, форм организации помощи лицам с психическими расстройствами. Современный этап развития связан с установлением новых отношений между всеми участниками процесса организации психиатрической помощи: это не только пациенты и врачи, но и родственники пациентов, ближайшее социальное окружение, представители пациентов, или те или иные организации, которые причастны не только к лечебной помощи, но и к организации быта, условий жизни пациента. Этот процесс не может обойтись без всё более активного участия сообщества, среды, которая окружает пациента.

Прежде всего, следует сказать, что сегодня основным направлением совершенствования психиатрической помощи является развитие общественно ориентированной психиатрии (или, как говорят в психиатрии, с опорой на общество). Концепция общественно-ориентированной психиатрии реализуется в настоящее время во всех экономически развитых странах, является общепризнанной и признается как наиболее прогрессивная.

Психиатрическая помощь, развивающаяся не только в рамках медицинской модели, но опирающаяся на все ресурсы сообщества, естественно, обладает большими возможностями — это и медицинская помощь в психиатрических

учреждениях, это и возможности реабилитации в социальной среде, это и повсеместная социальная поддержка, в том числе со стороны социальных служб и населения, это, наконец, участие в социальной поддержке и общественных организаций. Развитие общественной психиатрии предполагает все большее смещение в центр психиатрической помощи от стационаров к различным формам внебольничного обслуживания. Речь не идет просто о механическом сокращении коек, такой подход недопустим, поскольку он ведет к тому, что уменьшается и без того бедные ресурсы психиатрической службы; сокращение коек всегда должно сопровождаться развитием внебольничных форм помощи, которые еще не достаточно. Существует много форм внебольничного обслуживания, это дневные стационары, различные дневные программы, в том числе развивающиеся во взаимодействии с центрами социального обслуживания, бригадой интенсивного лечения, работающей непосредственно среди населения, создание групповых домов, пансионатов, общежитий для утративших социальные связи больных, различные формы трудоустройства инвалидов и пр. Об опыте организации одной из таких форм в БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой» и хотелось бы рассказать.

Стационар на дому был организован в 1979г. как структурное подразделение психоневрологического диспансера. В первые годы работы в зону обслуживания стационара на дому были включены лишь 2 района города: Со-

ветский и Первомайский, Курация пациентов осуществлялась силами двух врачей-психиатров и двух медицинских сестер. Постепенно работа стационара на дому была организована и на других районах города с охватом всех психиатрических участков. В первые годы работы стационара на дому около 80% контингента больных составляли пациенты, выписанные из стационара в состоянии неполной или неустойчивой ремиссии, без установки на прием назначенной терапии дома и поэтому требующие более частого наблюдения и контроля. В 1996г. в целях совершенствования оказания психиатрической помощи населению стационар на дому был реорганизован в отделение активного лечения и наблюдения психически больных на дому с пересмотром целей и задач подразделения. В результате реорганизации подразделение стало ориентированным на купирование острых психотических состояний во внестационарных условиях. Изменился контингент отделения. 65-70% стали составлять пациенты с впервые возникшим или обострением хронического психического заболевания, нуждающиеся в активной психофармакотерапии, но не требующие обязательной госпитализации и круглосуточного наблюдения в стационаре.

Годы работы нашего отделения показали возможность проведения достаточно интенсивного и эффективного лечения психотических состояний во внебольничных условиях. За последние годы работы отделения активного лечения и наблюдения на дому 93-95% больных выписывались под наблюдение участковых психиатров с улучшением психического состояния. И только 5-7% пациентов приходилось госпитализировать в стационар в связи с отсутствием положительной динамики или ухудшением психического состояния.

Однако дальнейшее развитие психиатрической науки и современная концепция развития здравоохранения в стране ставят перед нами задачу совершенствования оказания помощи больным, внедрение новых технологий. Современное направление лечения лиц, страдающих психическими расстройствами, предполагает проведение широкого комплекса реабилитационных мероприятий, без которых первоначальный эффект биологической терапии очень часто оказывается нестойким. И только гибкая медикаментозная терапия в сочетании с психосоциальным лечением и психосоциальной реабилитацией способствует повышению качества жизни пациентов. Следует отметить, что и ранее лечение в стационаре на дому не ограничивалось только фармакотерапией, а включало в себя и рациональную психотерапию, семейную психотерапию, реабилитационные мероприятия, активирующее влияние привычного социального окружения.

Отличительной чертой реабилитационной работы на современном этапе развития психи-

атрической помощи населению является усиление психосоциального аспекта. Перечисленные факторы высветили необходимость дальнейшего совершенствования и развития такой формы оказания психиатрической помощи, в том числе в стационаре на дому.

Приказом главного врача ГУЗОО КПБ от 05.04.2005г. отделение активного лечения и наблюдения на дому было реорганизовано в отделение интенсивной терапии с опорой на сообщество. Этому шагу предшествовал долгий путь подготовительных мероприятий, на котором мы столкнулись с целым рядом трудностей и проблем. Мы благодарны за оказанную методическую помощь в этом направлении И.Я.Гуровичу и коллективу научных сотрудников Московского НИИ Психиатрии, чьи рекомендации были взяты за основу разработки задач, целей, организационной структуры применительно к нашему лечебному учреждению.

Подготовительный этап создания службы включал в себя знакомство с опытом создания стационарозамещающих форм в других регионах, подбор и дополнительную подготовку кадров, преодоление стереотипа работы медицинского персонала, усиление материально-технической базы.

Итогом этой работы явилось открытие отделения интенсивной терапии в сообществе.

Отделение интенсивной терапии в сообществе является структурным подразделением психиатрического диспансерного отделения для взрослого населения. Оказание психиатрической помощи в отделении осуществляется полипрофессиональной бригадой специалистов. В состав бригады входят: врач-психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, медицинская сестра и социальный работник. Пациенты поступают в отделение по направлению участковых врачей психиатров и врачей психиатрического стационара. Вопрос о приеме пациента в отделение решается при комиссионном осмотре зав. отделением и лечащего врача. При этом в отделении сохраняется участковый принцип ведения больных. Таким образом, в отделении складывается условно два потока больных с некоторыми различиями их ведения. Во-первых, это пациенты с обострением психического заболевания, требующие прежде всего купирования острого состояния с постепенным присоединением методов психосоциального воздействия, а второй поток – это пациенты, получившие основной курс лечения в стационаре и нуждающиеся в продолжении адекватной психофармакотерапии, проведении психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации.

Решено, что в отделение будут принимать пациенты со следующими нозологическими формами: шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстрой-

ство, рекуррентное аффективное расстройство. При этом показанием для направления в отделение интенсивной терапии в сообществе являются:

- неблагоприятное течение заболевания, персистирующая продуктивная симптоматика, длительные госпитализации в стационар (6 и более месяцев);

- частые обострения заболевания с госпитализациями 2 и более в год, с неустойчивой ремиссией, нарушениями режима амбулаторной терапии;

- частые и/или длительные обострения заболевания, которые ранее купировались в стационаре на дому, при необходимости подключения методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Перед отделением интенсивной терапии в сообществе поставлены следующие задачи:

- купирование острых состояний полипрофессиональной бригадой специалистов в наименее стигматизирующих условиях на основе принципа партнерства с пациентами, с использованием активирующего влияния социальной среды у пациентов с хроническими психическими расстройствами с целью предупреждения регоспитализаций;

- раннее присоединение к психофармакотерапии методов психосоциального воздействия;

- работа с ближайшим окружением пациентов, а именно оказание эмоциональной поддержки и проведение психообразовательных тренингов;

- последующее ведение пациентов с сочетанием адекватной психофармакотерапии и различных видов психосоциального воздействия для повышения уровня их социального функционирования и превенции регоспитализаций;

- формирование у пациента ответственности за свое здоровье, отношение к лечению и приемлемое поведение в социуме.

Еще на этапе подготовки отделения к открытию были определены обязанности каждого специалиста, его роль в комплексном лечении, определен порядок ведения учетной и медицинской документации. Решено, что полипрофессиональную бригаду специалистов будет возглавлять врач-психиатр, на которого возлагается координирующая функция. Каждый специалист бригады несет ответственность за свое направление работы с пациентом. На рабочих совещаниях бригады обсуждается выполнение лечебно-реабилитационного плана в отношении каждого находящегося на лечении пациента. И хотя работа с пациентом является процессом индивидуально ориентированным и творческим, разработан этапный план ведения пациентов в отделении, берущийся за основу.

1. Диагностический этап.

В день поступления на лечение в отделение интенсивной терапии в сообществе каждый па-

циент осматривается врачом-психиатром, медицинским психологом и специалистом по социальной работе. При наличии сопровождающих родственников в беседе с ними могут быть получены дополнительные сведения о наличии психологических и социальных проблем семьи. Если острота продуктивной симптоматики не позволяет провести полное обследование пациента, то осмотр психолога и специалиста по социальной работе откладывается до получения первых положительных результатов психофармакотерапии. В первые дни приема пациента на лечение к нему на дом выезжает социальный работник, который знакомится и устанавливает контакт с ближайшим окружением больного, оценивает условия жизни пациента, заполняет «Акт социально-бытовых условий пациента». Специалист по социальной работе заполняет «Карту социального статуса больного» и «Карту оценки способности пациента к самообслуживанию». Диагностический этап работы завершается формированием комплексного диагноза на рабочем совещании всех специалистов бригады, когда психиатрический диагноз дополняется психологическим и социальным аспектами. На его основе составляется индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий с указанием конкретных проблем, мероприятий по их решению и сроков исполнения.

2. Этап активной психофармакотерапии с отдельными видами психосоциального воздействия.

Характер психофармакотерапии (препараты, дозы, кратность приема и способ введения) определяет лечащий врач-психиатр. Инъекционное введение лекарств осуществляется медицинской сестрой в процедурном кабинете или на дому у пациента. Контроль над приемом таблетированных форм проводится при посещении на дому мед.сестрой или социальным работником. Ответственное отношение пациента к лечению снимает необходимость такого контроля. При наличии заинтересованных и ответственных родственников эта часть работы может быть возложена на них. Вероятно, что в части случаев не удастся провести купирование острой продуктивной симптоматики на дому по разным причинам. В этом случае будет осуществляться госпитализация пациентов в стационар на минимально возможный срок с последующим их возвращением в отделение.

Психосоциальное воздействие на этом этапе включает в себя:

- оказание эмоциональной поддержки пациенту и его родственникам с целью снижения общего уровня тревоги и эмоционального напряжения, т.е. формирование благоприятного микроклимата для повышения эффективности лечения. При ежедневных встречах с пациентами мед.сестра и социальный работник проводят «поддерживающие консультации», высказывая слова сочувствия, понимания, поддержки, пыта-

ясь смягчить переживания пациентов, особенно одиноко проживающих и лишенных естественной эмоциональной поддержки семьи. Дают практические советы родственникам, формируя правильное отношение к поведению больного.

- оказание инструментальной помощи пациенту социальным работником;
- проведение индивидуальных консультаций психологом и психотерапевтом для родственников по проблемам в связи с наличием в семье психически больного;
- групповая психообразовательная работа с ближайшим окружением пациентов;
- проведение индивидуальной работы с пациентом по формированию мотивировки на длительное регулярное лечение, в том числе и психосоциальное, установление партнерских отношений врача с пациентом.

3. Этап активного психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации.

Лечащий врач-психиатр продолжает адекватную психофармакотерапию.

Медицинский психолог проводит семейное консультирование, индивидуальное консультирование (решение внутриличностных проблем), а также групповую работу (коммуникативные тренинги):

- Научение эмоциональному и вербальному самовыражению,
- моделирование адекватного поведения, социального взаимодействия, общения,
- обучение навыкам уверенного поведения и самопредъявления,
- обучение навыкам разрешения проблем и эффективного разрешения конфликтов.

Специалист по социальной работе и социальные работники проводят групповые занятия по принятым модулям: «Восстановление навыков личной гигиены», «Восстановление навыков самообслуживания», «Формирование социальных навыков», «Правила поведения в социуме».

4. Этап поддерживающего психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации.

Фактически переход к 4-му этапу будет означать выписку пациента из отделения интенсивного лечения в сообществе. Средняя длительность лечения в отделении определена в 90 дней. А общая продолжительность работы с пациентом в программе – 1 год. Поскольку отделение интенсивной терапии в сообществе в нашей больнице открыто в экспериментальном порядке как одна из возможных альтернативных госпитализации форм лечения, то часть показателей определена по принципу предполагаемой разумности. Накопление опыта работы, повлечет за собой пересмотр этих показателей и более четкую их аргументацию.

Перед выпиской из отделения каждому пациенту проводится повторное психологическое и социальное обследования для оценки эффективности проведенных в отделении психосоци-

альных воздействий. Выписанные из отделения пациенты передаются на специально созданный при отделении участок.

На этом этапе пациент принимает минимально разумную поддерживающую психофармакотерапию под наблюдением врача-психиатра. Продолжает получать поддерживающее психосоциальное лечение в виде еженедельных групповых занятий. Оказывается психологическая и психотерапевтическая помощь при возникновении стрессовых ситуаций. Продолжаются психосоциореабилитационные мероприятия, направленные на восстановление максимально доступного пациенту уровня социального функционирования.

Определен перечень документации, подлежащей обязательному ведению в отделении.

Практическая реализация плана работы отделения, несомненно, высветит слабые места, что потребует совершенствования или пересмотра отдельных положений. Короткий срок работы нашего отделения не позволяет представить каких-либо статистических данных эффективности намеченной работы. Сейчас мы готовы отметить лишь те трудности, которые уже стали очевидными с началом работы:

- недостаточная укомплектованность социальными работниками, что вынуждает ограничивать прием пациентов одиноко проживающих с резким снижением навыков независимого проживания;
- отсутствие нормативных актов по рациональной нагрузке на специалистов;
- недостаточное финансирование не позволяет обеспечить отделение автотранспортом в необходимом количестве, что затрудняет регулярное посещение пациентов на дому, учитывая большую площадь нашего города и разброс пациентов по районам.

- обозначились семьи, где родственники больного занимают отстраненную или негативную позицию, что препятствует созданию благоприятного микросоциального окружения.

Таким образом, внебольничное купирование рецидивов имеет ряд преимуществ перед стационарным. Исключается депримирующее воздействие больничной обстановки. Естественная социальная среда является мощным реабилитационным фактором, способствующим ликвидации патологических переживаний и становлению ремиссии. В процессе внебольничного лечения происходит более быстрое, чем при стационарном, возвращение к обычным занятиям, к труду. Наконец, предотвращение частых госпитализаций дает значительный экономический эффект и позволяет более рационально использовать коечный фонд, поскольку отделение является ресурсосберегающим и стационарозамещающим видом помощи.

ЛЕЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ДНЕВНОЙ ЗАНЯТОСТИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

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

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

Аннотация. Психиатрическое дневное медико-реабилитационное отделение, открытое в 2002 году как реабилитационный дневной стационар, в настоящее время разрабатывает и реализует программы реабилитации психически больных. В статье показаны основные направления данной деятельности. Ежедневная занятость пациентов приводит к улучшению качества жизни пациентов, повышению мотивационного тонуса, самооценки, расширению круга общения, формированию навыков независимого проживания и др., а также способствует вовлечению лиц с психическими расстройствами в общественную жизнь.

Ключевые слова. Медицинская и психосоциальная реабилитация.

MANAGEMENT AND ORGANIZATION IN THE DAY OF EMPLOYMENT PSYCHIATRIC DAY REHABILITATION DEPARTMENT

Alexandrova O.A., Lychkova Y.V., Shvydko T.A.

Resume. In Omsk psychoneurological boarding developed a program for the restoration and preservation of physical and mental features of mentally disabled patients. The objectives of this program is to improve the quality of life for patients through the establishment of the institution supportive therapeutic environment, and reducing stigma by the socialization and integration into society. We are actively implementing joint projects with public and non-profit organizations of social programs, including innovation.

Keywords. Mental disability, quality of life of the mentally ill patients.

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

На сегодняшний момент отделение включает в себя:

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

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

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

Основными задачами отделения являются:

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

б) осуществление социально-

психологической помощи в условиях дневного отделения;

в) решение вопросов трудоспособности в соответствии с законодательством РФ.

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

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

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

Виды медицинской помощи, оказываемые в Отделении:

а) консультативно-диагностическая, лечебная и психопрофилактическая помощь;

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

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

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

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

- организация досуга, кружковая работа, терапия средой.

В отделении наряду с активным лечебным процессом, важное место занимает проведение психосоциальных мероприятий. Регулярно проводятся тренинги врачами, психологами, специалистами по социальной работе, медицинскими сестрами по различным направлениям. В таблице представлен их разнообразный спектр, учитывающий индивидуальные потребности каждого пациента.

