

Региональная благотворительная общественная организация
**Центр социально-психологической
и информационной поддержки**

«СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

**Двенадцать лекций
о психиатрии и психическом
здоровье**

В помощь семье

3-е издание, переработанное

Москва – 2018

УДК 616.89-08
ББК 88.4+56.14
Д 23

Авторы:

доктор медицинских наук, профессор В.С. Ястребов,
доктор медицинских наук Т.А. Солохина, кандидат медицинских наук
Э.Г. Рытик, кандидат медицинских наук В.В. Ястребова, кандидат медицинских
наук В.В. Балабанова, кандидат экономических наук Л.С. Шевченко,
врач-психиатр Е.С. Акимкина, психологи А.И. Цапенко, Д.М. Шанаева,
Л.М. Алиева, А.О. Одолламский, юристконсульт М.Б. Алексеева

Научный редактор В.С. Ястребов
Редактор А.Н. Каменских

Д23 Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье. – 3-е изд.
перераб. – М.: МБА, 2018. – 196 с.

ISBN 978-5-6040515-1-1

Курс лекций в систематизированном и сжатом виде раскрывает основные понятия в области психиатрии и психического здоровья, отражает особенности общения в семье с людьми, имеющими проблемы с психическим здоровьем, предоставляет сведения о современных методах лечения психических расстройств, организации психиатрической помощи, знакомит с основными нормативно-правовыми документами при ее оказании. Представлен раздел, посвященный отдельным технологиям психосоциального лечения (психообразование и комплаенс-терапия пациентов, тренинги навыков).

Книга предназначена для широкого круга читателей – лиц, страдающих психическими расстройствами, членов их семей, профессионалов в области психического здоровья, занимающихся психосоциальной реабилитацией и психосоциальной терапией, а также для всех желающих ознакомиться с основами психиатрии и психического здоровья.

УДК 616.89-08
ББК 88.4+56.14

Пособие издано при поддержке «Янссен», фармацевтического подразделения
«Джонсон&Джонсон»

ISBN 978-5-6040515-1-1

- © Коллектив авторов, 2005, 2008
- © РБОО «Семья и психическое здоровье», 2005, 2008, 2018
- © С. Гавриков, рисунки, 2005
- © Коллектив авторов, 2018, с изменениями

Содержание

В.С. Ястребов

Предисловие.....5

Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко

Лекция 1. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье в преодолении болезни.....8

В.С. Ястребов

Лекция 2. Психиатрия, ее границы, проблемы и задачи.....23

В.В. Ястребова

Лекция 3. Основные симптомы и синдромы психических расстройств...40

Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина

Лекция 4. Некоторые наиболее распространенные психические нарушения: шизофрения, аффективные заболевания, невротические расстройства, расстройства, связанные с воздействием внешних факторов.....56

Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина

Лекция 5. Как близким справиться с повседневными проблемами, возникающими при совместном проживании с психически больным человеком.....70

В.В. Балабанова

Лекция 6. Современная терапия шизофрении.....77

В.В. Балабанова

Лекция 7. Лечение аффективных расстройств. Психотерапия при шизофрении и аффективных расстройствах.....91

А.И. Цапенко, Д.М. Шанаева

Лекция 8. Психологические проблемы семей, в которых родственник страдает тяжелым психическим заболеванием. Пути их решения.....102

В.С. Ястребов, Т.А. Солохина

Лекция 9. Организация психиатрической помощи: история и современное состояние117

Т.А. Солохина

Лекция 10. Психосоциальная реабилитация: современный подход.....130

М.Б. Алексеева

Лекция 11. Обзор законодательства о психиатрической помощи.....146

М.Б. Алексеева

Лекция 12. Недобровольная госпитализация лица в психиатрический стационар.....159

В.В. Ястребова

Технология проведения психообразования по методу комплаенс-терапии.....165

Л.М. Алиева

Групповая психосоциальная терапия пациентов с психическими заболеваниями.....174

А.О. Одолламский

Ресоциализирующее терапевтическое сообщество.....189

Предисловие

Общей мировой тенденцией реформирования психиатрической службы является развитие общественно-ориентированной психиатрии, которая предполагает наряду с оказанием помощи в традиционной структуре специализированной службы, предоставление ее непосредственно в социуме, в сообществе и использование других государственных институтов, негосударственных организаций, общественных форм помощи для улучшения социального функционирования людей с психическими расстройствами.

В последние десятилетия во многих странах происходит формирование мощного общественного движения в психиатрии, в котором важное место принадлежит различным неправительственным организациям, объединениям больных и их родственников, благотворительным фондам. Основной задачей этих объединений являются оказание самых разных видов помощи, поддержка психически больных, защита их прав и интересов. Наряду с самими пациентами и их родственниками в этой работе принимают участие психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники, добровольцы, спонсоры, известные ученые, бизнесмены и другие люди. Многие из общественных организаций ориентированы на оказание помощи психически больным с определенной нозологической принадлежностью – шизофренией, умственной отсталостью, аутизмом и др., а также лицам разного возраста (детям, подросткам, лицам старшего возраста). Представители этих добровольных организаций имеют право контролировать и оценивать отдельные аспекты деятельности психиатрических учреждений и службы в целом, при их участии обсуждается и утверждается бюджет психиатрических стационаров, внебольничных психиатрических клиник и проч.

Важное место в деятельности общественных организаций занимает просветительская работа среди пациентов и их родственников, а также в населении. Она ведется в разных направлениях: издаются буклеты, популярные брошюры, пособия, курсы лекций, книги, организуются специальные передачи на радио и телевидении. Тематика во всех случаях – это основные проявления психических заболеваний, возрастные особенности их течения, современные методы лечения и реабилитации, особенности социальных программ, формы

социальной защиты и поддержка психически больных, аспекты стигматизации в психиатрии, методы ее преодоления и многое другое.

К сожалению, в отечественной психиатрии до сих пор ощущается острый дефицит популярных изданий, где освещались бы перечисленные выше проблемы. В последнее десятилетие появились переведенные на русский язык работы зарубежных авторов, которые пользуются большим спросом у пациентов и членов их семей. Однако, с одной стороны, число таких работ резко ограничено, а с другой – они далеко не всегда приемлемы для отечественного потребителя по причине существенных отличий системы психиатрической помощи, социальной помощи и поддержки психически больных, особенностей диагностики и лечения психических заболеваний в зарубежных странах от существующей системы помощи в нашей стране. Поэтому выполнение многих программ и рекомендаций зарубежных авторов в условиях России порой трудноосуществимо.

Говоря о психообразовательных программах, пропаганде психиатрических знаний, следует иметь в виду, что в этих специальных знаниях нуждаются не только лица, страдающие психическими расстройствами и их родственники, но и широкие слои населения, осведомленность которого в вопросах психического здоровья остается низкой. Бытуют искаженные представления, слухи, мифы о психиатрии, психиатрах и психически больных. Последнее обстоятельство может отчасти объяснять порой предвзятое отношение населения к психиатрии и психиатрам.

Популяризация психиатрических знаний способствует не только своевременному обращению за помощью к специалистам, профилактике психических расстройств, но и привлечению внимания властных и общественных структур к проблеме психического здоровья. В условиях нашего общества эта работа тем более важна, что в силу определенных факторов на протяжении многих десятилетий она практически не проводилась. В связи с этим роль общественных организаций в реализации психообразовательных программ приобретает особую значимость.

Перед вами уже третье, переработанное издание книги «Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье», в которой учтены изменения, произошедшие в службе психического здоровья в последние годы. Настоящий курс лекций имеет целью хотя бы частичное восполнение перечисленных выше пробелов. Авторы лекций – специалисты в разных областях психиатрии – работают в Научном центре психического здоровья, других научных и практических психиатрических учреждениях, а также являются членами общественной организации «Семья и психическое здоровье», которая в 2017 г. отметила важную веху своей жизни – 15-летие со дня ее основания.

Основываясь на опыте своей профессиональной, научной и общественной деятельности, авторы книги попытались осветить основные аспекты современной психиатрии, системы организации психиатрической помощи, современных методов диагностики и лечения психических заболеваний и расстройств, общественных форм помощи и поддержки психически больных и членов их семей. Надеемся, что предлагаемое издание окажется полезным не только пациентам и их близким, населению, но и профессионалам, занимающимся просветительской работой в области психического здоровья.

В. Ястребов,
доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ,
руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья
НЦПЗ РАМН, президент региональной благотворительной общественной организации
«Семья и психическое здоровье»,
Председатель Общественного совета
по вопросам психического здоровья
при Главном специалисте-психиатре Минздрава РФ

Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко

Лекция 1. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье в преодолении болезни

Базовый курс лекций по программе семейного психиатрического просвещения обычно мы предворяем вступительной лекцией – обсуждаем вместе с родственниками больных значение семьи в жизни человека, рассматриваем ее функции и структуру, анализируем ситуации, когда в нее вторгается тяжелое психическое заболевание, и с учетом их кризисности останавливаемся на моделях поддержки, которые помогают семье пережить тяжелое время и адаптироваться к условиям постоянного стресса, сопряженного с психическим заболеванием близкого человека. Не отступая от привычного порядка, мы сочли целесообразным в первой лекции осветить перечисленные выше аспекты.

