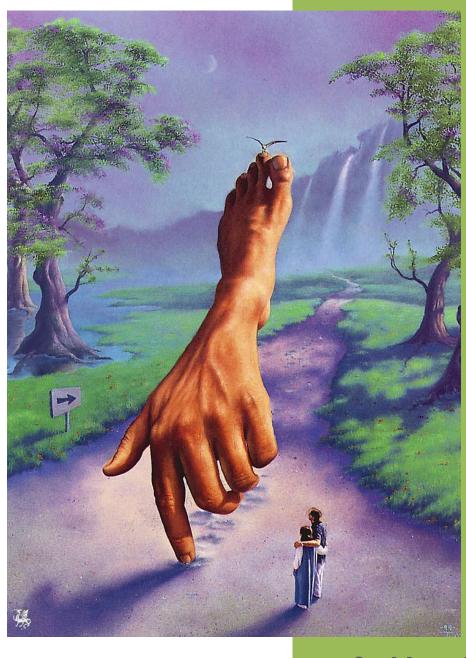
Омский психиатрический журнал

2 (29) 2021



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал Omsk Journal of Psychiatry

2(29) 2021

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

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

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы материалы и иллюстрации из открытых Интернет-источников

На титульной странице размещена репродукция картины

Jim Warren
"Man with no words"

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)

Белебеха 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)

© Омский психиатрический журнал. 2021 Выпуск размещен 28 июня2021 года

Содержание / Contents

Колонка редактора 2 Editor's column

XVII Съезд психиатров России

XVII Congress of Russian Psychiatrists

Резолюция делегатов XVII Съезда психиатров России и участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Интердисциплинарный подход к коморбидно-

психических расстройств на пути к интегративному лечению»

Информационное сообщение о Съезде общественной организации "Российское общество психиатров"

Тезисы выступлений членов делегации OO «Омское общество психиатров» на XVII Съезде психиатров Россииа

3 Resolution
of the delegates of the XVII Congress
of Russian Psychiatrists and
participants of the All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation
«An Interdisciplinary Approach to the Comorbidity
of Mental Disorders on the Way to Integrative
Treatment»

- 12 Information message about the Congress of the public organization «Russian Society of Psychiatrists»
- 15 Abstracts of the speeches of the members of the delegation "Omsk Society of Psychiatrists" at the XVII Congress of Russian Psychiatrists

Психотерапия и реабилитация

Песочная сказкотерапия в работе с нарушениями женской инициации *Н.В. Дмитриева, Л.Н. Антилогова, Н.Ю. Рядинская*

Psychotherapy and rehabilitation

26 Sand fairy tale therapy in working with violations of female initiation *N.V. Dmitrieva, L.N. Antilogova, N.Y. Ryadinskaya*

Новости психиатрии 33 Psychiatry news

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Съезды психиатров России всегда становились крупнейшими научными и общественными событиями своего времени, вехой в развитии научной психиатрии и службы оказания психиатрической помощи в нашей стране. Не стал исключением и XVII Съезд психиатров России совместно с международным конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», проходящий 15-18 мая 2021 г. в Санкт-Петербурге и собравший более 1500 очных участников и более 30 000 удаленных спикеров и слушателей. Научная программа XVII Съезда - одна из наиболее масштабных за всю историю проведения научных мероприятий в российской психиатрии. Она включила в себя порядка 50 научных мероприятий – секционных заседаний, симпозиумов, круглых столов, в рамках которых рассмотрены различные аспекты не только общей клинической и социальной психиатрии, но и широкий круг специальных вопросов в области детской и гериатрической психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы и военной психиатрии, наркологии, суицидологии и сексологии, гендерных особенностей психического здоровья, а также правовые основы оказания психиатрической помощи и взаимодействие с социальными институтами и общественными организациями с целью сохранения и укрепления психического и психологического здоровья.

В рамках XVII Съезда психиатров России прошел также и съезд Российского общества психиатров (РОП), на котором были подведены итоги пятилетнего периода работы общества и намечены новые перспективы дальнейшего развития.

Российское общество психиатров (РОП) принял Региональный конгресс ВПА, который проходил также с 15 по 18 мая 2021 года. Этот конгресс предоставил возможность национальным и международным специалистам в области психического здоровья услышать выступления всемирно известных экспертов и лидеров в области психиатрии, а также получить информацию о развитии и укреплении региональных достижений на основе международного опыта.

Одной из основных задач российского психиатрического сообщества – продолжить работу по подготовке к внедрению Международной классификации болезней МКБ-11, включая широкое обсуждение в профессиональном сообществе на различных площадках связанных с этим проблемных вопросов, выработку взвешенной, профессионально обоснованной позиции, учитывающей как современные реалии, так и клинические традиции. Наш журнал активно участвует в этой дискуссии.

Делегация общественной организации «Омское общество психиатров» активно участвовала в работе Съезда психиатров России. В состав делегации вошли С.С. Одарченко, О.Е. Крахмалева, С.И. Козлов, А.Д. Шеллер, М.А. Шарамкова, Т.И. Иванова, Л.В. Моор, Д.В. Четвериков, И.В. Напалков, К.Н. Кузьмина, А.В. Арсланова, Ю.А. Жданова, И.В. Гранкина, К.Ф. Васильченко, О.А. Панеко, О.А. Александрова, С.П. Марченкова, С.А. Патер, К.А. Гасенко, А.В. Лубеницкая. В текущем номере журнала представлены тезисы, с которыми наши коллеги выступили на Съезде.

Психическое здоровье – один из главных показателей благополучия человека и населения страны. В наше время психиатрическая помощь становится все более доступной и персонализированной. Расширение фундаментальных исследований и технический прогресс способствует быстрому развитию психиатрической науки, и на сегодняшнем этапе в ее задачи входят не только эффективное лечение и реабилитация, но и активное решение вопросов профилактики, сохранение и укрепление психического здоровья нации в целом.

Участники форума подчеркнули, что для обеспечения комплексного, многостороннего подхода к проблемам психического здоровья населения, профилактики, лечения, психических и соматических заболеваний, улучшения качества жизни пациентов, решения их социальных проблем необходимы развитие и плодотворная интеграция нескольких специальностей и дисциплин - психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, общей медицины.

Правление Омского общества психиатров Редакционная коллегия

XVII Съезд психиатров России

РЕЗОЛЮЦИЯ ДЕЛЕГАТОВ XVII СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ РОССИИ И УЧАСТНИКОВ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К КОМОРБИДНОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ПУТИ К ИНТЕГРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ». Санкт-Петербург, 15-18 мая 2021 года

XVII Съезд психиатров России совместно с международным конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» 15-18 мая 2021 г. в Санкт-Петербурге собрал более 1 500 очных участников и более 30 000 удаспикеров и слушателей. программа XVII Съезда - одна из наиболее масштабных за всю историю проведения научных мероприятий в российской психиатрии - включала более 50 научных мероприятий - секционных заседаний, симпозиумов, круглых столов, в рамках которых рассматриваются различные аспекты не только общей клинической и социальной психиатрии, но и широкий круг специвопросов области детской альных В гериатрической психиатрии, судебнопсихиатрической экспертизы и военной психиатрии, наркологии, неврологии, суицидологии и сексологии, гендерных особенностей психического здоровья, а также правовые основы окапсихиатрической помощи взаимодействие с социальными институтами и общественными организациями в целях сохранения и укрепления психического и психологического здоровья.

В рамках XVII Съезда психиатров России прошел также и съезд Российского общества психиатров (РОП), на котором были подведены итоги пятилетнего периода работы общества и намечены перспективы дальнейшего развития.

Совместно с Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) Российское общество психиатров организовало и провело в Санкт-Петербурге 16-18 мая 2021 года Региональный конгресс, который предоставил прекрасную возможность национальным и международным специалистам в области психического здоровья услышать выступления всемирно известных экспертов и лидеров в области психиатрии, а также получить информацию о развитии и укреплении региональных достижений на основе

международного опыта. В свою очередь ВПА получила больше информации о развитии российской психиатрии и отечественных достижениях на основе научного иорганизационного опыта.

Исходя из принципов действий ВПА, Российское общество психиатров подчеркивает исключительную важность права на здоровье, а также права на доступ к образованию и информации по вопросам здоровья, включая продвижение партнерства с пациентами, их опекунами и семьями. В прошлом психиатров и некоторых членов нашего национального общества обвиняли в нарушениях прав человека и злоупотреблении психиатрией в немедицинских целях, в том числе в политических. РОП осуждает такую практику и заявляет, что в настоящее время подобное невозможно. Уверены, что действующий Закон РФ о психической помощи, демократические преобразования в различных сферах повседневной жизни, включая независимость прессы, инициирование множества программ, подчеркивающих важность прав человека, и создание комиссии по этике РОП, являются гарантией продвижения мер по предотвращению любых попыток злоупотребления психиатрией.

ВОЗ определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней. Таким образом, взаимосвязь между психическим здоровьем и правами человека является неотъемлемой и взаимозависимой. Сле-Всемирной видению психиатрической ассоциации и других международных организаций, РОП, ее должностные лица и члены поддерживают инициативы по продвижению и защите прав человека как важной части нашей клинической, академической и исследовательской работы. Мы осуждаем любую предвзятость или практику - прямую или опосредованную - основанную на политике, финансовой выгоде, религии, этнической принадлежности или культуре. Наши психиатры обязуются не участвовать и не поддерживать, прямо или косвенно, любую дея-

тельность, нарушающую права человека или использующую психиатрию в немедицинских целях

Психическое здоровье – один из главных показателей благополучия человека и населения страны. В наше время психиатрическая помощь становится все более доступной и персонализированной. Расширение фундаментальных исследований и технический прогресс способствует быстрому развитию психиатрической науки, и на сегодняшнем этапе в ее задачи входят не только эффективное лечение и реабилитация, но и активное решение вопросов профилактики, сохранение и укрепление психического здоровья нации в целом.

В 2012 г. в Российской Федерации были приняты основные нормативные документы по дальнейшему развитию психиатрической службы: Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденный МЗСР РФ №566н от 17.05.2012 г.; 30 стандартов медицинской помощи попрофилю «психиатрия», утвержденные МЗ РФ и Минюстом РФ в 2012 г.

Участники Съезда констатируют, что показатели психического здоровья населения России в период 2012-2020 гг., имея некоторую тенденцию к улучшению, в целом остаются неблагоприятными.

Уровень общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2012-2020 гг. (в расчете на 100 000 населения) уменьшился на 8,1% (с 2 855,7 до 2 623,3). Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами уменьшился на 20,1% (с 328,0 до 262,0). В большинстве случаев это обусловлено сформировавшимся стремлением граждан к обращению за психиатрической помощью в частные структуры, как амбулаторные, так и стационарные, и в анонимном порядке. В нозологической структуре как общей, так и первичной заболеваемости в 2020 г. преобладают психические расстройства непсихотического уровня (51% и 73% соответственно), что может быть обусловлено неблагоприятным влиянием пандемии новой коронавирусной инфекции на психическое здоровье населения.

Число инвалидов в связи с психическими расстройствами в 2020 г. увеличилось по сравнению с 2012 г. незначительно (на 0,7%) и составило 1 046 153 человек; из них 32,6%

- больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, 35,3% – лица с умственной отсталостью, 32,1% – больные другими психическими расстройствами. В 2020 г. в общем числе лиц, обратившихся за психиатрической помощью, инвалиды составили 27,2%; в расчете на 100 диспансерных больных число -73,4%.

В период с 2012 по 2020 год происходило сокращение сети медицинских организаций,

оказывающих психиатрическую помощь - как в амбулаторных, так и в стационарных условиях: число психиатрических больниц уменьшилось на 23,2% (с 244 до 172), число психоневрологических диспансеров со стационарными койками уменьшилось на 26,9% (с 78 до 57). В значительной части случаев психиатрические больницы утратили самостоятельный юридический статус и стали филиалами более крупных медицинских организаций. Сокращение числа стационарных медицинских организаций связано с появлением в более широком ассортименте лекарственных препаратов, использованием реабилитационных программ, основанных на бригадных методах обслуживания, а также применением стационарзамещающих технологий (долечивание в условиях дневных стационаров).

В этот период коечный фонд психиатрической службы сократился на 16,4% - с 146 427 до 122 357 коек, показатель обеспеченности психиатрическими койками на 10 000 населения уменьшился на 18,4% - с 10,2 до 8,3. Средняя занятость психиатрической койки в 2020 г., в целом по 85 регионам, составила 298 дней, психиатрической койки для детей - 239, койки для судебно-психиатрической экспертизы - 229. Сокращение коечного фонда закономерно связано с уменьшением числа госпитализированных больных, значительным сокращением числа дней работы койки в году, а также с изменением режима работы стационарных медицинских организаций в период пандемии COVID-19. Общее число госпитализированных психически больных уменьшилось на 18,2 % (с 615 632 до 503 421), доля повторно госпитализированных в течение года снизилась незначительно (с 21,4% до 19,6%). Средний срок стационарного лечения (средний койко-день) уменьшился с 74,5 до 68,8 дней.

В тот же период число мест в дневных стационарах увеличилось на 22,5% (с 17 554 до 21 496), число пролеченных пациентов - увеличилось на 18,5% (с 150 157 до 177 980). Число мест в ночных стационарах незначительно, оно уменьшилось на 46,7% (с 107 до 57), число пролеченных пациентов также уменьшилось на 41,8% (с 851 до 495). Число мест в стационарах на дому уменьшилось на 6,0% (с 1024 до 963), при этом число пролеченных пациентов увеличилось на 12,0% (с 8 147 до 9 128). Подразделения, работающие в режиме дневного стационара, увеличивают свои мощности и число пролеченных больных медленными темпами, что не соответствует показателям сокращения стационарных коек и числу выписанных больных. Недостаточное развитие ночных стационаров и стационаров на дому обусловлено отсутствием этих подразделений в Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Приказ МЗСР РФ № 566н от 17.05.2012 г.).

Число мест в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) сократилось на 57,1% (с 8 022 до 3 442), а число работаюших в них пациентов - на 75,4% (с 47 089 до 11 588). Такие показатели демонстрируют критическое положение с трудовой терапией и трудовой реабилитацией. Возвращение ЛТМ в структуру психиатрических больниц ситуацию заметно не улучшило, поскольку для решения данной проблемы необходимы изменения в финансовом законодательстве.

Число психоневрологических диспансеров уменьшилось на 28,0% (с 102 до 74), число диспансерных отделений - на 7,1% (с 169 до 157), число медицинских организаций, имеющих психиатрические кабинеты - на 3% (с 1 989 до 1 929), число медицинских организаций, имеющих психотерапевтические кабинеты - на 28,6% (с 751 до 536). Сокращение числа психоневрологических диспансеров объясняется, в большей части случаев, утратой ими самостоятельности они стали подразделениями психиатрических больниц. Однако в целом, сокращение первичной сети противоречит задачам развития психиатрической службы и во многом обусловлено кадровым дефицитом. При этом многие показатели не отражают реальную структуру первичных медицинских организаций, особенно в сельской местности.

Число врачей-психиатров уменьшилось на 9,5% (с 13 978 до 12 647), число врачей-психотерапевтов – на 24,2% (с 1 717 до 1 302). В 2020 г. показатели обеспеченности (на 10 тыс. населения) составили: врачами-психиатрами - 0,86; врачами-психотерапевтами – 0,09; медицинскими психологами, занятыми в психиатрической службе – 0,28; специалистами по социальной работе – 0,06. Коэффициент совместительства врачей- психиатров составил 1,4, врачей-психотерапевтов - 1,6.

Для обеспечения комплексного, многостороннего подхода к проблемам психического здоровья населения, профилактики, лечения, психических и соматических заболеваний, улучшения качества жизни пациентов, решения их социальных проблем необходимы развитие и плодотворная интеграция нескольких специальностей и дисциплин - психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, общей медицины.

При этом отмечается наличие ряда насущных проблем, которые затрудняют оказание медицинской И психологической помощи населению, не имеют очевидного решения, являются предметом дискуссий специалистов разпрофиля, ученых, организаторов здравоохранения, но требуют продуманного и комплексного решения. Такими проблемами являются правовые и законодательные пробелы в нормативно- правовых актах, регламентирующих сферу психического здоровья, в т.ч. в отношении психотерапии и медицинской психологии, несовершенство профессиональной подготовки

врачей-интернистов в области психического здоровья, врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, дефицит квалифицированных кадров, организационные проблемы, трудности в согласованном междисциплинарном взаимодействии.

Остается актуальным вопрос о необходимости создания иерархической организационнометодической структуры в области психотерапии, которая могла бы обеспечить связь научных учреждений федерального уровня, органов управления здравоохранением, российской и региональной практической медицины. В этой связи представляется своевременным создание Федерального консультационно-методического центра по психотерапии МЗ РФ при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Важной является и роль профессиональных общественных организаций в развитии и совершенствовании психотерапии и медицинской психологии.

Важнейшим направлением общественноориентированной психиатрии как у нас в стране, так и в мире является психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация. Необходимость использования комплексного лечения, включающего медикаментозную терапию, психосоциальные и психотерапевтические воздействия - убедительно доказана. Такой подход позволяет достигать максимально возможного улучшения социального функционирования и повышения качества жизни пациентов, в том числе с тяжелыми формами психических заболеваний. В то же время внедрение реабилитационных технологий в повседневную практику психиатрического здравоохранения происходит недостаточно активно, в региональных и федеральных программах развития психиатрической помощи мало используются ресурсы т.н. общественного сектора психиатрии, существующие пациентские объединения не получают необходимой поддержки со стороны органов управления отраслью и психиатрических учреждений.

На пороге серьезных организационноправовых и методологических трансформаций стоит судебно-психиатрическая экспертиза, что связано с принятием в ближайшее время закона «Об экспертной деятельности в Российской Феперестройкой дерации», судебнопсихиатрической службы, переходом ее структуры на уровневую систему. Грядущий переход на новую классификационную систематику психических расстройств с усилением роли дименсионального подхода требует усилий по скорейшему освоению его принципов и внедрению соответствующих ему методов диагностики в судебнопсихиатрическую практику. Эпидемиологическая ситуация обострила дискуссию по цифровиработы экспертов и возможности использования средств телемедицины, которые при их внедрении должны учитывать особую

специфику экспертной деятельности. Все это имеет большое значение, поскольку продолжает расширяться круг экспертных задач и возрастают требования к научной обоснованности экспертных заключений.

Особую озабоченность участников съезда вызывает участившаяся правоохранительная практика возложения на психиатров ответственности в связи с выполнением ими профессиональных обязанностей в процессе оказания психиатрической помощи. При этом следует отметить недостаточную подготовленность экспертов к решению экспертных задач в рамках такого рода дел.