Таблица 1

Тренинги психиатрического дневного медико-реабилитационного отделения

Тренинги	2014		2015	
	Число циклов	Число занятий	Число циклов	Число занятий
Психообразовательный тренинг «Жизнь с болезнью»	2	19	3	56
Психообразовательный тренинг для родственников	3	27	3	27
Семейная психотерапия	3	37	3	35
Здоровый образ жизни	-	-	2	14
Тренинг радости	1	11	2	20
Позитивный настрой	3	28	2	18
Эффективное трудоустройство	3	24	2	21
Тренинг познавательных процессов	2	38	2	24
Познай себя	2	18	1	10
Антистрессовый стиль жизни	1	11	2	18
Программа «Коррекция поведения пациентов посредством мультисенсорного воздействия»	3	29	1	9
Эффективное общение	1	10	1	11
Тренинг толерантности	-	-	2	18
Профилактика виктимного поведения	1	11	1	10
Межличностное общение	1	9	1	10
Наши ценности	1	12	1	10
Тренинг само и взаимопомощи	11	95	8	64
Сказкотерапия		40		26
Арт-терапия	9	150	11	162
Библиотерапия	2	35	3	59
Кинотерапия		35		27
Правильный приём лекарств	7	65	7	67
Личная гигиена	4	36	5	40

В последние годы имеет место тенденция к увеличению числа пациентов, испытывающих потребность в организации дневной занятости, стремящихся к расширению кругозора, реализации творческих способностей, приобретению

новых навыков. Для этой цели в отделении организованы кружки по интересам в сотрудничестве с рядом общественных организаций (Общественная организация инвалидов и их родственников «Новые возможности. Омичи») и

волонтерских движений студентов ВУЗов (ОмГПУ, ОмГУ им. Ф.М. Достоевского, ОмГМУ), а также с участием в качестве ведущих пациентов, обладающих разнообразными творческими способностями.

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

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

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

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

Работы участников направляются для участия в Московском международном Фестивале

творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны».

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

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

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

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

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

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 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 санитара, 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 комплайенс, 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).

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО «ТЕЛЕФОНУ ДОВЕРИЯ» В ПРОФИЛАКТИКЕ САМОУБИЙСТВ (опыт работы «Телефона доверия» БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»)

Е.А. Белебеха, И.Н. Мурина, Е.В. Штейнбах, Е.И. Битко

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

Аннотация. Самоубийства и покушения на самоубийство представляют собой серьезную проблему общества. Суициды занимают третье место среди причин смерти человека в возрасте от 15 до 45 лет и более чем в половине случаев они совершаются в рамках психических расстройств и длительных состояний, связанных с психотравмирующей ситуацией. Количество покушений на самоубийство в десятки раз превосходит число завершенных суицидов, что значительно увеличивает масштабность проблемы. С 2004 года на «ТД» суицидологической службы для ведения статистики и структурирования информации о телефонных обращениях был внедрен «Единый кодификатор телефонных обращений» для структурирования информации о телефонных звонках, поступающих на Телефон Доверия, для обеспечения дальнейшей обработки, анализа и интерпретации. Кризисные и суицидальные тенденции рассматриваются как внутренние формы суицидального поведения. У большинства абонентов, кто говорит или признает наличие суицидальных мыслей, к этой идее имеются амбивалентные или смешанные чувства. Важной задачей консультанта является проявить мягкую, осторожную заботу об абоненте, помочь человеку понять то, ради чего стоит жить. То, чего в действительности хочет большая часть самоубийц – это, чтобы кто-нибудь был небезразличен к ним, проявил заботу о них, вселил надежду.

Ключевые слова. Кризисная помощь, телефон доверия, профилактика, суицид.

Самоубийства и покушения на самоубийство представляют собой серьезную проблему общества. Суициды занимают третье место среди причин смерти человека в возрасте от 15 до 45 лет и более чем в половине случаев они совершаются в рамках психических расстройств и длительных состояний, связанных с психотравмирующей ситуацией. Количество покушений на самоубийство в десятки раз превосходит число завершенных суицидов, что значительно увеличивает масштабность проблемы.

В исследованиях, проведенных в Московском НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ, определено социально-экономическое бремя смертности вследствие суицидов на государственном и региональном уровне. Суммарные потери России вследствие суицидов в 2009 году составили 150 млрд. руб. или 0,46% ВВП, что пятикратно превышает таковые в США. «Цена» суицида до пенсионного возраста мужчины 5 млн. руб., женщины 800 тыс. руб. Ресурсосберегающий результат программы при предотвращении 20% суицидов в стране составит 30 млрд. руб.

В проблему суицидального поведения вовлечено 5 млн. россиян или больше 3% населения страны. Потери от преждевременной смерти в связи с самоубийствами превысили таковые от иных внешних причин и сравнимы с потерями вследствие злокачественных новообразований и ИБС.

Если бы не самоубийства, разрыв между смертностью и рождаемостью в стране был бы меньше на 15%. Каждый 50-й умерший россиянин уходит из жизни добровольно. Средний возраст самоубийцы-мужчины 42 года, женщины – 44 года. Суициды лидируют в ранжире бремени от смертей молодежи в связи с внешними причинами.

Уровни суицидов и их динамика – общепринятый показатель социально-психологического благополучия страны, а также косвенный показатель нуждающихся в неотложной лечебно-профилактической и антикризисной помощи.

Прогнозируемый ВОЗ рост распространенности депрессивных состояний, являющихся доказанным фактором риска суицидального поведения, социальные последствия мирового экономического кризиса диктуют необходимость оптимизации и повышения эффективности суицидологической помощи населению.

В осуществлении экстренной медико - психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» («ТД»), который предназначен для неотложного психотерапевтического купирования кризисных состояний.

Телефонная помощь людям, находящимся в состоянии психологического кризиса или решившим расстаться с жизнью, возникла более 40 лет назад в Лондоне. Начиная с 1913 года и впоследствии руководителем одного из международных движений телефонной помощи стал англиканский священник Чад Вара. Еще с молодых лет он считал себя задолжавшим людям, поскольку не смог предотвратить самоубийство своей 14-летней прихожанки, которая покончила с собой, когда у нее начались месячные, решив, что она заболела венерическим заболеванием. В 1953 году он прочел в одной из газет. Что в большом Лондоне происходит три самоубийства в день. Это поразило его и обрекло на вопросы: «Что же предпринять, чтобы помочь людям, не захотевшим обратиться ни к врачу, ни к социальному работнику? К кому бы они могли обратиться? Может некоторые из них выбрали бы меня? Но как же им связаться со мной в минуту кризиса».

Обстоятельства благоприятствовали решению этого вопроса: как раз в это время Чад Вара получил приход в самом центре Лондона и поделился со своей паствой идеей - дать объявление в газетах о своем телефонном номере в церкви с тем. Чтобы любой человек, испытывающий нужду, мог позвонить туда в любое время суток. Также как звонят при пожаре, в полицию или в скорую помощь «Перед тем, как покончить с собой, позвони мне! Телефон 9000». Идея, подкрепленная рекламой, сработала. И 2 ноября 1953 года у Чада Вары раздался первый звонок, а потом и другие. Несколько недель он управлялся с ними сам. Вскоре он осознал, что в одиночку с этим делом ему не справиться, и стал искать добровольных помощников. И, если сначала его потрясло количество людей, которые испытывали нужду в его помощи, то теперь его поразила наплыв желающих помочь оказавшимся в беде. Так появилось общество «Самаритяне» - служба, стремящаяся оказать дружескую помощь по телефону и при встрече.

Идея Чада Вары оказалась столь плодотворной, что в ближайшие 7 лет службы телефонной помощи возникли в большинстве европейских столиц и крупных городов. В это же время были созданы центры в Бразилии, Индии, Гонконге и Зимбабве. Именно тогда движение «Самаритяне» стало синонимом борьбы за предотвращение самоубийств. Движение, зародившееся в Англии, становилось международным опытом вне зависимости от национальной принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, культурных традиций и расы. И превратилось в 1974г в интернациональную организацию «Международная дружеская помощь» Befriends International. Сейчас ее центры работают более, чем 41 стране мира. Основным элементом является добровольность независимо от занимаемой должности.

Существует и еще одно объединение служб телефонной помощи – IFOTES – Международная федерация служб неотложной телефонной помощи. Сегодня полноправными членами IFOTES являются 19 национальных ассоциаций и 12 национальных ассоциаций в качестве ассоциированных членов.

В тоже время в 1966г в странах Азии и Австралии телефонные службы, называвшиеся «Линии жизни», объединились в «Life Line International» - Международные Линии Жизни. Это международное объединение отличается от IFOTES и Befriends International тем, что различные христианские концессии, прежде всего протестант-

ские, оказывают ей большую финансовую помощь и моральную поддержку. В своей работе они сочетают телефонное консультирование, индивидуальную и групповую психотерапевтическую помощь, образовательную и социальную помощь. В основе мировоззрения лежат христианские ценности.

В России, вернее в бывшем СССР телефонное консультирование появилось в 1989 году. Тогда во всем бывшем СССР работало не более 10 таких линий. Сегодня по данным РАТЭПП - Российской ассоциации телефонов экстренной психологической помощи число таких линий в России приближается к 220. В России в условиях посттоталитарного общества телефонное консультирование имеет свои особенности. Они заключаются в том, что сегодня его преимущественно осуществляют профессиональные работники.

Определение сенсорной модальности. Хотя телефонное консультирование использует только слуховой канал коммуникации, не стоит полагать, что дело ограничивается только аудиальной информацией. Абоненты бывают по-разному ориентированы. У них можно выделить в основном три стиля восприятия (системы репрезентации): слуховой, зрительный и кинестетический. Изредка встречается обонятельный и вкусовой. Если у человека преобладает та или иная сенсорная модальность то, скорее всего она будет доминировать всю жизнь. Но это не означает, что другие стили восприятия у него будут отсутствовать.

Понимание того, что каждый человек имеет преобладающий стиль восприятия, облегчает консультанту установление эмпатических отношений. Определение ведущей модальности проводится на основе выявления предиктов (глаголов, прилагательных, наречий) с помощью которых абонент описывает проблемную ситуацию.

Большая часть людей ориентированна зрительно, и это легко определить в беседе по использованию глаголов визуальной модальности: вижу, рисую, наблюдаю, изображаю, украшаю и т.д. Меньшая часть абонентов имеет слуховую ориентацию, что определяется в беседе по глаголам, которые они используют: звучит, гремит, трещит, произносится и т. д. Еще меньше абонентов оказываются ориентированы на кинестетический стиль общения. Им нравятся глаголы типа «взрываюсь, дрожу, использую, создаю и т.д.» они отличаются тем, что испытывают комфорт только в процессе активной деятельности, обязательно стремятся быть физически вовлеченными даже в конфликтную ситуацию. Сенсорная модальность является своего рода лингвистическим диалектом абонента. Консультанту имеет смысл оперативно освоить его и использовать в диалоге. Это открывает пути для поиска конструктивных решений.

Некоторые абоненты используют в ходе консультативных бесед жаргон. Профессиональное отношение консультанта к нему должно быть двояким. Консультанту следует знать и понимать жаргонные выражения, поскольку они могут открыть путь к эмпатическим отношениям с собеседником. Однако содержательная сторона жаргона является ограниченной, используя его не возможно достичь конструктивных изменений. Его применение консультантом необходимо только для достижения начального взаимопонимания. Как только оно появилось, следует избрать отход от жаргона путем использования синонимов или близких слов из арсенала нормативной лексики, значение которых для дальнейших позитивных изменений существенно выше.

Некоторые абоненты широко используют термины психологии и психиатрии для описания своего состояния, например «стресс», «депрессия», «фобия», наркомания и т. п. Перешедшие в сферу обыденного сознания, они из научных понятий превратились в застывшие ярлыки, ходячие штампы. Их следует принять, но в след за этим планомерно побуждать абонента к описанию его состояния или желаемых целей в конкретных терминах действий (вижу, слышу, чувствую, хочу). Например, описание конкретных признаков имеющейся депрессии делает их видимыми, осязаемыми, измеримыми, т.е. более доступными осознанию. Кроме того, создается возможность для их отстраненно-

го восприятия. Затем наиболее значимые для абонента признаки депрессии, например страх, переводятся в действия («Что Вас страшит сейчас?»). Глаголы способствуют осознанию временности и текучести этих признаков. Никакое действие не может длиться вечно. Более того, оказывается, что действие (например, то, что тревожит человека) имеет гораздо большее отношения к обычной жизни, чем к такому патологическому состоянию как депрессия, поэтому оно может восприниматься как нечто вполне естественное и приносить утешение.

Большое значение имеет то, к какому уху прижата трубка. Левое ухо напрямую связано с правым полушарием головного мозга, которое отвечает за фантазии, чувства, интуицию и творчество. Правое ухо, напротив, управляется из центра логики и рассудка в левом полушарии. Каждый телефонный разговор должен начинаться «слева» - это основной закон успешного телефонного разговора. В любом случае, чтобы завязать личный контакт с абонентом, требуется гораздо больше чувств, чем логики. Как только разговор коснется упрямых фактов, перенесите трубку к правому уху.

Одним из существенных этапов телефонного диалога является его завершающая стадия. Перед многими консультантами встает вопрос: как и когда, завершить диалог?

Часто диалог завершается по обоюдному согласию сторон при его конструктивном течении после коррекции чувств абонента или разрешения проблемной ситуации. Вместе с тем, в ряде случаев в заключительной стадии диалога консультант должен брать на себя ответственность за его завершения. Эта инициатива, как правило, нуждается в согласии с одним из основных правил телефонной помощи – консультант не должен первым класть трубку.

Если консультант чувствует, что (а) обсуждение ситуации повторяется вновь и вновь, (б) абонент становится зависимым или (в) он не может в силу длительного разговора быть «здесь-и-теперь» полезным из-за усталости или фрустрации, то ему следует принять решение и приложить усилия к завершению беседы. Наилучшим способом является подытоживание чувств, проблем и ситуаций абонента: «Итак, мы пришли с Вами к тому, что ...», «по-видимому, следовало бы подвести итог...». При подытоживании необходимо быть кратким, твердым и эмпатически настроенным, еще раз напомнить собеседнику о том, что его звонку всегда рады и он может в любое время обратиться с возникающими у него проблемами, равно как и в случае, если потребуются дальнейшее обсуждение.

В завершающей стадии консультативного диалога может возникнуть потребность отказать абоненту в тех или иных его желаниях и мотивах. Телефонные консультанты в Канаде, например, считают, что отказ может оказаться полезным, если абонент:

- 1) предпочитает вести беседу с консультантом определенного пола;
- 2) настойчиво интересуется личностью или деталями жизни консультанта;
- 3) требует наставлений;
- 4) настаивает на встрече с консультантом или просит перезвонить ему;
- 5) ведет беседу типа «да, но...» в качестве ответной реакции на множество предложенных консультантом решений и альтернатив;
- 6) рассказывает различные истории или болтает о мелочах;
- 7) просит: «подождите пока я ...»;
- 8) все время повторяется;
- 9) ждет гарантий или стремится переложить всю ответственность на консультанта;
- 10) консультант исчерпал все свои внутренние резервы и нуждается в завершении разговора.

Отказывать в продолжении консультативной беседы следует решительно и в то же время мягко. Если абонент выражает сомнение, что консультант из-за возраста не

очень компетентен для решения его проблем, можно сказать: «Ваше утверждение звучит так, будто Вы полагаете, что я слишком молод, чтобы помочь Вам в Ваших трудностях». При необходимости можно осторожно вводить разнообразные ограничения: «я не могу..., поскольку...», «Этот вопрос вызывает у меня некоторые затруднения, так как ...». И дать ясно понять абоненту, что консультант может или в состоянии сделать для собеседника: «Но...однако, я был бы рад...», «Тем не менее, мы могли бы ...». Если абонент обнаруживает интерес к различным аспектам личного свойства и задает вопросы типа «Есть ли у Вас дети?», «Вы женаты?», то имеет смысл мягко осведомиться: «Вам кажется, что я бы лучше Вас понял, находясь в аналогичной ситуации? Я не стал бы сейчас говорить о себе, но мне бы очень хотелось услышать о тех проблемах, которые возникли у Вас в семье».

Главная трудность завершающей стадии – это опасность стать жертвой манипулятивного отношения со стороны абонента. Любые манипуляции нужно встречать с твердостью. Важно помнить, что, подытоживая и заканчивая разговор его нужно действительно завершить.

Особенности работы с суицидентом:

Различаются внутренние и внешние формы суицидального поведения. Внутреннее суицидальное поведение включает в себя пассивные суицидальные мысли, представления и переживания; суицидальные замыслы при которых продумываются способов суицида, время и место действия; а также суицидальные намерения, когда к замыслу присоединяется волевой компонент, побуждающий к переходу во внешнее поведение.

1) Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но без конкретного плана лишения себя жизни. Тема пока лишена актуальности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться», «если бы со мной произошло что-нибудь, и я бы умер...»

2) Суицидальные замыслы – это уже активизация проявления суицидальности, т.е. тенденции к самоубийству. Начинается разработка планов реализации суицида, продумываются время, место акта.

3) Суицидальные намерения характеризуются принятым решением о самоубийстве, и дело стоит только за претворением этих намерений в жизнь. Это предполагает присоединение к замыслу волевого компонента, переводящего внутреннее суицидальное поведение во внешнее.

Это этапы формирования суицида.

Личностный смысл суицидального поведения представлен в виде протеста, мести, призыва, избежания (наказания, страдания) самонаказания, отказа.

1) Протестные формы отражают агрессивную позицию суицидента. Это выражение противодействия к конфликтной ситуации или к враждебному окружению при невозможности ее (его) изменения. «сын, незаслуженно оскорбленный отцом, в гневе порезал себе вены на предплечье». Здесь звучит и протест против отца, и элемент мести, поскольку он знал реакцию матери.