Немного о семье и семейных взаимоотношениях

Семья в жизни любого человека играет огромную роль. На вопрос, что такое семья, наши слушатели отвечают по-разному. Часто приводятся следующие определения: «Семья – это группа людей, проживающих вместе и ведущих совместное хозяйство»; «ячейка общества, форма организации быта»; «проживающие вместе родственники, имеющие общий бюджет», «семья – это семь Я». Любое из них правильно и каждое отражает определенные условия существования семьи, ее особенности. И в то же время все слушатели соглашались с таким определением: **«семья – это социокультурная система из взрослого человека и еще одного или нескольких взрослых или детей, связанных обязательством поддерживать друг друга эмоционально и физически и объединенных во времени, пространстве и экономически».**

Это определение приведено в руководстве «Основы семейной медицины»¹, в нем сделан акцент на разных функциях семьи, а главное, оно охватывает разные модели семей – нуклеарную семью (супружеская или партнерская семья, в которой на первый план выдвигаются отношения между представителями одного поколения),

¹ Fundamentals of Family Medicine / Ed. R. Taylor. – 1983.

расширенную семью (семья, состоящая из нескольких поколений), семьи с приемными детьми, семью, с хронически больными или инвалидами, бездетную семью и проч.

Остановимся на том, что следует понимать под функциями семьи, и выделим основные.

Функции семьи – это сферы жизни семьи, непосредственно связанные с удовлетворением потребностей ее членов – эмоциональных, духовных, социально-бытовых, медицинских и др. Часть этих функций остается неизменной на протяжении всего ее существования, а часть со временем меняется.

Семья выполняет следующие функции:

- эмоциональную – удовлетворение потребностей членов семьи в симпатии, уважении, признании, поддержке, защите;
- духовного общения – удовлетворение потребности во взаимном духовном обогащении;
- первичного социального контроля – обеспечение выполнения членами семьи принятых социальных норм;
- воспитательную – воспитание и социализация детей;
- хозяйственно-бытовую – удовлетворение материальных потребностей членов семьи;
- сексуально-эротическую – удовлетворение сексуально-эротических потребностей.

Выполняя эти функции, семья обеспечивает рост личности и развитие каждого ее члена, прививает ему чувство социальной идентификации, принадлежности к общечеловеческой культуре, образует основу формирования внесемейных отношений и связей.

Особое внимание хотим обратить на так называемые *медицинские функции семьи*, которые включают формирование, поддержание и сохранение здоровья ее членов. Среди них выделяют:

- репродуктивную – обеспечение рождения здорового ребенка посредством сознательного планирования семьи и учета наследственных факторов;
- образовательную – обеспечение своих членов информацией по вопросам здоровья и болезней;
- ухода за больным;
- финансового обеспечения медицинской помощи.

Структура семьи – еще одно важное понятие при ознакомлении с основами семейной жизни. Под этим понимается ее численность, состав,

а также совокупность характеристик, отражающих взаимоотношения ее членов. Наиболее распространенная структура – муж, жена и один или несколько детей (это так называемая нуклеарная семья). Нередко с ними проживают родители одного из супругов.

Часто слушатели задают вопрос: что определяет семейное благополучие? Дело в том, что не существует какого-то одного фактора, от которого оно зависит. Семейное благополучие определяется совокупностью характеристик, отражающих разные стороны внутрисемейных взаимоотношений. К основным – формирующим «семейный портрет», относятся распределение власти в семье, близость и автономия ее членов, стиль общения и решения проблем, эмоциональные особенности, способность перенести стресс, справиться с потерями и изменениями.

Распределение власти бывает следующим:

- 1) более или менее равномерное;
- 2) авторитарность одного из членов при подавлении остальных;
- 3) «война» между членами семьи за власть;
- 4) неустойчивые, взрывные отношения.

Варианты распределения от 2 пункта до 4 свидетельствуют о нарушении семейных взаимоотношений.

Желательно, чтобы *близость членов семьи сочеталась с их автономией*. Это означает, что каждый имеет свое мнение и свободно высказывает его, встречая понимание и симпатию со стороны близких.

Стиль общения в хорошо функционирующей семье характеризуется четкостью, привычкой отвечать за свои слова и поступки, уважением к словам и чувствам других. Положительное поведение одобряется и поощряется, отрицательное либо игнорируется, либо оцениваются его причины. Когда в такой семье возникают проблемы, принятые решения характеризуются четкостью и реалистичностью, а ее членов отличают сходные взгляды на мир, близкие представления о смысле и ценностях жизни.

Ориентировочную оценку качества функционирования своей семьи можно получить, ответив на пять, приведенных ниже вопросов². Если число баллов 7–10, семья функционирует хорошо, при 4–6 баллах в ней имеются проблемы, требующие тактичного вмешательства специалистов; оценка 0–3 балла означает, что в семье серьезные проблемы и требуется немедленное вмешательство специалистов.

² Опросник «Семейный АПГАР» (Smilkstein G., 1978). Опубликовано в «Fundamentals of Family Medicine» (Ed. R. Taylor. – 1983).

Оценка семейных взаимоотношений

Утверждение	Почти всегда, 2 балла	Иногда, 1 балл	Почти никогда, 1 балл
Уверен, что могу обратиться к своей семье, если меня что-то беспокоит			
Удовлетворен тем, как моя семья обсуждает со мной пути решения ее проблем			
Удовлетворен тем, как члены моей семьи выражают свои чувства и отвечают на мои			
Удовлетворен тем, как семья поддерживает и одобряет мои желания создать что-то новое			
Удовлетворен тем, как вместе с семьей провожу досуг			

Нарушение взаимоотношений в семье может препятствовать нормальному выполнению ее функций, в том числе связанных с обеспечением здоровья. От особенностей этих взаимоотношений зависит, как семья прореагирует на болезнь и медицинское вмешательство, поддержит ли действия врача, либо отнесется к ним неодобрительно, способна ли она преодолеть болезнь. Нарушения семейных взаимоотношений уже сами по себе могут стать причиной физических и психических жалоб.

Семья в кризисе

Семья представляет собой сложную систему. Один из основателей семейной психотерапии Дж. Хонелс (1975) определил ее основу таким образом: «Семья – это не просто сумма людей, а система, и как всякая система обладает определенной структурой, состоящей из элементов и связей между ними, а также собственными качественными особенностями...»

В семье все взаимосвязано, и при повреждении любого ее звена возникает отзвук во всех остальных частях. При наличии в семье больного никто не остается равнодушным, нарушается установившееся равновесие во взаимоотношениях, семья перестает функционировать как гармоничное целое».

Психическое заболевание, как и любое другое тяжелое хроническое, является причиной наиболее серьезного семейного кризиса. Безусловно, это нагрузка не только на заболевшего, но и на его близких, и чем она тяжелее, тем сложнее к ней адаптироваться.

В многочисленных научных исследованиях установлено, что серьезное психическое заболевание одного из членов семьи вносит ограничения в организацию быта, требует особого режима, изменения привычного жизненного уклада жизни всех членов семьи, заставляет отказаться от приятных привычек, изменить планы на будущее, перераспределить обязанности, не говоря уже об ощущениях неопределенности, беспомощности, страха, и у больного, и у его родственников.

«Когда мой сын заболел, это стало главной заботой в моей жизни. Уход за ним заполнил все. При этом мое положение отягощалось внезапными приступами тревоги, страха, неуверенности, подавленности, связанными с лишь с одним: что впереди? До сих пор у меня много бытовых проблем, я встречаюсь с откровенным бюрократизмом, когда хочу что-то получить для себя или сына, иногда мне приходится быть и юристом, и правозащитником – все это лишает меня сил, энергии».

(К.Д., 1999 г.)

Сказанное формирует по отношению к членам семьи феномен бремени болезни. Это финансовые и эмоционально-психологические тяготы, заботы по уходу за больным, принятие ответственности за его будущее, утрата перспектив служебного роста, лишение отдыха, и, помимо этого, переживание стигмы.

Согласно полученным нами данным (Т.А. Солохина, 2003), среди родственников, принимавших участие в социологическом опросе, 90% обеспокоены материальным положением больного члена их семьи. Полностью поддерживать его материально считали своим долгом 56,7% респондентов, ответственными за обеспечение его всем необходимым – 51,7%, обязанными компенсировать то, что он недополучает – 50%; 40% родственников ответили, что уход за больным сильно утомляет их, при этом, по мнению почти половины из них, ввиду болезни члена семьи их нагрузка по дому существенно возросла. Не скрывали факта болезни родственника только 20% респондентов. При интервьюировании родственников от многих мы слышали, что в силу сложившихся обстоятельств у них «36-часовой рабочий день» или что они связаны с больным «от звонка до звонка», т.е. не имели полноценного сна и отдыха.

Практически все родственники испытывали тяготы психологического характера. Около половины отмечали угнетенность и подавленность, их посещают мысли о неразрешимости ситуации. Многие отмечали, что из-за болезни близкого стали чувствовать себя одинокими, изолированными. Вместе с тем, 20% опрошенных находили облегчение, поделившись с кем-то своими трудностями.