Современный мир характеризуется наличием большого числа вызовов, кризисов и угроз в экономике, социально-политической и информационной сферах. Это способствует активному распространению различной, прежде всего «пограничной» психической патологии среди населения страны, нередко в новых формах. При этом существенно возрастает «цена ошибки» специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности, когда ее последствия могут носить катастрофический характер - в региональном и даже в общенациональном масштабе. В связи с этим крайне важным является изучение вопросов психического здоровья военнослужащих, специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности, также пострадавших в условиях чрезвычайных ситуаций.

Участники съезда считают, что для дальнейшего совершенствования психиатрической помощи требуется реализация следующих направлений развития психиатрической науки и практики:

В области организации психиатрической помощи и совершенствования ее нормативноправовой базы:

В соответствии с п.1 «Плана мероприятий по совершенствованию в течение 2020-2024 годов системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации», утвержденного распоряжением Правительства РФ № 3512-р от 23.12.2020 г., в 2021 г. необходимо завершить работу по созданию либо актуализации нормативной базы оказания психиатрической помощи, что включает следующее:

- Подготовить предложения по совершенствованию законодательства в сфере охраны психического здоровья с учетом необходимости законодательного регулирования вопросов не только оказания психиатрической, наркологической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи лицам с психическими расстройствами, но и сохранения и укрепления психического здоровья населения в целом.
- Подготовить предложения по внесению изменений в Порядок оказания медицинской

помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

- Подготовить предложения по внесению изменений в Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.
- Подготовить проект Порядка медицинского психиатрического освидетельствования.
- Подготовить предложения для внесения в профессиональный стандарт «Врач-психиатр» по специальностям врач-психотерапевт, врачсексолог, врач судебно-психиатрический эксперт.
- Подготовить предложения по актуализации стандартов медицинской помощи по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология» (после утверждения актуализации клинических рекомендаций).
- Завершить актуализацию клинических рекомендаций:

Биполярное аффективное расстройство (F31; Взрослые);

- Депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство (F32-F33; Взрослые);
- Обсессивно-компульсивное расстройство (F42; Взрослые);
- -Специфическое расстройство личности (F60-F61; Взрослые);
- -Специфические расстройства развития речи у детей (F80; Дети);
 - -Фебрильная кататония (F20.2; Взрослые);
 - -Шизофрения (F20.0; Взрослые);
- -Тревожно-фобические расстройства (F40; Взрослые);
- -Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F41.0; Взрослые);
- -Генерализованное тревожное расстройство (F41.1; Взрослые);
- -Специфические расстройства личности (F60; Взрослые);
- -Умственная отсталость (взрослые и дети) (F70-F79; Взрослые, дети);
- -Интенсивная терапия неотложных состояний в наркологии (F10.0,3-9–F19.0,3- 9; Взрослые, дети);
- -Диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств, обусловленных употреблением каннабиоидов и синтетических каннабиоидов (F10.1, F10.2 F10.3, F10.4, F10.6; Взрослые, дети);
- -Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста (F05; Взрослые);
- -Диагностика и лечение алкогольной зависимости (F10.1, F10.2 F10.3, F10.4, F10.6; Взрослые);
 - -Шизофрения (детский и подростковый воз-

раст) (F20.1- F20.9; Дети).

Подготовить предложения по изменениям в финансовом законодательстве с целью развития трудовой терапии и трудовой реабилитации.

Обратиться в МЗ РФ с предложением о создании рабочей группы для урегулирования вопросов, связанных с обеспечением защиты конфиденциальной информации и определением порядка доступа к медицинским документам при размещении в информационных системах здравоохранения медицинских сведений о лицах с психическими и наркологическими расстройствами.

В области фундаментальных и прикладных задач клинической психиатрии

Продолжить развитие междисциплинарных исследований в области биологической психиатрии на основе адекватных методологических подходов с опорой на принципы доказательной медицины и способствовать их внедрению в широкую клиническую практику.

Считать важнейшей перспективной задачей выявление и анализ базовых биологических механизмов этиологии и патогенеза психических заболеваний.

- 1. Активизировать исследования по поиску и валидизации эффективных биомаркеров риска развития, динамики, клинического прогноза и эффективности терапии психических заболеваний.
- 2. Способствовать планированию и развитию национальных коллабораций в области биологической психиатрии с учетом специализации и высоких компетенций различных исследовательских центров в Российской Федерации.
- 3. Активизировать работу в области специализированных образовательных проектов и программ для врачей-психиатров и научных сотрудников в области современной биомедицины с акцентом на современные тенденции геномику, метаболомику, коннектомику и другие.
- 4. Разработать и представить на утверждение профессиональному сообществу алгоритмы мониторинга и терапии нейроэндокринных дисфункций у больных с психическими расстройствами в процессе купирующей и длительной противорецидивной терапии.
- 5. Учитывая высокую распространенность и низкую выявляемость депрессии, разрабатывать образовательные программы для врачейпсихиатров и интернистов.
- 6. Развивать научные исследования в области аффективных расстройств с учетом современных достижений биологической науки, расширяющихся инструментальных методов и с использованием современного биостатистического анализа данных.
 - 7. Расширять научные исследования с ис-

пользованием психометрических инструментов с их валидизацией на российской популяции.

8. Рассматривать разработку методологических основ психиатрии как одну из важнейших задач научных исследований, поскольку только на этой основе возможно дальнейшее развитие клинической и профилактической психиатрии, углубление ее взаимосвязи с общей медициной и социальной сферой, а также совершенствование профессионального образования и организационных основ оказания психиатрической помощи.

В области психосоматической медицины

- 1. Развивать междисциплинарное взаимодействие психиатров и представителей различных направлений соматической медицины.
- 2. Углубить фундаментальные исследования общих биологических механизмов формирования психических и соматических заболеваний; развивать междисциплинарные исследования патогенетических механизмов психосоматических расстройств.
- 3. Сосредоточить внимание на профилактике и своевременной диагностике побочных эффектов психофармакотерапии, инициировать совершенствование правовой основы психофармакотерапии пациентов с психическими расстройствами в общей медицинской практике.
- 4. Развивать междисциплинарный подход в оказании медицинской помощи пациентам с коморбидными психическими и соматическими расстройствами, в выявлении групп риска и профилактике соматических, в частности, сердечнососудистых, онкологических заболеваний.
- 5. Активизировать усилия в сфере подготовки врачей-интернистов по вопросам психического здоровья в рамках системы НМО.
- б. Активно разрабатывать методические рекомендации по диагностике и терапии психических расстройств в общей медицинской практике для унификации подходов к организации специализированной помощи при психических расстройствах в общей медицинской практике.
- 7. Способствовать улучшению преемственности в оказании помощи пациентам с ассоциированными психическими и соматическими расстройствами, в том числе путем создания кабинетов психолого-психиатрической помощи в структуре ПНД на базе поликлиник.
- 8. Повысить эффективность выявления лиц с суицидальным риском среди пациентов общей медицины.
- 9. Совершенствовать систему диагностики и лечения пациентов с расстройствами пищевого поведения.

В области психотерапии и медицинской психологии

1. Психотерапевтическому и психологическому профессиональному сообществу консоли-

дировать усилия по выработке согласованных решений в отношении первостепенных организационных, правовых, научно-методических задач и подходов, принимать меры по их легитимизации, реализации и внедрению в практическую деятельность.

- 2. Создать рабочие группы для разработки предложений по совершенствованию нормативно-правовых актов, рекомендаций по организации деятельности врачей- психотерапевтов, медицинских психологов для МЗ РФ, главных внештатных специалистов по психотерапии в федеральных округах и в региональных органах управления здравоохранением.
- 3. Инициировать создание независимого межведомственного экспертного совета по психотерапии федерального уровня, с привлечением ведущих специалистов для участия в разработке национального законодательства в области психотерапии и медицинской психологии.
- 4. Привлечь специалистов в области психотерапии и медицинской психологии кподготовке клинических рекомендаций по лечению, профилактике и реабилитации психических и психосоматических заболеваний в рамках их компетенций, а также стандартов оказания помощи.
- 5. Поддержать научные исследования в области психотерапии и медицинской психологии, основанные на доказательных подходах, выступить с предложением сохранения ВАКовской специальности «медицинская психология» как в разделе психологических, так и в разделе медицинских наук.
- б. Создать рабочую группу по анализу и разработке предложений по совершенствованию образовательных программ и подготовке врачей-психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, врачей других специальностей по проблемам психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.
- 7. Развивать взаимодействие организаций разных форм собственности по оказанию психотерапевтической и психологической помощи с целью оптимизации, согласованности и повышения эффективности их работы.

В области психосоциальной реабилитации

- 1. Обеспечить информирование и широкое обучение сотрудников психиатрических учреждений эффективным с позиций доказательной медицины реабилитационным технологиям для повсеместного внедрения в практику.
- 2. Разрабатывать и внедрять в медицинскую практику инструменты оценки эффективности проведения реабилитационных мероприятий, включая четкие оценочные крите-

рии.

- 3. Улучшать кадровое обеспечение психиатрических учреждений специалистами, участвующими в организации психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации психотерапевтами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками для широкого использования бригадных форм работы.
- 4. Совершенствовать систему постдипломной подготовки врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов по вопросам психосоциальной реабилитации всоответствии с современными отечественными и зарубежными стандартами; обеспечить доступность обучения и повышения квалификации для специалистов по указанным вопросам.
- 5. Специалистам психиатрических учреждений, профессиональным медицинским общественным организациям развивать сотрудничество с общественными организациями пациентов и их родственников, оказывать пациентским объединениям методологическую, методическую и ресурсную поддержку.
- б. Широко привлекать участников пациентских НКО, т.н. функциональных профессионалов к участию в различных программах психосоциальной реабилитации, организовать их обучение технологиям реабилитационной работы.
- 7. Инициировать решение ряда правовых вопросов, связанных с организацией социальнотрудовой реабилитации психически больных, в первую очередь, внесение необходимых изменений в финансовое законодательство.

В области геронтопсихиатрии

- 1. Развивать систему долговременной медико-социальной поддержки пациентов геронтологиче-ского профиля, для чего обеспечить преемственность между различными учреждениями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.
- 2. Инициировать проведение масштабных эпидемиологических исследований распространенности деменции среди жителей Российской Федерации с учетом их диагноза и стадии заболевания.
- 3. Проводить научные исследования в области геронтологии и гериатрии с целью оптимизации мер профилактики, диагностики и лечения возраст-ассоциированных заболеваний, планирования объемов и характера медицинской и социальной помощи пожилым.
- 4. Активизировать усилия по поиску биологических, нейровизуализационных или иных маркеров ранних стадий деменций, предикторов ответа на терапию и целевого выбора препарата, оперативной клинической апробации данных

фундаментальных исследований заболеваний, протекающих с когнитивными нарушениями.

- 5. Разработать и внедрить алгоритм проведения МРТ и ПЭТ головного мозга на бюджетной основе при наличии подозрений на нейродегенеративное заболевание.
- 6. Инициировать масштабные исследования причин и механизмов формирования «общественной анозогнозии» в отношении деменций (категории исследуемых: лица пожилого возраста, лица старше 40 лет («дети пациентов»), медработники первичной медицинской сети) с целью проведения целенаправленных психообразовательных программ.
- 7. Проводить просветительскую работу, направленную на привлечение внимания общества к решению проблем людей старшего поколения, популяризацию потенциала и достижений геронтологии и гериатрии, создание дружественной инфраструктуры и комфортной психологической атмосферы для граждан старшего поколения.
- 8. Разработать комплекс мер по повышению социальной привлекательности участия населения РФ в поисках биомаркеров ранних стадий деменций.
- 9. Включить вопросы диагностики ранних признаков деменции в программы обучения медицинских работников, психологов, сотрудников социальных служб.
- 10. Внести исследования состояния мнестико-когнитивных функций у лиц старше 55 лет в список обязательных ежегодных процедур при проведении профилактических осмотров или при обра-щении за медицинской помощью.
- 11. Организовать кабинеты исследования памяти в структуре поликлиник и отделов социального обеспечения.
- 12. Для оказания помощи лицам с ранними стадиями деменций создавать специализированную службу медико-психологической помощи с использованием программ психотерапевтического сопровождения пациентов с ранними стадиями заболевания, методов реконструктивной милье-терапии, биологических, нейровизуализационных или иных маркеров предикторов скорости когнитивного снижения, ответа на терапию и целевого выбора препарата, ранним назначением и гарантированным обеспечением пациентов лекарственными средствами.
- 13. Для оказания помощи лицам с умеренными и тяжелыми стадиями деменций внедрять учреждения дневного пребывания, использующих когнитивный тренинг, тренинг социальных навыков, общение, невербальные методы психотерапии, терапию средой.
- 14. Совершенствовать нормативноправовую базу оказания гериатрической помощи, в част-ности, правовые основы для введения в специализированных амбулаторных лечебных учреждениях штатных должностей психиатров-

- геронтологов (с разработкой соответствующего положения и других нормативных актов).
- 15. Решить вопросы формирования специализированных геронтопсихиатрических отделений (или коек в общепсихиатрических отделениях), дневных стационаров, стационаров на дому с разработкой соответствующего положения и штатного расписания.
- 16. Определить правовые аспекты оказания геронтологической помощи, в т.ч. при решении вопросов дееспособности, завещательной дееспособности, оформления опекунства.
- 17. Решить юридические вопросы работы врачей-психиатров в учреждениях социального профиля для граждан пожилого возраста, получения этими учреждениями лицензии на право осуществ-ления медицинской деятельности.
- 18. Разработать и актуализировать клинические рекомендации по психофармакотерапии для пациентов гериатрического профиля («Лечение психопатологических и поведенческих нейродегенеративных заболеваниях позднего возраста (болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, лобно-височная деменция»).
- 19. Разработать курс по гериатрической психиатрии в рамках НМО для психиатров. Предусмотреть как минимум однократное обязательное прохождение обучения всеми психиатрами, работающими с лицами в возрасте от 45 лет.
- 20. Организовать курсы повышения квалификации по проблемам диагностики и терапии психических расстройств у пациентов среднего и пожилого возраста для врачей непсихиатрического профиля, а также организовать курсы общей гериатрической медицины для психиатров.

В области детской психиатрии

- 1. Ходатайствовать перед МЗ РФ о реализации решения Коллегии Минздрава 2001 года о восстановлении специальности «детская психиатрия».
- 2. Обеспечить возможность для смежных специалистов (общих и детских психологов, логопедов, коррекционных педагогов, реабилитологов) повышать свою квалификацию на психиатрических кафедрах медицинских вузов на бюджетной основе, вне зависимости от их ведомственной подчиненности.
- 3. В проект положения о 3-х годичной клинической ординатуре по психиатрии внести поправку о том, что специалист, проходящий целевое обучение на должность детского психиатра, обучается по следующей программе один год по общей психиатрии и два последующих по детской психиатрии, включая психопатологию раннего возраста (в связи с необходимостью осмотров психиатрами детей, начиная с годовалого возраста).
- 4. Обеспечить однократное обучение по детской психиатрии всех психиатров, совме-

щающих должности детских психиатров.

- 5. Совершенствовать оказание мультидисциплинарной медицинской помощи детям с нарушениями психического развития через активное вовлечение педиатрической службы, разработку и имплементацию персонализированных таргетных технологий, оптимизацию подготовки детских психиатров с включением в программу вопросов по медицинской генетике и педиатрическим аспектам.
- 6. Предусмотреть обязательное включение в состав этической комиссии РОП детского психиатра.

В области суицидологии

- 1. Активизировать работу по первичной и вторичной профилактике суицидов, что включает усиление взаимодействия психиатрической службы, системы социальной защиты и системы образования.
- 2. Расширять представительство суицидологии как междисциплинарной сферы знаний в подготовке медицинских специалистов, в том числе, врачей общей практики.
- 3.Повышать информированность в вопросах суицидологии в различных профессиональных группах (МЧС, полиция, школьные учителя и психологи, работники СМИ) и в населении путем проведения профессиональных семинаров, вебинаров, их активного предложения и распространения, в том числе в СМИ и социальных сетях.
- 4. Активизировать исследования в сфере изучения эффективности существующих программ суицидальной превенции, проводить рандомизированные контролируемые исследования по изучению эффективности региональных программ превенции; исследования суицидального поведения с целью оценки влияния пандемии и постпандемической ситуации.
- 5. Улучшать взаимодействие между звеньями системы здравоохранения (психиатрия, скорая медицинская помощь, соматические стационары, бюро судебно-медицинских экспертиз) с целью объективизации информации о судьбе лиц, совершивших суицидальные попытки, повышения качества их сопровождения и предупреждения завершенных суицидов;
- б. Активизировать усилия по разработке национальной программы суицидальной превенции и лоббированию ее на различных уровнях путем публикационной активности по теме суицидального поведения и его превенции, привлечения внимания власти и общества к проблеме суицидов, особенно среди молодежи.

В области сексологии

1. Выйти с предложением в МЗ РФ о включении в Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья», который реализуется в

- рамках Национального проекта «Демография» 2019-2025 гг., плана по укреплению сексуального здоровья как основы репродуктивного здоровья.
- 2. Рассмотреть вопрос и подготовить предложения о целесообразности внесения изменений в Приказ МЗ РФ от 17 мая 2012 г. № 566н «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» о возможности получения квалификации сексолога, помимо врачей психиатров, врачами других специальностей урологами, гинекологами, эндокринологами, невропатологами, врачами общей практики.
- 3. Включать и расширять имеющиеся программы обучения по сексологии для медицинских, педагогических вузов, психологических факультетов университетов.
- 4. Организовать профессиональное обсуждение и выработку единого подхода к пониманию транссексуализма и проблеме смены пола, в том числе с учетом предстоящего перехода на МКБ-11.

В области наркологии

Учитывая высокий уровень коморбидности психических и наркологических расстройств и принимая во внимание решение Правительства РФ по одобрению новой номенклатуры научных специальностей, предусматривающей слияние двух научных специальностей («психиатрия» и «наркология») в одну – «психиатрия и наркология», активизировать разработку вопросов концептуального соответствия и координации оказания специализированной медицинской помощи в рамках этих двух смежных специальностей.

В области судебной психиатрии

- 1. Продолжить активное сотрудничество с Межведомственной группой по разработке проекта Закона «Об экспертной деятельности в Российской Федерации» на всех этапах его обсуждения и прохождения.
- 2. Продолжить обсуждение поэтапной реорганизации судебно-психиатрической службы с учетом необходимости сохранения тесной связи экспертных подразделений с общепсихиатрическими учреждениями.
- 3. В связи с Указом Президента РФ от 02.03.2021г. № 119 «О возложении обеспечения охраны стражных отделений на сотрудников ФСИН РФ» признать необходимым разработку нормативных межведомственных документов, учитывающих специфику работы экспертных подразделений и разграничение зон ответственности между медицинскими организациями и ФСИН. Считать наиболее оптимальным решением всех возникающих при этом проблем принятие особого Закона «Об охране судебно-

психиатрических отделений для лиц, содержащихся под стражей».