2) Суицидальное поведение по типу «призыва» отражает пассивную реакцию личности с целью привлечения внимания к ситуации и возможности получения помощи для ее изменения.

«Подросток, уставший от завышенных претензий и притязаний матери, от постоянных переводов в другие школы с более высококачественным уровнем обучения, с суицидальной целью выпил горсть таблеток, которые нашел дома в аптечке.

3) Смысл суицида избежания сводится к избежанию угрозы путем самоустранения. Это могут быть суициды у тяжело соматически больных с целью избежать физи-

ческих страданий, в виде страха перед уголовной ответственностью, у молодежи в виде страха перед наказанием.

4) Суицид по типу самонаказания является протестом против себя и является по существу самообвинением.

Люди с суицидальными намерениями не избегают, а наоборот, часто стремятся к помощи и консультированию.

Принципы консультирования суицидального абонента:

- 1) Не впадать в панику.
- 2) Вежливо и открыто принять абонента как личность.
- 3) Стимулировать беседу, не упуская никакую значимую информацию.
- 4) Тактично искать ситуации, в которых абонент любим или нужен.
- 5) Вести беседу, как если бы консультант обладал неограниченным запасом временем.
- 6) Возрождать надежду и искать альтернативы суицида, возможности выхода.
- 7) Не проявлять даже тени отрицательных эмоций.
- 8) Разрешать абоненту проявлять жалость.
- 9) Начавшийся суицид следует рассматривать как просьбу о деятельной помощи.
- 10) Блокировать суицидальные действия, используя интервенцию.
- 11) Быть уверенным, что предприняты все необходимые действия.
- 12) Обсудить беседу и свое состояние с супервизором.

Этапы беседы с суицидальным абонентом:

1) Установление отношений. В начале беседы следует сформировать отношения доверия. Это позволит исследовать ситуацию, как ее видит абонент, поощряя открытое проявление мыслей и чувств: «Чем я могу быть Вам полезен», «Чтобы я мог сделать для Вас». Имеет смысл узнать о событиях, которые должны произойти, понять, не таят ли они в себе какую-либо угрозу. Кризис обычно возникает не из-за фактов, а из-за тех чувств или значений, которые они несут собой. На начальном этапе беседы очень важно определить, каким образом суицидальные намерения связаны с фактами или чувствами абонента. На утверждение: «Я хочу умереть, порой стоит ответить: А я не хочу, чтобы Вы это сделали» несмотря на простоту, этот подход часто срабатывает лучше всего: чье либо нежелание бывает эффективнее объяснения причин, по которым следует оставаться в живых.

2) Оценка проблемы состоит в определении потенциальной опасности суицида и вероятности смертельного исхода. Суициденты не звонят, чтобы сказать «прощай». Они хотят, чтобы их остановили. Но мешает амбивалентность: хотя никто не хочет жить больше чем они, - они не знают, как жить дальше. Поэтому в беседе важно оценить потенциальную опасность предполагаемых действий, которые определяется наличием:

- плана и метода суицидальных действий (их доступность, легкость и степень летальности).
- попыток самоубийства в прошлом, особенно если не прошло еще и трех месяцев.
- последней капли - событие побудившего к выбору суицидального поведения.
- подготовки к концу жизни (завещаний, прощальных писем или распоряжений, приведение дел в порядок).

3) Суицидальная интервенция.

4) Заключение контракта. При любой степени суицидального риска, если дело не доходит до процедур отслеживания, беседа продолжается в направлении выработки альтернативного решения. Оно вырабатывается совместно и предусматривает план действий. Он должен быть ясным и конкретным: где, как и с кем собирается провести абонент ближайшие часы и дни. Для этого важна уверенность, что собеседник контролирует свои мысли и чувства. По возможности, следует помочь ему отчетливо структу-

рировать будущее. При необходимости побудить его обратиться к специалистам, но не следует гарантировать быстрый и обязательный успех. Принципиальной установкой контакта является уверенность, что собеседники преследуют одну и ту же цель.

Суицидологическая служба с "Телефоном Доверия" в Омской области.

В Омской области в 1991 году создана суицидологическая служба с "Телефоном Доверия", как структурное подразделение Омской областной клинической психиатрической больницы, для работы с лицами, находящимися в кризисных и суицидоопасных состояниях.

Суицидологическая служба на протяжении всего периода является методическим центром в Омской области по мониторингу суицидального поведения населения. Общее положение принципа преемственности заключается в осуществлении преемственности оказания медико-психологической помощи как между структурными звеньями суицидологической службы («Телефон доверия», кабинеты медико-психологической помощи), так и больницы в целом.

В осуществлении экстренной медико - психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» («ТД»), который предназначен для неотложного психотерапевтического купирования кризисных состояний.

С 2004 года на «Телефоне доверия» суицидологической службы для ведения статистики и структурирования информации о телефонных обращениях был внедрен Единый кодификатор телефонных обращений, поступающих на Телефон Доверия, для обеспечения дальнейшей их обработки и анализа.

С целью повышения доступности специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, возможности оказания помощи по телефону расширены – в 2010 году:

- стал многоканальным «Телефон доверия»,
- выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами:
МТС 05283, Билайн 070 45, TELE 2 670, Мегафон 8923 699 30 03,
- открыт дневной психологический «Телефон доверия»,

За 2010 год совместной работы сотовой и городской линии «Телефона доверия» количество всех обращений увеличилось в 1,5 раза по сравнению с аналогичным периодом 2009 года. Таким образом, появление сотовых операторов дает возможность большему количеству жителей Омской области, в том числе из отдаленных районов, страдающих от воздействия стрессовых ситуаций, попавших в сложные жизненные обстоятельства получить квалифицированную круглосуточную бесплатную анонимную помощь на ранних этапах развития стрессовых состояний и суицидальных тенденций. Общее количество звонков увеличилось до 50 в сутки (в два раза). Обратилось по сотовой связи в 2010 году 4469 человек, что составило 33,6 % от общего числа обращений, в 2011 году 5553 человека (42,2%).

По своей доступности помощь по «ТД» во много раз превосходит любой другой вид психотерапии: помощь можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно, конфиденциально; Во многих случаях психотерапевтическая помощь по телефону представляет собой единственно необходимый вид помощи пациентам, переживающих кризисные и суицидоопасные состояния.

Активное выявление таких пациентов – главная задача сотрудников службы, работающих на «Телефоне доверия» и, прежде всего, уделяется большое значение выявлению кризисных и суицидальных тенденций у абонента.

Таблица 1

Кризисные и суицидальные тенденции по обращению на «Телефон доверия» за 2008 - 2012 гг.

	2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн
Кризисные состояния	1015	14,0 %	1019	14,0 %	2960	28,0 %	3324	33,0 %	2949	27,8 %
Суицидальные тенденции	287	4,0	233	3,2	365	3,5	395	3,9	435	4,1
Всего	7239		7288		10579		10068		10600	

Из таблицы 1 видно, что процент кризисных и суицидальных тенденций у обратившихся высок, особенно выросли кризисные обращения в 2010 г. (почти в 3 раза).

С 2004 года на «ТД» суицидологической службы для ведения статистики и структурирования информации о телефонных обращениях был внедрен «Единый кодификатор телефонных обращений» для структурирования информации о телефонных звонках, поступающих на Телефон Доверия, для обеспечения дальнейшей обработки, анализа и интерпретации.

Количество обращений на «ТД» постепенно растет, что объясняется вышеперечисленными преимуществами телефонной помощи, а также постоянной популяризацией «ТД» в средствах массовой информации. Среднее число обращений на наш «ТД» колеблется от 8 до 13 тысяч в год. В сутки поступает от 25 до 45 обращений.

Структура обращения на «ТД».**1) По времени суток обращения** распределяются следующим образом:

с 8.00 до 18.00 – 47,5% обращений

с 18.00 до 23.00 – 31,9% обращений

с 23.00 до 8.00 – 20,6% обращений

2) По возрастным показателям (таблица 2).

Таблица 2

Соотношение обращений по возрасту на «Телефон Доверия» в 2010 -2012 гг.

Возраст	2010		2011		2012	
	абс	%	абс	%	%	%
до 18 лет	196	2,0	108	1,1	69	0,7
19-25 лет	986	9,3	600	6,0	697	6,6
26-35 лет	1800	17,0	1618	16,1	1574	14,8
36-50 лет	4202	39,7	4947	49,1	4592	43,3
51-60 лет	1570	14,7	2157	21,4	2929	27,6
Всего	10579	100	10068	100	10600	100

Для вышеуказанной возрастной категории остаются приоритетными вопросы семейных и супружеских взаимоотношений, разводов. На данном этапе значительно изменяются функции духовного (культурного) и эмоционального общения.

3) Сравнительный анализ данных по полу показал, что сохраняется преобладание обращений лиц женского пола над мужскими обращениями. Наглядно видно соотношение по полу на рисунке 1.

Доля обращений женщин составляет 75-78% от общего количества обращений. Среди причин преобладания женщин-абонентов в контексте вербальных обращений можно выделить следующие: большая социальная экстравертируемость; стремление получить постороннюю помощь; черты несамостоятельности и инфантильности в структуре личности.

Низкий процент обращений мужчин на «Телефон доверия» (22-25%), скорее всего, обуславливается культурными стереотипами. Так, обращение мужчины за помощью, часто ассоциируется с немужским типом поведения.

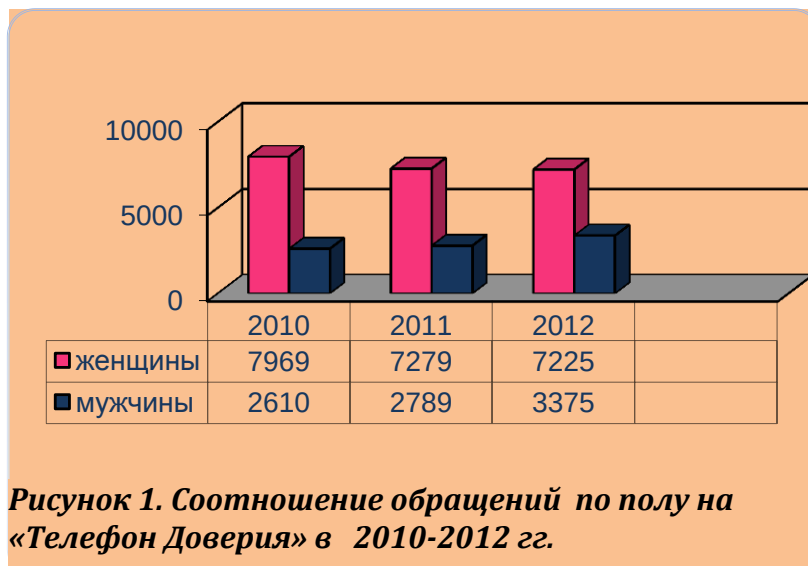


Рисунок 1. Соотношение обращений по полу на «Телефон Доверия» в 2010-2012 гг.

Таблица 3

Соотношение обращений по социальному статусу на «Телефон Доверия» в 2008-2012 гг.

	2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн
Не устан.	141	2,0	93	1,3	19	0,2	0	0	1	0
Учащиеся	325	4,5	166	2,3	394	3,7	380	3,8	283	2,7
Работающие	3449	47,6	3263	44,8	4950	46,8	4604	45,7	4311	40,3
Пенсионеры	1069	14,8	1121	15,4	1040	9,8	1074	10,7	1202	11,3
Инвалиды	1368	18,9	1788	24,5	2955	27,9	2154	21,4	2377	22,4
Домохозяйки	140	1,9	66	0,9	148	1,4	156	1,5	109	1,0
Безработные	747	10,3	791	10,8	1073	10,2	1700	16,9	2315	21,8
Всего	7339	100	7288	100	10579	100	10068	100	10600	100

Из таблицы 3 видно, что высокий процент обращаемости остается за работающим контингентом (44-47%). Постепенно снижается процент обращаемости учащихся,

что связано с работой детско-подросткового «Телефона доверия» имеющего федеральный номер, и повышается процент обращаемости на Телефон Доверия инвалидов.

4) По тематике обращений звонки подразделяются на проблемные, информационные, «немые» звонки. Отмечается тенденция к увеличению числа проблемных звонков (рисунок 2). Сравнительный анализ полученных данных позволяет увидеть сохранение в 2008-2012 гг. процентного соотношения категорий профильных, непрофильных и немых обращений на «Телефон

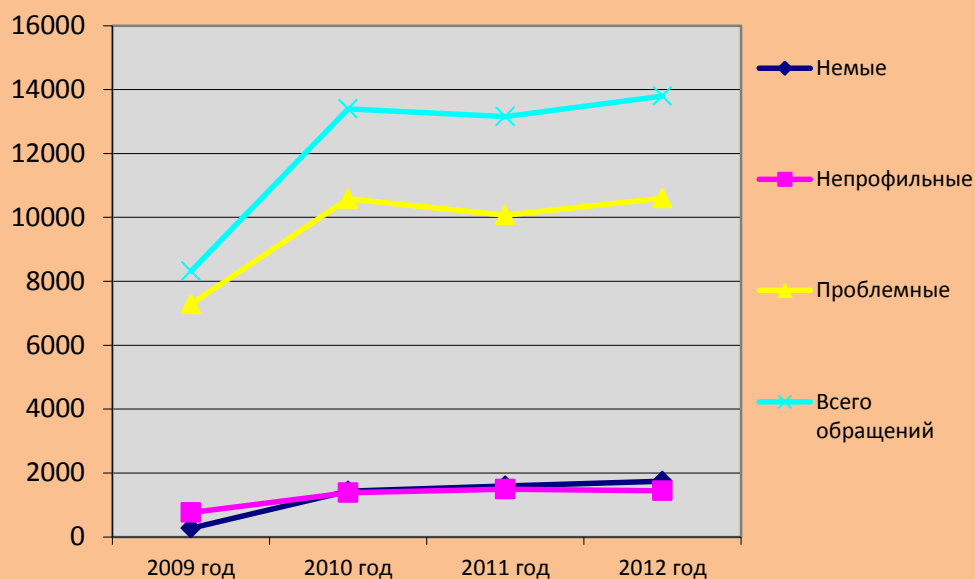


Рисунок 2. Соотношение проблемных, непрофильных, немых обращений на «Телефон доверия» к общему числу за 2010-2012

доверия»: первое место по количеству обращений занимают профильные звонки, требующие непосредственно психологической помощи (79%-95% от общего числа обращений), далее идут непрофильные обращения, и наименьшее количество звонков – это «немые» обращения. Необходимо отметить, что такая тенденция отмечалась и в прошлые годы.

5. Знание психологической проблематики обращений на «Телефон доверия» является для консультантов вопросом профессиональной компетентности, прогностичности и эффективности. Поэтому анализу проблематики звонков отводится важное место.

Распределение обращений по тематическим группам представлено в таблице 4.

Анализ проблематики телефонных обращений показал, что в 2008-2012 гг. наиболее актуальной проблемой, с которой обращаются на «Телефон доверия», остается проблема здоровья (такие звонки составляют 37-38% от всех профильных обращений). Одной из причин, объясняющих приоритетность обращений по вопросам здоровья, является присутствие на телефоне абонентов, запрашивающих медико-психологическую помощь. Так большое количество профильных обращений составляют звонки от соматически инвалидизированных лиц, одиночество которых является в значительной степени вынужденным. Эти люди могут быть одинокими в социальном плане - не создавшими, либо утратившими семью (так называемое паспортное одиночество) или иметь недостаточную социализацию, то есть страдать из-за отсутствия эмоциональных контактов, несмотря на формальное наличие семьи, родных. Одиночество не только приводит к субъективно тягостным переживаниям, но и представляет потенциальную суицидоопасность. Для всех абонентов рассматриваемой группы, особенно соматически инвалидизированных лиц, характерны повторные обращения в ночные часы, так как большинство из них страдает нарушениями сна.

На втором месте по обращаемости в 2008-2010 гг. стоят проблемы зависимостей. Статистика утверждает, что из каждых четырех человек, по крайней мере, у одного среди близких был алкоголик.

Таблица 4

Распределение проблемных обращений по тематическим группам за 2010-2012 гг.

Тип обращений	2010		2011		2012	
	абс	%	абс	%	%	%
Здоровье	3878	37,0	3424	34,0	4114	38,8
Зависимости	1281	12,1	1050	10,4	1196	11,3
Социальная адаптация	757	7,2	540	5,4	641	6,0
Общение и взаимоотношения	266	2,5	319	3,2	303	2,9
Любовные отношения	799	7,6	991	9,8	832	7,8
Сексуальные проблемы	67	0,6	88	0,9	42	0,4
Проблемы принятия себя	719	6,8	1138	11,3	1020	9,6
Детско-родительские отношения	996	9,4	821	8,2	838	7,9
Насилие	167	1,5	147	1,5	156	1,5
Семейные отношения	1227	11,6	1223	12,1	1169	11,0
Учебные и профес. проблемы	422	3,7	327	3,2	289	2,7

Алкоголик в семье – это всегда большие проблемы, нередко перерастающие в драмы и даже трагедии. Что делать, если любимый человек начал пить? Отправить к врачу? А если не пойдет, скажет, что у него нет проблем, с которыми он не мог бы справиться сам. К тому же, редкий алкоголик считает себя больным. Не отставать и постоянно попрекать, «пилить»? От этого еще больше тянет напиться. Пригрозить, например, уходом? На некоторых подействует, а некоторые только озлобятся. Таким образом, по меньшей мере, 25% клиентов — члены семей, близкие друзья или любимые алкоголиков.