Когда серьезное психическое расстройство, например шизофрения, вторгается в семью, задействуются все ее члены и стабильность даже хорошо функционирующей ее организации может нарушиться: трудные и непонятные проблемы, как правило, вызывают конфликты. Зачастую связь этих проблем с болезнью отрицается, игнорируется и родственникам необходимо время, чтобы принять диагноз и адаптироваться к нему.

Большинство родственников проходят через *пять фаз в реакции на болезнь*, уяснение особенностей которых позволяет представить, как протекает адаптация к болезни и прогнозировать, где родственнику пациента потребуется поддержка.

1. Начало болезни. С болезнью семья встречается раньше, чем врач, – еще на стадии предсимптомов и первых, так называемых скрытых, неясных, симптомов. Реакция на возникновение болезни зависит от тяжести и скорости ее развития, представлений о ней и предрассудков. При остром – внезапном начале психического заболевания период неопределенности в плане установления диагноза невелик. При медленном ее развитии этот период, очень тревожащий близких, может растягиваться на месяцы и даже годы. Для первой фазы типичны тревога, обеспокоенность, метание в поисках наиболее компетентной медицинской помощи, часто отрицание болезни, хотя возможно и враждебное отношение к врачам, обвинение их в предвзятости, невнимании.

2. Установление диагноза. Момент получения информации о наличии психического расстройства чаще всего является для семьи наиболее тяжелым и чаще всего воспринимается как тяжелая утрата. Для этого периода наиболее характерны такие реакции, как неверие, отрицание, шок, чувство вины («не уберegli»). На данном этапе семья нуждается в объективной информации от специалистов, в которой должны быть четко представлены характер и особенность болезни. В самом начале заболевания еще неясны длительность его лечения и прогноз. Однако уже в этой стадии следует ознакомить семью с симптомами болезни, ее возможными причинами и с целями лечения.

Рекомендуем родственникам задать следующие вопросы специалистам:

- чем болен мой близкий?
- какие симптомы и признаки указывают на психическое заболевание?
- что известно о его причинах?
- чего следует ожидать?
- где узнать об этом заболевании? приобрести необходимую литературу?
- какое обследование проведено?
- необходимо ли дополнительное обследование?
- если обследование проведено, обнаружены ли отклонения?
- каковы цели лечения и ухода?
- кто, помимо психиатра, принимает участие в лечении больного?
- как часто следует приходить на прием к психиатру?
- какова длительность лечения?
- что делать, если больной откажется от лечения?

В некоторых семьях психиатрический диагноз умалчивается, не говорят о возникших проблемах, природе и прогнозе болезни. Такая тактика неправильна, поскольку пациент может подумать, что его заболевание настолько страшное, что о нем даже нельзя упоминать.

Период установления диагноза с психологической точки зрения очень тяжел и может стать точкой не только сближения семьи, но и ее распада.

3. Лечение. Лечение психического заболевания, как правило, длительное. На этом этапе важно, чтобы ответственность за выполнение рекомендаций была поделена между врачом, пациентом и его семьей. Длительное лечение больного требует перестройки жизненного уклада и перераспределения в семье ролей. У родственников возможны развитие депрессии, злоупотребление алкоголем и лекарствами, и им самим часто требуется помощь психотерапевта или психиатра.

В период лечения родственникам, как и самим пациентам, следует спросить у специалистов:

- какую пользу принесет лекарственная терапия?
- каковы ее побочные эффекты?
- почему выбрано именно это лекарство?
- придется ли принимать это лекарство всю жизнь?
- имеются ли другие препараты, которые помогут, если назначенный окажется неэффективным?

- какие признаки (симптомы) указывают на то, что дозу препарата нужно изменить?
- что будет, если пациент перестанет принимать лекарство?
- есть ли какая-либо литература об этом лекарстве?
- поможет ли пациенту психотерапия?
- имеются ли группы поддержки, юридической помощи для родственников и пациентов, с которыми можно связаться?

4. Начало адаптации к болезни. Требуется время, чтобы принять болезнь близкого, пройти через отрицание, гнев, печаль и депрессию, и научиться жить с психически больным родственником. Обычно это период достаточно длительный. Есть сведения о том, что он в целом составляет 12 месяцев, но это лишь усредненный показатель; в жизни же он нередко растягивается на годы. Тем не менее, в это сложное время родственникам больных необходимо научиться заботиться и о себе, экономно расходовать силы – ведь их жизнь подобна марафону. В этот период членам семьи стоит подумать над следующим:

- как влияет болезнь на каждого члена семьи?
- как говорить друг с другом о болезни?
- как придется изменить свою жизнь?

5. Окончательная адаптация к болезни. В идеале в этот период больной занимает в семье и обществе соответствующее его возможностям место, а члены семьи отрабатывают модели общения с ним, которые постоянно совершенствуются. Однако для близких больного этот процесс весьма труден ввиду непредсказуемости развития симптомов заболевания и изменения их тяжести.

Родственникам в условиях постоянных эмоциональных перегрузок от контактов с психически больным членом семьи трудно сохранить собственные планы на будущее. Тем не менее, в этот период членам семьи стоит задуматься над следующими вопросами:

- как сложится жизнь, когда больному станет лучше?
- не провоцируют ли члены семьи пациента как можно дольше оставаться в роли больного?
- какой помощи ждет семья (психотерапевтической, психологической, в уходе за больным, социальной поддержки и т.п.)?

Помощь в преодолении болезни

До сих пор многие семьи, как и значительная часть специалистов сферы психического здоровья, считают медикаментозное лечение основой ведения больных шизофренией и другими серьезными психическими заболеваниями. Поэтому широко распространено мнение, что решение проблемы заключается в правильном подборе лекарств. Однако современный подход к лечению психических и поведенческих расстройств предполагает сбалансированное сочетание трех его основных компонентов: фармакотерапии (лекарственными средствами), психотерапии и психосоциальной реабилитации. Об особенностях каждого из них подробно будет говориться в других лекциях. А здесь мы остановимся лишь на их определении.

Фармакотерапия психических расстройств определяется применением в основном трех классов психотропных препаратов, действие которых направлено на ослабление симптомов болезни. К таким препаратам относятся нейролептики (антипсихотики), которые влияют на психотические симптомы, антидепрессанты, используемые при депрессиях, и транквилизаторы, которые чаще всего применяются при наличии тревожных состояний.

Психотерапия относится к вмешательствам, направленным на изменение поведения, настроения, эмоциональных реакций с помощью вербальных (словесных) и невербальных психологических средств.

Психосоциальная реабилитация – это комплекс мер (психообразование, тренинги навыков, трудоустройство, получение образования, формы помощи реабилитационной направленности в службе психического здоровья и социуме, защищенное жилье, использование искусства, культуры, спорта в реабилитационных целях и др.), который дает возможность людям с ослабленным психическим здоровьем или инвалидам по причине психических расстройств достичь оптимального уровня независимого функционирования в обществе.

Объем каждой составляющей терапевтического процесса (психофармакотерапии, психотерапии, психосоциальной реабилитации) зависит не только от основного диагноза, но также от стадии болезни, возраста пациента, условий его жизни. Это значит, что лечение должно максимально соответствовать индивидуальным потребностям пациента в определенный период времени. Однако даже идеально подобранная схема лечения не всегда обеспечивает хорошие результаты.

Наилучший результат достижим, когда пациент и его ближайшее окружение являются не пассивными участниками сложного процесса исцеления, а активными партнерами при оказании помощи наряду с профессионалами.

Условиями формирования партнерских отношений считаются:

- наличие у пациента и его ближайшего окружения знаний о природе психических заболеваний и их лечении, стиле общения и поведения в семье;
- владение способами контроля симптомов болезни;
- навыки решения специфичных для определенных заболеваний проблем.

В большинстве семей такие знания и навыки минимальны, и нерационально требовать их приобретения самостоятельным путем. Родственники больных должны иметь доступ к необходимой информации, а также возможность общаться друг с другом для обмена опытом, отражающим их удачу и поражения, а также для разработки способов решения наиболее частых проблем.

Доказана эффективность следующих форм работы с семьями:

- психообразование;
- группы поддержки;
- семейная психотерапия.

Психообразование как форма информационной и социально-психологической поддержки родственников больных и самих пациентов стало активно внедряться и в нашей стране. В ряде зарубежных государств образовательный подход при оказании помощи семье применяется уже не одно десятилетие. Результаты научных исследований доказали, что психиатрическое просвещение служит основой:

- раннего обращения за помощью;
- профилактики обострений и повторных госпитализаций;
- понимания душевного мира больного человека.

В основе образовательного подхода лежит убеждение о положительном влиянии семьи на процесс выздоровления родственника. Однако еще в 50-е годы XX века среди врачей бытовало представление о семье как об одной из главных причин психического расстройства вследствие дисфункционального семейного стиля взаимоотношений, неправильного отношения родителей к ребенку. Терапевтическое воздействие состояло в том, чтобы с помощью определенных приемов изменить поведение членов семьи и тем самым избавить больного человека от заболевания.

Такой подход оказался «провальным», поскольку родственники не соглашались с тем, что причастны к болезни, а пациенты все равно не могли избавиться от ее симптомов.