- 4. Опираясь на имеющийся опыт, проработать нормативно-правовую базу, профессионально-методические рекомендации, а также стандарты оснащения экспертных подразделений, обеспечивающие возможность защищенного участия экспертов в мероприятиях, связанных с их профессиональной деятельностью, с использованием телемедицинских технологий.
- 5. Активизировать работу, направленную на решение ряда проблем осуществления принудительных мер медицинского характера, которые могли бы получить свою регламентацию при разработке соответствующего законодательства о применении принудительных мер лечения. До разработки упомянутых законодательных норм инициировать обновление совместного Приказа МЗ РФ №133, МВД РФ №269 от 30.04.1997 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами».
- 6. Считать приоритетными для судебной психиатрии научные направления, нацеленные на исследование возможности совмещения категориального и дименсионального подходов в диагностике психических расстройств, а также способствующих внедрению новых методических средств по повышению объективности и научной обоснованности экспертных заключений.
- 7. В связи с существенным ростом числа преступлений с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, в которых несовершеннолетние выступают как в качестве жертв, так и правонарушителей, продолжить междисциплинарные исследования, направленные на изучение специфики психического состояния детей и подростков, вовлечённых в подобные правонарушения, совершенствование критериев экспертной оценки и разработку комплексной психокоррекционной работы с несовершеннолетними.
- 8. Активизировать работу по формированию персонализированного подхода к оценке психического состояния детей и подростков, жертв сексуального насилия и злоупотребления, в том числе с использованием информационнотелекоммуникационных сетей, включая сети интернет для оказания им индивидуализированной медико- психологической помощи и реабилитации, а также превенции с учетом 3-хуровневого подхода в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- 9. Инициировать решение ряда актуальных для судебной психиатрии законодательных проблем, касающихся защиты прав человека, при квалификации преступлений, связанных с причинением «вреда здоровью» потерпевшего, «отставанием в психическом развитии, не

связанном с психическим расстройством» (ч.3 ст. 20 УК РФ), «аффектом».

В области военной и экстремальной психиатрии

- 1. Создать в структуре Российского общества психиатров секцию «Военная и экстремальная психиатрия».
- 2. Способствовать развитию межведомственного взаимодействия психиатров и специалистов по психологической работе Министерства обороны Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федерации, Федерации, Министерства Российской Федерации, Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий и других силовых структур.
- 3. Проводить междисциплинарные исследования в области психического здоровья военнослужащих, специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности, а также пострадавших в условиях чрезвычайных и кризисных ситуаций.

В области профессионального образования, подготовки и переподготовки кадров

- 1. Проводить методические совещания по образованию в регионах (по специальности).
- 2. Разработать унифицированные требования к образовательным программам циклов непрерывного медицинского образования, а также требования к образовательным организациям, проводящим циклы повышения квалификации НМО (включающие, в частности, наличие лицензии на осуществление образовательной деятельности, выданной Федеральным государственным органом).
- 3. Разработать унифицированную форму отчета для периодической аккредитации (основанной на трудовых функциях профессионального стандарта).
- 4. Сформировать новые подходы к поэтапной (3-х летней) подготовке в ординатуре по специальностям «психиатрия», «психотерапия», «судебно-психиатрическая экспертиза»,

«сексология», с освоением на 1 этапе (2 года) модулей по психиатрии, на 2 этапе (третий год) - модулей в зависимости от специальности (для психиатров: детская и подростковая психиатрия, геронтопсихиатрия, клиническая суицидология; психотерапия, судебнопсихиатрическая экспертиза, сексология).

5. Обеспечить проведение унифицированных образовательных программ на кафедрах психиатрии по детской и подростковой психиатрии в объеме 144 часов для врачей, занимающих должности «детского психиатра», «подросткового психиатра».

6. Выходить с предложениями в органы власти о приведении стипендиального обеспечения ординаторов в соответствие с минимальным прожиточным уровнем.

В сфере общественной профессиональной деятельности

- 1. Российскому обществу психиатров во взаимодействии с МЗ РФ проводить мониторинг ситуации с лекарственным обеспечением медицинских учреждений препаратами для лечения психических расстройств и расстройств поведения, оперативно реагировать на случаи прекращения производства отечественных или прекращение поступления производимых за рубежом препаратов с оперативным обращением в соответствующие органы власти.
- 2. Правлению РОП создать рабочую группу для выработки предложений по совершенствованию по-рядка выдачи разрешения на управление транспортным средством (ограничения в выдаче водительских удостоверений или отобрание их у пациентов, находящихся на терапии психотропными лекарствами и выявившихся в анализе; дискриминация по факту наличия психического расстройства и лечения у пси-хиатра; разработка четких критериев возможности управлять транспортным средством и влияния пси-хических расстройств на эту способность; единый регламент процедуры врачебной комис-

сии, принимающей решение о противопоказаниях к вождению транспортом).

- 3. Правлению РОП создать рабочую группу для выработки предложений по совершенствованию по-рядка выдачи разрешения на получение оружия (необходимость внесение поправок в Приказ МЗ РФ от 30.06.2016 №441н; целесообразность повышения возраста претендующих на получение разрешения лиц; порядок психиатрического освидетельствования).
- 4. В составе Правления РОП создать комиссию по правовой защите психиатров и других медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи. Комиссии разработать алгоритм участия Российского общества психиатров в случае привлечения к уголовной ответственности врачей при осуществлении ими профессиональной деятельности, предусматривающий оказание юридической помощи, привлечение экспертов, мотивированное обращение в правоохранительные, судебные органы и властные инстанции.
- 5. Продолжить работу по подготовке к внедрению Международной классификации болезней МКБ-11, включая широкое обсуждение в профессиональном сообществе на различных площадках связанных с этим проблемных вопросов, выработку взвешенной, профессионально обоснованной позиции, учитывающей как современные реалии, так и клинические традиции.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ О СЪЕЗДЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ "Российское общество психиатров"

В рамках XVII Съезда психиатров России 15 мая 2021 года прошел Съезд общественной организации «Российское общество психиатров» (РОП), в котором приняли участие 251 делегат от 73 региональных отделений РОП.

Доклад Президента Российского общества психиатров профессора Н.Г. Незнанова содержал отчет о работе за период с 2015 по 2021 год. фактический Богатый материал, убедительно представленный докладе, свидетельствует о том, что благодаря активной работе многих региональных отделений, Правления Общества, специалистов федеральных и региональных научных и лечебно-профилактических психиатрических учреждений Российское общество психиатров добилось ощутимых успехов реформирования, превращения в авторитетную профессиональную организацию и сегодня является одним из самых массовых и деятельных медицинских общественных объединений страны.

- За значительный вклад в развитие отечественной психиатрии ценными подарками были награждены академик РАН А.Б. Смулевич, член-корреспондент РАН Ю.А. Александровский, профессор П.В. Морозов.
- T.B. Гурьянова представила отчет ревизионной комиссии 0 деятельности Правления РОП за 2015-2021 гг. Высказав ряд критических замечаний адрес ряда отношении региональных отделений (B погрешностей документооборота несвоевременной сдачи членских взносов), ревизионная комиссия, тем не менее, отметила изменение положения дел в лучшую сторону за отчетный период.

В прениях по отчетному докладу выступили П.В. Морозов (Москва), О.В. Лиманкин (Санкт-Петербург), Б.Д. Цыганков, Ю.С. Шевченко, Г.П. Костюк, З.И. Кекелидзе (Москва), Н.А. Бохан (Томск), Ю.А. Александровский, С.Н. Мосолов (Москва), О.А. Бухановская (Ростов-на-Дону), А.П.

Отмахов (Санкт-Петербург), А.А. Шишлов (Астрахань).

Вице-президент РОП П.В. Морозов подробно информировал участников съезда о различных направлениях международного сотрудничества в отчетный период, подчеркнув растущий авторитет Российского общества психиатров на международных площадках, о чем свидетельствует увеличение представительства членов РОП в европейских и всемирных психиатрических общественных организациях, а также мероприятия ЕПА и ВПА, проводимые в нашей стране.

В своем выступлении вице-президент РОП O.B. Лиманкин проанализировал работу отделений. особое региональных **у**делив внимание вопросам правовой защиты психиатров и других специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. Было предложено создать специальную рабочую группу Правления РОП, члены которой должны оперативно реагировать на возникающие в регионах проблемы и правовые коллизии, связанные с привлечением к ответственности психиатров в процессе осуществления ими профессиональной деятельности, региональным психиатрическим учреждениям соответствующую помощь.

Член-корр. РАН Б.Д. Цыганков посвятил свое выступление вопросам создания программ роста современных научного потенциала исследователей, популяризации профессии, интенсификации экспертной деятельности, образования молодых специалистов. предложил решить вопрос об увеличении размеров членских взносах, что позволит более эффективно решать технические задачи, о возможности вступления РОП ассоциированных членов, о ротации членов руководящих органов РОП. Он высказал предложение о ранжировании суммы членских взносов.

Ю.С. Профессор Шевченко предложил РОП положение включить vстав необходимости совершенствования работы с возможности региональных кадрами; обсуждении отделений участвовать В кандидатур лиц, претендующих на занятие должностей главных врачей - с анонсацией таких рекомендаций в адрес региональных властей. Он также выступил с инициативой изменения предполагаемой системы 3-х летней подготовки детских психиатров: 1 год по общей психиатрии и 2 года - по детской.

Профессор Г.П. Костюк выступил завершенного презентацией перевода русский язык новой версии международной классификации болезней (МКБ-11), который получили все делегаты съезда. Комментируя это выступление, вице-президент РОП З.И. Кекелидзе просил рассматривать

представленный перевод исключительно как материал для предварительного ознакомления, отметив, что работа по внедрению и адаптации МКБ-11 будет проходить в рамках поручений Министерства здравоохранения в профильных научных коллективах.

Академик PAH H.A. Бохан своем выступлении высоко оценил уровень информативности сайта РОП и его роль в популяризации работы общества. Член-корр. РАН Ю.А. Александровский отметил активность работы Правления РОП и возросший авторитет организации на международном уровне. Профессор С.Н. Мосолов предложил провести перерегистрацию региональных отделений. решить вопрос с оформление единого членского билета РОП, ужесточить порядок членства в РОП в соответствии с своевременностью уплаты членских взносов. Он также призвал членов организации к более активному обсуждению клинических рекомендаций.

О.А. Бухановская предложила Правлению рассмотреть РОП вопрос о возможности привлечения порядке использования И благотворительных средств. Α.П. Отмахов предложил в порядке эксперимента опробовать страхования систему локального профессиональной деятельности врачей увеличить размер ежегодного членского взноса.

Делегаты съезда приветствовали астраханского психиатра Александра Шишлова, который, после резонансного убийства, совершенного психически больным. был необоснованно привлечен **УГОЛОВНОЙ** К ответственности по обвинению в халатности и полгода провел в колонии - до момента своего полного оправдания. А.А. Шишлов поблагодарил Российское общество психиатров юридическую помощь и моральную поддержку, что сыграло большую роль в благополучном исходе его драматической ситуации, а также выразил готовность принять участие в работе, направленной на повышение правовой защищенности психиатров в нашей стране.

Все выступавшие дали положительную оценку деятельности Правления РОП за отчетный период. Съезд единогласно признал работу Правления за отчетный период удовлетворительной.

Отчет ревизионной комиссии был единогласно утвержден съездом.

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

По предложению профессора Н.Н. Петровой на пост Президента Российского общества психиатров на новый срок единогласно был избран директор Санкт-Петербургского НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, президент Всемирной

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

Членами Правления РОП единогласно были избраны 187 человек, чьи кандидатуры были выдвинуты на конференциях региональных отделений (состав Правления РОП размещен на сайте РОП).

В состав Исполнительного комитета Правления РОП единогласно избраны 26 человек (состав Исполкома РОП размещен на сайте РОП).

Решением съезда единогласно избраны вице-президенты с определением их функций. Первым вице-президентом РОП с исполнением обязанностей Президента в его отсутствие был избран О.В. Лиманкин (общее руководство региональными отделениями; общих мероприятий организация POII: региональные отделения СЗФО, ЮФО, СКФО). Вице-президентами были избраны П.В. Морозов (международное сотрудничество с зарубежными психиатрическими общественными организациями; образовательные проекты РОП), З.И. Кекелидзе (координация работы Министерством здравоохранения РФ), Н.А. Бохан

(исследовательские проекты РОП; региональные отделения СФО, УФО, ДФО), Б.Д, Цыганков (образовательные проекты РОП; региональные отделения ЦФО), К.К. Яхин (вопросы профессионального образования; региональные отделения ПФО).

Делегаты съезда единогласно выбрали Ревизионную комиссию в составе: О.В. Острецов (Санкт-Петербург) – председатель; В.В. Комаров (Рязань), С.С. Потанин (Москва), В.Ф. Перейма (Калиниград).

По предложению психиатров Республики Мордовии Съезд единогласно принял решение о создании Мордовского регионального отделения Российского общества психиатров.

Съезд утвердил в составе секций Правления РОП секцию «Медицинская психология» (председатель секции – профессор Е.Р. Исаева) и секцию «Вопросы медико-социального призрения лиц с психическими расстройствами» (сопредседатели - д.м.н. А.А. Портнова, д.м.н. Л.Е. Пищикова).

Съезд единогласно утвердил размер ежегодного членского взноса РОП в сумме 1000 рублей.



Члены Омского общества психиатров на XVII съезде психиатров России.

Слева направо:

Д.В. Четвериков, М.А. Шарамкова, И.В. Гранкина, С.С. Одарченко, О.Е. Крахмалева, Т.И. Иванова, О.А. Паненко, К.Н. Кузьмина, Л.В. Моор, Ю.А. Жданова, С.И. Козлов

Тезисы выступлений членов делегации ОО «Омское общество психиатров» на XVII Съезде психиатров России

Катамнестический анализ наблюдения за детьми с психопатоподобными нарушениями поведения и психическими расстройствами, прошедшими программу реабилитации в г. Омске

Гранкина И.В., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Барышева О.М., Смачная Л.В., Воробьев Е.С.

Актуальность исследования. Организация специализированной психиатрической помощи детскому населению является актуальной задачей в силу высокой социальной значимости психических и поведенческих расстройств детского возраста. Современный взгляд на реабилитацию пациентов с проявлениями отклоняющихся форм поведения не может быть ограничен использованием только лекарственных препаратов, а должен рассматриваться с позиции комплексного терапевтического подхода, включающего совместное воздействие как методов биологического, так и психосоциального спектра. Таким образом, формируется комплексный подход: фармакотерапия стабилизирует психическое состояние, улучшает комплаентность, и как следствие, реабилитационный процесс. Цель исследования: Оценка эффективности реабилитационной программы для детей с отклоняюформами поведения в условиях щимися психиатрического комплекса на основании катамнестического анализа. На базе существующего детско-подросткового комплекса с 2011г по 2013год было проведено исследование по изучению отклоняющихся форм поведения у детей с психическими расстройствами, в котором изучены вопросы этапов формирования, распространенности, клинической динамики, лечения и реабилитации психопатоподобных нарушений поведения, результатом проведенного исследования явилась научно-обоснованная комплексная поэтапная программа реабилитации пациентов с указанными расстройствами, реализуемая на всех звеньях психиатрического сервиса. Функционирующая с 2014 года программа реабилитации детей с отклоняющимся поведением и психическими расстройствами объедиврачей-психиатров, деятельность психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников стационарных и внестационарных отделений, а также представителей органов опеки и родителей детей.

Методы исследования. Проводя оценку эффективности реабилитационной программы для детей с психопатоподбными нарушениями поведения, использовались показатели повторных госпитализаций детей в детские и подрост-

ковые отделения БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в период 2014-2018 гг.

Результаты. Оценка результатов эффективности реабилитационной программы по данным пяти летнего катамнеза. При изучении случаев повторных госпитализаций группы детей с отклоняющимися формами поведения эндогенного генеза выявлено, что в течение 5-х лет 57,1% (п - 20) детей не обращались за специализированной психиатрической помощью, у 20% (п - 7) за указанный период отмечалась только одна повторная госпитализация и у 22,9% (n - 8) две и более. Проводя исследование возрастных особенностей эффективности разработанных мероприятий, выявлено, что дети, прошедшие курс реабилитации в возрасте 7-9 лет практически не нуждались в повторном лечении, у 76,9 % (n – 10) отмечалась стойкая ремиссия, а в группе детей 10 - 12 лет сходный результат отмечен только у 45,6% (п - 10) детей. Что особенно интересно, в детском возрасте (7-9 лет) лучший эффект реабилитации отмечен у мальчиков (85,7%), чем у девочек (66,7%). В предподростковом возрасте эффективность реабилитационных мероприятий снижается, однако остаётся достаточно существенной у 45,6% (п - 9) отмечается стойкая ремиссия, со сходными показателями в группе мальчиков (45%) и девочек (50%). У детей с органическими расстройствами и отклоняющимся поведением выявлено, что разработанная программа реабилитации доказала свою эффективность. Так 58,9% (п - 23) детей в течении пяти лет не обращались за специализированной помощью, у 17,9% (п - 7) отмечалась одна повторная госпитализация и у 23,2% (n – 9) две и более. При этом, значительной разницы в эффективности реабилитации в зависимости от возраста ребенка в указанной группе не выявлено, так повторных госпитализаций у детей в возрасте 7-9 лет не отмечалось у 52,4% (n - 11), а у детей в возрасте 10-12 лет 66,6% (п - 12). Лучшая эффективность программ реабилитации отмечена в группе девочек, так в 71,4% (п - 5) в возрасте 7-9 лет и 80% (п - 4) в возрасте 10-12 лет за специализированной помощью не обращались, в сравнении с таковыми показателями у мальчиков где только 42,9% (п - 6) в детском возрасте и

65,5% (п - 8) добились сходного результата. У детей с умственной отсталостью у 65,2% (n - 35) отмечалась стойкая ремиссия, в течении пяти лет наблюдения данные дети не обращались в психиатрическую службу, у 19,6% (п - 11) отмечалась однократная повторная госпитализация и у 15,2% (n - 10) две или более госпитализаций. Эффективность реабилитационных мероприятий не зависела от возраста детей и в обеих возрастных группа составила 65,2%. Проводя оценку эффективности реабилитации в зависимости от пола ребенка, выявлено, что лучшая эффективность отмечена в группе девочек (особенно в раннем возрасте 77,7% (п - 7) в возрасте 7-9 лет). У мальчиков лучшая ремиссия отмечена в группе детей 10-12 летнего возраста (63,4% (п - 19)).