На третьем месте в 2008-2010 гг. стоят проблемы семейных и супружеских отношений. Такие обращения за телефонной помощью связаны, прежде всего, с охлаждением чувств в супружеской паре, уходом одного из супругов из семьи, разрывом с любовным партнером, изменой и др. (11-12% от проблемных обращений).

Затем идут проблемы, связанные с детско-родительскими отношениями, конфликтами, ссорами между детьми и родителями (9% от профильных обращений).

В 2011 году ситуация несколько изменилась: на второе место вышли проблемы семейных отношений и на третьем месте - проблемы принятия себя.

Любой обратившийся за экстренной помощью на «Телефон доверия» и нуждающийся в дальнейшем наблюдении и, возможно, лечении, приглашается на консультацию к психиатру, психотерапевту, наркологу, ему проводится психодиагностическое исследование, при тяжелом психическом состоянии возможно направление в психиатрический стационар, решение социальных проблем.

Между психиатрическим диспансерным отделением больницы и суицидологической службой существует регулярное взаимодействие по информированию врачей участковой службы о суицидальном поведении лиц, находящихся на диспансерном или лечебно – консультативном наблюдении.

Кризисные и суицидальные тенденции рассматриваются как внутренние формы суицидального поведения. У большинства абонентов, кто говорит или признает наличие суицидальных мыслей, к этой идее имеются амбивалентные или смешанные чувства. Важной задачей консультанта является проявить мягкую, осторожную заботу об абоненте, помочь человеку понять то, ради чего стоит жить. То, чего в действительности хочет большая часть самоубийц – это, чтобы кто-нибудь был небезразличен к ним, проявил заботу о них, вселил надежду.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Некоторые вопросы суицидологии, связанные с проблемой алкоголизма // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. - М., 1973.
2. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида //Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1981.
3. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. М. – 1980. - 163 с.
4. Биркин А.А., Войцех В.Ф., Закодыркина В.А., Кучер А.А. Профилактика суицидального поведения. Мурманск: НИЦ «Пазори», 2004. – 76с.
5. Биркин А.А. и др. Раннее выявление тенденций аутоагрессивности и диагностика суицидальной опасности. – Мурманск: НИЦ «Пазори», 2004. – 82с.
6. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М. Миклош, 2007. – 280 с.
7. Валиахметов Р., Мухамадиева Р., Хилажева Г. Опыт социологического исследования проблемы суицида. Вестник общественного мнения 2010; 1:.
8. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – 480с.: ил.
9. Любов Е.Б., Морев М.В, Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации. Журнал «Суицидология», № 3, 2012 год.
10. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М. Смысл, 2001. – 494 с.
11. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения. № 1, 2012 год
12. Л. Н. Юрьева, Клиническая суицидология: Монография.— Днепропетровск: Пороги, 2006.— 472 с.
13. Красильников А.М., Цыцарев С.В. Особенности личности больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями // Психогигиена и психопрофилактика.- СПб, 1989.
14. Предотвращение самоубийств. Руководство по телефонному консультированию. Работа с суицидом и кризисом. (1994)
15. Степанова О.Н., Белебева Е.А., Мурина И.Н., Сазонова Л.А. Оказание экстренной медико-психологической помощи населению с привлечением мобильной связи. Материалы XV съезда психиатров России с. 30
16. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия.- М.: «Когито-Центр», 2005.
17. Сборник научных работ «Актуальные проблемы суицидологии». Москва, 1981.
18. Телефонная психотерапевтическая помощь – телефон доверия- в системе социально-психологической службы. Методические рекомендации. М.-1988 – 18 с
19. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). – Смоленск: СГМА, 2012. – 232с.

THE ROLE OF EMERGENCY MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE "HELPLINE" FOR SUICIDE PREVENTION

E.A. Belebeva, I.N. Murina, E.V. Steinbach, E.I. Bitko

Resume. Suicide and suicide attempts are a serious problem of society. Suicides are the third leading cause of death of a person aged 15 to 45 years and more than half the time they are performed in the framework of long-term mental disorders and conditions associated with the traumatic situation. Number of suicide attempts is ten times greater than the number of completed suicides, which significantly increases the magnitude of the problem. Since 2004, the "TD" Suicide Services for statistical and structuring information about the telephone calls was introduced "One codifier telephone calls" for structuring the information about phone calls arriving at a telephone hotline for further processing, analysis and interpretation.

РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗВЕНА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

И.М. Ермолова, О.В. Крунэ

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

Аннотация. В статье представлены основные направления развития психологического звена в психиатрической службе Омской области. Представлена динамика основных показателей за последние годы. На сегодняшний день в Омской психиатрической больнице работают 27 медицинских психологов в сотрудничестве с врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами, социальными работниками. Они участвуют в оказании различных видов специализированной помощи: детской, геронтопсихиатрической, реабилитационной, интенсивной терапии. Медицинские психологи больницы привлекаются к решению не только вопросов психологического обеспечения лечебно-диагностического процесса, но и к участию в судебно-психиатрической, врачебной, трудовой и др. видах экспертизы, в психопрофилактических мероприятиях, санитарной пропаганде

Ключевые слова. Психологическая помощь, организация психиатрической помощи.

DEVELOPMENT OF THE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN PSYCHIATRIC SERVICE OF THE OMSK REGION

I.M. Ermolova, O.V. Krunae

Abstract. The article presents the main **development directions** of the psychological **assistance** in psychiatric service in the Omsk region. **The recent years dynamics of the main indicators** is presented. For today in the Omsk psychiatric hospital 27 medical psychologists **cooperate with psychiatrists, psychotherapists and social workers**. They participate in the provision of various types of specialized care: pediatric, gerontopsychiatric, rehabilitation **and** intensive care. Medical psychologists of the hospital are **not only involved to solve the psychological assistance issues** of the medical and diagnostic process, **they are also involved to participation** in forensic psychiatry, medical, **preemployment medical examination** and other types of examination, psycho-preventive activities **and** sanitary propaganda

Keywords. Psychological assistance, organization of psychiatric care.

В меняющихся информационных, социально-политических, экономических, культуральных условиях жизни наблюдаются определенные тенденции в изменении состояния психического здоровья населения. Как отмечается в Докладе экспертов Всемирной организации здравоохранения, к этим тенденциям относятся прежде всего астенизация и психопатизация жителей Европы и Америки [6]. В соответствии с данными Министерства здравоохранения Российской Федерации, каждый житель страны к 50-ти годам является носителем как минимум трех хронических соматических заболеваний. В мегаполисах состояние здоровья населения отягощается неуклонно возрастающими пограничными нервно-психическими (преимущественно невротическими, неврозоподными и психосоматическими), а также личностными расстройствами. Помимо этого, отмечается тенденция к хронизации соматических и психосоматических заболеваний, которые протекают часто в неявной, стертой форме и не всегда легко диагностируются [13]. В этой связи возникает необходимость комплексного подхода раннего выявления состояний, которые предшествуют психическим расстройствам. Особую роль в данном аспекте лечебно-профилактической работы играют медицинские психологи.

Специальность медицинского психолога была введена в 2004 году в соответствии с Приложением № 2 приказа МЗ РФ № 438 от 16.09.2003 г. Медицинский психолог, работающий в учреждении здравоохранения, оказывающем психотерапевтическую помощь, специалист с высшим психологическим образованием по специальности клиническая психология либо специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший профессиональную переподготовку по клинической (медицинской) психологии в образовательных учреждениях, имеющих соответствующую государственную лицензию и государственную аккредитацию.

Согласно показателям деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 г.г.), представленным в статистическом справочнике ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России [4], кадровый ресурс для оказания медико-психологической помощи населению за указанный период увеличился. Общее число должностей медицинских психологов, занятых в учреждениях психиатрической службы Российской Федерации, с 2005 г. по 2013 г. увеличилось на 21,6% (3840,25 против 3158,25), в расчете на 10 тыс. населения – на 20,3% (0,267 против 0,222) (см. таблицу 1).

Таблица 1

Динамика числа медицинских психологов, занятых в психиатрических учреждениях Российской Федерации (2005, 2011-2013 гг.)

	2005 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Прирост в 2013г. к 2005 г., %
в психиатрических учреждениях, всего, <i>из них</i>	3158,25	3 568,00	3 717,25	3 840,25	121,59
в диспансерных отделениях, кабинетах	1 304,00	1 464,00	1 619,25	1 620,00	124,23
в стационарах	1 854,25	2 104,00	2 098,00	2 220,25	119,74

В диспансерных отделениях, кабинетах за рассматриваемый период число занятых должностей медицинских психологов увеличилось на 24,2% (1620,00 против 1304,00), в стационарах – на 19,7% (2220,25 против 1854,25). В общем числе занятых должностей медицинских психологов доли должностей, занятых в диспансерных отделениях, кабинетах, равны в 2005 и 2013 гг. соответственно 41,3 и 42,2%. Доли должностей, занятых в стационарах, составляли соответственно

58,7 и 57,8% [4].

За последние годы психоневрологические учреждения Сибирского округа все больше обеспечиваются участием клинических психологов в лечебно-профилактическом процессе. При этом наибольший прирост абсолютных показателей выявлялся в ежегодной динамике числа должностей медицинских психологов, занятых в стационарах (266,00 против 232,00), – см. таблицу 2.

Таблица 2

Динамика числа медицинских психологов, занятых в психиатрических учреждениях Сибирского округа (2005, 2011-2013 гг.)

	2005 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Прирост в 2013г. к 2005 г., %
в психиатрических учреждениях, всего, <i>из них</i>	471,25	488,75	489,75	523,50	111,08
в диспансерных отделениях, кабинетах	239,25	274,50	275,25	257,00	107,42
в стационарах	232,00	214,25	214,50	266,50	114,87

С начала 2005 г. в Омской области также отмечается рост числа медицинских психологов, занятых в психоневрологических учреждениях. За период с 2005 г. по 2013 г. общее число должностей медицинских психологов, занятых в психоневрологических учреждениях города и области, увеличилось на 45,90% (44,50 против 30,50). При этом в диспансерных отделениях, кабинетах число медицинских психологов увеличилось на 66,67% (12,00 против 20,00), в стационарах – на 32,43% (24,50 против 18,50) (см. рис. 1).

Таким образом, как в масштабе страны, так и в масштабе региона и области кадровый ресурс оказания медико-психологической помощи населению за последние годы увеличился (число должностей, занятых медицинскими психологами, в психоневрологических учреждениях). Обес-

печенность населения медицинскими психологами (общее число занятых должностей в психоневрологических учреждениях на 10 тыс. населения) в динамике также повысилась.

Устойчивый рост числа медицинских психологов, которые становятся более востребованными в психиатрической практике, на наш взгляд, обусловлен результатом активного использования полипрофессионального подхода при оказании психиатрической помощи, когда в лечебно-диагностическом процессе одновременно участвуют специалисты различного профиля: врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, инструктор по трудовой терапии, логопед, воспитатель, дефектолог и др.

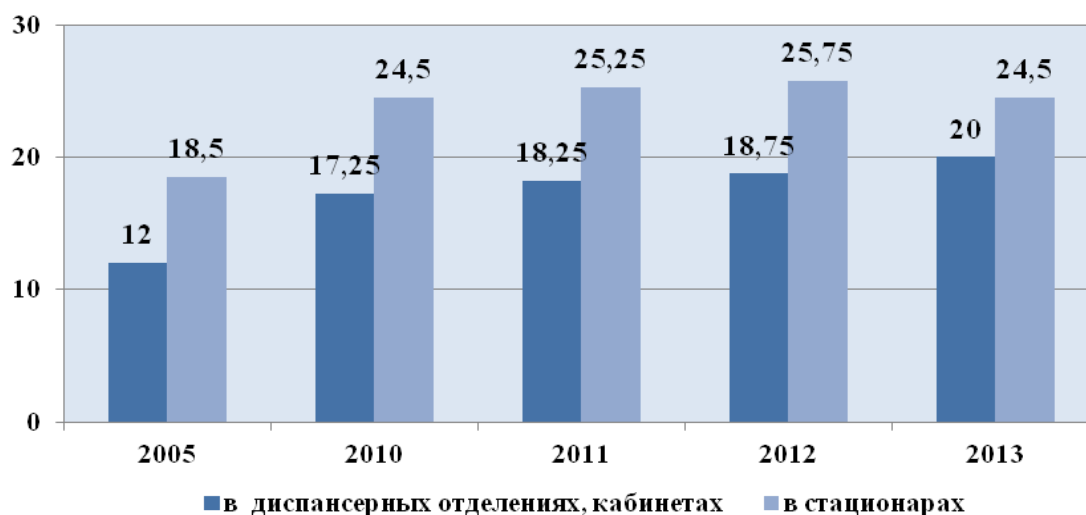


Рисунок 1. Динамика числа медицинских психологов, занятых в психиатрических учреждениях Омской области (2005, 2010-2013 гг.)

Развитие и совершенствование практической психиатрической помощи больным с психическими расстройствами в направлении большей комплексности и интеграции усилий разных специалистов является в последние годы одной из актуальных проблем организации работы Омской психиатрической больницы. На сегодняшний день в больнице 27 медицинских психологов в сотрудничестве с врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами, социальными работниками участвуют в оказании различных видов специализированной помощи: детской, геронтопсихиатрической, реабилитационной, интенсивной терапии. Медицинские психологи привлекаются к решению не только вопросов психологического обеспечения лечебно-диагностического процесса, но и к участию в судебно-психиатрической, врачебной, трудовой и др. видах экспертизы, в психопрофилактических мероприятиях, санитарной пропаганде.

Медицинские психологи проводят необходимые психодиагностические, психокоррекционные, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия:

- в амбулаторных условиях (в диспансерном отделении для детей и подростков, в диспансерном отделении для взрослого населения, психотерапевтическом отделении, отделении «Телефон доверия» с кабинетом медико-социально-психологической помощи);

- в условиях стационара круглосуточного пребывания;

- о внебольничных условиях (в стационарах дневного пребывания, в дневных стационарах и стационарах на дому при диспансерных отделениях).

Необходимо отметить наибольшую востребованность медицинских психологов, работающих в амбулаторной службе больницы. Это обу-

словлено, тем, что в современных условиях происходит смещение акцентов в организации лечебно-профилактических мероприятий от стационарных форм к формам амбулаторным. Современные средства фармакотерапии сводят к минимуму необходимость длительного пребывания больных в условиях стационара. Более того, длительные госпитализации становятся нецелесообразными в аспекте возможностей реабилитации больных, их социальной адаптации [7], поэтому, именно в амбулаторной сети, в диспансерах активно проводится лечение и реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами. Это, в свою очередь, предполагает дифференциацию задач психологического сопровождения лечения и реабилитации больных. Запрос на диагностическую работу, которую традиционно представляют основной формой деятельности медицинских психологов, – патопсихологическую диагностику – постепенно снижается, а задачи психологической коррекции нарушений поведения больных, предупреждение их стигматизации, создание условий для социальной реабилитации становятся приоритетными в работе медицинских психологов амбулаторной службы больницы.

Эффективность полипрофессионального бригадного метода работы (врач-психиатр, клинический психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник) прошла проверку временем и в настоящее время не вызывает сомнений. Профессиональное сотрудничество специалистов медицинского и гуманитарного профиля направлено на восстановление личностного и социального статуса больного и предполагает кропотливую систематическую совместную работу, в которой значение психологической составляющей неуклонно возрастает.