При всем том, что природа психических заболеваний остается до конца неясной, признание многофакторной природы их возникновения, принятие биопсихосоциальной модели в объяснении причин развития психического заболевания побудило пересмотреть взгляд на роль семьи в ее возникновении и течении. В рамках этой модели семейные отношения из статуса причины заболевания переходят в статус одного из многочисленных факторов, влияющих на течение заболевания. Это подтвердили результаты, установленные в отечественных и зарубежных исследованиях, посвященных семейному функционированию и эмоциональным нарушениям в семьях больных, их влиянию на течение заболевания. Среди этих работ одной из первых была концепция «выраженных эмоций» – определенного стиля поведения родственников больных, влияющего на развитие рецидивов заболевания (Г. Браун, 1972). К выраженным эмоциям относятся критические замечания в адрес больного, враждебность, чрезмерная эмоциональная вовлеченность (гиперопека, самопожертвование).

Членов семей начали обучать правильному общению с пациентом, убеждать в том, что их отношение к больному, знание природы заболевания, долговременное участие в лечении могут способствовать выздоровлению. Иными словами, был признан огромный вклад помощи родственников в лечение больного члена семьи. Результаты многих исследований доказывают, что психиатрическое образование и семейная терапия способствуют снижению частоты рецидивов заболевания.

Бывает, конечно, и так, что родственники больных воспринимают обучение как попытку переложить всю ответственность за лечение на их плечи. Это неверно, поскольку обучение облегчает близким пациенту людям взаимодействие и с ним, и с профессионалами.

Авторами данной книги накоплен большой опыт психообразовательной работы, которую они проводят с 1996 г. За это время более 500 родственников пациентов участвовали в разработанной программе психообразования.

Базовый курс обучения состоит из 12 занятий длительностью 1,5–2 часа каждое. Встречи еженедельные, число слушателей в группе от 10 до 15. Структура занятия: приветствие (короткая беседа на общие темы) (5–10 минут), опрос присутствующих по кругу об основных событиях недели (10–15 минут), основная – лекционная часть (45–60 минут),

вопросы и ответы (10–15 минут), заключительная часть – обсуждение полученной информации (10–15 минут). Занятия носят не только информационный, но и психотерапевтический характер.

Результаты опроса членов семей психически больных, участвовавших в программе психиатрического просвещения, показывают, что практически все используют знания, полученные на занятиях, особенно касающиеся симптомов болезни, навыков общения с больным человеком, приемов снижения собственного стресса. Многие родственники стали более оптимистично смотреть в будущее, некоторые отметили, что благодаря занятиям у них улучшились отношения с медицинским персоналом, снизилось эмоциональное напряжение в семье, они меньше ощущают одиночество.

Приведем несколько отзывов родителей – участников программы семейного психиатрического просвещения.

«Я уже несколько месяцев являюсь участницей образовательной программы по психиатрии и поняла, что чувства, которые испытывала, были нормальной реакцией на болезнь дочери: я очень опасалась, не больна ли сама. Теперь мне есть с кем поговорить, меня понимают, я не чувствую такого одиночества, как раньше. И самое главное, что каждый раз, когда прихожу на занятие, узнаю что-то важное и новое для себя».

(И.Г., 62 года).

«Соседи не понимают меня и боятся моего сына. Теперь я иногда рассказываю им о психиатрии, о том, как к таким, как мой больной сын, относятся в Англии. Они удивляются и даже однажды, когда мой сын в очередной раз заболел, спросили, чем мне помочь».

(Т.С., 52 года).

«Я пользуюсь советами. Как мне казалось раньше, ничто не меняется в болезни моей жены. А сейчас, оглядываясь назад, как меня научили, сравниваю, что было раньше и что сейчас, вижу улучшения – маленькие, но они есть».

(П.Г., 48 лет).

Группы поддержки и общественные организации (профессиональные, а также созданные пациентами и их родственниками) – эффективная форма социально-психологической и информационной поддержки семей психически больных, оказания помощи себе и близким.

Число таких групп и общественных (неправительственных) организаций в зарубежных странах исчисляется тысячами. В России общественное движение в психиатрии еще набирает силу, но уже в настоящее время накоплен значительный положительный опыт работы таких объединений. В лекции, посвященной психосоциальной реабилитации, мы подробнее осветим их деятельность. Здесь же кратко скажем о значении общественных форм помощи для членов семьи.

На протяжении нескольких последних лет авторы книги не только анализировали деятельность ряда общественных организаций и групп взаимопомощи, функционирующих в Москве, но и сами явились инициаторами создания такой общественной организации. Поэтому могут с полной уверенностью подтвердить их огромную роль в социально-психологической поддержке семей с особыми потребностями. Встречи семей, объединенных одной проблемой, бесценны в облегчении бремени страдания, связанного с тяжелым психическим заболеванием близкого человека.

Работа групп поддержки и общественных организаций, созданных родственниками больных, а также профессионалами, направлена не только на их психиатрическое образование, но также на защиту интересов самих пациентов и их семей, оказание социально-психологической поддержки.

Члены групп поддержки или общественной организации обнаруживают, что они не одиноки, что в других семьях имеются схожие проблемы, которые легче решать вместе, сообща. Встречаясь, родственники больных имеют возможность «выговориться», «исповедоваться», «облегчить душу». Такой подход обладает мощным целительным эффектом, который, порой, не доступен даже профессионалам.

Доказательством может служить высказывание матери больного сына, посещающей группу поддержки.

«Мне потребовалось 20 лет, прежде чем я смогла поговорить с кем-то помимо участкового психиатра, и открыто сказать, что мой сын болен шизофренией».

(Е.П., 65 лет).

Заканчивая вступительную лекцию, считаем необходимым дать родственникам больных ряд рекомендаций, разработанных ведущими специалистами в области психообразования и семейной терапии³.

³ McFarlane W.R. Family psychoeducation: basic concepts and innovative applications // Innovative approaches for difficult-to-treat populations /Eds. S.W. Henggeler and A.B. Washington. – London: American Psychiatric Press, 1997. – P. 211-237.

Рекомендации членам семьи

1. Не нужно торопиться. Процесс восстановления здоровья может быть длительным. Очень важно больше отдыхать.
2. Сохраняйте спокойствие. Проявление чрезмерного энтузиазма – реакция нормальная. Постарайтесь его умерить. Проявление несогласия вашего близкого тоже нормально. Постарайтесь и к этому отнестись спокойно.
3. Давайте отдых друг другу: передышка нужна каждому.
4. Установите ограничения. Каждый должен знать правила. Несколько простых правил могут все расставить на свои места.
5. Не думайте о том, чего Вы не можете изменить. Кое-что нужно оставить как есть. Обращайте внимание на проявления жестокости.
6. Изъясняйте проще. Говорите то, что намеривались сказать, ясно, спокойно, уверенно.
7. Следуйте предписаниям врача. Необходимо принимать лекарства так, как назначил врач, и только те, которые он назначил.
8. Выполняйте свои дела, как обычно. Восстановите обычный порядок работ по дому. Поддерживайте связь со своей семьей и с друзьями.
9. Никаких наркотиков и алкогольных напитков: они усугубляют симптомы болезни.
10. Обращайте внимание на любые изменения самочувствия близкого, фиксируйте их. Консультируйтесь с лечащим врачом.
11. Решайте проблемы шаг за шагом. Вносите изменения постепенно. Работайте над чем-либо одним.
12. Временно снизьте ожидания. Используйте собственные характеристики и впечатления о состоянии близкого. Сравнивайте результаты текущего и предыдущего месяцев.

Эти простые рекомендации фактически являются моделями поведения с пациентом. Важно, что они помогают в поддержании спокойной атмосферы в семье, направлены на снижение стресса у ее членов и способствуют профилактике рецидива болезни. Усваивая приводимый ниже обучающий материал, Вы ознакомитесь и с другими рекомендациями, что поможет Вам при общении с пациентом и при его лечении.

И еще несколько моментов, на которые следует обратить внимание. Бремя болезни, его тягостное влияние на самого больного и его семью может быть смягчено, если:

- болезнь признается как таковая;
- все заинтересованные лица получили необходимую информацию о заболевании и его лечении;
- лекарственная терапия проводится последовательно;
- врачебное наблюдение осуществляется регулярно;
- семье удалось избежать изоляции.

Последующие лекции осветят вопросы, составляющие базовый курс образовательной программы по психиатрии для родственников психически больных людей. И еще не раз их авторы подчеркнут важность психиатрического образования чему собственно и посвящена эта книга.



В.С. Ястребов

Лекция 2. Психиатрия, ее границы, проблемы и задачи

Современная психиатрия: основные направления, достижения, возможности

Психиатрия представляет область медицины, деятельность которой направлена на изучение причин возникновения и особенностей течения психической патологии, ее выявление и лечение, на организацию системы психиатрической помощи, разработку профилактических мероприятий.

Психиатрия сегодняшнего дня превратилась в самостоятельную дисциплину, внутри которой сформировано несколько важных направлений: клиническая психиатрия, биологическая психиатрия, научная психиатрия, пограничная психиатрия, возрастная (детская, подростковая, гериатрическая) психиатрия, судебная, военная, социальная психиатрия, коммунальная психиатрия, организационная, или административная психиатрия, экологическая психиатрия, психиатрия катастроф.