Выводы. Таким образом, проведённое пятилетнее наблюдение за группой детей с психопатоподобными нарушениями поведения и психическими расстройствами, посещавшими разработанную программу реабилитации, доказало ее эффективность. Больше половины детей исследуемой группы в течении пяти лет не обращались повторно за специализированной помощью (57,1% детей с эндогенными

психическими расстройствами, 58,9% детей с органическими расстройствами и 65,2% детей с умственной отсталостью). Максимальной эффективности реабилитации психопатоподобного поведения у детей при шизофрении удалось добиться в детском возрасте (7-12 лет), после проведенного курса 85,7% мальчиков и, чем у 66,7% девочек не обращались за повторной специализированной помощью. Для детей с отклоняюповедением органического эффективность реабилитационных мероприятий возрастает по мере взросления ребенка. По анализу повторных госпитализаций в возрасте 7-9 лет не обращались за помощью 42,9% мальчиков и 71,4% девочек, а возрасте 10-12 лет 61,5% мальчиков и 80% девочек. Сравнительная оценка эффективности терапии в зависимости от пола ребенка показала, что девочки обладают более высоким реабилитационным потенциалом. Оценка эффективности программ реабилитации в группе умственно отсталых детей показала лучшие результаты эффективности, 65,2% детей данной группы не обращались в психиатрическую больницу повторно. При этом эффективность реабилитации не зависела от возраста и пола ребенка.

20-летний опыт применения инновационно-реабилитационных моделей современного комплексного оказания психиатрической помощи в Омской области *Шеллер А.Д., Марченкова С.П.*

За последние два десятилетия психиатрическая служба Омская области претерпела существенные изменения. Основная цель - поддержка интеграции в сообщество людей с особенностями психического развития. Были выделены целевые группы пациентов, для каждой из которых организованы инновационные подразделения больницы. На их базе успешно внедряются современные психосоциальные мероприятия с учетом их специфики и целевой направленности. На сегодняшний день: психиатрическое медикореабилитационное отделение на 90 мест; программа первого психотического эпизода (круглосуточный стационар на 60 мест, дневной стационар на 20 мест и участок на базе диспансерного отделения); отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для взрослого населения на 100 мест; психиатрическое медико-реабилитационное отделение № 24 с круглосуточным пребыванием на 60 мест; отдел социальной работы. Каждая модель оказания помощи уникальна, имеет свои особенности, подходы, отработанные с годами программы реабилитации пациентов.

Деятельность данных подразделений основана на принципах личностно-социального восстановления и направлена на предупреждение социальной дезадаптации и сдерживание роста

социальных потерь разных категорий пациентов. За последние 20 лет на базе данных подразделений создано и апробировано большое число реабилитационных программ, которые доказали свою эффективность и внедряются во все отделения больницы. - 4 обучающих программы для всех участников полипрофессиональной бригады, включая мастер-классы по организации и проведению групповой работы (в том числе «Школа медицинской сестры по психосоциальной реабилитации») - 5 психообразовательных программ (для пациентов первого психотического эпизода; пациентов амбулаторного звена с хроническим течением заболевания; пациентов круглосуточных стационаров по профилактике госпитализма; родственников; студентов) - более 20 программ тренингов социальных навыков, проводимых медицинскими сестрами и специалистами по социальной работе - 2 программы «переходных» групп для пациентов круглосуточных стационаров, направленные на подготовку к выписке и формирование положительного настроя на лечение и посещение дневпрограмм (психологическая коммуникативная) - 19 программ психологических тренингов - 15 программ коммуникативных тренингов - более 10 программ тренингов творческой направленности - 9 программ тренингов

когнитивных навыков - 4 программы трудоустройства (трудоустройство с поддержкой; эффективное трудоустройство; психологической сопровождение работающих пациентов; профориентация и переобучение).

Выбор определенной программы зависит от возраста пациента и его реабилитационного потенциала. Как правило происходит комбинирование программ в зависимости от того, на какую категорию пациентов фокусируется вмешательство – пациенты с первым психотическим эпизодом, пациенты с частыми, либо длительными госпитализациями, пациентов с неустойчивой трудовой адаптацией и т.п. С 2012 г. активные участники реабилитационных программ данных подразделений принимают участие в междуна-

родных Фестивалях творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» (г. Москва). В 2020 г. впервые приняли участие и заняли призовые места в чемпионате по профессиональному мастерству среди людей с огранивозможностями ченными здоровья «Абилимпикс». Налажено активное взаимодействие с различными общественными организациями, образовательными и культурными учреждениями. В 2019 г. Сотрудники подразделений вступили в региональное подразделение общественной организации «Клуб психиатров (Психиатрия: нить Ариадны)». С 2004 г. по настоящее время реабилитационные подразделебольницы являются базой практики ВУЗов студентов колледжей Омска.

Клинико-экономический подход в организации оказания психиатрической помощи детям в Омской области Крахмалева О.Е., Иванова Т.И., Шарамкова М.А.

Охрана психического здоровья граждан России, а так же оказание качественной, доступной и своевременной психиатрической помощи населению являются актуальной проблемой современного здравоохранения и имеют важное социально-экономическое значение. Тенденциями здравоохранения последних десятилетий является реформирование медицинской службы, определяемое медико-демографическими, экономическими, правовыми, фармакологическими и информационными предпосылками, что сформировало тенденцию к изменению идеологии психиатрической службы в стране.

Изменения запросов и потребностей контингента психиатрического сервиса с одной стороны и недостаток бюджетного финансирования с другой определяли трудно разрешимые задачи функционирования службы. Кроме того, существующая до сих пор система финансирования большинства психиатрических учреждений по смете расходов лишает их стимулов к повышению качества и объёма работы, а также эффективному использованию финансовых ресурсов. Создание эффективно функционирующей службы, которая обеспечивала бы удовлетворительный уровень выявления больных, диагностики, лечения, реабилитации, защиты прав и интересов пациентов, а также защиту от стигматизации пациентов, связанных с психическими расстройствами, является актуальной задачей современной психиатрии. Сложная экономическая ситуация в стране на современном этапе не позволяет рассчитывать на заметное увеличение финансирования психиатрической службы. В этих условиях с особой актуальностью встает проблема поиска новых форм и принципов организации психиатрической помощи, позволяющей снизить размеры затрат на ее оказание с одной стороны, и рационального распределения

имеющихся средств-с другой. В настоящее время завершается переосмысление организации служб психического здоровья. Стало очевидным, что современная психиатрия требует более интенсивного развития внебольничных и других новых принципов помощи больным, внедрения более эффективных методов их реабилитации. Данная тенденция подтверждает выводы о необходимости создания новых форм оказания психиатрического сервиса В рамках стационарного пребывания с сохранением качества и увеличением доступности психиатрической помощи определенным группам населения.

Особая роль в организации психиатрической помощи касается детского населения, поскольку психическое здоровье детей определяет здоровье нации в будущем и занимает одно из ведущих мест в профилактике патологии психического здоровья во всем мире, определяя одну из наиболее актуальных задач отечественной психиатрии. В Омской области, одной из немногих, детская психиатрическая служба выделена в отдельную структуру, что позволяет соблюдать преемственность в оказании помощи детям, а также координировать работу детской психиатрической службы в регионе. Амбулаторная помощь осуществляется по месту жительства ребенка. Организована по участковому принципу для дальнейшего наблюдения и лечения. Стационарная помощь организована на койках круглосуточного пребывания с учетом возраста ребенка. Стационарная помощь осуществляется по направлению детского психиатра или врачапсихиатра сельского района, в острых случаях дети доставляются скорой психиатрической помощью. Функционируют внебольничные службы - дневной стационар для детей и подростков и стационар на дому для детей сирот и других детей до 18 лет, который ввиду своей востребо-

ванности расширен до 75 мест. В структуре КПБ им. Н.Н.Солодникова сформирован и функционирует детско-подростковый комплекс, который является областным методическим центром по вопросам организации оказания психиатрической помощи детям и подросткам. В структуру комплекса входят детско-подростковое диспансерное отделение на 185 посещений в день с сельским консультативным приемом, дневной стационар на 50 мест, стационар на дому на 60 мест, психиатрическое отделение для детей 7-14 лет на 70 коек и психиатрическое отделение для подростков 15-17 лет на 60 коек. Дети до 7 лет, проживающие в г.Омске, госпитализируются в психиатрическое отделение, развернутое на 30 коек, и психоневрологическое отделение на 30 коек детской городской больницы № 1. Дети до 7 лет из сельских районов области поступают на психоневрологические койки неврологического отделения Областной детской клинической больницы (3 койки). Дети, проживающие в 32 сельских районах области, наблюдаются врачами-психиатрами центральных районных больниц, в трех крупных сельских районах укомплектованы ставки детских психиатров. В настоящее время в Омской области кроме традиционных видов лечения были организованы

стационарозамещающие формы оказания психиатрической помощи: дневные стационары, стационары на дому, которые успешно компенсируют недостающие психиатрические койки. За 15 лет существования данные стационарозамещающие формы для лечения лиц с психическими расстройствами доказали свою эффективность.

Проведенные исследования подтвердили экономическую выгоду вне стационарных форм пребывания пациентов, за счет удешевления стоимости пребывания пациента. При этом ребенок пребывает в привычной среде микросоциокружения, получая ального адекватное психофармакологическое, психотерапевтическое лечение, комплекс психолого-реабилитационных мероприятий. Во всех подразделениях сформированы полипрофессиональные бригады специалистов с полным охватом пациентов. Также современная психофармакотерапия позволяет проводить медико-реабилитационные приятия в стационарозамещающих подразделениях больницы и сохранять длительные ремиссии, что в свою очередь также сокращает число госпитализаций в круглосуточный стационар.

Особенности когнитивного снижения у пожилых пациентов с цереброваскулярной патологией и эмоциональными нарушениями *Напалков И.В.*, *Иванова Т.И.*, *Четвериков Д.В.*, *Шеденко М.И*.

Цереброваскулярные заболевания относятся к числу наиболее распространенных форм патологии центральной нервной системы. В виду наличия морфологического субстрата симптоматики в рамках цереброваскулярной патологии, большая часть публикаций по данной проблематике имеет явную неврологическую направленность, однако частая коморбидность с иными формами сердечно-сосудистой патологии, а также различными психическими расстройствами, безусловно требует междисциплинарного подхода. Одним из частых проявлений острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения являются когнитивные нарушения; их степень может варьировать от субкогнитивного снижения. клинического существенным образом не сказывающегося на функциональной активности, так и достигать картины сосудистой деменции, сопровождающейся выраженной дезадаптацией в профессиональной, бытовой и социальной сферах.

Прогрессирование умеренных сосудистых когнитивных расстройств до степени деменции происходит в течение года приблизительно у 15 % пациентов, через 3 года у 50%, а через 6 лет у 80%. Учитывая демографические сдвиги обусловленные увеличением средней продолжительности жизни, а также ввиду наличия

ассоциации между цереброваскулярной патологией и пожилым возрастом, проблема когнитивных нарушений вызванных сосудистым поражением головного мозга начинает приобретать все более значимый характер, что в свою очередь диктует необходимость улучшения профилактики, диагностики и лечения данных состояний.

В связи с актуальностью проблемы когнитивного снижения сосудистой этиологии нами было проведено исследование по выявлению распространенности данных нарушений у лиц пожилого возраста с установленным наличием цереброваскулярной патологии, а также оценке интеллектуально-протективной значимости таких факторов, как образование, здоровый образ жизни, интеллектуальная активность и благоприятный микросоциальный климат.

Было обследовано 88 гериатрических пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении пограничных психических расстройств у пожилого контингента в среднем возрасте 65 [63; 67] лет, число мужчин составило 19,3% (n=17), женщин 80,7% (n=71). У 44 пациентов в 100% случаев клиническим и инструментальным путем было установлено наличие цереброваскулярной патологии, представленной следующими нозологическими формами: дис-

циркуляторная энцефалопатия 1 стадии 68,2% (n=30); дисциркуляторная энцефалопатия 2 стадии 29,5% (n=13); постинсультное умеренное когнитивное расстройство 2,3% (n=1). С целью контроля данных исследования также было обследовано 44 пациентов имеющих максимально тесное сходство с исследуемой группой, но не имеющих цереброваскулярной патологии. Методы: Клинико-психопатологический, Психометрический (Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) и Тест «батарея лобной дисфункции» (FAB)), Нейропсихологическое исследование (Батарея тестов RBANS), Инструментальный (MPT головного Статистический (программа IBM SPSS Statistics 23) – для анализа и сравнения показателей с распределением значений отличающихся от норбыли мального, нами использованы непараметрические методы статического анализа (U-критерий Манна-Уитни) с указанием медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]). Результаты: Оценка когнитивного статуса исследуемой группы пациентов выявила наличие явного когнитивного снижения, которое по своей степени варьировало между умеренным когнитивным снижением и «мягкой» деменцией. 50% пациентов (n=22) отмечали наличие когнитивной флюктуации, 43,2% (n=19) пациентов имели низкую критику в отношении имеющейся когнитивной несостоятельности. Данные нарушения нашли отражение в низких результатах когнитивного тестирования, имеющих статистически значимое различие с группой контроля: (МоСА) 19 [18; 22] баллов (26 [25; 27] баллов в группе сравнения), (FAB) 15 [14; 16] баллов (17 [16; 17] баллов в группе сравнения).

Нейропсихологическое исследование позволило установить нейродинамический профиль когнитивного снижения. У пациентов отмечается снижение репродуктивной функции памяти, при сохранении способности к фиксации. Предоставление мнестических подсказок существенно облегчает воспроизведение информации. Характерно ухудшение зрительнопространственной ориентировки (иногда пациенты откровенно угадывали направление линий и их цифровую принадлежность, прибегали к использованию подручных средств для опреде-

ления крайне простых геометрических задач. Также во всех случаях. Выявляются нарушения внимания (нарушение счета, отвлекаемость, несобранность). Имеют место нарушения речи преимущественно за счет снижение фонетической речевой активности при сохранении ее семантичности. Исследование социального фона пациентов с цереброваскулярной патологией было выявлено, что имеет место корреляция между когнитивной сохранностью и такими факторами, как наличие высшего образования, друзей и домашних питомцев, а также периодическая интеллектуальная нагрузка. Интересно, то что такие факторы как наличие например детей, супруга/супруги, благоприятная среда в семье не влияет на уровень когниции.

Результаты исследования позволяют говорить о том, что когнитивные нарушения в рамках цереброваскулярной патологии по степени выраженности могут варьировать в широких пределах, в основном они представлены умеренным когнитивным расстройством нейродинамичекого профиля (характерно снижение репродуктивной функции памяти, нарушение внимания, зрительно-пространственной ориентировки, а также медлительность психической деятельности) либо сосудистой деменцией (снижается эффективность мнестических подсказок, происходит появление и нарастание дезадаптации, нарушаются корковые функции). Данные когнитивные расстройства нередко обладают флюктуирующим характером течения, что объясняется колебаниями перфузии головного мозга. Нередко пациенты относятся к имеющимся когнитивным нарушениям весьма легковесно либо вовсе не замечают их. У исслегруппы установлено когнитивнопротективное влияние таких факторов, как высшее образование, наличие дружеских связей, домашних животных и конечно интеллектуальная активность. При этом такие факторы, как наличие родни, детей, хорошее взаимоотношение в семье не играют положительной роли, так как чаще всего родители и повзрослевшие дети живут отдельно и общаются редко, вероятно большую пользу для поддержания когнитивного тонуса приносит постоянство общения.

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста Одарченко С.С., Альшанская М.В., Шестак Т.В.

Население мира быстро стареет. Пожилые люди сталкиваются с особыми проблемами в плане физиологического и психического здоровья, которые необходимо признать. По данным ВОЗ, порядка 15% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают психическими нарушениями. Внимание к проблемам психического здоровья в

период старения становится естественным как для отдельного человека, так и для общества в целом. Информированность населения в области психического здоровья недостаточна, а в отношении пожилых и стариков, просто минимальна. В современном мире все больше обязанностей по отношению к пожилым людям возлагается на

общество, с целью сохранить их социальную значимость. Это достигается путем организации медико-социальных мер в отношении старших групп населения. Помощь оказывается врачом-геронтологом, гериатром в поликлинике, в отделениях социальной помощи, геронтологических отделениях при психиатрических больницах, психоневрологических интернатах.

В 2016 году в Омской области создана инновационная форма оказания геронтологической помощи — Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста. Это структурное подразделение, предназначенное для оказания медицинской (диагностической, лечебно-профилактической, психореабилитационной) и психосоциальной помощи во внебольничных амбулаторных условиях пациентам пожилого возраста с психиче-СКИМИ расстройствами, не требующим психиатрического наблюдения в условиях круглосуточного стационара. Первоначально отделение было рассчитано на 60 койко-мест, а в 2019 расширено до 90, в связи с повышенным спросом на данный вид помощи. За 3 года работы стало понятно, что востребованность в получении психиатрической помощи пожилым людям очень высока, при этом данный вид помоши оказался актуален как для самих пациентов, так и для их родственников в рамках психообразования и психопросвещения. Сроки лечения устанавливаются в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и составляют 60 дней.

В отделении предоставляются различные виды помощи: консультативно - диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, психосоциальная помощь во внебольничных условиях, экспертиза временной нетрудоспособности и направление на медико-социальную экспертизу, помощь в бытовых вопросах. Работает отделение ежедневно и обслуживает все районы города. Пациенты находятся под наблюдением медицинского персонала в привычной микросоциальной среде, т.е дома. Помощь в отделении оказывается по методу бригадного ведения пациента на основе принципа партнерства с пациентами в наименее стигматизирующих условиях. Оказание помощи возможно как при посещении непосредственно пациентом врача психиатра в отделении, так и при выезде врача психиатра на дом к пациенту из маломобильной группы населения.