1. Аналитические материалы. Статистические показатели состояния здравоохранения Омской области, здоровья населения, деятельности отрасли и служб в 2013 году (по данным государственной и отраслевой статистической отчетности). URL: <http://www.miac-omsk.ru/analit/51/> (дата обращения: 20.06.2017).
2. Бохан, Н.А. Распространённость непсихотических психических расстройств в Сибирском Федеральном округе: взаимосвязь с региональными социально-экономическими трендами развития / Н.А. Бохан, А.В. Гычев, Л.Д. Рахмазова, Н.А. Васильева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015 – Т. 25, № 2. – С. 78-82.
3. Гурович, И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи / И.Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 5-9.
4. Демчева, Н.К. Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрических служб в Российской Федерации (2005-2013 гг.): Статистический справочник / Н.К. Демчева, А.В. Яздовская, О.В. Сидорюк. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2015. – 572 с.
5. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2006. – 959 с.
6. Комплексный план действий Всемирной организации здравоохранения в области психического здоровья 2013-2020 (официальная версия на русском языке) URL: http://psychiatr.ru/download/1861?view=1&name=A66_R8-ru.pdf (дата обращения: 22.06.2017).
7. Медицинская психология в системе здравоохранения региона: материалы Первой региональной научно-практической конференции медицинских (клинических) психологов учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга. 8-9 октября 2015 г. / под редакцией А.Н. Алёхина. – СПб.: издательство «Трактат», 2015. – 257 с.
8. Организационно-правовые основания профессиональной деятельности медицинского психолога в системе здравоохранения: Методическое пособие. – СПб, 2015. – 25 с.
9. Русина, Н.А. Проблемы клинического психолога в системе здравоохранения / Н.А. Русина // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Т.1, № 7. – С. 24-28.
10. Сборник тезисов XVI съезда психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – URL: <http://psychiatr.ru/download/2292>.
11. Сгибов, В.Н. Взаимодействие специалистов полипрофессиональной бригады в комплексном лечении пограничных психических расстройств / В.Н. Сгибов // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. – Пенза, 2003. – В.6. – С. 60-65.
12. Современные проблемы охраны психического здоровья населения Сибири: сборник тезисов научно-практической конференции (Красноярск, 24-25 марта 2016 г.) / под ред. Н.А. Бохана. – Томск; Красноярск: Изд-во «Иван Федоров», 2016. – 214 с.
13. Соловьёва, С.Л. Задачи клинического психолога в соматической клинике /С.Л. Соловьёва // Медицинская психология в системе здравоохранения региона: материалы Первой региональной научно-практической конференции медицинских (клинических) психологов учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга. – СПб.: Изд-во «Трактат», 2015. – С. 73-89.
14. Творогова, Н.А. Динамика показателей, характеризующих состояние психиатрической службы и распространенность психической патологии в Российской Федерации в 2005-2014 гг. Статистический справочник / Н.А. Творогова, Т.А. Николаева, О.В. Сидорюк, Л.А. Пронина. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. – 24 с.



СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ДЕТСКОМ ДИСПАНСЕРНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ: ОПЫТ И ПРОБЛЕМЫ ПРЕВЕНЦИИ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ

Александрова Н.В., Крахмалева О.Е., Капитоненко Е. А., Барышева О.М.

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

Аннотация. В статье рассмотрены современные подходы социального сопровождения детей с психическими расстройствами. Раскрыта проблемная сфера социального сопровождения – неклинические социальные пространства, в которых находятся не идентифицированные с силу стигматизации и клинической специфики психических расстройств пациенты. Освещен опыт межведомственного взаимодействия специалистов диспансерного психиатрического отделения для детей и подростков как формы превенции нарушений социализации.

Ключевые слова. Социализация детей и подростков, социальная работа в детской психиатрии, межведомственное взаимодействие, внеклинические социальные пространства, превенция нарушений социализации.

Социальная работа в психиатрии является наиболее значимой в сравнении с другими областями медицины. Ведь нарушенные высшие психические функции способны приводить к расстройствам социализации разной степени выраженности, которые не могут быть скомпенсированы только биологическим лечением. Особую роль играет превенция нарушений социализации у детей и подростков с психическими расстройствами [7], поскольку прохождение всех этапов усвоения социальных норм при детской психической патологии может грубо страдать.

За рубежом внебольничная социальная работа играет большую роль сопровождении детей и подростков с психическими расстройствами. Тенденция значительного сокращения времени пребывания в стационаре и количества пациентов, получающих лечение в таком формате, привела к увеличению штата специалистов по социальной работе. Так, в странах Европы, количество социальных работников превышает количество врачей-психиатров и психологов и сопоставимо с количеством медсестер. В то же время, в современной России специальность «социальная работа» является очень «молодой». В настоящее время социальная работа в отечественной детской психиатрической службе развивается по многим направлениям [8], среди которых оценка качества жизни для выбора мишеней психосоциальной адаптации [3, 5, 6], , психообразование [9], разрабатываются направления психосоциальной помощи детям и подросткам, страдающим шизофренией как наиболее десоциализирующим патологическим процессом [4].

Однако, несмотря на имеющиеся наработки, существующая практика социальной работы в детской психиатрии не отвечает имеющимся потребностям оказания социальной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами разных спектров [8].

Использование у детей и подростков комплексных психосоциальных вмешательств затруднено отсутствием адекватных концептуальных подходов, невозможности прямого переноса практических наработок взрослой психиатрии на детско-подростковый контингент [10, 11].

Кроме работы по психосоциальной адаптации с идентифицированными пациентами – детьми и подростками с психическими расстройствами и их семьями, важным и наименее разработанным направлением является выход во внеклинические социальные пространства. Ведь большая часть фактически психически больных детей не охвачена консультативной и лечебно-диагностической психиатрической помощью из-за целого ряда негативных социальных явлений: стигматизации психиатрии, специфики

симптомов психических расстройств в сравнении с соматическими, отсутствия межведомственных взаимодействий представителей педагогики, социальной сферы, силовых структур и психиатрической службы [1, 2, 10].

Эти явления являются причиной того, что ослабленная патологическим процессом психика ребенка или подростка, не позволяет ему адекватно преодолевать трудности процессов обучения, коммуникации и другие социальные стрессы. Повышается риск социальной дезадаптации, аддикций, криминализации и суицида.

Нами накоплен опыт интеграции социальной работы в условиях детского диспансерного психиатрического и во внебольничной сфере как воплощение идеи превенции десоциализации как идентифицированных пациентов, так и нуждающихся, но в силу неблагоприятных социальных тенденций пока не охваченных квалифицированной психиатрической помощью.

С определенной степенью условности разделим содержание социальной работы на внутридиспансерную и деятельность во внешних социальных пространствах.

Организация лечебного и реабилитационного процесса в диспансерном психиатрическом отделении для детей и подростков характеризуется комплексным взаимодействием врачей-психиатров, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, психологов, логопедов и психотерапевтов (принцип полипрофессиональной бригады).

Специалист по социальной работе на амбулаторном приеме проводит социальное обследование и контроль бытовых условий жизни пациента и его семьи, индивидуальные и групповые занятия по формированию и восстановлению утраченных социальных навыков, коммуникативные тренинги. Родители получают информацию о деятельности специалистов психосоциальной реабилитации, консультацию о центрах социального обслуживания для детей и молодежи и ответы на другие интересующие их социальные вопросы. Социальная работа с детьми в состоянии декомпенсации проводится на дому: специалист знакомится и устанавливает контакт с ближайшим окружением, оценивает условия жизни пациента, проводит консультацию пациента и его законных представителей по социальным вопросам.

Таким образом, комплексный подход в психосоциальной работе позволяет решить задачи по социальной адаптации пациентов с психическими расстройствами.

Социальная работа во внешнем социальном пространстве происходит в тесном и продуктивном межведомственном взаимодействии. Специалисты диспансера входят в состав рабочих групп по профилактике и коррекции неблагоприятных социальных явлений в детской и подростковой среде. Ведется информационно-методическая работа по профилактике семейного насилия, суицидального и аддиктивного поведения. Один из авторов, работая психотерапевтом диспансера, является преподавателем Омского государственного университета. И в преподавании как ВУЗовского, так и постдипломного уровня студентам специальностей «Социальная работа», «Психология», мероприятиях Всероссийской психотерапевтической Лиги, выходах на родительские собрания в школы и дошкольные учреждения раскрывает медицинские аспекты распространен-



Социальная работа в детском диспансерном психиатрическом отделении

ных детских проблем. При этом формируется продуктивное сотрудничество со специалистами, работающими с детьми и семьями, что повышает обращаемость замотивированных родителей в психиатрическую службу. Кроме того, диспансерное отделение для детей и подростков является базой ознакомительной, производственной и преддипломной практик студентов специальности «Социальная работа» ОмГУ им. Ф.М.Достоевского.

Проводится активная просветительская работа со специалистами образовательных и социальных учреждений, направленная на психообразование и преодоление стигматизации. Эта деятельность проводится как в аудиторных форматах, так и во взаимодействии со СМИ региона. Эффективность такой работы сложно объективизировать, поскольку такие параметры, как уменьшение предубеждения к психиатрической помощи, снижение стигматизации психиатрии, повышение компетентности в области психического здоровья детей достаточно субъективны и относительны.

Таким образом, социальная работа специалистов детского психиатрического диспансерного отделения во внешних социальных пространствах имеет столь же глубокую превентивную направленность, как и внутридиспансерная деятельность.

Литература

1. Александрова, Н.В., Барышева О.М., Крахмалева О.Е. Интегративный подход к охране детского психического здоровья. // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения. – Томск, 2010. – С. 118–120.
2. Александрова Н.В., Кадневский В.М., Дьяченко Е.Ю. Психологическое здоровье школьников: нужны системные решения. // Социальная педагогика. 2013. № 3. С. 111–116.
3. Винярская И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 25 с.
4. Гайдук Ф.М., Гелда Н.П., Обьедков В.Г. Психосоциальная реабилитация детей, страдающих шизофренией и общими расстройствами психического развития. Инструкция по применению. Минск, 2007).
5. Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 19, № 4. С. 39–42.
6. Дмитриева Т.Н., Занозин А.В., Дмитриева И.В. и соавт. Оценка качества жизни подростков с психическими нарушениями // Матер. XIII съезда психиатров России. М., 2000. С. 121–122.
7. Корень Е.В. Стратегии развития детской психиатрии: психосоциальная реабилитация // XV съезд психиатров России (материалы съезда). М., 2010. С. 148.
8. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 5–14.
9. Корень Е.В. и соавт. Психообразование в структуре комплексной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами: Методические рекомендации. М., 2009. 28 с.)
10. В. Корень, А. М. Марченко. Подходы к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами Е. // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 2. С. 22–27
11. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 5–14.

SOCIAL WORK IN CHILDREN DISPENSARY PSYCHIATRIC WARDS: EXPERIENCE AND PROBLEMS OF PREVENTION OF VIOLATIONS OF SOCIALIZATION

Aleksandrova N.V., Krahmaleva O.E., Kapitonenko E.A., Barysheva O.M.

Resume. In the article the modern approaches of social support for children with mental disorders. Revealed problem areas of social support - non-clinical social spaces, which are unidentifiable to strength the stigmatization and the clinical specificity of mental patients. Illuminated by the experience of interagency cooperation of specialists of child psychiatric outpatient department for children and adolescents as a form of prevention of violations of socialization.

Keywords. Socialization of children and adolescents, social work in child psychiatry, interagency cooperation, non-clinical social spaces, prevention of violations of socialization.

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ю.А. Жданова, С.И. Гашков, Е.Н. Павленко, О.В. Егорова, С.В. Наумова

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

zdanova.89514142633@bk.ru

Аннотация

Последние два десятилетия психосоциального направления в психиатрии характеризовались бурным развитием инновационных форм реабилитационной психиатрической помощи. В Омской психиатрической больнице несколько лет функционирует стационарное реабилитационное отделение. Стационарная форма оказания психосоциальной помощи и услуг оказалась весьма значимой в работе психиатрической больницы, особенно в период введения карантинных мероприятий, связанных с пандемией COVID-19.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, стационарная психиатрическая помощь.

FUNDAMENTALS OF ORGANIZATION OF WORK OF THE INPATIENT MEDICAL-REHABILITATION DEPARTMENT OF THE PSYCHIATRIC HOSPITAL

Yu.A. Zhdanova, S.I. Gashkov, E.N. Pavlenko, O. V. Egorova, S.V. Naumova

Abstract. The last two decades of the psychosocial direction in psychiatry have been characterized by the rapid development of innovative forms of rehabilitative psychiatric care. In the Omsk psychiatric hospital, a stationary rehabilitation department has been functioning for several years. The inpatient form of providing psychosocial care and services turned out to be very significant in the work of a psychiatric hospital, especially during the introduction of quarantine measures associated with the COVID-19 pandemic.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, inpatient psychiatric care.



С самого начала развития реабилитационного направления в психиатрии значительная роль в нем отводилась психосоциальным факторам. Начиная с Филиппа Пинеля, при оказании психиатрической помощи все более возобладает подход, отражающий отказ от изоляции психически больных в закрытых учреждениях в пользу активной работы с ними и привлечения к труду.

В дальнейшем дифференциация реабилитационных усилий привела к выделению определенных разделов в этой области оказания психиатрической помощи, например, социально-трудовой реабилитации в связи с признанием особой важности участия в трудовых процессах и возвращения больного к равной с другими трудовой деятельности в его социальном восстановлении или, например, реабилитационная перестройка психиатрических служб, в них всегда отмечалась, в той или иной степени, значимость восстановления широкого круга психосоциальных отношений с окружающей средой.

Последние два десятилетия психосоциального направления в психиатрии характеризовались бурным развитием преимущественно амбулаторного звена психиатрической помощи. Однако опыт показывает, что ряде региональных психиатрических больниц проводилась работа по реабилитации психически больных с длительными сроками лечения в стационаре. Активное вовлечение пациентов в трудовые процессы, их активизация, создание терапевтической среды позволило выписать значительное количество больных с многолетним пребыванием в больнице.

Наряду с социально-трудовым восстановлением, значительного внимания заслуживает социальная сеть больного, отношение к нему и взаимоотношения окружающих между собой, а также наличие тех или иных конфликтных ситуаций, жизненных трудностей, которые могут привести к декомпенсации состояния пациента.

В связи с вышеизложенным в Омской психиатрической больнице в последние годы активно развиваются стационарные формы

психосоциальной терапии и реабилитации.

Одним из первых отделений, специализирующихся на проведении психосоциальной реабилитации в стационарных условиях, было создано медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы № 25. Данное отделение начало функционировать с 1 февраля 2017 года.

В состав отделения входит стационарное отделение на 90 коек, а так же лечебно-реабилитационный участок. Отделение функционирует в режиме стационарного отделения с круглосуточным пребыванием пациентов мужского пола.

Основными задачами отделения являются:

- осуществление лечебной, консультативно-диагностической, психопрофилактической, реабилитационной помощи в условиях стационарного отделения;

- осуществление социально-психологической помощи в стационарных условиях, восстановление утраченных и сохранение имеющихся социальных, бытовых и трудовых навыков;

- индивидуальное ведение пациентов;

- привлечение пациентов к активному участию в выполнении лечебно-реабилитационных программ, осуществление принципа сотрудничества между пациентами и персоналом;

- участие в решении вопросов опеки над пациентами, признанными недееспособными, не имеющими законного представителя (опекуна), находящимся в стационаре;

- формирование мотивации к участию в медико-социальном процессе, овладения и проживания в семье;

- направление на медико-социальную экспертизу.

В соответствии с поставленными задачами отделение выполняет следующие **функции**:

- оказание квалифицированной психиатрической и психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами и их родственникам полипрофессиональной бригадой специалистов;

- осуществление мероприятий, направленных на восстановление максимально доступного пациентам уровня социального функционирования (индивидуальная и групповая работа по психосоциальной реабилитации);
- изучение, обобщение, разработка и внедрение в Учреждении новых технологических подходов, программ и методик социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами и их родственникам.

Отделение принимает **пациентов**, имеющих психическое расстройство, направляемых участковыми психиатрами, психиатрами других подразделений больницы в случаях:

- а) наличия остаточной психотической сим-

птоматики при сохраняющемся упорядоченном поведении с возможностью включения пациентов в медико-реабилитационный процесс;

- б) длительного (более 1 года) срока стационарного лечения;

- в) утраты навыков самостоятельного независимого проживания;

- г) нарушения взаимоотношений с окружающими;

- д) семейных проблем, утраты родственных связей, жилья, регистрации, пенсионного обеспечения и наличия других социальных проблем;

- е) необходимости формирования мотивации к участию в медико-реабилитационном процессе, овладения навыками самостоятельного проживания в семье.

Противопоказано поступление пациентов:

- а) представляющих непосредственную опасность для себя и окружающих;

- б) имеющих в анамнезе суицидальные попытки;

- в) склонных к совершению общественно-опасных действий

- г) страдающих тяжелой сопутствующей соматической патологией и инфекционными заболеваниями (в период обострения);

- д) с отказом от лечения и наблюдения, не способных выполнять режим отделения, отрицательно влияющих на других пациентов;

- е) страдающих алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

- ж) в возрасте старше 65 лет.

Контингент пациентов

В отделение поступают на лечение преимущественно пациенты социально неблагополучные и дезадаптированные, утратившие социальные связи и не работающие, получающие низкие заработную плату и пенсию. Большинство из них является инвалидами по психическому заболеванию, либо имеющими признаки стойкой утраты трудоспособности, нуждающимися в направлении на МСЭ. Много усилий прилагается на поиски и установление контактов с родственниками больных, восстановление утраченных документов, гражданства, оформление пациентов в учреждения социальной защиты.

За период 2017-2019 гг. поступившие пациенты по нозологии распределились следующим образом: 67,4 % составили пациенты с психозами, состоянием слабоумия, 21,9 % умственной отсталостью; 10,7 % непсихотическими психическими расстройствами.

По причине госпитализации за вышеуказанный период времени сложился следующий контингент пациентов: 33 % пациентов - для первичного направления на МСЭ; 32 % - повторного направления на МСЭ; 20,5 % - пациенты с госпитализмом, сохранившие родственные связи, нуждающиеся в проведении

активных лечебно-реабилитационных мероприятий; 9 % – оформляющие паспорта; 2,2 % – лица, утратившие жилье и родственные связи

Общей характеристикой пациентов с различными нозологическими формами, находящимися в отделении, являются умеренно выраженная или выраженная степень изменений личности в результате заболевания, социальная недостаточность, проявляющаяся преимущественно в социальной дезинтеграции, трудовой дезадаптации и экономической несостоятельности пациентов.