Перечень этих направлений свидетельствует о том, что в наши дни психиатрия вышла за традиционные рамки, которые ранее ограничивались психиатрическими больницами, диспансерами и контингентами больных этих учреждений. Сегодня психиатры работают в крупных соматических больницах, поликлиниках, учебных заведениях, медсанчастях, медицинских учреждениях ведомственного профиля. Среди населения, в учебных, производственных и иных коллективах психиатры выполняют не только лечебную и диагностическую работу, но и решают многие социальные проблемы, этико-правовые, экспертные вопросы, участвуют в разработке программ здорового образа жизни населения, профилактики психических расстройств.

Представителями служб психического здоровья ведется большая работа и в обществе. Она направлена на преодоление негативного отношения окружающих к психически больным и к психиатрии, на привлечение внимания властных и общественных структур к актуальным проблемам психиатрии, к решению социальных вопросов психически больных, психиатрических институтов, всей психиатрической службы. Именно поэтому многих известных психиатров конца позапрошлого столетия, которые проводили большую работу

в земствах по становлению и развитию психиатрии, привлечению внимания к проблемам отечественной психиатрии, называли психиатрами-общественниками.

В последнее десятилетие в ряде развитых стран большое внимание уделяется проблеме психического здоровья населения, нации в целом. В связи с этим психиатрами-исследователями вместе с экономистами, работниками социальной и иных сфер выполняются специальные программы по определению масштаба потерь, которые несет государство и общество в связи с психическим нездоровьем населения. События последнего десятилетия показывают, насколько возросла роль психиатров при оказании помощи в условиях катастроф, стихийных бедствий, национальных конфликтов, террористических актов, в зонах экологического неблагополучия и миграционных процессов. Иными словами, если раньше роль психиатра сводилась к выявлению психически больных и оказанию им помощи в условиях психиатрических учреждений, то сегодня сфера его деятельности прочно вошла в общемедицинскую сеть, в область экстремальных ситуаций, в общество. Согласно последним исследованиям наших сотрудников, «экспансия» психиатров в разные сферы деятельности государства и общества положительно воспринимается не только средствами массовой информации, но и населением.

Значимых успехов достигла психиатрия в выявлении многих видов психической патологии на ранних этапах ее развития, разработке новых методов диагностики и лечения, в возвращении большого числа лиц с психическими расстройствами к учебе, производственной и социальной деятельности. Огромная заслуга в этом принадлежит ученым, работникам практической психиатрии, психофармакологам, психотерапевтам и психологам, социальным работникам, биологам, генетикам, юристам, педагогам и многим другим специалистам.

Понятия психического здоровья и заболевания

При решении вопроса о границах компетенции психиатрии и психиатров, об определении масштаба научных проблем одним из самых сложных является определение границ психической нормы и патологии. Попытки его решения предпринимало не одно поколение психиатров, философов, психологов, социологов и других специалистов, однако окончательного ответа до сих пор нет. Судя по всему, вряд ли он будет получен и в обозримом будущем.

Проблема состоит в том, что при современном уровне знаний невозможно рассматривать психическое расстройство или заболевание в отрыве от склада психики человека, особенностей его личности, состояния других органов и систем, окружающих условий. Круг психической деятельности индивида включает такие тесно взаимосвязанные категории и характеристики, как сфера мышления, восприятия, личностный склад, мотивация поступков, особенности настроения, эмоционально-волевая сфера и др. Перечисленные параметры человеческой психики в той или иной мере отражаются на сфере его индивидуального и социального функционирования. Результаты этого функционирования всегда носят оттенок индивидуальности, оригинальности, нередко экстравагантности, неординарности, одаренности, талантливости, наконец, гениальности индивида. Определенную часть лиц с указанными характеристиками общество нередко склонно относить к категории оригиналов, чудаков, экстравагантных, а порой полунормальных.

Изучением таких пограничных случаев занимались Ж. Шарко, Ц. Ломброзо, З. Фрейд, К. Юнг, Э. Кречмер, П.Б. Ганнушкин. Интересны даже названия некоторых их работ, например, «Гениальность и помешательство», «Одаренность, гениальность и помешательство». Примечательно, что задолго до этих ученых французский философ Д. Дидро высказал не менее интересное и оригинальное суждение о том, что следствием психических расстройств является, «с одной стороны, гений, а с другой – умалишенный, причем одному воздвигают статуи, а другого сажают на цепь». Другой вопрос, кому что уготовано судьбой. Однако парадокс состоит в том, что известно немало примеров, когда одному и тому же человеку в жизни достается и то, и другое. Как бы ставя точку в этой дискуссии, французский психиатр К. Кюльер говорит, что общество погибнет от избытка посредственности в тот самый день, когда в этом обществе перестанут существовать так называемые полунормальные.

Как видим, все попытки провести отчетливую границу между понятиями психической нормы и патологии пока остаются безуспешными, и неоднократные стремления дать определение понятию *психического заболевания* особого успеха также не имели. Поэтому психиатры делают вывод об отсутствии или наличии таковой патологии у того или иного лица, основываясь на опыте своей работы, изучении особенностей проявлений болезни, закономерностей ее развития и течения у многих больных, а также на результатах дополнительных исследований, и при выявлении патологии характеризуют ее как психическое расстройство, психическое заболевание, симптом или синдром. Наиболее

приемлемым является определение отечественных авторов: психическим заболеванием является такое изменение деятельности головного мозга, когда психика не соответствует окружающей действительности и отражает эту деятельность искаженно. Проявлениями психических заболеваний служат нарушения психики и поведения человека. По тяжести течения патологического процесса различают более выраженные формы психических заболеваний – психозы и более легкие – неврозы, психопатические состояния, некоторые формы аффективной патологии.

Существуют разные принципы деления, систематики психических заболеваний, которые определяются задачами психиатрической науки и практики, взглядами национальной психиатрической школы, подходами к унифицированной оценке психически больных специалистами разных стран. В соответствии с этим наиболее принятыми являются национальные и международная классификации психических заболеваний. В России применяется Международная классификация психических болезней (МКБ-10), которую часто называют статистической, то есть она отражает состояние больного на момент его осмотра. С 2018 года на практике планируется использование МКБ 11-го пересмотра, где для каждого заболевания будут указаны причины возникновения, симптомы, влияние на повседневную жизнь и принципы лечения.

Говоря о психическом здоровье, нет сомнений в том, что оно является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья в целом. Согласно определению ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов. Это определение легло в основу многих профилактических программ и проектов, национальных стратегий охраны здоровья в развитых странах. Важным следствием этого определения является то, что психическое здоровье – это не только отсутствие психических расстройств и форм инвалидности, это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой не только благополучия человека, но также эффективного функционирования общества.

В последние годы в мире вопросам психического здоровья населения уделяется все большее внимание. Так, впервые за всю историю существования ВОЗ в 2001 г. Всемирный день здоровья, который международная общественность отмечает ежегодно 7 апреля, было решено посвятить проблемам психического здоровья. Первоочередной целью

Всемирного дня здоровья в этот год была разработка мер по уменьшению распространенности таких психических расстройств, как депрессия, шизофрения, болезнь Альцгеймера, наркотическая зависимость, эпилепсия, умственная отсталость. В ходе планируемых на последующие годы мероприятий предполагается сосредоточить внимание на вопросах первичной профилактики и обеспечения психического благополучия населения, что отражено в соответствующем докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире в 2001 г.: «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда». Таким образом, речь идет не только о программах психического здоровья населения и профилактике психических расстройств, но и об их выявлении и лечении.

Распространенность основных психических расстройств

Вопрос о числе лиц, страдающих различными формами психической патологии, имеет большое научное и практическое значение. Данные о распространенности психической патологии позволяют судить о ее структуре в населении, об удельном весе отдельных форм психических заболеваний. Эти показатели используются для определения потребности населения в конкретных видах специализированной психиатрической помощи и в лекарственных средствах, оценки размеров финансирования психиатрической службы, для установления численности различных категорий работников психиатрических служб, определения числа психиатрических учреждений, их видов, для совершенствования действующих лечебно-диагностических программ. Помимо того, изучение распространенности психической патологии в населении, ее структуры и динамики в зависимости от демографических, социальных, географических, экологических, культуральных и иных факторов позволяет судить о причинах возникновения этих заболеваний, особенностях их течения, методах лечения и профилактики. В нашей стране получение этих данных стало возможным благодаря единой системе государственной статистики, диспансерной системе оказания населению различных видов амбулаторной психиатрической помощи. В дальнейшем развитии клинической, социальной и организационной психиатрии значительный вклад внесла психиатрическая эпидемиология, задачей которой является оценка распространенности психических расстройств, роли различных факторов в их возникновении, особенностей клинических

проявлений в больших когортах населения. Полное представление о развитии психических заболеваний в населении можно получить лишь при их изучении на всем протяжении, включая стационарный и внебольничный этапы.

Необходимо сказать, что статистические данные не полностью отражают реальную картину – они значительно ниже показателей, приводимых зарубежными эпидемиологами. Это объясняется, прежде всего, тем, что при проведении целенаправленных исследований эпидемиологи выявляют намного большее число больных, поскольку многие не обращаются за помощью в государственные психиатрические учреждения и, соответственно, исключены из статистического анализа.