В отделение принимаются пациенты пожилого возраста, имеющие психические расстройства: - психотического и непсихотического характера преимущественно органического генеза; - с пограничными состояниями (невротические; реактивные состояния, аффективные, соматоформные расстройства) - с психическими расстройствами характерными для позднего возраста - с эндогенными заболеваниями в стадии становления ремиссии и в ремиссии Проти-

вопоказания для направления в отделение: - тяжелые соматические и инфекционные заболевания, декомпенсация хронической соматической патологии; - стойкие суицидальные тенденции; бродяжничество, асоциальный образ жизни; алкоголизм, наркомания и токсикомания; В случае ухудшения соматического состояния, обострения сопутствующих хронических заболеваний пациент передается на курацию терапевту по месту жительства. При ухудшении психического состояния пациента, возникновении у него угрожающих жизни состояний или необходимости круглосуточного психиатрического наблюдения, пациент переводится в круглосуточный стационар ОКПБ. Интенсивная работа с пациентами на базе данного отделения показала его эффективность. План работы отделения выполняется на протяжении всех трех лет. Основные показатели оценки работы отделения соответствуют нормативу. Длительность пребывания выписанного больного удерживается в пределах нормативных показателей, так в 2016г. он был- 62.9, в 2017г 62.5, в 2018г- 59.9, и как показывает опыт, данная длительность пребывания оправдана, т.к именно к этому времени удается подобрать лекарственную терапию, достичь состояния стойкой ремиссии.

Для прохождения лечения в отделение пациенты направляются преимущественно амбулаторным звеном: диспансерным отделением для взрослых- 95%, из них 25 % были направлены на долечивание из круглосуточного стационара, АПТО - 3 % , другими - 2 %. Из круглосуточного стационара больницы пациенты направляются преимущественно для дальнейшей курации И психосоциальной реабилитации первичных пациентов, продолжения лечения с целью закрепления полученной ремиссии, либо в тех случаях когда у пациента не высокий комплайенс к лечению, для контроля лекарственной терапии и закрепления комплайенса. За 2018 год в связи с ухудшением психичесостояния было рекомендовано продолжение лечения в круглосуточном стационаре 14 пациентам, из них 4 госпитализировано СП ОПБ, 10 человек направлены на лечение в круглосуточный стационар врачами отделения. В большей части случаев, ухудшение психического состояния наступило вследствие несоблюдения режима приема назначенных лекарств, отсутствием контроля за этим со стороны родных, либо в связи с побочными реакциями (чаще в виде аллергических дерматитов, либо нежелательных побочных действий препарата) на проводимую терапию, ДЛЯ подбора лекарственной терапии, либо на в геронтологические отделения для решения социальных вопросов(оформление в дом интернат). Есть кагорта пациентов не завершивших лечение в отделении ввиду поступления по неотложной помощи в соматический стационар, это около 7-

10% от числа выписанных.

В 2018 году полностью завершили лечение с улучшением состояния 88 % выписанных пациентов. Среди нозологических форм в 2018г доминировали пациенты С психотическими психическими расстройствами - 58%, среди которых доминируют органические психозы и слабоумие. Группа непсихотических расстройств меньше и составляют 42%. В отделении постоянно проводится работа по психосоциальной реабилитации пациентов. Психообразование проводится с пациентами, их близкими и родными, с сиделками, обслуживающими курируемых пациентов, как при обращении в отделение, так и на выезде в домашних условиях. Помощь пациентам в самообслуживании и бытовых вопросах оказывается специалистами по социальной работе и медицинскими сестрами при посещении на дому: осуществляется контроль и обучение правильности приема лекарственных средств, организации режима дня, самообслуживания и ухода за пациентами, независимого проживания. При необходимости проводится оценка социально-бытовых условий, индивидуальное социальное обследование, консультирование пациентов по социальным вопросам, инструментальной поддержке. В отделении работает психолог, который проводит экспериментальное психологическое обследование, консультации пациентов и их родных. С 2019г в отделении оказывает консультативную помощь пациентам и родственникам врач психотерапевт. Таким образом, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для лиц пожилого возраста, предназначенное для оказания помощи психически больным, состояние которых требует интенсивного проведения терапии, а так же психосоциальной реабилитации при отсутствии показаний к обязательной госпитализации может представлять альтернативу стационарной психиатрической помощи.

Эффективность функционирования такой службы обеспечивается следующими условиями: 1) она является комплексной, т.е. сочетается с другими видами медицинской помощи; 2) служба максимально приближена к населению, учитывая ограниченную подвижность пожилых людей, медицинская бригада выезжает на дом для оказания всех перечисленных видов помощи; 3) лечение происходит без отрыва от привычных жизненных условий пожилого пациента, с сохранением социального статуса больного, предупреждением психосоциальной дезадаптации и явлений госпитализма; 4) выполняет интегрирующие функции в обеспечении пожилых больных не только собственно психиатрической, но и социальной помощью; 5) отделение является экономически рентабельным. Так же внедрение такой организационной формы психиатрической помощи определяет положительные тенденции в отношении частоты и длительности госпитализаций больных, уменьшеуменьшения развития госпитализма, улучшения ряда социальных показателей (бытовое, семейное функционирование, навыки социального взаимодействия) и является бесспорно актуально и перспективно.

Медицинская профилактика в психиатрии: работа со СМИ Четвериков Д.В., Александрова Н.В.

В настоящее время актуальность санитарнопросветительской работы в психиатрии многократно возрастает. Это обусловлено комплексом причин, в основе которых лежит негативная стигматизация и самостигматизация. Растиражированный СМИ, кинематографом, литературой образ психически больного – неуправляемого агрессивного психопата или скрытного маньяка с девиантными сексуальными потребностями в значительной мере способствует усилению негативного образа пациента психиатрической клиники.

Резонансные преступления, совершенные с особой жестокостью и бессмысленностью, часто подаются в СМИ как результат психических проблем преступников. Происходит генерализация отрицательного отношения к психическим расстройствам в целом, причем даже к тем, которые априори не сопровождаются агрессивными состояниями – нарушениям пищевого поведения, тревожно-депрессивным расстройствам, психосоматической патологии и пр. Нельзя не учиты-

вать усиление «традиционалистских» тенденций в информационном поле, когда религиозноканонический шаблон выдается как единственно верный, а отклонения от него рассматриваются заболевание, индивидуальнопсихологические особенности или следствия психосоциальных обстоятельств, а трактуются в клерикальном аспекте, который оперирует такими понятиями как «грех», «беззаботность», «лень», «распутность», «безбожие» и пр. Еще полвека назад в классических работах по стигме выделяют три отличающихся типа стигм: 1) «телесные уродства», 2) индивидуальные недостатки характера, воспринимаемые другими как слабость воли, включающие такие девиации, как: психиатрический диагноз, тюремное заключение, наркомания, гомосексуальность, беззаботность, суицидальные попытки 3) маргинальные социальные и политические положения. Все эти стигмы имеют одну общую черту: они несут в себе коннотат «неправильного индивида» («spoilt identity»), который наклады-

вается на самосознание этих людей и восприятие их в социуме. Стигматизации подвергаются отнюдь не все нежелательные особенности, а только те из них, которые в представлении группы несовместимы с образом индивида, с тем, «каким он должен быть».

Стигматизация распространяется также на тех, кто принимает участие в оказании специализированной психиатрической помощи – в первую очередь на врачей-психиатров. Активно муссируется образ «доктора Лектера»; в профессию психиатра приводят собственное безумие, извращенные сексуальные потребности, стремление проводить опыты над сознанием беззащитных жертв, стяжательство и прочие пороки.

В эпоху глобализации и Интернета потребитель информации все чаще занимает пассивную позицию, от него требуется лишь воспринимать готовый информационный продукт, не подвергая его активному анализу, сопоставлению, не делая персонифицированные выводы. Следует обратить внимание на широкое распространение псевдомедицинских знаний в Интернете. Часто они формируют деформированные представления о психических расстройствах, их причинах, клинике, о побочных действиях психофармакологических препаратов. Широко предлагаются альтернативные методы лечения, которые неносят откровенно редко религиозномистический, шарлатанский или коммерческий характер, или являются следствием недостаточно пролеченной психопродуктивной симптоматики у «целителей». Данные тренды, на наш взгляд, могут быть использованы в контексте медицинской профилактики. Реалии современного медийного поля и, соответственно, современной санитарно-просветительской работы предполагают выработку новых задач массовой медицинский профилактики в психиатрии.

В течении последний год в Омской психиатрической больнице налажены продуктивные контакты с большинством региональных государственных и негосударственных СМИ. Сотрудники больницы, вовлеченные в массовую медицинскую профилактику, активно взаимодействую. С журналистами по тем вопросам, которые актуальны для освещения в населении.

Как показывает опыт практической работы, актуальные проблемы могут быть скомпонованы в несколько блоков:

1. Аддиктивные проблемы. Алкогольная,

наркотическая, токсикоманическая зависимости, патологическое использование компьютера.

- 2. Проблемы, связанные с определенными возрастными этапами. Психические расстройства детского и пожилого возраста, взаимодействие в семье.
- 3. Аффективные расстройства, прежде всего депрессивного и тревожного спектра, психосоматические состояния.
- 4. Психические расстройства, связанные с нарушениям физиологических функций нарушения сна и пищевого поведения.
- 5. Семейные проблемы, в первую очередь кризисные состояния в семейных отношениях разводы, измены.
- 6. Кризисные состояния и суицидальное поведение.
- 7. Психические нарушения при ковид-инфекции.

Практически не вызывают интереса у представителей СМИ проблемы "большой" психиатрии - шизофрения, органические расстройства, реабилитация психически больных, принудительное лечение и пр. В данном направлении медико-профилактической работы участвуют не только врачи, но и представители сестринского персонала. Проблемы актуализируются в соответствии с текущими социальными запросами. В больнице сформирована условная группа консультантов, которые компетентны по той или иной проблемы, а также психологически способны контактировать с представителями СМИ. Координацию медийной работы в больнице осуществляет Амбулаторное психотерапевтическое отделение. В среднем один раз в неделю сотрудники больницы ведут данный раздел работы. Формы работы весьма разнообразны: интервью, "круглые столы", ток-шоу, участие в интернет-конференциях, просмотры художественных фильмов и их обсуждение и пр. В целом длительный опыт работы больницы со СМИ показывает, что данный ресурс может быть использован в позитивном аспекте. После любого выступления наблюдается увеличение обращений в клинику, в населении формируется верное представление о патологическом характере многих психосоциальных проблем, о возможностях их коррекции, что в конечном итоге повышает эффективность работы любой психиатрической больницы.

Междисциплинарное взаимодействие при оказании помощи лицам с суицидоопасными состояниями на территории Омской области Кузьмина К.Н., Крахмалева О.Е., Чеперин А.И., Ермолаева И.М.

Самоубийства и суицидальные попытки представляют собой серьезную проблему современного общества. Уровень суицидальной активности населения является одним из

важнейших социально-демографических показателей, отражающим социальное неблагополучие общества. По данным Федеральной службы государственной статистики в результате само-

убийств в России за 2017 год умерли 20,2 тыс. человек, за 2018 год - 18,2 тыс. человек. По данным Росстата за 2018 год суициды в Российской Федерации составляют 1% от всех смертей. Ежегодный мониторинг частоты суицидов во всех административных субъектах РФ и проводимый на его основе анализ являются непременным условием оценки суицидальной ситуации в стране и научного обоснования мер по ее улучшению.

В Омской области в 2019 году зарегистрирован 451 случай завершенных суицидов (в 2018 году 447 случаев), суицидальных попыток (парасуицидов) зафиксировано 769 случаев (в 2018г. 763 случая).

Психиатрическую помощь лицам, проживающим на территории Омской области, находящимся в кризисном состоянии, оказывают специалисты отделения «Телефон доверия» БУЗ ОО КПБ им. Н. Н. Солодникова. Отделение было создано в 1991 году как суицидологическая служба с Телефоном Доверия для работы с лицами, находящимися в кризисных и суицидоопасных состояниях. В 2014 году подразделение переименовано в Телефон Доверия согласно Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Долгое время отделение было представлено одним круглосуточным каналом «Телефона доверия» и кабинетом медико-психологической помощи. С целью оптимизации и повышения доступности специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в ноябре 2009 произведена реорганизация отде-

В настоящее время наше отделение представлено: - круглосуточным телефоном экстренной медико-психологической помощи «Телефон доверия»; с 2010 года выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами: МТС, Билайн, ТЕЛЕ 2, Мегафон; - дневным психологическим «Телефоном доверия»; - кабинетами медико-социально-психологической помощи. Отделение предназначено для оказания специализированной комплексной психиатрической, психотерапевтической (кризисной), психологической помощи, а также психогигиенической и психопрофилактической помощи населению г. Омска и Омской области.

Основная деятельность отделения осуществляется в следующих направлениях:

- оказание антикризисной помощи населению г. Омска и области;
- сбор статистической информации о показателях суицидального поведения населения Омской области;
- профилактика суицидального поведения среди населения Омской области.

В Омской области большое внимание уделя-

ется межведомственному взаимодействию в сфере профилактики суицидального поведения среди населения. Эта работа осуществляется согласно Комплексного межведомственного плана мероприятий по профилактике суицидального поведения населения в Омской области на 2018-2020 годы.

Одним из первых пунктов данного плана является проведение мониторинга суицидальных попыток с учетом способа их совершения, возрастных категорий, половой принадлежности, района проживания суицидента. Отделение «Телефон доверия» на протяжении всего периода является методическим центром организации мониторинга. Ежемесячно в Министерство здравоохранения Омской области предоставляются результаты мониторинга о суицидальной активности населения.

В межведомственное взаимодействие включены также Министерство образования Омской области, Министерство по делам молодежи, физической культуры и спорта, Министерство труда и социального развития Омской области, Уполномоченный при Губернаторе Омской области по правам ребенка, Управление Министерства Внутренних дел Российской Федерации по Омской области. По этому же принципу проводится работа в рамках взаимодействия с другими медицинскими учреждениями г. Омска и Омской области: Токсикологический центр БСМП №1, Бюро судебно-медицинской экспертизы, Городская станция скорой медицинской помощи, Центральные районные больницы Омской области.

По принципу преемственности также осуществляется взаимодействие между структурными звеньями как отделения (Телефон доверия, кабинеты медико-психологической помощи), так и БУЗ ОО КПБ им. Н. Н. Солодникова в целом.

Следующим пунктом Комплексного плана является организация и проведение информационных кампаний, направленных на освещение деятельности «Телефона доверия», служб психологической помощи. Сотрудники отделения «Телефон доверия» и других подразделений БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» ежегодно принимают участие в выставке-форуме товаров и услуг «Вместе с семьей и детьми», посвященной Десятилетию детства. К стенду «Психическое здоровье» за время проведения форума-выставки «Вместе с семьей и детьми» обращается большое количество посетителей выставки-форума. Основным поводом для обращений является получение информации об оказании антикризисной помощи взрослым и несовершеннолетним жителям Омской области, о существующих телефонах И кабинетах медико-социальнодоверия психологической помощи.

Регулярно проводится чтение лекций в различных учебных учреждениях г. Омска о профи-

лактике суицидов, воспитании стрессоустойчивости у подростков, психологии экстремального поведения, а также выступления для врачей общей практики, психологов, педагогов. Выпущены и распространены листовки по следующим темам: «Я выбираю жизнь!», «Подростковый суицид: как распознать опасность?», «Кризисные ситуации в жизни подростка: как пережить их вместе?», «Скажи жизни: «Да!».

Разработаны методические рекомендации для родителей детей и подростков по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних. На данном этапе работы также проводится активное межведомственное взаимодействие со всеми участниками Комплексного плана. В осуществлении экстренной медико психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» («ТД»), который предназначен для неотложного психотерапевтического купирования кризисных состояний. Общее количество обращений в 2019 году на Телефон доверия составило 13291. 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 единст¬венно 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. Любой обратившийся за экстренной помощью на «Телефон доверия» и нуждающийся в дальнейшем наблюдении и, возможно, лечении, приглашается на консультацию к психиатру, психотерапевту, ему проводится психодиагностическое исследование, при тяжелом психическом состоянии возможно направление в психиатрический стационар, решение социальных проблем.

Распространенность и структура синдрома хронической боли у молодежи города Омска

Лубеницкая А.Н., Островский Д.И., Иванова Т.И.

Хроническая боль является одной из ведущих проблем мирового медицинского сообщества. Она может сопровождать ряд многих соматических заболеваний, утяжеляя их течение, или, не имея под собой физической основы, является самостоятельным синдромом. С нарастанием выраженности болевых ощущений у пациентов усиливается депрессивное настроение, катастрофизация, ангедония, появляются бессонница, когнитивные нарушения, чаще возникают суицидальные мысли. Фиксация внимания на негативной информации усиливает чувство уязвимости, настороженности, создает основу для формирования аффективных расстройств. В свою очередь, недостаток сна, депрессия и тревога являются одними из ведущих факторов, которые могут препятствовать восстановлению после болевых эпизодов. Известно, что у людей с когнитивными искажениями и психологическими расстройствами повышен риск возникновения хронической боли и ее центрального усиления. В тесте СМИЛ у людей, кострадают от длительных ощущений, обычно отмечаются высокие показатели депрессивных, ипохондрических и демонстративных черт, также характерно наличие мазохистских, зависимых пассивноагрессивных проявлений. Отмечается высокая коморбидность болевых ощущений и аффективных расстройств. Эмоция тревоги усиливает выраженность боли, также a оказывает существенное влияние на выбор стратегии совладания с ней. Кроме того, в среднем 65% пациентов с депрессией сообщают о головной боли, боли в пояснице, животе, суставах и груди, при этом, в некоторых случаях, не жалуясь на сниженное настроение, т.о. неприятные ощущения являются ведущим проявлением, "маской" психического расстройства. Пациенты с хронической болью в 3 раза чаще отвечают критериям диагностики депрессии, чем пациенты без боли, и вероятность диагностирования депрессии увеличивается с возрастанием количества болевых симптомов.

Цель исследования: оценка распространенности хронического болевого синдрома, особенностей его клинических проявлений среди подростков города Омска, сравнение распространенности тревожно-депрессивной патологии среди здоровых людей и лиц, страдающих хронической болью.