Особенности организации реабилитационных мероприятий

В отделении работа с пациентами осуществляется в соответствии с индивидуальным планом лечения и психосоциальной реабилитации в рамках программы «Ведение случая».

При поступлении в отделение каждый пациент проходит экспериментально-психологическое обследование, обсуждается на совете полипрофессиональной бригады для получения наиболее полной информации о реабилитационном потенциале, уровне социального функционирования и качества жизни (сведения о течении заболевания, образовании и трудовой деятельности, материально-бытовой сферы, в том числе и данные о материальном положении, жилищных условиях, питании, обеспеченности одеждой, общей активности, способности к самостоятельному обслуживанию, наличие социальных связей, семьи), выявляются наиболее уязвимые стороны, определяется степень выраженности когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, уровень реабилитационного потенциала.

На этапе реализации реабилитационных мероприятий организуются группы пациентов, сходных по поведению и активности. Выделяется 4 группы:

1 группа. Безынициативные пациенты, не вовлекающиеся в трудовые процессы, утратившие навыки самообслуживания и личной гигиены.

2 группа. Пациенты со сниженной инициативой, пассивно вовлекающиеся в трудовые процессы, с выраженными явлениями госпитализма.

3 группа. Пациенты с недостаточной или патологической адаптацией во внебольничных условиях.

4 группа. Пациенты с незначительными изменениями личности и поведения, возвращающиеся после выписки в прежние бытовые и производственные условия.

Основной контингент нашего отделения это пациенты 2, 1 и, реже, 3 групп.

Для пациентов первой и второй группы важным является проведение занятий по обучению элементарным гигиеническим навыкам

или их восстановлению; решение различных социальных вопросов (восстановление необходимых документов, оформление инвалидности, постановка на очереди в ПНИ). Основные мероприятия для этой группы пациентов направлены на преодоление выраженной пассивности, стимуляцию к общению и противопоставляются постельному режиму, т.е. это терапия занятостью. Этот вид социотерапевтического воздействия не ставит перед собой задачу ни восстановления прежних трудовых навыков, ни обучения новым, ни участия пациентов в профессиональной деятельности. С пациентами проводятся элементарные настольные и подвижные игры, элементарные физические упражнения, просмотр фильмов с привлечением к обсуждению сюжетов, несложные литературные беседы, прослушивание музыки и её обсуждение, а так же тематические мероприятия (праздник осени, день хорошего настроения, природа вокруг нас, конкурсные программы ко всем календарным праздникам и т.д.). Пациенты привлекаются к работе в творческой группе, выполняют простые тематические рисунки, поделки из пластилина, аппликации.

Специально для пациентов, которые для дальнейшего проживания переводятся в ПНИ, разработан модуль «Адаптивный», с целью уменьшения напряжённости, тревожности и переживаний каждый пациент в индивидуальном порядке имеет возможность ознакомиться с правилами и условиями проживания в социальном учреждении.

Пациентам третьей группы рекомендуется посещение коммуникативных тренингов, тренинга когнитивных процессов, психобообразовательного модуля «Жизнь с болезнью» с настроен на регулярный приём поддерживающего лечения, модуля «Здоровый образ жизни» с получением информации о вреде курения, алкоголизации, правильном образе жизни; посещение психосоциальных модулей «Личная гигиена», «Правила поведения в социуме», «Тренинг независимого проживания». Каждый пациент имеет возможность в индивидуальном порядке получить консультацию по решению различных социальных вопросов, например, по заполнению квитанций и оплате коммунальных услуг, оформлению документов, вопросам трудоустройства.

Основные психосоциальные мероприятия направлены на повышение эмоционально-волевой активности пациентов. Групповая работа в отделении ведется по следующим темам:

1. Правильный прием лекарственных препаратов.
2. Коммуникативный.
3. Само- и взаимопомощи.
4. Независимого проживания.
5. Правила поведения в социуме.
6. Личная гигиена.

7. Уборка в квартире
8. Поведение в экстренных ситуациях.
9. Поведение в общественных местах.
10. Тренинг когнитивных процессов для пациентов с выраженным снижением интеллектуально-мнестических функций.
11. Трудотерапия.
12. Сказки – это лекарство.
13. Здоровый образ жизни.
14. Арт-терапия, кино-терапия.
15. Модуль «Адаптивный».

Для проведения тренингов и занятий с пациентами с целью индивидуализации работы подобраны методические материалы различной степени сложности. Психолог отделения прошла обучение по программе базового курса «Современная арт-терапия» для получения возможности более широкого и разнообразного применения арт-терапевтических методов в психосоциальной реабилитации. Одним из таких инструментов арт-терапии стали ассоциативные метафорические карты. Яркие и красивые, они позволяют внести разнообразие в работу, стимулировать диалог, заинтересовать пациентов, актуализировать приятные воспоминания; с их помощью можно создавать множество упражнений для развития ассоциативного мышления, тренировки памяти и внимания, применять в тренингах для развития эмоционального интеллекта, они также позволяют безболезненно отразить актуальные переживания и потребности пациентов.

Отделение активно сотрудничает с другими подразделениями больницы, в том числе, загородным медико-реабилитационным комплексом (отделением №20, 21, общежитие с поддержкой). Из 20 отделения в медико-реабилитационное отделение №25 пациенты поступают для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, направления на МСЭ, а так же проведения медицинского обследования с выдачей заключения о типе дома интерната и отсутствии противопоказаний для предоставления стационарных услуг социального назначения. В отделение №20 пациенты переводятся с целью дальнейшей социально-трудовой реабилитации, а так же в период сбора урожая ягод, овощей.

Пандемия коронавирусной инфекции внесла свои коррективы в сложившийся порядок проведения психосоциальных мероприятий. С апреля 2020 года были прекращены выезды пациентов за территорию больницы. Был период прекращения проведения мероприятий в группах пациентов численностью более 10 человек. Именно в этот период времени были созданы модули с активным использованием видеоматериалов «Экскурсии по городам и странам», «Музеи города Омска».

В план занятий по психосоциальной реабилитации стали чаще включаться занятия по арт-терапии "Рисуем музыку" (с использованием классических музыкальных произведений), картины в технике правополушарного рисования, творческие вечера, посвященные звездам киноиндустрии, поэтам и писателям. Комплекс данных мероприятий помогал снять ситуационно обусловленное психоэмоциональное напряжение. Более интересными для пациентов стали и спортивные мероприятия: турниры по армреслингу, веселые старты. Часть документальной поддержки пациентов, в частности, оформление пенсий пациентам, начали осуществляться в онлайн-режиме, в тесном сотрудничестве с Пенсионным фондом Омской области, другими учреждениями социального значения.

Таким образом, что в психосоциальной поддержке значительная часть пациентов будет нуждаться постоянно. Эффективность проводимых мероприятий напрямую зависит от стабильности их психического состояния. Медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы № 25 в полной мере отвечает потребностям психиатрического учреждения в становлении и развитии психосоциальной терапевтической и реабилитационной работы. Стационарная форма оказания психосоциальной помощи и услуг оказалась весьма значимой в работе психиатрической больницы, особенно в период введения мер по самоизоляции, строгих карантинных мероприятий, связанных с пандемией COVID-19.



ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

А.И. Петрова, З.В. Кисляк, О.В. Могиль, О.И. Прокаева

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

Аннотация. Защита общества от возможного опасного действия психически больных является одной из самых важных и сложных задач психиатрической службы. Профилактика общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, выходит за пределы чисто медицинских мероприятий, требует адекватного подбора лечебно-реабилитационных мероприятий, решения социальных, юридических проблем. В статье представлен обширный опыт организации и проведения стационарного принудительного лечения в Омской психиатрической больнице.

Ключевые слова. Принудительное лечение психически больных.

PSYCHIATRIC DEPARTMENT OF COMPULSORY TREATMENT OF SPECIALIZED TYPE

Petrova A.I., Kislyak Z.V., Mogil O.V.

Resume. Protecting the public from the possible harmful actions of the mentally ill is one of the most important and difficult tasks of psychiatric services. Prevention of socially dangerous actions of persons with mental disorders goes beyond the purely medical interventions, requires an adequate selection of treatment and rehabilitation, the solution of social and legal problems. The article presents the extensive experience and the organization of the inpatient involuntary treatment in Omsk psychiatric hospital.

Keywords. Compulsory treatment of the mentally ill.

Сложная социально-экономическая ситуация в стране, а также другие социальные стрессы косвенно способствуют росту психических заболеваний. Преступность и психические заболевания издавна рассматривались как взаимосвязанные явления. Каждый десятый правонарушитель, совершивший тяжкое правонарушение, имеет психическое расстройство. Структура правонарушений стала характеризоваться значительной долей преступлений против личности (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, изнасилования). В Омске под наблюдением психиатров в конце 2015 года находилось 25066 человек, доля больных с тяжелыми болезненными расстройствами составляла более 43,7% (10946 человек). В настоящее время в этой группе в целом по области наблюдается около 1000 человек, что составляет 2,9% от общего числа больных, состоящих на диспансерном наблюдении. В отделении АПНЛ ПДО в группе АДН наблюдаются 507 пациентов, что составляет 4,8% от общего числа больных, состоящих на диспансерном наблюдении.

Защита общества от возможного опасного действия психически больных является одной из самых важных и сложных задач психиатрической службы. Профилактика общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, выходит за пределы чисто медицинских мероприятий, требует адекватного подбора лечебно-реабилитационных мероприятий, решения социальных, юридических проблем. Принудительные меры медицин-

ского характера в больнице осуществляются:

- двумя отделениями принудительного лечения специализированного типа для мужчин, рассчитанными на 55 коек каждое;
- общепсихиатрическими койками для принудительного лечения в отделениях общего типа, на которые госпитализируются пациенты по когорте, мужчины и женщины;
- отделение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, развернутое на базе психиатрического диспансера для взрослого населения.

Больница существует с 1897 года, но в ее структуре отделение для принудительного лечения специализированного типа № 11 развернуто только с 1989 года. В психиатрическое отделение принудительного лечения специализированного типа направляются пациенты, психическое состояние которых требует постоянного наблюдения. Это лица, имеющие тенденцию к совершению тяжких, нередко повторных, опасных действий, к нарушению режима (побеги, употребление психоактивных веществ), которые мешают проведению лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях стационаров общего типа. Основанием для помещения лица на принудительное лечение является постановление суда. Документация на лиц, находящихся на принудительном лечении, выделена в отдельное делопроизводство. Учет пациентов проводится в специальном журнале, с 2000 г. ведется социально-реабилитационная карта в истории болезни.

Материально-техническая база

Отделение находится на втором этаже четвертого корпуса больницы, рассчитано на 55 коек. Удовлетворительно организованы рабочие места медицинских работников, сервис для

больных, санитарно-гигиеническое состояние помещений, рабочие места специалистов, места пребывания больных. Планируется реконструкция площадей, что позволит улучшить условия содержания больных.

Таблица 1

Основные показатели деятельности отделения

Показатели	Годы		
	2013	2014	2015
Поступило больных	23	24	26
Выписано больных	10	29	26
Пользованные больные	71	85	82
% выполнения плана	103,0	119,7	109,4
Средняя длительность пребывания использованного больного	271,3	263,5	-
Средняя длительность пребывания выписанного больного	708,7	1176,6	786,7
Оборот койки	1,3	1,5	1,5
Длительность работы койки	350,2	407,1	348,8

В 2013 – 2015 гг. в отделении количество коек оставалось 55. При анализе таблицы обращает на себя внимание то, что все годы было достаточно высоким количество использованных больных: 71 - в 2013 году, 85 - в 2014 году, 82 - в 2015 году, то есть 248 лиц, находящихся на принудительном лечении, прошло через отделение за 3 года. Это стало возможным благодаря стремлению врачей отделения к сокращению сроков обследования, своевременно подобранному адекватному лечению, внедрению новых фармакологических препаратов с широким использованием нейролептиков пролонгированного действия, применением различных комбинаций психофармакологических средств.

С 2013 года средняя длительность пребывания на койке выписанного больного уменьшилась с 1176,6 в 2014 году до 786,7 в 2015 году с разницей с нормативом 750,0-367. Оборот койки в отделении в 2013 году 1,3, в 2014-2015 годах 1,5, то есть увеличился на 0,2. Выполнение плана (коэффициент использования коечного фонда) в % в 2013 году – 103,0%, в 2014 году – 119,7%, в 2015 году – 109,4%. Процент повторных поступлений в отделение снизился с 26,1% в 2013 году до 16,7% в 2014 году, 7,7% в 2015 году. Показатели деятельности отделения, также как показатели деятельности психиатрической службы по Омской области, стабильны и соответствуют среднероссийским тенденциям.

Клинико-социальная характеристика

В отделении находятся пациенты, страдающие психическими расстройствами, совершившие тяжкие правонарушения и, после прохождения судебно-психиатрической экспертизы, признанные невменяемыми.

Большинство пациентов являются хрониче-

ски больными, с выраженными психопатоподобными изменениями личности, когнитивным дефицитом, склонные к агрессивным и импульсивным действиям. Преобладают пациенты молодого и среднего возраста. Превалирует психопатоподобная симптоматика в рамках всех нозологических форм с расстройством влечений. Большинство пациентов коморбидные по алкогольной зависимости, в меньшей степени по употреблению других психоактивных веществ, совершившие правонарушения чаще всего в состоянии алкогольного, либо наркотического опьянения, с богатым криминальным опытом, много неграмотных. В отчетном периоде от 3 до 6 пациентов ежегодно являлись недееспособными.

Как и в предыдущие отчетные периоды, в отделении преобладали пациенты, страдающие шизофренией (более 60%), на втором месте, страдающие умственной отсталостью (около 20%), на третьем месте, страдающие органическими заболеваниями (около 10%). Ведущей в клинической картине являлась, наряду с психотической, психопатоподобная симптоматика в рамках шизофрении, а также за счет присоединения данного синдрома в рамках умственной отсталости и органических поражений головного мозга.

Большинство больных с психическими заболеваниями злоупотребляли алкоголем, наркотиками, другими психоактивными веществами, а также страдали сопутствующей сомато-неврологической патологией, что чаще отмечалось у больных преклонного возраста. Пациенты получали необходимую специализированную помощь врачей-консультантов в полном объеме.

Таблица 2

Распределение по классам МКБ-10 и по нозологическим формам

Шифр по МКБ-10	Нозологические формы	Годы					
		2013		2014		2015	
F00 – F05, F06 (часть), F09	Органические психозы (или) слабоумие	9	14,8	4	7,1	5	8,9
F20	Шизофрения	35	57,3	36	64,2	36	64,2
F21	Шизотипическое расстройство	2	3,3	2	3,6	3	5,4
F25	Шизоаффективные психозы	3	4,9	1	1,8	1	1,8
F70 – F79	Умственная отсталость	12	19,7	11	19,6	10	17,9
F 23	Другие, в т. ч. до выхода из болезненного состояния	-	-	2	3,7	1	1,8
Всего		61	100	56	100	56	100

Из года в год практически не меняется количество тяжелых статей против личности, (убийства, причинение тяжких телесных повреждений – ст. 105, 111 УК РФ) – до 25%; практически на одном уровне остаётся количество пациентов, совершивших кражи, грабежи, разбой; за хранение и сбыт наркотических средств, с сексуальными правонарушениями в отделении находились единичные пациенты. Наибольшее количество преступлений совершалось в состоянии алкогольного опьянения по негативно-личностному механизму - до 90%, по продуктивно-психотическому - до 10 %.

Больные поступали в отделение из общепсихиатрических отделений; в 2013 году 73,9%, в 2014 году 83,3%; в 2015 году 69,2%. Увеличилось число поступивших из КПБСТИН с 4,3% в 2013 году до 8,7% в 2014 году, 15,4% в 2015 году. Уменьшилось число переводов в общепсихиатрические отделения, так как условия в отделениях общего типа для проведения принудительного лечения не достаточно определены - пациенты используют «смягченные» режимы для его нарушения - покидают пределы отделения, употребляют алкоголь и т.д. и в последующем возвращаются в специализированное отделение. На лечение в отделение общего типа на общих основаниях переводились пациенты в состоянии лекарственной ремиссии, без выраженных нарушений поведения с нерешенными вопросами о проживании, не имеющие родственников. Группу АДН составляет, кроме городских, большая часть сельских жителей, где отсутствует АПНЛ. В связи с чем сроки пребывания на принудительном лечении сельских пациентов больше, чем городских. Перевод на АПНЛ используется у хорошо адаптированных пациентов со стойкой ремиссией, положительным отношением к лечению во избежание проблем в семье, для сохранения профессиональ-

ных навыков. На АПНЛ выписывались молодые пациенты трудоспособного возраста с сохраненными социальными установками, проживающие в городе. Процент повторных поступлений уменьшился с 26,1% до 7,7%. Возвращенных в отделение с АПНЛ в 2013-2015 годах из-за совершения повторных общественно опасных действий не было. Переведены в ПБСТИН в 2013 году и в 2015 году по 1 пациенту в связи с грубыми нарушениями режима, с резистентностью к проводимой терапии.