Следует также отметить неоднозначность приводимых в литературе данных о распространенности психической патологии в населении. Это объясняется использованием разных диагностических критериев, форм статистической отчетности, методов эпидемиологических исследований и другими факторами. В частности, согласно материалам специального исследования, проведенного на рубеже XX и XXI столетий, вариабельность данных о частоте психических расстройств в населении разных регионов составляет от 1 до 50% и более. По разным источникам, шизофренией страдает от 0,5 до 3% населения, аффективными расстройствами – от 1,1 до 30%, при этом показательна крайне низкая обращаемость последних за психиатрической помощью (25%). Распространенность невротических расстройств в населении достигает 40%. В старших возрастных группах психические нарушения имеются у 15–67% населения. Высказывается мнение, что в следующем поколении, количество заболевших в старшем возрасте может увеличиться более чем вдвое. За последние 10 лет показатель болезненности для психических расстройств в России увеличился на 16,9%. Значительно – на 31,3% – возросла болезненность для непсихотических расстройств.

По данным официальной статистики в 2016 г. более 4 млн. россиян получили помощь в различных медицинских учреждениях в связи с психическими расстройствами. Среди них больные с психозами и слабоумием составили 27,4%, с непсихотическими психическими заболеваниями – 50,4%, с умственной отсталостью – 21,9%. Согласно результатам разных эпидемиологических исследований, в нашей стране число нуждающихся в психиатрической помощи может составлять от 14 до 21 млн. человек.

Социально-экономические и социально-психологические последствия психического нездоровья населения

В последнее время специалисты многих стран обеспокоены масштабами распространенности психической патологии, объемом бремени, которое несет государство и общество в целом вследствие наличия таких расстройств, нередко приводящих к глубокой инвалидизации больных. Речь идет, прежде всего, о том, что творческий, культурный, интеллектуальный, производственный и обороноспособный потенциал нации является отражением психического здоровья населения. Исследования, проведенные сотрудниками Научного центра психического здоровья РАМН (Л.С.Шевченко и соавт.), показали, что огромные потери, которые несет общество в связи со стойкой и временной нетрудоспособностью по причине психических заболеваний, проявляются потерями в производстве валового внутреннего продукта. Масштаб этих последствий вполне сопоставим с половиной всех выделяемых на здравоохранение государственных средств.

Изучение социально-экономических последствий психического нездоровья населения России продемонстрировало, что *на макросоциальном уровне* они сопоставимы с последствиями сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Это соответствует данным зарубежных исследований. Результаты экономической оценки последствий психических заболеваний свидетельствуют о том, что стоимость психического нездоровья населения России в ценах 1996 г. составляет около 2% валового внутреннего продукта.

Что касается последствий психических заболеваний *на микросоциальном уровне*, то очевиден огромный урон для семей психически больных (Т.А. Солохина и соавт.). Определены сферы жизни, в которых родственники больных испытывают наибольшие трудности. Это социально-психологические проблемы (более половины родственников чувствуют себя угнетенными из-за болезни сына или дочери, считают, что их проблемы неразрешимы), финансовый аспект (более 60% отмечают тяжелое материальное положение в семье, основной причиной которого, по мнению опрошенных, является болезнь родственника), уход за больным (около 70% говорят о резком увеличении на них нагрузки по дому в связи с болезнью родственника). Большинство обследованных испытывают трудности в профессиональной деятельности, отмечают ухудшение собственного здоровья, ограничение внешних контактов, нарушение семейных взаимоотношений, ассоциируя все это с болезнью члена семьи.

В ходе групповых и индивидуальных бесед с родственниками удалось выяснить, что многих тяготит неправильное поведение больного (агрессивность, суицидальное поведение, повышенная сексуальность, отказ посещать врача или принимать лекарства и др.), вызывает недовольство факт формального отношения медицинского персонала к больному, а также, система социальной поддержки и реабилитации психически больных. Практически все опрошенные говорят о необходимости получения специальных знаний, касающихся основных проявлений психических заболеваний, методов лечения, ухода за психически больным. Отмечена важная роль психосоциальных программ и форм общественной поддержки больных и членов их семей, реализуемых действующими в Москве общественными непрофессиональными организациями.

Как видим, оценка последствий психических заболеваний свидетельствует о необходимости пересмотра представления о второстепенном месте психиатрии в иерархии приоритетных проблем отечественного здравоохранения: данные о сопоставимости экономических и социальных последствий психических заболеваний с таковыми при сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях опровергают это представление. Установлено, что бремя психического заболевания охватывает разные сферы жизни семьи больного и значительно снижает ее качество. Очевидно, что при формировании политики в области охраны психического здоровья населения должны учитываться потребности семей психически больных. Работы наших сотрудников (Л.С. Шевченко и соавт.) свидетельствуют о том, что затраты на службу психического здоровья в России должны определяться в объеме 0,8% валового внутреннего продукта и быть защищены законодательно, как это имеет место в ряде развитых стран.

Образ психически больного и психиатра в отечественных средствах массовой информации (СМИ)

Отношение окружающих к психически больным, к психиатрам, к самой психиатрии во многом определяется тем, как это освещается в СМИ. Последние являются своеобразным индикатором бытующих в общественном сознании представлений. В то же время это мощный механизм формирования общественного мнения. Анализ представляемого в СМИ образа психиатрии, психической патологии и в целом проблем, связанных с психическим здоровьем дают важную информацию об отношении общества к психически больным, к психиатрической помощи,

к психиатрам и психиатрии в целом. Отражаемое в прессе общественное мнение может являться одним из индикаторов эффективности деятельности психиатрических служб, адекватности ее организационных и правовых аспектов. Во многих странах на протяжении уже длительного времени СМИ ведут активную работу по изменению негативного отношения общества к психически больным.

Для выяснения вопроса, как в российских периодических изданиях, в частности, в газетах представлен обобщенный образ больного, психиатра и в целом отечественной психиатрии, сотрудники отдела организации психиатрических служб Научного центра психического здоровья РАМН (В.С.Ястребов и соавт.) провели специальное исследование, проанализировав газетные публикации 2000–2002 гг. на тему психического здоровья. В ходе этой работы обращали на себя внимание не только стремление журналистов отразить правовые проблемы оказания помощи, озабоченность родственников больных и окружающих ее недостатками, но и отчетливая тенденция к негативному освещению образа больных, к их сегрегации, отторжению.

Образ психически больного в публикациях представлен в следующем виде. Это реальный или потенциальный «принудчик», убийца, насильник, извращенец и т.п. Крайне жесток, изворотлив и упорен в достижении цели. Его поведение нелогично и непредсказуемо. Является героем криминальных статей, публикаций об «Институте Сербского». Ряд статей посвящен описанию случаев жестоких нападений больных на работников психиатрических стационаров, их убийства, что укрепляет мнение обывателя о жестокости психически больного человека и необходимости изоляции его от общества. В то же время психически больной непонятен, нелеп, иногда забавен, но в целом безобидный. Сочувствия у окружающих он не вызывает. Является жертвой родственников или психиатров. Беспомощный, вызывает жалость. «Он тоже человек». Герой публикаций о пограничных психических расстройствах и диалогов с читателями. Такой же, как все, или страдающий, нуждающийся в помощи. Вызывает сочувствие у читателя. Психически больными могут быть и гении, талантливые, хорошо известные люди.

Очевидно, что статьи, написанные в таком тоне, оказывают крайне негативное влияние на формирование образа психически больного в общественном сознании, он представляется, прежде всего, как опасный преступник. При этом, как свидетельствует тематический анализ публикаций, описанию картины психического заболевания, современных возможностей его лечения не уделяется достаточного внимания – психиатрическая тема вообще не является основной.

Обобщенный образ психиатра представлен в виде авторитетной, всемогущей фигуры, повелителя безумия, знатока человеческих душ, вершителя судеб. Обладая большой властью, он может нанести ущерб больному (объявить недееспособным и пр.). Страх перед этим отрицательным образом смягчается его обесцениванием в анекдотах и саркастических замечаниях. Публикации, отражающие гуманизм медиков, единичны. В качестве экспертов журналисты приглашают психиатров для обсуждения широкого круга вопросов, в том числе, прямо не относящихся к проблеме психического нездоровья. Это отражается в актуальных на сегодня статьях о чрезвычайных ситуациях и террористических актах, где психиатры комментируют мотивы преступников и дают советы возможным жертвам. В таких статьях роль психиатров озвучивается в наиболее позитивном ключе – как приходящих на помощь в самые трагические моменты, хотя и здесь не обходится без скрытой иронии. Много публикаций о попустительстве со стороны психиатров или их активном участии в ущемлении имущественных прав больных. Приводятся факты присвоения квартир душевнобольных, перевода их на жительство в интернат, первичного освидетельствования в нарушение закона о психиатрической помощи с целью выдачи родственникам справки, облегчающей решение имущественных вопросов, или недобровольной госпитализации в психиатрический стационар здоровых из корыстных соображений. Ряд интервью в газетах дают основание полагать, что психиатры, соглашаясь на сотрудничество с журналистом, либо не оговаривают своего права на коррекцию неверно записанных или искаженно представленных их высказываний, либо такой договор не выполняется. Видимо, этим объясняется употребление в публикациях приписанных психиатрам ярлыков «дурдом», «шизофрения». При ознакомлении с такими статьями создается впечатление, что психиатры порой сами наклеивают ярлык своему же пациенту, относя тем самым себя к сторонникам стигматизации в психиатрии.