Материалы и методы. Было проведено сплошное одномоментное тестирование подростков в возрасте от 14 до 18 лет с помощью опросника, состоящего из оригинальной части, отображающей характеристику боли и особенности ее течения, и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Всего было обследовано 5910 человек, из них девушек – 3781 (63,97%), юношей – 2129 (36,02%). Результаты. О наличии болевых ощущений, длительностью более 6 месяцев, сообщило 862 человека (14,59% исследуемой группы), среди них девушек - 665 (17,59% опрошенных девушек), юношей - 197 (9,25% исследуемых юношей). Распространенность хронической боли среди девушек достоверно выше,

чем среди юношей и популяции в целом (р≤0,001). Наиболее распространенными локализациями (р≤0,001) болевых ощущений оказались: спина (403 человека, 46,75%), поясница (292, 33,87%) и живот (216 человек, 25,06% лиц с хронической болью). При этом 408 человек (47,33%) сообщают о двух и более локализациях. О выраженной боли свидетельствует 322 человека (37,35% лиц, испытывающих хроническую боль). О наличии дополнительных симптомов, сопровождающих боль, сообщают 556 человек (64,50%). Наиболее распространенными (р≤0,001) являются: слабость, недомогание (364 человека, 42,23% лиц с хронической болью), нарушение сна (199, 23,09%), снижение или отсутствие аппетита (152 человека, 17,63%). 256 опрошенных лиц с хронической болью (29,70%) сообщают о двух и более дополнительных симптомах. О нарушении взаимоотношений с окружающими людьми, например раздражительности, сообщает 282 человека (32,71%). Трудности концентрации внимания сопровождают болевые ощущения в 38,52% случаев (332 человека). Распространенность клинически выраженной тревоги по шкале HADS среди опрошенных с хронической болью составила

31,44% (271 человек), и этот показатель достоверно выше (р≤0,001), чем распространенность среди лиц, не страдающих хронической болью (7,79%, 393 человека). Распространенность клинически выраженной депрессии по шкале HADS среди опрошенных с хронической болью 22,51% (194 человека), и этот показатель достоверно выше (р≤0,001), чем распространенность среди лиц, не страдающих хронической болью (5,13%, 259 человек). Сочетание клинически выраженных тревоги и депрессии среди лиц, страдающих хронической болью, встречается у 13,34% (115 человек), среди здоровых опрошенных - 1,60% (81 человек). Среди лиц с хроническими болевыми синдромами этот показатель достоверно выше (р≤0,001).

Выводы. Хронические болевые синдромы широко распространены среди подростков города Омска. Существуют значимые корреляции между наличием длительно сохраняющейся боли и аффективной патологией, которые взаимно влияют друг на друга, формируя своеобразный порочный круг, тем самым снижая качество жизни. Для установления истинной природы расстройства важно комплексно оценивать состояние здоровья каждого пациента.

Длительная терапия антипсихотиками. Аргументы против *Васильченко К.Ф.*

Длительное антипсихотическое лечение в настоящее время все чаще встречает сомнения иссле- дователей в необходимости его проведения, что связано с рядом возникающих нежелательных явлений. Эффективность антипсихотического лечения с большей продолжительностью в настоящее время изучена не до конца. Во многих руководствах по лечению психических расстройств рекомендуемый период приема антипсихотиков составляет 1-2 года после достижения пациентом ремиссии. Отмечена высокая частота рецидивов при прекращении терапии в указанном интервале времени в течение года-полутора. В значимой части исследоваотмечено, что по мере увеличения продолжительности приема антипсихотических препаратов эффект их действия обнаруживает тенденцию к снижению.

Проведены исследования, в которых было показано, что длительное лечение антипсихотиками приводит к снижению комплайенса. Кроме того, многими авторами неоднократно обращено внимание на развитие побочных эффектов достаточно широкого спектра. Так, поздняя дискинезия на сегодняшний день по-прежнему является актуальной проблемой. Если поздняя дискинезия актуальна в большей степени при лечении типичными антипсихотическими препаратами, то для атипичных нередким явлением

остается метаболический синдром. На фоне последнего возрастает и риск развития сердечнососудистых событий, что, в свою очередь имеет отражение на более высоких показателях смертности пациентов с шизофренией, получающих длительную антипсихотическую терапию, по сравнению с общей популяцией.

Одним из важных моментов негативного влияние антипсихотических лекарственных средств является их влияние на структурнофункциональные особенности головного мозга. Это подтверждено как на микро- так и на макроскопическом уровне. Изменений структуры головного мозга находит свое отражение и в изменении ответа на проводимое лечение.

Необходимость длительного лечения антипсихотическими лекарственными средствами в настоящее время представляет собой весьма дискутабельный вопрос. К решению о продолжении лечения более двух лет следует прихоспектра дить учетом широкого индивидуальных особенностей больного. На сегодняшний день, фармакологическое лечение психически больных имеет высокий приоритет. Вместе с тем, оно является не единственным инструментом в арсенале врача-психиатра, что также важно учитывать при выборе терапевтической тактики.

Психотерапия и реабилитация

УДК: 616.89

ПЕСОЧНАЯ СКАЗКОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С НАРУШЕНИЯМИ ЖЕНСКОЙ ИНИЦИАЦИИ

Дмитриева Н.В.¹, Антилогова Л.Н.², Рядинская Н.Ю.³

- 1 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы»
- ² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный педагогический университет»
- ³ Частное образовательное учреждение высшего образования «Восточно-европейский институт психоанализа»

antilogova@yandex.ru

Аннотация

Статья посвящена проблеме коррекции нарушенной женской инициации посредством песочной сказкотерапии. Рассматриваются этапы песочной сказкотерапии. Приводится развернутый фрагмент беседы психолога с клиенткой, обратившейся за помощью по поводу проблемной сексуальности и неумения выстраивать отношения с мужчинами. В ходе реализации шести этапов песочной сказкотерапии клиентка обретает уверенность в себе и приходит к выводу, что настало время уделить внимание внутренней и внешней женственности, что приведет к гармонизации отношений с мужчинами. Песочная сказкотерапия является инструментом, позволившим организовать инициацию – обнаружение «невыросшего» и пропущенного аспекта развития и «роста» женственности и сексуальности и перехода на новую стадию развития, адекватную биологическому и психологическому возрасту, ролям и функциям клиентки.

Ключевые слова: Инициация, женская инициация, женская идентичность, коррекция, сексуальность, женственность, песочная сказкотерапия.

SAND FAIRY TALE THERAPY IN WORKING WITH VIOLATIONS OF FEMALE INITIATION

N. V. Dmitrieva, L.N. Antilogova, N. Y. Ryadinskaya

Abstract. The article is devoted to the problem of correction of disturbed female initiation by means of sand fairy-tale therapy. The stages of sand fairy-tale therapy are considered. A detailed fragment of a conversation between a psychologist and a client who asked for help about problematic sexuality and the inability to build relationships with men is given. During the implementation of the six stages of sand fairy-tale therapy, the client gains self-confidence and comes to the conclusion that it is time to pay attention to internal and external femininity, which will lead to the harmonization of relations with men. Sand fairy-tale therapy is a tool that allows you to organize initiation-the detection of "ungrown" and missed aspects of the development and "growth" of femininity and sexuality and the transition to a new stage of development, adequate to the biological and psychological age, roles and functions of the client.

Keywords: initiation, female initiation, female identity, correction, sexuality, femininity, sand fairy-tale therapy.

Инициация представляет собой ритуал перехода личности из одной возрастной категории в другую, прохождение испытания и, как следствие –трансформацию, переход на новый уровень развития.

Первые исследования структуры инициаций были проведены бельгийским этнографом Арнольдом ванн Геннепом (1873-1957), достижения которого в этнографии были так же значительны, как и достижения В. Я. Проппа в сказкотерапии [1,6].

Согласно А. ванн Геннепу, суть многочисленных обрядов перехода заключается в том, что человек в течение жизни проходит ряд этапов, переходя из одного состояния в другое. И последовательность этих переходов существует

во всех обществах, независимо от разнообразия традиций. В структуре инициаций автор выделяет три стадии: сепаративную, состоящую в откреплении личности от группы, в которую она входила раньше; лиминальную, или стадию «наваждения на грани»; восстановительную (реинтегративную) [1].

Смена социального или иного статуса, составляющая основную цель инициационных испытаний, предполагает «выход» из прежнего состояния, отказ от культурных функций, разрушение социальной роли. До А. ванн Геннепа никто из исследователей не обращал внимания на промежуточную стадию, имеющую огромное значение.

Структура инициации в сказке отражается

в странствиях героя, когда сначала у него все хорошо и он доволен жизнью, затем благоденствие рушится, и он уходит из дома, не имея разработанного плана, преодолевает препятствия на пути испытаний, пересматривает жизненные позиции, приобретает новые качества и, если проигрывает в смертельном испытании, то погибает, если проходит с честью испытания, то снова возвращается назад в новом статусе [3].

Типологические аналогии между древними обрядами инициации и волшебной сказкой впервые описаны в работах В.Я. Проппа, который считал, что именно тогда, когда обряды инициации стали исчезать, общественное сознание, не осознавшее и не оценившее их значимость, постепенно трансформировало связанные с обрядами опыт, знания и представления в контекст волшебной сказки [6].

Как отмечалось ранее, в ходе инициации осуществляется ритуал перехода личности из одной возрастной категории в другую и ее трансформация. Если говорить о женской инициации, то согласно структуре сказки, она осуществляется через последовательное прохождение четырех этапов: девочка - девушка - женщина - старуха. При адекватной женской инициации, конец каждого из этапов символизирует трансформацию личности [4]. При неадекватной (проблемной) инициации возникают препятствия на этом пути [2]. Критерием завершенной инициации женщины является умение удовлетворять две потребности: 1) независимое от родителей существование; 2) наличие сексуального партнера [7]. При этом во время инициации женщина должна осознать свое женское предназначение, выделять себя из мира мужчин и развивать женскую идентич-Поскольку инициация - это «вненость [2, 4]. историческое архетипическое поведение психики», то её можно сравнить с нормативными кризисами развития [5].

Важным средством коррекции неадекватной (проблемной) инициации является песочная сказкотерапия, позволяющая обнаружить препятствия на пути развития женской идентичности, которые чаще всего заключаются или в слишком быстром прохождении одного из этапов инициации, или исключении одного из четырех этапов на пути инициации, формирования зрелой женской идентичности, женственности и сексуальности. Сочинение сказки позволяет увидеть собственный путь развития, повторяющиеся поведенческие стереотипы, выявить неосознаваемые сценарии и определить, как женщина справляется с жизненными трудностями и препятствиями.

Работа со сказкой включает следующие этапы: 1-ый – появление героя, в качестве которого может выступать персонаж фольклорного произведения или предмет обихода; 2-ой – герой отправляется в путь для выполнения опре-

деленной миссии (формулируется цель, стоящая перед героем); 3-ий – герой встречает помощников (описывается роль помощников в достижении цели); 4-ый – герой сталкивается с препятствиями (их преодоление требует овладение определенными умениями и навыками); 5-ый – преодоление препятствий героем (определяются поверхностные и глубинные ресурсы и их использования в настоящем и будущем); 6-ой – благополучное завершение истории (уроки сказки переносятся в реальную жизнь, раскрываются смыслы произошедшего, оказывается помощь в понимании своей роли в определенной жизненной коллизии).

Эффективность использования песочной сказкотерапии в работе с нарушениями женской инициации подтверждена результатами многих исследований. Отсюда данный метод было решено использовать в работе с клиенткой, обратившейся по поводу проблемной сексуальности и неумения выстраивать отношения с мужчинами. Женщине 42 года, она разведена, имеет четырнадцатилетнюю дочь. Несколько месяцев назад она переехала с дочерью на съемную квартиру от матери, с которой жила все предыдущие годы. Проблема, с которой клиентка обратилась к психологу, заключалась в том, что она считает себя асексуальной, не умеющей строить нормальные отношения с мужчиной, стремящейся разобраться в причинах своего одиночества, испытывающей астению, вялость, нехватку сил, усталость.

В ходе беседы с психологом выяснилось, что женщина после развода с мужем долго не могла смотреть на мужчин, думала только о ребенке и о том, чтобы не расстроить родителей; делала вид, что с ней все в порядке. По прошествии нескольких лет после развода она решила попробовать найти мужчину, зарегистрировавшись на сайте знакомств. Встречалась с несколькими претендентами, но все связи были очень кратковременными.

На вопрос психолога, почему так происходит? Клиентка ответила, что, видимо, она неправильно ведет себя с мужчинами, поскольку все они причиняли ей боль, от которой она устала, и поэтому пришла за помощью к психологу, чтобы разобраться в причинах неудавшейся личной жизни.

В ходе беседы выяснилось, что клиентка, по просьбе матери, долгое время скрывала от всех свой развод, при этом испытывая сильнейшее напряжение, которое загоняла внутрь. Выяснилось, что интересы и мнение матери у клиентки всегда стояли на первом месте, она боялась ее огорчить. В детстве мать запрещала дочери встречаться с мальчиками, и мужа для дочери тоже выбрала сама. Когда же он стал неудобен, она заставила дочь развестись, то есть, по мнению клиентки, она должна была быть с тем мужчиной, который нравится её матери.

Психолог, продолжая беседу, задает вопрос: «Вы замечаете, что, начав говорить о мужчинах, Вы постоянно возвращаетесь к мыслям о матери»? На что та отвечает, что мать не выходит у неё из головы, хотя она хочет от этой навязчивой мысли избавиться и начать новую жизнь, но мать не отпускает её.

Психолог просит клиентку дать метафору ее отношений с матерью и женщина говорит, что это очень похоже на отношения старика и старухи из сказки А.С. Пушкина «О рыбаке и рыбке».

На вопрос психолога, какие аналогии клиентка могла бы провести между её отношениями с матерью, с мужчинами и названной сказкой, та ответила, что мать воспринимает её, как своего непутевого мужа, который ей нужен только для того, чтобы удовлетворять ее желания. Мать изначально воспитывала ее асексуроли альной ДЛЯ выполнения психологического мужа, на которую дочь не соглашалась. У матери всегда прослеживалось потребительское отношение К мужчинам. Клиентка отметила, что ужасно быть на месте мужчины, которого используют, не проявляя ласку и заботу.

Психолог отмечает, что мать воспитывала её не как девочку, которая в будущем должна выйти замуж и стать хорошей женой, а как своего мужа, на которого она сможет положиться, особенно в старости. При таком сценарии очевидны не складывающиеся отношения у клиентки с мужчинами. На вопрос психолога, с каким персонажем из вышеназванной сказки идентифицирует себя клиентка, та ответила, что чувствует себя стариком.

Далее психолог предлагает клиентке вместе изменить сюжет сказки и подобрать к ней желаемый финал.

Для этого психолог использует метод песочной сказкотерапии, который позволяет через метафорический подход осознать ту бессознательную информацию, которая в детстве интроецируется без критического осмысления большинством женщин в процессе их воспитания и инициации, определяя в дальнейшем их сексуальную идентичность и поведение. Данный метод позволяет быстро и мягко реконструировать нарушенный процесс женской инициации и трансформировать негативные родительские интроекты в здоровые сценарии развития личности.

Клиентке было предложено выбрать из имеющихся фигурок ту, которая ассоциируется с образом Старика из упомянутой сказки, с которым она себя идентифицировала, и поставить ее на песочное поле (рис.1).

Психолог спрашивает клиентку, каким она видит Старика? Клиентка отвечает, что видит его, прикованного к своему кресту, уже умирающего, но до него никому нет дела. Старуха

хочет получить от него лишь комфорт, чтобы ничего не делать и жить в свое удовольствие всем на зависть.



Рис. 1. Первый этап песочной сказкотерапии – появление героя сказки – Старика.

Психолог уточняет, что это за крест? На что получает ответ, что это её мать, стремящаяся удержать её рядом с собой, даже ценой жизни последней.

Психолог переходит ко второму этапу песочной сказкотерапии (рис. 2).



Рис.2. Второй этап песочной сказкотерапии – Старик отправляется в путь, чтобы превратиться в Девушку

По просьбе психолога клиентка ставит в песочницу фигуру Девушки с бубном и описывает её: она красива и активна, она танцует, задавая ритм жизни и развития звуками бубна. На поясе у неё кинжал, что означает умение постоять за себя. Эта фигурка Эсмеральды, зарабатывающей своим талантом, женской привлекательностью, не жертвующей собой ради прихоти матери.

Психолог задает вопрос: «Как Старику превратиться в Девушку, и кто ему может в этом помочь»? Осуществляется переход к третьему этапу песочной сказкотерапии (рис. 3).

Клиентка расставляет в песке следующие предметы: Сундук с сокровищами, Чайничек и фигурку Жар-Птицы и отвечает психологу, что это они помогут Старику. Жар-Птица, как из-

вестно, приносит удачу и счастье, но она не дается в руки просто так. Её могут удержать только сильные духом и талантливые люди.



Рис.3. Третий этап песочной сказкотерапии – появление волшебных помощников – Жар-Птицы, Чайничка и Сундука.

Старик привлек её тем, что он не ищет выгоды для себя и не подличает. Он просто хочет идти путем, который дал ему Бог. Он и так много сделал для старухи, пытаясь научить ее быть счастливой, но та не хочет ничего менять и нарушает законы жизни. Ей больше нельзя потакать. Дух Старика силен, и поэтому Жар-Птица ему поможет. Чайничек даст Старику еду, чтобы, получив этот ресурс, он мог жить и идти вперед. В Сундуке - сокровища для обеспечения Старика всем необходимым, а также для того, чтобы задобрить Старуху, откупиться от нее, чтобы она его отпустила. По мнению клиентки, Старуха напоминает ей её мать, которой тоже нужны деньги, и если бы она их давала ей постоянно, то та бы успокоилась и отпустила её.

Психолог уточняет: «А самому Старику нужны деньги»? На что получает утвердительный ответ и пояснение, что он истощен и поэтому давно не думает о том, как он выглядит. Чтобы стать Девушкой, он должен делать то, что делает большинство из них, и только тогда он сможет почувствовать себя женщиной, а не Стариком-кормильцем.

Психолог, продолжая задавать вопросы, спрашивает клиентку: «Сокровища – это только про деньги»? Та отвечает, что это еще и про драгоценные камни – то вечное богатство, которое передается по наследству, поэтому она хотела бы вырастить свою дочь настоящей счастливой женщиной, сумевшей создать семью, и оставить ей в наследство что-то материальное, чтобы та могла развиваться, не думая только о заработке.

Психолог спрашивает: «Значит ли это, что Вы хотите, чтобы Ваша дочь смогла поэтапно пройти все стадии женской инициации и стать счастливой»? Клиентка отвечает утвердительно и поясняет, что ей нужно переписать сценарий своих отношений с матерью и дочерью, поэтому

отныне она будет вести себя с дочерью не так, как поступали с ней, и начнет в первую очередь думать не о матери, а о будущем своей дочери.

Далее, психолог переходит к четвертому и пятому этапам песочной сказкотерапии (рис. 4, 5) и задает вопрос: «Какими ресурсами должен воспользоваться Старик, чтобы преодолеть препятствия на своем пути»?

Клиентка рассуждает: «Старик куда-то незаметно исчез. На его месте появилась Девушка. Она возьмет на вооружение умение быть женщиной от матери и бабушки. Они всегда отлично выглядели, умели себя подать и были окружены массой поклонников. Мать всегда тратила деньги в основном на себя. Она покупала себе яркую одежду, дорогую косметику и ходила в салоны красоты».

Психолог продолжает: «Значит, Ваша мать тратила деньги на свой внешний вид? А на что тратили их Вы»?