Таблица 3

Статьи УК, по которым пациенты привлекались к уголовной ответственности

Статьи Уголовного кодекса	Годы		
	2013	2014	2015
105, 30/105	6	1	3
161, 162	4	2	3
131, 132	-	-	1
111 ч.1; 4.	1	5	1
158 ч.2, ч.3	6	7	4
167, 166	-	-	2
228	2	3	5
112, 115, 116, 118, 119, 213	3	5	6
318, 319, 317, 325, 207, 213, 238	5	1	1

Характеристика лечения

В течение последнего года ухудшилось бюджетное финансирование, в том числе ухудшилось снабжение амбулаторных больных бесплатными медикаментами в соответствии с федеральным и территориальным списками льготников. Особые проблемы с льготным обеспечением испытывали жители села. Однако в

отделении сохранялась возможность лечения больных, находящихся на принудительном лечении специализированного типа, с учетом их особой социальной опасности эффективными современными препаратами, что положительно сказалось на качестве лечения, уменьшении побочного действия психофармакологических препаратов, снижении агрессивных тенденций, нарушений режима пациентов отделения. Метод активной терапии подбирался дифференцированно для каждого больного с учётом клинических проявлений заболевания, давности процесса, наличия соматических противопоказаний к проведению той или иной терапии. Всем пациентам проводилась комплексная психофармакотерапия в основном классическими нейрорепрессантами, в том числе пролонгированного действия, а также у значительной части пациентов отделения проводилось по клиническим показаниям лечение нейрорепрессантами и современными антидепрессантами. В течение последних лет прослеживается тенденция к монотерапии нейрорепрессантами и современными антидепрессантами, к чему также стремятся врачи отделения.

Широко с учетом недостаточного комплаенса пациентов отделения использовались также нейрорепрессанты-пролонги: флуопентиксол-депо, галоперидол-деканат, зуклопентиксол-депо, флуфеназин-деканат, рисполепт-конста, которые удобны для поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. Подбор сочетаний и оптимальных дозировок был строго индивидуальным с учётом характера психопатологических расстройств и типа течения болезни. Хорошие результаты в малокурабельных случаях давало лечение клозапином. В лечении аффективных нарушений у больных назначались нормотимики: препараты углекислого лития, финлепсин (карбамазепин, депакин-хроно). Из побочных эффектов и осложнений психофармакотерапии наблюдались незначительные неврологические, вегетативные, соматические проявления, чаще всего экстрапирамидные, ортостатические расстройства, которые быстро редуцировались после уменьшения дозы препарата либо обрыва нейрорепрессантной терапии, при необходимости проводилась корригирующая, детоксикационная и нейрорепрессантная терапия, особенно хороший эффект наблюдался при внутривенном введении ноотропов, в том числе мексидола. Как правило, в случае побочного действия психофармакотерапии у больных выявлялась латентная сосудистая и резидуально-органическая недостаточность ЦНС.

Психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация

Задачей психиатрического отделения принудительного лечения специализированного типа является восстановление социального ста-

туса пациентов, обеспечение наиболее безболезненного выхода в общество, а также помощь пациенту в осознании им социальных ценностей и удовлетворении его социальных потребностей, в возвращении пациентов к общественно-полезной жизни в семье, коллективе и профилактика общественно-опасных действий. С 2006 года в отделении функционирует полноценная полипрофессиональная бригада в составе: врачи, медицинский психолог, специалист по социальной работе, медицинские сестры. Комплексная психофармакотерапия проводится в сочетании с психосоциальной терапией, реабилитационными мероприятиями, включающими занятия пациентов в коммуникативной, психообразовательных группах, тренинг социальных навыков, трудо-, библио-, арттерапию, инструментальную поддержку. Одной из центральных задач индивидуальной и групповой работы являлось постепенное уменьшение деструктивных и дефицитарных агрессивных проявлений поведения пациента. Длительное пребывание пациентов в стационаре делает особенно актуальной проблему формирования терапевтической среды и предполагает необходимость проведения различных досуговых мероприятий для поддержания повседневной активности пациентов. Для организации досуга в отделении имеются настольные игры, спортивный инвентарь, в том числе шведская стенка, теннисный стол; а также магнитофон, телевизор, DVD-плеер с караоке, гармонь, гитара, библиотека, видеотека и др. С реабилитационной целью пациенты имеют возможность пользоваться индивидуальными радиоприемниками, плеерами, электронными книгами без функции аудио-, видеозаписи; СМИ, а также возможность ежедневно звонить родственникам по разрешению и под контролем врача по отделенческому городскому и сотовому телефону. На специальных стендах помещаются информационные материалы, поздравления, результаты турниров по шашкам, нардам. Кроме того, в трудовой терапии участвуют более 10 пациентов ежедневно в основном по самообслуживанию, на хозяйственных работах. В соответствии с правилами внутреннего распорядка дня для пациентов отделения принудительного лечения специализированного типа, утвержденными приказом главного врача больницы, прогулки пациентов проводятся ежедневно на специально оборудованной с целью предотвращения побегов, других общественно-опасных действий пациентов, прогулочной площадке отделения в сопровождении санитаров и охранников более 50 пациентов ежедневно. Посещение пациентов родственниками и знакомыми в соответствии с внутренним распорядком дня разрешено в помещении отделения в присутствии дежурной медицинской сестры и охраны. Список посетителей оговаривается в информированном доб-

ровольном согласии на медицинское вмешательство. Приобретение личных вещей, предметов гигиены для пациентов, утративших социальные связи, по их письменному заявлению осуществляется специалистом по социальной работе отделения один раз в 2 недели на пенсионные деньги, которые получает она же по доверенности от пациентов ежемесячно. Пациенты имеют право получать от родственников на свидании газеты и журналы, читают их, передавая друг другу. Активно работает Совет самоуправления пациентов. В отделении большинство пациентов нуждается в инструментальной поддержке. Специалистом по социальной работе восстанавливаются утраченные документы, гражданство, оформляются пенсии. За отчетный период пациентам восстановлено 9 паспортов, 49 страховых полисов, зарегистрировано по месту временного пребывания 40 пациентов. Полипрофессиональной бригадой, а именно, медицинским психологом совместно с врачами, специалистом по социальной работе еженедельно проводятся групповые и индивидуальные психообразовательные и коммуникативные занятия с пациентами и их родственниками, в среднем ежегодно по 10 циклов. В 2015 году психологом проведено 287 ежедневных коммуникативных занятий, Врачами проведено в 2015 году 536 групповых психообразовательных занятия. Организовано обучение грамоте и счету неграмотных пациентов. С ноября 2012г. отделение регулярно посещает православный священник. Совершаются религиозные обряды по просьбе православных пациентов. Регулярно пациенты совместно с пациентками женских отделений участвуют в проведении праздничных, спортивных мероприятий, дискотек, в творческих конкурсах.

Объем проведенных исследований

Вся лечебно-диагностическая работа терапевта курирующего отделение осуществляется в тесном контакте с заведующей отделением и лечащим врачом-психиатром. При необходимости осуществляются консультации специалистами больницы: неврологом, хирургом, дерматовенерологом, урологом, лор-врачом, стоматологом, окулистом. К работе привлекается диагностическое отделение, которое существует в больнице: рентгенологическое, стоматологическое, ультразвукового исследования, клиническая, биохимическая и бактериологическая лаборатории, лаборатория высшей нервной деятельности и др. Широко используются возможности городского диагностического центра. Больные, трудные в диагностическом плане, осматриваются консилиумом в составе заместителя главного врача, заведующего отделением, старшего терапевта и невролога, клинического фармаколога, лечащего терапевта и психиатра.

Трудовая врачебная экспертиза

Одной из важнейших проблем в психиатрической практике является проблема инвалидизации вследствие психического заболевания. Психические расстройства после сердечно-сосудистых заболеваний занимают второе место по значимости финансового бремени для страны вследствие большого числа инвалидов по психическим заболеваниям. Среди находившихся в отделении в отчетном периоде преобладали пациенты с длительным, многолетним течением психического заболевания, поступавшие в стационар с группой инвалидности, либо получившие инвалидность первично за время пребывания на принудительном лечении.

Большинство пациентов, находившихся в отделении в 2013-2015 годах, имели II-III группу инвалидности, пенсионеров по возрасту по годам от 2 до 4. Пациенты, не имеющие инвалидности, находились в отделении до выхода из болезненного состояния. В течение 2015 года 3 пациентам без трудового стажа с многолетней алкоголизацией МСЭ по новому законодательству в инвалидности было отказано. Законность данного решения подтверждена вышестоящими инстанциями, куда пациенты обращались с письменными жалобами, хотя данный Федеральный Закон входит в противоречие с Законом «О психиатрической помощи...», в котором указано, что больные имеют право на получение пенсии по инвалидности на весь срок стационарного принудительного лечения.

Профилактика ООД

Опасность больного снижается или устраняется в двух случаях:

1. Когда течение болезни становится катастрофическим и признаки грубого дефекта психики не позволяют пациенту находиться вне условий психиатрического стационара, в тоже время его патологическая активность угасает и соответственно уменьшается его опасность. В этих случаях продолжение принудительного лечения в стационарах специализированного типа лишено смысла. Оно может быть прекращено и пациент переведен в больницу общего типа по месту жительства.

2. Когда наступило улучшение состояний или практическое выздоровление. Естественно, что самый желательный вариант достигается путем адекватного лечения пациентов и соответствующих реабилитационных мероприятий.

Повторных правонарушений после прекращения принудительного лечения в течение года после выписки в 2013-2015гг в отделении не было. Полипрофессиональной бригаде отделения постоянно приходится решать вопросы где, с кем, на какие средства и в каких условиях после выписки будет проживать пациент, заниматься вопросами трудовой адаптации, сохранением семьи, защищать права пациентов.

АНАЛИЗ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ» Титов Д.С., Гаврилова А.С., Титов С.С., Никонов Д.А., Стельмах Е.В.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Наркологический диспансер»

pontiac@list.ru

Аннотация

Представлен анализ наркологической ситуации на территории Омской области, включающий комплексный подход к изучению распространенности употребления психоактивных веществ и наркологических расстройств. Изучение тенденций развития наркологической ситуации позволяет дать оценку эффективности мероприятий по профилактике, ранней диагностике, лечению и реабилитации наркологических больных и медицинских последствий употребления ПАВ, а также определить основные направления совершенствования деятельности по снижению распространенности алкоголизма, наркомании, токсикомании..

Ключевые слова: наркологическая ситуация, распространенность, заболеваемость, наркологическая помощь, профилактика

ANALYSIS OF THE NARCOLOGICAL SITUATION IN THE OMSK REGION. ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN THE PROFILE «PSYCHIATRY-NARCOLOGY»

Titov D.S., Gavrilova A.S., Titov S.S., Nikonov D.A., Stelmakh E.V.

Abstract. The article presents an analysis of the narcological situation in the Omsk region, including a comprehensive approach to the study of the prevalence of the use of psychoactive substances and narcological disorders. The study of trends in the development of the drug situation allows to assess the effectiveness of interventions for the prevention, early diagnosis, addiction medicine and rehabilitation of narcological patients and to determine the main directions of improvement activities to reduce the prevalence of alcoholism, narcomania and toxicomania.

Keywords: narcological situation, prevalence, morbidity, addiction medicine, prevention.

ВВЕДЕНИЕ

Проблемы распространения наркологических расстройств среди населения являются актуальными во всех регионах России. Об этом свидетельствуют стабильно высокие количественные показатели, характеризующие медицинскую составляющую наркологической ситуации [1]. Анализ наркологической ситуации и ее динамики по данным медицинской статистики является составной частью мониторинга распространения наркологических заболеваний среди населения Омской области [2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ распространения наркологических расстройств среди населения Омской области, и совершенствование на этой основе организации оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и дифференциальных профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе бюджетного учреждения здравоохранения Омской области (далее БУЗОО) «Наркологический диспансер» в организационно-методическом консультативном отделе. Объектом исследования стали пациенты, страдающие наркологическими расстройствами. В ходе исследования применялись клиничко-психопатологический,

клиничко-динамический, клиничко-катамнестический и статистические методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На 1 января 2021 года под наблюдением врачей психиатров-наркологов Омской области состояло 28 045 человек (на 01.01.2020 года – 28 228 человек, в динамике снижение на 0,6%), в том числе 6 905 женщин и 500 несовершеннолетних (на 01.01.2020 года – 6 939 и 601 человек соответственно).

Из общего числа потребители алкоголя составили 20 242 человека, или 72,2% (на 01.01.2020 года – 20 457 человек, или 72,5%), потребители наркотических средств – 7 321 человек, или 26,1% (на 01.01.2020 года 7 294 человека, или 25,8%), потребители токсических веществ – 482 человека, или 1,7% (на 01.01.2019 года 477 человек, или 1,7%). В структуре наркологических расстройств соотношение доли потребителей наркотических средств и доли потребителей алкоголя сохранилось на уровне 2019 года.

Распространенность психических и поведенческих расстройств в связи с употреблением психоактивных веществ в 2020 году составила 1 558,2 случая на 100 тысяч населения (общая заболеваемость), что на 1,3% ниже показателя 2019 года (2019 год: Российская Федерация (да-

лее – РФ) – 1 293,4 случая; Сибирский Федеральный округ (далее – СФО) – 1 277,1 случая; Омская область – 1 578,0 случаев на 100 тысяч населения). Показатель распространенности в г. Омске составил 1 522,6 случаев (2019 год – 1 517,3 случая; в динамике рост на 0,3%), в среднем по муниципальным районам – 1 611,6 случаев на 100 тысяч населения (2019 год – 1 668,8 случаев; в динамике снижение на 3,4%).

Из общего числа зарегистрированных больных жители муниципальных районов в 2020 году составили 41,4% (2019 год – 42,4%). Среди зарегистрированных больных Омской области 75,6% – мужчины, 24,4% – женщины. Наиболее высокая доля мужчин среди больных, употребляющих наркотики с вредными последствиями (90,5%), алкогольными психозами (86,8%), токсикоманиями (86,3%), наркоманиями (78,2%), употребляющих ненаркотические вещества с вредными последствиями (77,6%). Распределение по возрасту в регионе контингентов зарегистрированных наркологических больных выглядит следующим образом: 0-14 лет – 0,4%; 15-17 лет – 1,8%; 18-19 лет – 1,5%; 20-39 лет – 33,1%; 40-59 лет – 44,0%, 60 и старше – 19,2%.

В 2020 году число случаев наркологических расстройств у женщин составило 706,9 случаев на 100 тысяч женского населения (2019 год – 712,7 случаев; в динамике снижение на 0,8%). Из зарегистрированных женщин 54,8% (4 014 человек) проживали в городе Омске (2019 год – 53,9% или 4 012 человек); 45,2% (3 309 человек) – в муниципальных районах области (2019 год – 46,1% или 3 438 человек).

В 2020 году в Омской области зарегистрировано 153,9 случаев наркологических расстройств на 100 тысяч населения в возрасте до 18 лет (2018 год – 194,6 случаев; 2019 год – 190,8 случаев на 100 тысяч несовершеннолетнего населения Омской области). На начало 2021 года у врачей психиатров-наркологов Омской области наблюдалось 500 несовершеннолетних, что на 16,8% меньше, чем в 2019 году (601 человек). Жители г. Омска составили 405 человек (81,0%) (2019 год – 503 человека, или 83,7%), жители муниципальных районов Омской области – 95 человек (19,0%) (2019 год – 98 человек, или 16,3%). В 2020 году по сравнению с 2019 годом отмечалось увеличение доли несовершеннолетних жителей муниципальных районов Омской области с 16,3% до 19,0% (на 2,7%). Из общего числа – потребители алкоголя составили 256 человек (51,2%) (2019 год – 342 человека, или 56,9%), наркотических средств – 120 человек (24,0%) (2019 год – 136 человек, 22,6%), токсических веществ – 124 человека (24,8%) (2019 год – 123 человека, или 20,5%). В динамике: снизилась доля потребителей алкоголя с 56,9% до 51,2% (на 5,7%); увеличилась доля потребителей наркотических средств с 22,6% до 24,0% (1,4%); увеличилась доля потребителей ненаркотических токсических веществ с 20,5% до 24,8% (4,3%).

Первичная заболеваемость в 2020 году с учетом всех наркологических заболеваний уменьшилась на 19,0% (2018 год – 93,2 случая; 2019 год – 81,9 случаев; 2020 год – 66,3 случая на 100 тысяч населения) (2019 год: РФ – 111,2 случая; СФО – 132,5 случаев; Омская область – 81,9 случаев на 100 тысяч населения); в г. Омске – 61,7 случаев (2019 год – 99,9 случаев; в динамике снижение на 38,2%), по муниципальным районам – 73,4 случая (2019 год – 84,8 случаев; в динамике снижение на 13,4%).

За 2020 год на диспансерное наблюдение взято 1 278 человек с впервые в жизни установленным диагнозом наркологического расстройства (за 2019 год – 1 592 человека); из них 62,3% (796 человек) имели заболевания, связанные с употреблением алкоголя (2019 год – 61,7% или 982 человека); 33,6% (430 человек) наркотических средств (2019 год – 35,0% или 557 человек); 4,1% (52 человека) токсических веществ (2019 год – 3,3% или 53 человека).