Язык изложения, используемая терминология в воздействии на читателя не менее важны, чем содержание публикации. Человека, страдающего психическим расстройством, можно назвать «психически больным», «душевнобольным» и даже «психом», и, хотя речь идет об одном и том же признаке человека – его заболевании, эти слова несут разную смысловую нагрузку и определяют совершенно разное отношение к нему. То или иное наименование в емкой форме выражает либо сочувственное, либо, наоборот, пренебрежительное или негативное отношение к людям с психическими расстройствами. Так, пренебрежительное слово «псих»

в статьях используется чаще, чем достаточно гуманное, сочувственное «душевнобольной». Довольно часто употребляется слово «психушка».

Подводя итог проведенному анализу, следует отметить следующее. В последние 13–15 лет существенно активизировалось обращение журналистов к психиатрической тематике. За анализируемый период не только резко возросло общее количество публикаций по этой проблеме, но и легализовались все аспекты отношения общества к проблемам психического здоровья – любопытство, интерес, страхи, надежды. Существенно расширилась тематика, изменился и стиль преподнесения информации о психиатрии. С одной стороны, наблюдается повышение правовой информированности общества в вопросах, связанных с психиатрией. Определилась возможность свободной критики недостатков работы различных звеньев психиатрической службы, злоупотреблений или попустительства отдельными ее представителями. Усилилась профилактическая и информационная направленность печатных материалов. С другой же стороны, отчетливо выступают стремление использовать психиатрическую тему в качестве модной, беспроблемно привлекающей внимание читателя, тенденция эксплуатировать глубокий страх человека перед безумием.

Огромное число публикаций касается темы насилия, совершаемого психически больными. Она заняла одно из ведущих мест в тематике статей на психиатрическую тему. Это является принципиально новой чертой психиатрической тематике в центральной прессе по сравнению с периодом конца 80-х – начала 90-х годов прошедшего столетия. Изменился стиль публикаций. В повседневный лексикон вошли уничижительные производные от психиатрических терминов. Разговорный, часто недостаточно взвешенный, язык потеснил прежний – официальный стиль газетных публикаций. В целом, как и 15 лет назад, образы психиатрии, психически больных, врачей-психиатров в прессе представлены преимущественно негативно. Такая ситуация поддерживает предвзятое отношение населения к психиатрической помощи, препятствует своевременному обращению к специалистам при возникновении психического расстройства.

При обилии публикаций, посвященных психическим расстройствам, обращает на себя внимание отсутствие интегрированных представлений о психозах, о возможностях пациентов противостоять болезни. Ощущается отсутствие планомерного взаимодействия психиатрии и прессы. Участие психиатров в интервью и комментариях не всегда подчинено задаче дестигматизации пациентов, их высказывания не всегда

взвешенны, если учесть роль, которую они играют в формировании общественного мнения о психически больных. Все это дает основание ставить вопрос об актуальности подготовки профессионалов к работе с прессой. Результаты проведенного исследования показали необходимость выработки *этических принципов работы с представителями прессы*, что обеспечит большую ответственность профессионалов за преподносимую информацию, понимание целей своего взаимодействия с журналистом.

Стигма в психиатрии

Дискриминационный взгляд на душевнобольных существовал на протяжении многих веков. В качестве научно-практической проблемы тема стигматизации психически больных сформировалась относительно недавно, а пристальному изучению подверглась лишь в последние десятилетия. Громадный ущерб, наносимый стигматизацией, подтверждает тот факт, что эта проблема поставлена ВОЗ на одно из первых по значимости мест.

Стигматизация в психиатрии (так принято называть предвзятое, нередко, негативное отношение окружающих к психически больным) вызывает дополнительные страдания психически больных и членов их семей, ухудшает их социальную адаптацию. Боязнь стигмы препятствует своевременному обращению заболевших за психиатрической помощью. В отечественной психиатрии остается недостаточно разработанным теоретический аспект этого крайне важного социального явления, анализ психологических феноменов, лежащих в его основе.

Научным центром психического здоровья РАМН было проведено специальное исследование, с целью выявления наиболее распространенных стереотипов общественного мнения о психических заболеваниях, психически больных и психиатрии, и выделение на основе полученных данных значимых социально-психологических факторов, которые влияют на формирование стигматизирующего отношения к психически больным (Л.Я. Серебрянская). В исследование были включены 450 человек с разными возрастными, половыми, образовательными и профессиональными характеристиками. Использовался специально разработанный опросник, в который входили утверждения относительно социальной дистанции с психически больными, ограничении их прав, готовности их стигматизировать, суждения об ответственности человека за свое психическое расстройство и о возможности его

контролировать, мнения о независимости личностных качеств больного и симптомов его психического заболевания, утверждения, касающиеся отношения к психиатрии, доверия к ней и мнения об эффективности психиатрического лечения либо, наоборот, страха перед психиатрами и бесполезности их работы. После специальной обработки полученных ответов было выявлено четыре наиболее значимых фактора, которые отражают распределение бытующих в населении представлений о психических болезнях и лицах, которые ими страдают.

Первый фактор, обозначенный как **иррациональная агрессия**, включает суждения, в соответствии с которыми психические заболевания представляют собой наказание за грехи, или это признак талантливой человека, или что психически больной – просто человек, находящийся в трудных жизненных обстоятельствах. В ряде случаев утверждалось, что психические заболевания могут возникать от вожбы, привороты, порчи и в их лечении может помочь только экстрасенс. Психически больным приписывается ответственность за свое заболевание, подчеркивается его выгодность для них. Сюда же вошли суждения, в соответствии с которыми в наличии психических заболеваний обвиняются не только сами больные, психиатры, но и общество в целом. Психически больных расценивают как обузу для общества. Высказывается крайне негативное отношение к психиатрии, которую считают лженаукой, и к психиатрам, которые, по мнению респондентов, могут умышленно причинять вред больным и ограничивать их права. Иными словами, в данном случае выявляется иррациональная агрессия по отношению ко всему, и в том числе к психически больным.

Второй фактор, квалифицированный как **рациональная стигма**, включает наибольшее число утверждений о нежелании общаться, вступать в различные деловые и личные отношения с больными, об ограничении прав и возможностей психически больных. Открыто выражается отрицательное эмоциональное отношение к таким больным, которые вызывают у респондентов страх, неприязнь, раздражение. Психически больные выделяются респондентами как бы в особую, совершенно отдельную от остальных людей группу – с одной стороны, они не могут выздороветь, с другой – исключается возможность заболеть психически самому опрашиваемому. Респонденты переоценивают тяжесть состояния больных, выраженность болезненных проявлений. Подчеркиваются отрицательные качества психически больных людей, им приписываются социальная опасность, низкие умственные способности, нежелание лечиться. Нивелируется значение отдельной личности, подчеркивается

приоритет формального психиатрического диагноза над человеческими качествами психически больного. Общественная безопасность ставится выше прав и свобод личности. Высказывается патерналистское, т.е. покровительственное, отношение к больному, выраженное в стремлении контролировать его во всем. Утверждается, что психически больной человек не может сам понимать, что для него лучше, поэтому вопросы его лечения и его судьбу должно решать общество.

Третий фактор, названный как **осторожность**, объединяет разнообразные суждения, для которых общим являются осторожность, отсутствие упрощенных оценок, категоричности. Подчеркивается условность выделения психически больных как обособленной группы, акцент делается на размытость грани между нормой и патологией, субъективность психиатрического диагноза. Подтверждается возможность любого человека заболеть психически; с другой стороны, не отрицается вероятность улучшения состояния и выздоровления психически больного. Преобладают осторожные, взвешенные высказывания. Так, подчеркивается, что ограничения прав психически больных должны определяться в каждом случае индивидуально. Отмечается, что ограничения прав психически больных в основном связаны с риском причинения ими вреда другим, с избеганием возможной опасности. Например, считается, что психически больной человек не должен работать в сфере воспитания детей, служить в правоохранительных органах или иметь оружие. Выражается нейтральное эмоциональное отношение к психически больным.

Четвертый фактор, обозначенный как **отношение к психиатрии**, касается отношения к психиатрии и психиатрическому лечению. Сюда входят суждения о пользе и эффективности такого лечения, подчеркиваются положительные качества психиатров как компетентных, квалифицированных специалистов. Отрицаются высказывания о возможном вреде лечения, его опасности, сознательном причинении вреда психиатрами своим пациентам. В ходе исследования была установлена связь стигматизирующей позиции с отношением к психиатрии.

Не менее серьезную проблему представляет феномен **самостигматизации** – так принято называть реакцию самого больного на предвзятое отношение к нему окружающих. В невыраженных случаях это реагирование проявляется изменением представлений больного о своих индивидуальных качествах. Он считает себя несостоятельным в каких-либо отдельных сферах жизни, и оправдывает свою предполагаемую несостоятельность влиянием болезни. В более выраженных случаях больной перестает относить себя к обществу здоровых, в результате он иденти-

фицирует себя с сообществом психически больных, разрушая тем самым круг социальных связей, характерных для здорового человека. При этом у него появляется убежденность, что из-за наличия у него психического расстройства окружающие относятся к нему предвзято. Специальные исследования показали, что на самостигматизацию больных с разными формами психической патологии оказывают влияние самые разные факторы; особенности этого влияния носят сложный характер и могут быть интерпретированы на стыке таких дисциплин, как клиническая и социальная психиатрия, медицинская и социальная психология.