Клиента поясняет, что она тратила деньги на обучение, чтобы стать хорошим профессионалом, а теперь – на поддержание здоровья, но приходит к выводу, что следует, видимо, перераспределить свои ресурсы.

Психолог уточняет: «Можно ли утверждать, что, если Вы выполните эти условия (начнете ухаживать за своей внешностью, купите женственную одежду, будете давать матери определенную сумму денег), вы «поймаете Жар-Птицу за хвост» и превратитесь в Девушку»?

Клиентка соглашается, а психолог продолжает: «Что может Вам помешать на этом пути? Выберите фигурки-препятствия» (рис. 4).



Рис.4. Четвертый этап песочной сказкотерапии – появление препятствий на пути превращения Старика в прекрасную Девушку

Клиентка отвечает, что ей могут помешать Летучая Мышь, которая черной тенью захватила Жар-Птицу в плен; Змея, не выпускающая героев в путь из заколдованного круга; Мадонна с младенцем, печально и сокрушенно наблюдающая за происходящим со стороны. Далее клиентка рассуждает: «Летучая Мышь – это

вампир, который пожирает чужие таланты и энергию развития. На ее клыках не просыхает кровь, поэтому, глядя на нее, я чувствую себя обескровленной своей матерью. Она жаждет крови и ненавидит свет и новизну. Ее инстинкты жаждут погрузить все сущее во тьму и затащить в себя все то, что пытается выбраться на волю. Змея охраняет сокровища и не дает двигаться тем, кто попал в круг – сферу ее влияния. Если кто-то посмеет ее тронуть и пойти дальше, она всех убьет. Мадонна молча осуждает всё, что происходит в песочнице. Ей кажутся грязными и деньги, и женственность, и сексуальность, и игра, и танец Девушки. Она поощряет только отношения в диаде «Жертва – Спаситель».

Психолог уточняет: «А что происходит в песочнице»?

Клиентка отвечает: «Борьба. Мне кажется, что сама суть материнства борется с сутью женственности и сексуальности. Пожирающее материнство активно и имеет зубы, а женственность просто хочет проявиться и быть собой. Сексуальность испугалась так, что затихла. А женственность молчит из-за отсутствия сил победить злой аспект материнства. Она ищет нечто в глубине себя, чтобы изменить эту ситуацию, обратив ее в свою пользу».

Психолог возвращается к третьему этапу песочной сказкотерапии – возвращение к ресурсам помощников – и предлагает клиентке посмотреть чуть пристальнее на фигуры помощников, в частности, на фигуру Жар-Птицы, и просит рассказать о ней.

Клиентка: «Ее называют птицей Феникс изза редкого дара умирать и возрождаться. Она – великий трансформатор, в её огне может сгореть нечистая сила».

Психолог: «И Феникс не может справиться с Летучей Мышью»?

Клиентка: «Может. Она пока не пробовала и даже не пыталась это делать. Ведь проявлять активность вовне – это совсем не женская стратегия. Слишком активную женщину общество порицает. А тут еще и Мадонна, уговаривающая женщину терпеть. Летучая мышь говорит, что женщина должна присасываться к телу мужчины и удерживать его в своей пещере».

Психолог: «И это нормально»?

Клиентка: «Да. Она же должна на что-то жить»!

Психолог: «А если допустить, что женщина способна и сама о себе позаботиться и от этого ее женственность ничуть не пострадает»?

Клиентка: «Тогда Жар-птица сможет расправить крылья, стряхнуть с себя Летучую Мышь и двигаться дальше».

Психолог: «Что Вы можете рассказать о Чайничке»?

Клиентка: «Он очень функционален. В него можно налить воду, добавить крупу и травы и при нагревании в нем произойдет нечто вол-

шебное, из чего получится каша и чай, то есть, Чайничек такой же трансформатор, как и Жар-Птица».

Психолог: «Что бы Вам хотелось поместить в Чайничек? Что требует трансформации»?

Клиентка: «Слепую материнскую любовь и яд собственничества. В моей матери присутствует желание власти надо мной, поэтому я помещаю в Чайничек злой аспект восприятия матерью своего ребенка, как своей собственности и антисексуальные директивы».

Психолог: «Что происходит на песке и в сказке»?

Клиентка: «Я думаю, что Мадонне нужен не сын на кресте, а муж рядом, чтобы было на кого опереться. Хочу поставить рядом с ней мужчину. Ведь даже в Новом Завете рядом с Марией был Иосиф. Откуда вообще взялась тенденция, навязанная мне мамой, что женщине, кроме ребенка, больше никто не нужно? Без соединения мужчины и женщины не рождается дитя, и Чайничек символизирует гармонию мужского и женского начала».

Клиентка заменяет стоящую в песочнице фигуру Мадонны на фигуру Пары – женщины и мужчины.

Психолог: «Что сейчас происходит с Сунду-ком, что расскажете о нём»?

Клиентка: «Сундук способен хранить сокровища. Моя бабушка хранила в нём одежду, белье и ткани. В этом есть что-то сакральное. Сундук – это про передачу нажитого добра будущим поколениям. И еще моя бабушка родилась в год Змеи по восточному гороскопу, поэтому Змея вправе чувствовать себя хозяйкой Сундука и охранять его. Она не сможет передать Сундук Спасителю, ему не нужны материальные блага. Зато она может доверить сокровище Девушке».

Клиентка убирает из песочницы фигуру Спасителя и раскручивает кольцо Змеи, которая отныне будет охранять не сундук, а путь развития всех персонажей сказки (рис.5).



Рис.5. Пятый этап песочной сказкотерапии – Старик справился с препятствиями и превратился в Девушку

Далее осуществляется переход к шестому этапу сказкотерапии. Психолог, обращаясь к клиентке, спрашивает её, что она видит теперь? Клиентка передает происходящее в песочнице (рис. 6): «Девушка танцует ритуальный танец, символизирующий смерть старых сценариев деструктивных отношений матери и ребенка, когда женщина направляла все свои силы в единственное русло – материнство, и ребенок был для нее и мужем, и источником дохода, и смыслом жизни, а сама мать пожирала все новое и подавляла любые попытки освободиться от ее власти.

Сундук открылся и предлагает воспользоваться сокровищами-ресурсами всем, кто продолжает развиваться. Чайничек варит целебный напиток. Жар-Птица возродилась, как Феникс, и готова к новым творческим проектам, а вновь рожденная, прошедшая инициацию истинная женщина наконец-то обрела любовь и мужчину. Змея как фаллический символ свидетельствует о начале формирования зрелой сексуальности. От всей картины веет энергией, динамикой, уверенностью и силой».



Рис.6. Шестой этап песочной сказкотерапии – уроки сказки

Трактовка сюжета, представленного на рис. 6, такова: Девушка взяла на вооружение женские стратегии поведения матери и бабушки (Сундук открыт, Змея стала помощницей), одинокое жертвенное материнство (фигура Мадонны) трансформировалось в женственность и гармонию Пары, Жар-Птица проявила активность и сбросила с себя Летучую Мышь, Кипящий Чайничек (возрожденная женская инициация) освободился от пут пожирающего материнства.

Психолог спрашивает клиентку, какие уроки она вынесла из сочиненной ею сказки? Та выделяет несколько уроков:

1). «Быть женственной – не значит быть пассивной. Женщина имеет полное право направлять свое либидо на заботу о себе и самозащиту, на развитие, творчество и работу. Во

мне жила какая-то иррациональная установка, которая голосом мамы говорила, что, если женщина много работает, она перестает быть женственной и привлекательной. Теперь я прочувствовала некую силу, которую обретает работающая женщина, начинающая заботится о себе и своих близких не из состояния жертвы и нужды, а от наполненности энергией женственности и сексуальности».

- 2). «Когда женщина целиком посвящает себя ребенку, она начинает отрицать значение мужчины в своей жизни, что приводит к тому, что мать начинает считать ребенка собственностью, что сильно травмирует обоих. Ей необходимо направлять часть своих усилий на саморазвитие и создание гармоничных отношений с мужчиной. От этого все только выиграют».
- 3). «У меня был серьезный конфликт между мужским и женским началом, пока я не признала необходимость ухода от роли мужчины Спасителя мамы и инициации женской роли, у меня не было покоя в душе».
- 4). «Еще я поняла, что для успешного вхождения в роль и состояние женщины, я могу применять стратегии мамы и бабушки, которые умели преподнести себя в наилучшем виде, а для этого мне необходимо уделять больше внимания уходу за собой, умению сохранять женские энергии».
- 5). «Мой внутренний мужчина уже достаточно силен и успешен в заботе о быте и воспитании дочери. Пришло время позаботиться о заполнении пробелов в развитии моей внутренней Девушки и Женщины. Я умею быть маленькой девочкой, которая боится ослушаться маму, а вот Девушкой и Женщиной пока нет. Всю силу своей личности я направляла на помощь маме. Настало время уделить внимание внутренней и внешней женственности, чтобы Чайничек кипел, и вновь рожденный союз с мужчиной был счастливым и гармоничным».

Анализ рассмотренной проблемы показал наличие у клиентки внутриличностного конфликта между паспортным и психологическим возрастом. Противоречие заключается в том, что внешне клиентка выглядит взрослой женщиной, каковой психологически не является. Стараясь соответствовать социальным ожиданиям, она переживает травму незавершенной сепарации от матери, испытывает неуверенность, зависимость от её мнения, страх сепарации, одиночества, желание иметь сексуального партнера и его отсутствие в реальности, нехватку поддержки и ресурсов, и поэтому она ведет себя, то, как маленькая девочка, зависимая от матери, то, как выполняющая функцию Старика-добытчика.

На консультации обнаружилось, что клиентка из первой стадии инициации (девочка), сразу же перешла в четвертую стадию (старуха), минуя вторую (девушка) и третью стадии

(женщина). Отсюда задачей песочной сказкотерапии являлось выявление ролей и функций женщины, которые остались не выросшими и не сформированными из-за нарушения женской инициации. В нормальном течении процесса «девочка – девушка – женщина – старуха» из-за травмы отношений с матерью были пропущены второй и третий этапы, что привело к посттравматическому обрыву инициации и переходу «девочки в Старуху». Женственность и сексуальность остались несформированными, что в последующем привело к проблемам в отношениях с мужчинами.

В связи с вышеизложенным, можно рассматривать песочную сказкотерапию как инструмент, позволивший организовать инициацию – обнаружение «невыросшего» и пропущенного аспекта развития и «роста» женственности и сексуальности и перехода на новую стадию развития, адекватную биологическому и психологическому возрасту, ролям и функциям клиентки.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Геннеп А., ван. Обряды перехода. Систематическое изучение обрядов. М: Восточная литература, 2002. –198 с
- 2. Дмитриева Н.В. Дочки-матери. Любовь-ненависть / Н.В. Дмитриева. М.: Изд-во «Вариант», 2019. 392 с.
- 3. Емельянова Е.В. Жили-были Он и Она. Парадоксальная сказкотерапия отношений. М.: Генезис, 2016. 464 с.
- 4. Ефимкина Р.П. Пробуждение Спящей Красавицы. Психологическая инициация женщины в волшебных сказ-ках. СПб.: Речь, 2010. 263 с.
- Кон И.С. Ребенок и общество. М.: Наука, 1988. –
 с.
- 6. Пропп В.Я. Морфология волшебной сказки. Исторические корни волшебной сказки. М.: Лабиринт, 1998. 512 с.
- 7. Элиаде М. Тайные общества. Обряды инициации и посвящения. М.: Гелиос, 2002. 352 с.



Новости психиатрии

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Депрессия и тревожные расстройства достаточно часто встречаются у женщин в период беременности. По статистике, в США 8% – 6% женщин получали препараты антидепрессивного ряда. Лечение депрессии и тревожных расстройств во время беременности и в послеродовой период достаточно сложный, но важный процесс, так как при правильном подходе будет оказываться положительное влияние на женщину и ребёнка, а также на формирование детско-родительских отношений.

Однако, приём антидепрессантов в ранние сроки беременности может иметь негативное влияние на здоровье ребёнка. Некоторые антидепрессанты ассоциированы с появлением врождённых пороков сердца и других дефектов у плода. Но большинство исследований изучало лишь влияние препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Работ, посвящённых ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН) и бупропиона, критически мало. При этом сложно проследить, вызваны ли врождённые пороки развития (ВПР) только лишь приёмом антидепрессантов в ранний период беременности или же имеет место быть влияние других факторов.

В декабре 2020 года в журнале ЈАМА Psychiatry было опубликовано исследование Kayla N. Anderson et all. С помощью базы данных исследования National Birth Defects Prevention Study (NBDPS) авторы изучили ассоциированность ВПР с приёмом антидепрессантов, по-возможности исключив влияние факторов окружающей среды. Они отобрали детей с ВПР, не связанных с генетическими или хромосомными нарушения. Группу контроля составили дети, родившиеся в той же местности и в том же месяце, что и соответствующие респонденты из основной группы. В период с 6-го до 24-го месяца после родов матерей опрашивали на предмет приёма флуоксетина, пароксетина, циталопрама, венлафаксина или бупропиона (о других антидепрессантах матери докладывали ранее, перед внесением информации в NBDPS) во время беременности или не позднее, чем за 3 месяца до неё. Во время разговора уточняли дозу и кратность приёма препаратов.

На раннем сроке беременности антидепрессивную терапии получали 1562 (5,1%) женщин из основной группы и 467 (4,1%) женщин из группы контроля. В группе контроля чаще применялись сертралин, флуоксетин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, венлафаксин, бупропион. Женщины из группы контроля, принимавшие антидепрессанты, по сравнению с женщинами этой же группы, но не принимавших антидепрессанты, старше, имели лучшее образование, чаще сообщали о курении или употреблении алкоголя в ранний период беременности, уже имели по крайней мере одного ребёнка.

При сравнении их с женщинами из группы контроля, получавших антидепрессанты вне раннего периода беременности, обнаружено отличие только в уровне образования.

При сравнении женщин, принимавших антидепрессанты в ранний период беременности, с женщинами без терапии, было обнаружено увеличение ОК между приёмом пароксетина, флуоксетина, венлафаксина, бупропиона и ВПР. Эсциталопрам не выявлял такой связи.

Затем была исследована частота возникновения определённых видов ВПР путём её сравнения у детей матерей, принимавших антидепрессанты в раннем периоде беременности, и у матерей, находившихся на терапии вне данного периода.

Было проверено влияния на них внешних факторов. Авторы обнаружили, что приём флуоксетина коррелирует с коарктацией аорты, атрезией пищевода, цитолапрама – с нарушениями предсердножелудочковой перегородки, диафрагмальной грыжей, сертралина – с диафрагмальной грыжей, пароксетина – с анэнцефалией, краниорахишизисом, гастрошизисом, бупропиона – с диафрагмальной грыжей. Эсциталопрам практически не влиял на возникновение ВПР, а венлафаксин наоборот, коррелировал со многими из них.

Ранее данные о связи врождённых пороков сердца с антидепрессантами были получены без учёта влияния основного заболевания матери, авторы нового исследования предполагают, что ассоциированность между данными заболеваниями и препаратами может быть не столь однозначной из-за влияния на плод состояния матери, условий, в которых она проживает.

Среди антидепрессантов не из ряда СИОЗС венлафаксин продемонстрировал наибольшую частоту увеличения риска возникновения внесердечных ВПР. Ранее исследования демонстрировали противоречивые результаты: некоторые из них подтверждали ассоциированность венлафаксина с многими ВПР, а некоторые напротив, не обнаруживали связи между данным препаратом и нарушениями формирования плода.

Новое исследование с учётом состояния матери обнаружила ассоциированность бупропиона только с диафрагмальной грыжей. Предыдущие исследования, как и в случае венлафаксина, демонстрировали противоположные результаты: в одних не было связи между препаратом и каким-либо ВПР, другие же находили корреляцию с врождёнными пороками сердца.

Новое исследование имело ограничения. Вопервых, у базы данных NBDPS не было цели точно установить диагноз, в рамках которого были назначены антидепрессанты. Следовательно, установить отсутствие влияния состояния матери с максимальной точностью не удалось. Во-вторых, назначение

препаратов происходило не рандомно, и авторы не могли проследить, чем были обусловлены выбор препарата, снижение или увеличение его дозировки, длительность лечения, необходимость продолжить его приём во время беременности: тяжестью состояния матери или риском рецидива.

Таким образом, лечение депрессии и тревожных расстройств в период беременнисти является

непростой задачей. Новое исследование подчёркивает важность установления наиболее безопасных препаратов для терапии первой линии для данной группы пациентов. В настоящее время необходимо тщательно взвешивать риск и пользу приёма антидепрессантов при лечении тревожных и депрессивных расстройств у беременных.

Источник: Kayla N. Anderson, Jennifer N. Lind, Regina M. Simeone, William V. Bobo, Allen A. Mitchell, Tiffany Riehle-Colarusso, Kara N. Polen, Jennita Reefhuis. Maternal Use of Specific Antidepressant Medications During Early Pregnancy and the Risk of Selected Birth Defects. JAMA Psychiatry. http://psyandneuro.ru/

ФАКТОРЫ РИСКА И ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ ОТ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Несмотря на то, что за последние десятилетия было выделено, помимо генетического, много факторов риска развития психических расстройств, оставалось неясно, насколько каждый из них влиятелен. В марте 2021 г. журнал World Psychiatry опубликовал «мета-зонтичный» обзор, пытающийся ответить на этот вопрос, — выполненный Jones P. et al., он объединил метаанализы и другие зонтичные обзоры, проводившиеся вплоть до 01.01.21.

В исследование вошли работы с уровнями доказательности I–IV, в которых рассматривались негенетические факторы риска/защиты, касающиеся психических расстройств из МКБ и DSM. В проспективных исследованиях был проведен анализ чувствительности для оценки влияния времени (обратная причинно-следственная связь), применялись критерии TRANSD и AMSTAR. Подходящими оказались 14 зонтичных обзоров, обобщающих 390 метаанализов и 1180 ассоциаций между факторами защиты/риска и развитием психических расстройств. 176 ассоциаций, с уровнями доказательности от I до III, относились к 142 факторам риска/защиты. Наибольшей силой (уровни доказательности I–II) обладал 21 фактор риска.

Для деменции факторами риска оказались сахарный диабет II типа (относительный риск [RR] = 1,54-2,28), депрессия (RR = 1,65-1,99) и низкий уровень социализации (RR = 1,57); для опиоидной зависимости – табакокурение (отношение шансов [OR] = 3,07); для неорганических психотических расстройств – высокий показатель клинического риска психоза (OR = 9,32), злоупотребление канна-

биноидами (OR = 3,90) и детская травма (OR = 2,80).