Среди впервые взятых под наблюдение доля мужчин преобладала в группах: употребление наркотических средств с вредными последствиями (89,8%), алкогольные психозы (86,8%), наркомания (83,8%), употребление алкоголя с вредными последствиями (70,5%). В 2020 году выявлено наркологическое расстройство у 292 женщин – 22,8% от общего числа взятых под наблюдение (2019 год – 339 человек или 21,3%).

Распределение по возрасту в регионе впервые выявленных наркологических больных выглядит следующим образом: 0-14 лет – 5,3%; 15-17 лет – 8,5%; 18-19 лет – 2,3%; 20-39 лет – 52,6%; 40-59 лет – 27,9%, 60 и старше – 3,5%.

В 2020 году среди детей до 14 лет выявлено впервые в жизни 68 случаев наркологического расстройства (2018 год – 91 случай; 2019 год – 95 случаев); среди подростков 15-17 лет – 108 случаев (2018 год – 206 случаев; 2019 год – 185 случаев). В 2,8% случаев у несовершеннолетних установлен диагноз зависимости от психоактивных веществ (далее – ПАВ), в 97,2% зарегистрировано употребление ПАВ с вредными для здоровья последствиями.

В 2020 году алкогольные расстройства преобладали в структуре наркологических заболеваний. Число зарегистрированных в течение 2020 года лиц с проявлениями злоупотребления алкоголем составило 1,15% (2018 год – 1,14%; 2019 год – 1,13%) населения Омской области (2018 год – 22 414 человек; 2019 год – 21 972 человека; 2020 год – 21 492 человека).

Распространенность алкоголизма, включая алкогольные психозы, составила 922,8 случаев на 100 тысяч населения (2018 год – 949,4 случая; 2019 год – 933,7 случая) (2019 год: РФ – 873,3 случая; СФО – 793,0 случаев; Омская область – 933,7 случаев), в городе Омске – 753,5 случаев (2018 год – 740,1 случая; 2019 год – 741,0 случаев), в муниципальных районах области – 1 176,1 случая (2018 год – 1 260,8 случаев, 2019 год – 1

221,5 случаев).

Среди мужчин показатель распространенности этой патологии составил 1 521,0 случаев в расчете на 100 тысяч мужского населения (2018 год – 1 518,4 случая; 2019 год – 1 485,2 случая); среди женщин – 454,5 случаев на 100 тысяч женского населения (2018 год – 460,2 случая; 2019 год – 459,4 случая). Соотношение мужчин и женщин составило 2,88:1 (2018 год – 2,84:1; 2019 год – 2,78:1).

В 2020 году показатель первичной заболеваемости алкоголизмом с алкогольными психозами в Омской области составил 25,3 случая на 100 тысяч населения, что на 6,6% ниже, чем в 2019 году (2018 год – 29,9 случаев; 2019 год – 27,1 случая) (2019 год: РФ – 51,9 случаев; СФО – 58,8 случаев; Омская область – 27,1 случая). Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами составил 5,5 случаев на 100 тысяч населения, что в 1,4 раза ниже, чем в 2019 году (2018 год – 7,1 случая; 2019 год – 7,5 случаев) (2019 год: РФ – 12,5 случаев; СФО – 16,3 случая; Омская область – 7,5 случаев).

В структуре впервые выявленных случаев расстройств, связанных с употреблением алкоголя, 1,6% приходилось на больных с I стадией алкогольной зависимости (2019 год – 2,6%); 46,4% составляли больные алкоголизмом II и III стадии (2019 год – 36,2%); 13,3% – больные с алкогольными психозами (2019 год – 14,8%); 38,7% – злоупотребляющие алкоголем с вредными последствиями (2019 год – 46,4%).

В Омской области зарегистрировано 7 981 человек, допускающих немедицинское употребление наркотиков (2019 год – 8 155 человек; в динамике снижение на 2,1%). В 2020 году доля лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, составила 62,3% (от числа зарегистрированных больных наркоманией и употребляющих наркотики с вредными последствиями) (2019 год – 64,0%).

В структуре зарегистрированных случаев наркомании преобладали больные опийной наркоманией (2018 год – 76,1%; 2019 год – 73,5%; 2020 год – 70,5%). В 2020 году сохранилась тенденция к увеличению доли больных гашишной наркоманией (2018 год – 4,6%; 2019 год – 4,8%; 2020 год – 5,1%), а также с зависимостью от психостимуляторов (2018 год – 3,1%; 2019 год – 3,5%, 2020 год – 3,7%), продолжилось рост группы пациентов, допускающих употребление нескольких наркотических средств (2018 год – 16,3%; 2019 год – 18,2%, 2020 год – 20,6%).

В 2020 году показатель распространенности наркомании в Омской области составил 268,2 случая на 100 тысяч населения, что на 0,4% выше по сравнению с 2019 годом (2018 год – 270,5 случаев; 2019 год – 267,0 случаев) (2019 год: РФ – 160,9 случаев; СФО – 224,6 случаев; Омская область – 267,0 случаев).

Первичная заболеваемость наркоманией составила 7,1 случая на 100 тысяч населения, что

на 4,1% ниже по сравнению с 2019 годом (2018 год – 7,7 случаев, 2019 год – 7,4 случая) (2019 год: РФ – 9,9 случаев; СФО – 13,7 случаев; Омская область – 7,4 случая). Показатель первичной заболеваемости наркоманией в городе Омске составил 10,2 случая на 100 тысяч городского населения (2018 год – 9,9 случаев, 2019 год – 10,5 случаев), среднерайонный показатель составил – 2,3 случая (2018 год – 4,4 случая, 2019 год – 2,7 случаев).

Распространенность наркоманий среди женщин в 2020 году снизилась на 0,4% по сравнению с 2019 годом (2018 год – 109,4 случая; 2019 год – 108,3 случая; 2020 год – 108,7 случаев). Среди мужчин показатель составил 12,8 случаев на 100 тысяч мужского населения (2018 год – 14,0 случаев; 2019 год – 13,2 случая).

В 2020 году зарегистрировано 0,6 случаев среди детей в возрасте до 14 лет с диагнозом «наркомания» (2 случая) (2018 год – 0,3 случая, 2019 год – 0 случаев). Распространенность наркомании среди подростков составила 8,5 случаев на 100 тысяч подросткового населения (2018 год – 16,9 случаев, 2019 год – 15,9 случаев). В 2020 году среди детей (0-14 лет) не установлено ни одного первичного случая наркомании. Среди подростков в возрасте 15-17 лет также не установлено ни одного первичного случая наркомании (2018 год – 3,8 случаев; 2019 год – 3,5 случаев).

В 2020 году зарегистрировано 2 813 человек, употребляющих наркотики с вредными последствиями (2018 год – 2 848 человек; 2019 год – 2 964 человека) или 146,0 случаев на 100 тысяч населения, что на 4,3% ниже, чем в 2019 году (2018 год – 145,3 случая; 2019 год – 152,5 случаев). Показатель первичной заболеваемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, в 2020 году в Омской области составил 15,3 случаев на 100 тысяч населения (2018 год – 27,1 случая, 2019 год – 21,3 случая).

Распространенность токсикомании в 2020 году составила 13,2 случая на 100 тысяч населения, что на 1,5% выше в сравнении с 2019 годом (2018 год – 13,8 случаев, 2019 год – 13,0 случая). Распространенность токсикомании среди женщин увеличилась на 9,7% (2018 год – 3,2 случая; 2019 год – 3,1 случая; 2020 год – 3,4 случая). Из 255 зарегистрированных пациентов токсикоманией, не достигли возраста 18 лет – 3,9% (2018 год – 3,7%, 2019 год – 3,2%). В 2020 году первичная заболеваемость токсикоманией среди женщин составила 0,1 случая (2018-2019 гг. – 0 случаев).

Оказание медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» на территории Омской области организовано в рамках действующих нормативных правовых актов в полном объеме на трех этапах – амбулаторном, стационарном и реабилитационном.

В 2020 году в учреждениях здравоохранения Омской области обеспеченность врачами психи-

атрами-наркологами составила 0,34 на 10 тысяч населения (2019 год: РФ – 0,35; СФО – 0,32; Омская область – 0,34). В Омской области 100% врачей психиатров-наркологов имеют сертификат специалиста (2019 год: РФ – 99,7%; СФО – 99,4%; Омская область – 100%). В 2020 году продолжился рост квалификации врачей психиатров-наркологов: увеличился удельный вес специалистов, имеющих высшую и первую квалификационные категории.

В Омской области развернуто 44 наркологических кабинета, в которых организована амбулаторная помощь взрослому и детскому населению, в том числе анонимно. Проводятся профилактические мероприятия во взаимодействии с различными ведомствами и общественными движениями. В г. Омске мощность амбулаторной службы составляет 267 посещений в смену, ежегодно за медицинской помощью в наркологических кабинеты обращается около 35,0 тысяч наркологических больных. В 2020 году проводилось консультирование созависимых, детей «группы риска» в комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав (8 912 человек), взрослого и детского населения на опорных пунктах полиции (5 216 человек). В каждом округе г. Омска функционирует дневной стационар – общей мощностью 20 мест; в 2020 году пролечено 249 больных (2018 год – 245 человек; 2019 год – 247 человек). Во всех подразделениях амбулаторной службы работают врачи психиатры-наркологи, медицинские психологи и специалисты по социальной работе, обеспечивающие мероприятия по лечению, реабилитации, психодиагностике, психологической поддержке пациентов с наркологическими проблемами и их близких, социальной помощи больным.

Общая мощность стационарной наркологической службы в 2020 году составила 1,16 койки на 10 тысяч населения (2019 год: РФ – 1,35; СФО – 1,09; Омская область – 1,16). Средняя длительность пребывания больных на наркологических койках 20,5 дня (2019 год – 22,2 дня). В стационарных условиях прошли лечение более 2,1 тысяч больных алкоголизмом, 0,6 тысяч больных наркоманиями и 0,3 тысяч пациентов с другими наркологическими расстройствами. В структуре коечного фонда 30 коек выделено для лечения женщин, 30 коек для несовершеннолетних. Стационарные отделения оснащены современным оборудованием, проведен ремонт. В стационарных отделениях работают врачи психиатры-наркологи, врачи других специальностей, медицинские психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники, осуществляющие проведение лечебно-диагностических мероприятий, реабилитации, психодиагностику и психокоррекцию, социальную поддержку, а также мотивацию пациентов к полноценному комплексному лечению и дальнейшей реабилитации в амбулаторных условиях.

По окончании курса стационарного лечения

несовершеннолетнего с личного согласия родителя (законного представителя) информация о необходимости оказания мер социально-психологической помощи направляется в Департамент образования г. Омска (2018 год – 14 человек; 2019 год – 10 человек; 2020 год – 17 человек).

Химико-токсикологическая лаборатория БУЗОО «Наркологический диспансер» укомплектована необходимым оборудованием и кадрами в соответствии с нормативной правовой базой. Используемая аппаратура позволяет проводить полный спектр исследований для определения психоактивных веществ. В рамках действующих нормативных правовых документов в течение 2020 года проводилось тестирование различных категорий граждан на наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты. В 2020 году в лаборатории БУЗОО «Наркологический диспансер» проведено 139 286 химико-токсикологических исследований биологических сред человека для определения фактов употребления наркотических средств и психотропных веществ (2018 год – 146 924 исследования; 2019 год – 164 616 исследований).

Министерство здравоохранения и наркологическая служба Омской области совместно с Министерством образования Омской области проводят двухэтапную профилактическую работу с обучающимися образовательных организаций, их родителями, педагогами с тестированием подростков и молодежи на употребление наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в период учебного года. Перед проведением профилактических медицинских осмотров организуются встречи врача психиатра-нарколога с обучающимися и их законными представителями, на которых разъясняются цель и порядок проведения профилактического медицинского осмотра, а также освещаются вопросы наркологической ситуации на территории региона, факторах риска развития зависимостей от психоактивных веществ в детско-подростковом возрасте и др. За 2020 год профилактические медицинские осмотры с тестированием на наркотики прошло 800 обучающихся образовательных организаций Омской области и г. Омска (2015 год – 808 человек; 2016 год – 663 человека; 2017 год – 1 768 человек; 2018 год – 1 332 человека; 2019 год – 2 700 человек). По результатам проведенных химико-токсикологических исследований в 2020 году выявлено 2 положительных результата: один положительный результат на декстроамфетамин (класс амфетамины), один – на морфин (класс опиаты) (2015 – 2016 годы положительных результатов не выявлено; 2017 год – 3 положительных результата; 2018 год – 6 положительных результатов; 2019 год – 4 положительных результатов).

Реабилитация больных осуществлялась в отделении с круглосуточным пребыванием

больных на 25 коек, стационарных отделениях и в амбулаторных условиях (кабинет медицинской реабилитации для несовершеннолетних и наркологические кабинеты).

В 2020 году доля лиц, включенных в амбулаторные реабилитационные программы, составила 8,6% от общего числа состоящих под диспансерным наблюдением на конец года или 2 412 человек (2019 год – 8,6% или 2 428 человек) (плановый показатель по РФ – 3,6%). Успешно завершили программы медицинской реабилитации 53,0% от числа включенных или 1 279 человек (2019 год – 53,1% или 1 289 человек) (плановый показатель по РФ – 52%).

Доля лиц, включенных в программы стационарной медицинской реабилитации, в 2020 году составила 19,4% от общего числа пролеченных в стационарных условиях или 586 человек (2019 год – 20,7% или 768 человек) (плановый показатель по РФ – 4,8%). Успешно завершили реабилитацию 498 человек или 85,0% от числа включенных (2019 год – 85,2% или 654 человека) (плановый показатель по РФ – 80%).

Внедрение реабилитационных программ способствовало повышению показателя выхода в ремиссию среди больных наркоманией. Так доля больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 до 2 лет, от среднегодового контингента в 2020 году составила 9,3% или 452 человека (2019 год – 9,4% или 457 человек) (плановый показатель по РФ – 8,8%). Доля больных наркоманией в ремиссии более 2 лет составила 10,0% или 486 человек (2019 год – 9,9% или 482 человека) (плановый показатель по РФ – 9,4%).

Доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 до 2 лет, от среднегодового контингента в 2020 году составила 12,0%, или 2 042 человека (2019 год – 12,2%, или 2 087 человек) (плановый показатель по РФ – 11,7%). Доля больных алкоголизмом в ремиссии более 2 лет составила 9,8%, или 1 668 человек (2019 год – 9,7%, или 1 674 человека) (плановый показатель по РФ – 9,4%).

Клинико-экспертная служба БУЗОО «Наркологический диспансер» в своей структуре имеет экспертный отдел и отделение медицинского освидетельствования на состояние опьянения с двумя кабинетами, один из которых работает в круглосуточном режиме. В муниципальных районах медицинское освидетельствование проводится врачами психиатрами-наркологами и специально подготовленными медицинскими работниками общей лечебной сети. Количество лиц, доставленных для проведения медицинского освидетельствования, в 2020 году составило 6 185 человек (2018 год – 7 717 человек; 2019 год – 7 697 человек). Установлено фактов опьянения в 2 407 случаях (2018 год – 4 272 случая; 2019 год – 3 245 случаев). Уменьшилось число отказов от освидетельствования на 13,6% (2018 год – 567 случаев; 2019 год – 870; 2020 год – 752 случая).

Организационно-методический консульта-

тивный отдел обеспечивает информационную поддержку профилактических проектов, методическую помощь лечебно-профилактическим учреждениям и специалистам различных ведомств Омской области. По решению Антинаркотической комиссии Омской области отделом организован мониторинг наркологической ситуации на территории региона.

В БУЗОО «Наркологический диспансер» в круглосуточном режиме работают «горячая линия» по лечению наркозависимости, «горячая линия» по прекращению потребления табака и лечения табачной и иных видов зависимости, а также телефоны доверия (круглосуточные) по вопросам лечения наркологических зависимостей для взрослого и детского населения. Специалисты отвечают на вопросы граждан в любое удобное для них время.

Под руководством Министерства здравоохранения Омской области приоритетным направлением деятельности наркологической службы региона является профилактическая работа, направленная на предупреждение формирования наркологических расстройств и пропаганду здорового образа жизни.

Вопросы организации наркологической помощи и профилактики наркологических расстройств на территории Омской области заслушиваются на заседаниях межведомственных комиссий в Правительстве Омской области, Министерстве здравоохранения Омской области, Администрации города Омска.

В рамках первичной профилактики за 2020 год специалистами наркологической службы проведено более 6,5 тысяч профилактических мероприятий по санитарному просвещению, пропаганде здорового образа жизни, в которых приняло участие более 143,2 тысяч человек.

В 2020 году наркологическая служба Омской области осуществляла взаимодействие в реализации программ Правительства, Министерства здравоохранения Омской области по формированию у населения региона навыков здорового образа жизни, укреплению материально-технической базы наркологической службы, приобретению медицинского и иного оборудования, обучению медицинских работников, созданию базы для повышения эффективности реабилитационных мероприятий и профилактики наркологических расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2018-2019 годах: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 194 с.
2. Титов Д.С., Гаврилова А.С., Титов С.С., Никонов Д.А., Стельмах Е.В. Состояние проблем здоровья, связанных с употреблением психоактивных веществ в Омской области за 2020 год (информационно-аналитический бюллетень). – Омск, 2021. – 40 с.