Вероятность развития депрессивных расстройств увеличивается при вдовстве (RR = 5,59), сексуальной дисфункции (OR = 2,71), наличии трёх или четырех-пяти факторов нарушения метаболизма (OR = 1,99 и 2,06 соответственно), физическом или сексуальном насилии в детстве (OR = 1,98 и 2,42 соответственно), психоэмоциональном напряжении на работе (OR = 1,77), тучности (OR = 1,35), нарушении сна (RR = 1,92).

Для расстройств аутистического спектра наиболее значимым фактором риска оказался высокий вес матери до и во время беременности (RR = 1,28). Достоверно увеличивали вероятность развития синдрома дефицита внимания и гиперактивности тучность матери до беременности (OR = 1,63), курение во время беременности (OR = 1,60), лишний вес во время беременности (OR = 1,28).

Что касается факторов защиты, то весомым оказался только один – высокая физическая активность. В основном он был актуален для болезни Альцгеймера (отношение рисков [HR] = 0,62).

В целом из всех ассоциаций между факторами защиты/риска и развитием психических расстройств сильно взаимосвязаны оказались 32,9%, средне — 48,9%, а слабо 18,2%. Наиболее достоверная связь наблюдалась в детском возрасте, в период нервно-психического развития.

Авторы заключают, что новое исследование может стать опорой для будущих работ о профилактике психических расстройств и ориентиром при ранней интервенции в случае их возникновения.

Источник: Jones P., Arango C., Dragioti E., Solmi M., Cortese S., Katharina K., Murray R. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. World Psychiatry http://psyandneuro.ru/

МИНИМАЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЕ ИЗМЕНЕНИЕ И НОВЫЕ ЛЕКАРСТВА ОТ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

На данный момент ВОЗ при лечении болезни Альцгеймера рекомендует при легкой и умеренной степени деменции назначать ингибиторы холинэстеразы, а при умеренной и тяжелой – мемантин. Также, в этом году был одобрен адуканумаб, но его

место в лечении патологии пока не определено в полной мере.

Результаты клинических испытаний, на основе которых принимаются решения о разработке новых лекарств, обычно представлены в виде сравнения количественных различий между группами по соответствующим шкалам симптомов. Для интерпретации результатов клинических испытаний, принятия клинических решений и разработки исследований с достаточной статистической мощностью необходимо решить, какой эффект лечения можно считать Минимальным клинически значимым изменением (MCID - minimum clinically important difference). В отношении исследований Болезни Альцгеймера (БА) единого мнения о MCID не существует. Несмотря на то, что Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) в 1989 г. составило руководство по одобрению новых антидементных препаратов, до сих пор нет точного определения MCID.

Консультативный комитет FDA по периферической и центральной нервной системе 6 ноября 2020 г. почти единогласно проголосовал против одобрения адуканумаба. Однако его рекомендация была отвергнута и FDA в итоге одобрило использование этого препарата для лечения БА. Ситуация с адуканумабом заставляет вновь обратится к вопросу: как определить эффективность антидементного лечения?

В 1989 г. тот же Консультативный комитет FDA решил, что разница в 3 балла по шкале оценки симптомов БА ADAS-Cog – это признак клинически значимого изменения в состоянии пациента. Однако наличие статистически значимой разницы может объясняться случайностью. Любой эффект, превышающий нулевой эффект, может быть статистически значимым при достаточно большом размере выборки. Таким образом, по-прежнему не найден консенсус по вопросу МСІD в исследованиях лечения БА.

FDA признает лечение легкой и умеренной стадии деменции при БА эффективным, если есть положительная динамика в основной симптоматике (когнитивные функции) и глобальной клинической картине (по оценке лечащего врача) или в функциональности (активность пациента в повседневной жизни). Для исследований, включающих продромальных пациентов с легкими когнитивными нару-**FDA** шениями, требует доказать статистически значимые изменения заранее определенных параметров, включающих в себя когнитивные и повседневные функции. В 2013 г. FDA рекомендовало использовать для этого комплексный инструмент оценки Clinical Dementia Rating Sum of Boxes (CDR-SB). Статистически значимое улучшение CDR-SB показывает тогда, когда фиксируются изменения основной симптоматики (память, ориентация, решение задач, логическое мышление) и одновременно улучшается функциональность (быт, повседневные дела, хобби). У Европейского Медицинского Агентства похожий подход. Тем не менее, остается вопрос – не слишком ли низко установлена планка для определения эффективности?

Исследование, проведенное в 2019 году, показало, что MCID увеличивается вместе со степенью тяжести заболевания. Для легкого когнитивного расстройства и БА легкой степени MCID составляет соответственно 0,98 и 1,63 балла по шкале CDR-SB, 1,26 и 2,32 балла по шкале MMSE. В исследовании 2012 г. сообщалось, что MCID у пациентов с легкой степенью БА составляет 3 балла по шкале ADAS-Cog11.

Однако эти значения MCID не являются обязательным условием для получения одобрения FDA. Примечательно, что в ходе испытаний адуканумаба пороговые значения MCID ни по шкале CDR-SB, ни по шкале MMSE достигнуты не были (CDR-SB - 0,39; MMSE 0,6).

Мемантин и другие одобренные антидементные препараты безопасны и хорошо переносятся, в то время как высокие дозы адуканумаба ассоциированы с 35-процентной вероятностью отека мозга, 20-процентной вероятностью микрокровоизлияний в мозге (в плацебо-группе соответственно 2 % и 7 %). Побочные действия повышают риск того, что нарушится условие ослепления в экспериментальной группе, принимающей высокие дозы адуканумаба, и, как следствие, искажается результат оценки по опросникам, которые заполняются с участием ухаживающих лиц.

Незначительный эффект адуканумаба сравним с эффектом, который показали другие препараты, воздействующие на амилоид. Вероятно, уменьшение амилоида само по себе не приводит к клинически значимому улучшению когнитивных функций, тогда как применение мемантина достоверно положительно влияет на эти показатели. Мета-анализ 2021 г. показал, что снижение уровня амилоида на 0,1 единицы стандартизованного уровня захвата при приеме адуканумаба приводит к улучшению по шкале ММЅЕ на 0,03 балла, в то время как прием препарата Меманталь* за 3 месяца терапии показывает повышение данного показателя на 2 балла.

Установленная регуляторами низкая планка оценки эффективности побуждает спонсоров исследований увеличивать размер выборки для того, чтобы с большей вероятностью найти статистически значимое изменение. Например, 78-недельное исследование адуканумаба планировалось проводить с 1350 участниками, но их количество было увеличено до 1647 в тот момент, когда стало ясно, что статистически значимое изменение может быть не обнаружено.

Клинические исследования когнитивных нарушений должны быть организованы так, чтобы их результаты отражали значимые изменения. Руководства для проведения испытаний новых препаратов от БА должны включать определения клинически значимых изменений, по крайней мере, по шкалам CDR-SB и MMSE. Использование четко определенного MCID придаст ясность и укрепит уверенность в результатах испытаний, что принесет существен-

ную пользу пациентам и системе здравоохранения в

целом.

Источник: Liu K., Schneider L., Howard R. The need to show minimum clinically important differences in Alzheimer's disease trials // Lancet Psychiatry, Published Online June 1, 2021 http://psyandneuro.ru/

АНТИДЕПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ МЕМАНТИНА

Мемантин — это низкоаффинный и селективный блокатор NMDA-рецептора. Механизм действия мемантина очень сложен и есть основания полагать, что это вещество обладает антидепрессивным эффектом. Так, большинство экспериментальных исследований с использованием животных моделей продемонстрировали антидепрессивное действие мемантина. При биполярной депрессии он показал эффективность на этапе подбора дозы основного препарата. Кроме того, имеются данные о том, что мемантин усиливает действие ламотриджина.

Мемантин не показан для монотерапии депрессии, однако отдельные исследования и сведения о клинических случаях указывают на то, что препарат производит некоторые антидепрессивные эффекты при лечении биполярной депрессии в комбинации со стабилизаторами настроения. В частности, описано то, как мемантин произвел антидепрессивный эффект в комбинации с литием, оланзапином и миансерином. В описанном клиническом случае пациент несколько недель принимал эти препараты без каких-либо улучшений депрессивной симптоматики. В другом случае пациента безуспешно лечили ламотриджином, вальпроевой кислотой и амантадином. Добавление мемантина улучшало состояние пациентов. Вероятно, антидепрессивный эффект мемантина проявляется не тогда, когда он применяется в качестве монотерапии, а только тогда, когда он используется в комбинации со стабилизаторами настроения.

Антидепрессивное действие мемантина у пациентов с болезнью Альцгеймера проявляется улучшением познавательных способностей и повседневной активности, а также положительным влиянием на возбуждение/агрессию и бред у пациентов с болезнью Альцгеймера. На сегодняшний день имеется мало информации о нейрохимической основе возбуждения и агрессии. Тем не менее, лобная и поясная коры — в частности, образование нейрофибриллярных клубков в глутаматергических пирамидных нейронах этих областей, предполагаются в качестве региональных субстратов этого поведения. Учитывая, что мемантин демонстрирует благоприятный профиль переносимости, актуально исследовать основной механизм, связывающий мемантин с поведенческими элементами болезни Альцгеймера.

Механизм антидепрессивного действия мемантина основан на следующих эффектах:

- Блокада мемантином пресинаптических NMDA-рецепторов в дофаминергических нейронах ингибирует активность транспортера дофамина и, как следствие, косвенно повышает уровень дофамина в синаптической щели.
- Есть данные о стимулирующем действии мемантина на гистаминовые нейроны с повышением уровня нейротрофического фактора головного мозга. Важно отметить, что мемантин также может снижать высвобождение глутамата, вероятно, за счет ингибирования пресинаптических кальциевых каналов (VGCC), и последующей блокады протеинкиназы С (PKC)-зависимой передачи сигнала.
- Препарат поддерживает синтез кинуреновой кислоты посредством активации протеинкиназы А. Кинуреновая кислота, производное нейронального триптофана, является блокатором сайта глицина NMDA-рецептора и антагонистом никотиновых рецепторов alpha7.
- Примечательно, что мемантин сильно увеличивает пролиферацию нейрональных прогениторов и стимулирует взрослый нейрогенез в гиппокампе, а также снижает активацию микроглии и амилоидогенеза у мышей.

По данным компании IQVIA, в России на апрель 2021 года в продаже доступен мемантин от 17 различных производителей. Из них только 10 препаратов продаются в количестве более 2000 упаковок в месяц. Три мемантина произведены полностью за рубежом: Акатинол, Нооджерон и Меманталь, а у остальных указано российское производство лекарств. Ранее мы проводили фармако-экономический анализ и выяснили, что среди мемантинов, доступных в аптеках РФ, наиболее экономически выгоден препарат Меманталь (Производитель Сотекс-Синтон, Испания).

Источник: Krzystanek M, Surma S, Pałasz A, Romańczyk M, Krysta K. Possible Antidepressant Effects of Memantine-Systematic Review with a Case Study. Pharmaceuticals. 2021; 14(5):481. http://psyandneuro.ru/

АДУКАНУМАБ – НОВЫЙ ПРЕПАРАТ ОТ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США

(FDA) впервые за последние 18 лет одобрило препарат от болезни Альцгеймера – адуканумаб (торговое

название – Адухельб). Болезнь Альцгеймера – это наиболее распространенная форма деменции, от которой во всем мире страдают около 50 млн человек. Главной причиной данного нейродегенеративного заболевания считается накопление β-амилоидных бляшек в головном мозге.

Адуканумаб, или BIIB037, — это моноклональное антитело IgG1, действующее против внеклеточных β-амилоидных бляшек в головном мозге (аналогичен гантенерумабу, бапинезумабу и соланезумабу). Адуканумаб — это рекомбинантное антитело, полученное от пациентов с медленным или отсутствующим когнитивным снижением. Таким образом, в отличие от других способов лечения болезни Альцгеймера, которые действуют лишь на её симптомы, адуканумаб борется против её причины — скоплений β-амилоидных бляшек.

Препарат успешно прошел три стадии клинических исследований, в которых участвовало около 3,5 тыс. пациентов. Данные клинических испытаний 1b фазы показали, что у пациентов, получавших адуканумаб, наблюдается уменьшение количества βамилоидных бляшек. Клинические испытания показали, что у пациентов, принимавших адуканумаб, наблюдалось замедление прогрессирования заболевания. По результатам обследования когнитивного статуса по шкале Mini-Mental State Examination и

клинического рейтинга деменции (CDR), у пациентов, принимавших адуканумаб, наблюдались признаки замедления прогрессирования заболевания, однако эти данные противоречивы. Однако учитывая важность лечения этого заболевания, FDA выдало препарату разрешение в ускоренном порядке.

В своем заявлении FDA уточняет, что такая процедура применяется, когда «есть ожидания клинической пользы, несмотря на сомнения, которые остаются по поводу этой пользы». FDA рассчитывает, что, поскольку во всех ветвях испытаний амилоидные бляшки в мозге пациентов стали меньше, то можно рассчитывать на то, что лекарство все-таки проявит себя и против внешних признаков болезни.

Необходимость в новом лечении болезни Альцгеймера назрела давно: в настоящее время более 6 миллионов американцев живут с болезнью Альцгеймера, и ожидается, что это число будет расти по мере старения населения. Более того, болезнь Альцгеймера является шестой основной причиной смерти в США.

Вместе с тем, разработчикам предстоит провести четвертую, пострегистрационную фазу испытаний и подтвердить, что адуканумаб действительно улучшает когнитивные функции у пациентов. Если доказать это не получится, FDA оставляет за собой право отозвать свое разрешение.

Источник: http://psyandneuro.ru/

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРОМ ВЕЩЕСТВЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СИНДРОМЕ ТУРЕТТА

Синдром Туретта – нейропсихиатрическое расстройство, характеризующееся моторными и вокальными тиками. Часто синдром Туретта сопровождается обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) и синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Некоторые исследования предположительно прогнозируют облегчение симптоматики к подростковому возрасту.

На сегодняшний день неврологические аспекты этого расстройства до конца не выяснены. Результаты воксельных нейровизуализационных исследований противоречивы: одни демонстрируют уменьшение объёма серого вещества в сенсомоторной области, областях левой верхней височной извилины, левого хвостатого ядра, гиппокампальной извилины, поясной извилины, лобных долей, другие – увеличение объёма серого вещества среднего мозга, таламуса и гипоталамуса. Различия могут быть связаны с размером выборки, клиническим и демографическим статусами респондентов, а также погрешностями аппаратуры, используемой для визуализации головного мозга.

В мае 2021 года журнал Translation Psychiatry опубликовал метаанализ исследований изменений серого вещества головного мозга при синдроме Туретта, проведённый Xinyue Wan et al. Авторы, отобравшие 10 работ из баз данных PubMed, Web of Science, Embase и Science Direct, ожидали обнаружить изменения во фронтальной коре, таламусе,

гиппокампе, базальных ганглиях и среднем мозге. Общее число респондентов составило 331 человек из основной группы (с синдромом Туретта) и 327 человек из группы контроля. Все исследования были выполнены до 31 июля 2020 года, применялся SDM-анализ (Signed Differential Mapping).

Оказалось, что в основной группе объём серого вещества уменьшен в области нижней лобной извилины и увеличен в мозжечке, полосатом теле справа и области таламуса. Мета-регрессионный анализ не выявил взаимосвязи между изменениями в объёме серого вещества головного мозга и возрастом респондентов, показателями по Йельской шкале тяжести тиков (Yale Global Tic Severity Scale) и наличием медикаментозной терапии. Ограниченность данных не позволила оценить взаимосвязь с длительностью заболевания, Обсессивнокомпульсивной шкалой Йеля – Брауна (Yale–Brown obsessive-compulsive scale) и коморбидностью с СДВГ.

Выбрав в качестве метода SDM-анализ, авторы смогли сконцентрироваться не на определенных зонах, а на головном мозге в целом, а также выделить статистически значимые изменения.

Нижняя лобная извилина, объём которой был уменьшен, контролирует поведение. Поскольку она подавляет реакцию на стимул, ее дисфункция приводит к импульсивности, характерной для пациентов с синдромом Туретта. При ОКР и СДВГ

распространены тико- и обсессивноподобные явления – повторяющиеся бессознательные непроизвольные стереотипные движения.

Другие исследования показывают уменьшение серого вещества в нижней лобной извилине: справа при СДВГ и слева — при ОКР. Таким образом, согласно визуализации, левая часть нижней лобной извилины больше ответственна за контроль поведения и моторики, и неполадки в ее работе приводят к тикам. Изменения в левой части нижней лобной извилины свидетельствует о корреляции синдрома Туретта и ОКР.

Полосатое тело, получая сигнал от сенсорных и моторных рецепторов, осуществляет контроль движений; участвует в формировании привычек и навыков социального поведения. Оно относится к дофаминергической и ГАМК-ергической системам, поэтому нарушения дофаминергической системы усиливают его дофаминергическую иннервацию: интенсифицируется выброс дофамина, в результате возникают тики. И увеличение серого вещества головного мозга в этом участке может указывать на его гиперфункцию. Стриатум контролирует движения за счёт ГАМК (ингибирующего нейромедиатора). При снижении ГАМК-А страдает функция ГАМК-ергической системы – в итоге появляются тики и компульсивноподобное поведение. Предыдущие исследования находили положительную корреляцию между тяжестью тиков и активностью покрышки мозга, новое говорит о его увеличении. В связи с вышесказанным авторы предлагают в дальнейшем отследить влияние изменений нейротрансмиссии медиаторов на объем той или иной области головного мозга.

По их предположению, рост объема таламуса могли вызвать две причины: компенсаторный механизм (попытка таламуса взять тики под контроль) и гиперреактивность его моторных рецепторов, спровоцированная усиленным сигналом от базальных ганглиев.

Обнаружение увеличения объёма мозжечка согласуется с предыдущими наблюдениями и подтверждает его связь с синдромом Туретта. Тем не менее в будущем следует уточнить взаимовлияние структурных и функциональных изменений в мозжечке.

Нижняя лобная извилина, полосатое тело, таламус входят в состав коротко-стриато-таламо-кортикальный пути. Стриатум подавляет избыточные сигналы от базальных ганглиев — при сбоях в этом процессе ингибируется таламус, и активированная кора генерирует тики. Мозжечок включен в базально-мозжечково-таламо-кортикальную систему, которая тоже задействована в производстве тиков. Данные нервные пути нуждаются в дальнейшем изучении в контексте синдрома Туретта.

Источник: Xinyue Wan, Simin Zhang, Weina Wang, Xiaorui Su, Jun Li, Xibiao Yang, Qiaoyue Tan, Qiang Yue, Qiyong Gong. Gray matter abnormalities in Tourette Syndrome: a meta-analysis of voxel-based morphometry studies. Translation Psychiatry.

http://psyandneuro.ru/