Все программы по преодолению стигматизации в психиатрии включают два основных круга мероприятий – преодоление стигматизации в рамках психиатрических служб и дестигматизация общества. Соответственно всю работу по антистигматизации можно разделить, на работу с целевыми группами и более широкую работу, направленную на изменение общественного сознания. Целевыми группами в антистигматизационной работе являются: психически больные и родственники, службы психического здоровья, властные структуры, средства массовой информации.

Как следует из вышесказанного, стигматизация психически больных является сложной проблемой и ее решение должно быть комплексным. Оно включает как деятельность по изменению общественного сознания в целом, так и работу более узкой направленности с целевыми группами – работниками психиатрических служб, властных структур, СМИ, а также с психически больными и их родственниками. Основными в преодолении стигмы являются принцип активности и гласности для привлечения внимания к проблеме, а также обязательное затрагивание эмоционального уровня, механизмов эмпатии при информировании, и учет мотивации целевых групп, на которые производится воздействие. Для достижения наиболее стойких результатов антистигматизационной работы необходимо повышение общего уровня толерантности (терпимости) общества к психически больным, к психиатрии и к проблеме психического здоровья населения.

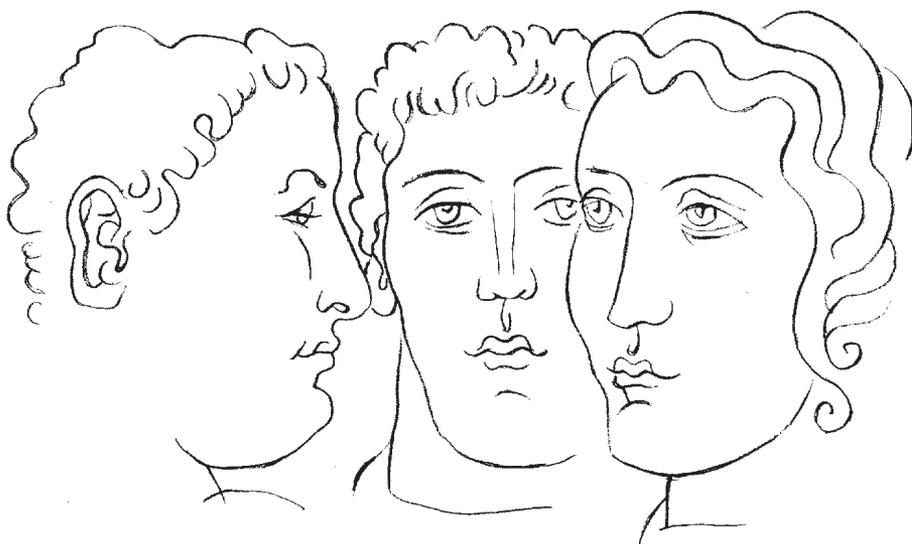
Основные задачи современной системы психиатрической помощи

Эти задачи могут быть сформулированы в соответствии с десятью рекомендациями, которые были предложены для национальных психиатрических служб в Докладе ВОЗ, изданном к Всемирному Дню психического здоровья в 2001 г.

1. Оказание психиатрической помощи в рамках учреждений общемедицинского профиля должно стать важным направлением, которое обеспечивает большую доступность этой помощи, ее комплексный характер, оказывает меньшее в сравнении с психиатрическими учреждениями стигматизирующее влияние.
2. Крайне важно для полноценного лечения больных, своевременного предупреждения обострений болезни всем психиатрическим учреждениям иметь в наличии основные психотропные препараты.
3. Лечение больных в амбулаторных условиях, в обществе, по сравнению со стационарным имеет несомненные преимущества и потому в психиатрической практике должно стать основным. Это лечение должно включать не только применение медикаментозных препаратов, но и социо-реабилитационные мероприятия.
4. Психиатрическое просвещение населения должно стать важной составной частью общей программы охраны психического здоровья населения.
5. В разработке программ по совершенствованию психиатрической помощи, охраны психического здоровья населения активное участие должны принимать не только профессионалы, но и члены семей больных, сами больные, а также местные власти территорий, на которых проживают больные.
6. Государство должно иметь не только законодательные акты по охране прав и интересов больных, но и национальную политику и программы по совершенствованию психиатрической помощи и охране психического здоровья населения.
7. Для улучшения качества психиатрической помощи необходимо повысить уровень профессиональной подготовки кадров психиатрических служб, добиться укомплектованности ими психиатрических учреждений, повсеместного введения в них немедицинских специалистов (социальные работники, трудотерапевты и др.).
8. Психиатрические службы должны работать в тесном контакте с органами социального обеспечения, правовыми структурами, неправительственными организациями.
9. С целью оценки эффективности выполнения программ по лечению и профилактике психических заболеваний должен проводиться регулярный мониторинг основных показателей деятельности психиатрических служб.
10. Для более эффективного выявления психической патологии, ее лечения и предупреждения государство должно оказывать различные виды поддержки исследовательских программ в области охраны психического здоровья.

В.С. Ястребов

Лекция 2. Психиатрия, ее границы, проблемы и задачи



В.В. Ястребова

Лекция 3. Основные симптомы и синдромы психических расстройств

Термин «психическое расстройство» относится к большому числу различных болезненных состояний. Для того, чтобы научиться ориентироваться в особенностях психических отклонений, необходимо иметь представление об отдельных признаках и проявлениях психических расстройств и их совокупности.

В психиатрии, как и в других медицинских дисциплинах, болезненное состояние принято определять такими понятиями как симптом и синдром.

Симптом (от греч. *symptome* – случай, признак) – это один из отдельных признаков, частое проявление заболевания, патологического состояния. Симптом не является главным признаком того или иного психического заболевания – он может наблюдаться при разных видах психических нарушений и даже у людей без психической патологии. Значимость симптом приобретает лишь при наличии других симптомов, или их сочетании.

Синдром (от греч. *syndrome* – скопление, стечение) – «совместный бег симптомов», совокупность, сочетание симптомов, объединенных единым механизмом развития болезни.

Отдельно взятые симптомы и синдромы не позволяют определить заболевание или диагностировать определенное психическое расстройство.

При разных заболеваниях клиническая картина сочетания симптомов и синдромов изменяется в определенной последовательности, существуют свойственные каждому заболеванию закономерности развития, которые позволяет врачу диагностировать то или иное психическое расстройство.

Рассмотрим симптомы и синдромы по тем составляющим психики, в которых они возникают.

Расстройства ощущений, восприятий и представлений

Иллюзии

При возникновении иллюзий реально существующие предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может быть и на фоне полного психического здоровья, когда

оно является проявлением одного из законов физики: если посмотреть на какой-то предмет под водой, он будет казаться значительно более крупным, чем в реальности.

Иллюзии могут появляться и под влиянием сильного чувства – тревоги, страха. При патологических состояниях реальные образы и предметы могут восприниматься в причудливо-фантастическом виде: рисунок обоев – «сплетением червей», тень от торшера – «головой страшного ящера», узор на ковре – «прекрасным невиданным пейзажем».

Галлюцинации

Так называют расстройства, при которых человек с нарушенной психикой видит, слышит, ощущает то, чего не существует в реальной действительности.

Галлюцинации подразделяются на слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные, галлюцинации общего чувства. Возможна и их комбинация (больной человек может видеть в своей комнате дьявола, слышать, как он угрожает ему, почувствовать запах гари или тления).

Слуховые галлюцинации могут быть разными по содержанию – от окликов, когда больной человек слышит голос, зовущий его по имени, до целых фраз, разговоров, пения с участием одного или нескольких голосов. Больные называют такие галлюцинации «голосами».

Иногда «голоса» носят повелительно-угрожающий характер – это так называемые императивные галлюцинации, когда человек слышит приказание сделать что-то плохое, ударить, убить кого-либо, нанести повреждение себе. Такие состояния очень опасны как для самих больных, так и для окружающих, и потому являются показанием к серьезному медикаментозному лечению, а также к особому наблюдению и уходу.

Зрительные галлюцинации могут быть элементарными (в виде искр, световых пятен), либо предметными. Подчас больной видит целые сцены (поле боя, ад).

Обонятельные галлюцинации чаще всего представляют собой мнимое ощущение неприятных запахов (гниения, тления, ядов, какой-то пищи), реже незнакомых или приятных.

Тактильные галлюцинации проявляются чувством жжения, зуда или ощущением прикосновения к телу.

Признаки наличия слуховых и зрительных галлюцинаций:

- разговоры с самим собой, напоминающие беседу (например, эмоциональные ответы на несуществующие вопросы);
- неожиданные реплики или смех без причины;
- встревоженный, озабоченный, загруженный чем-то вид;
- трудности сосредоточения на теме разговора или определенной задаче;
- прислушивание к чему-то или пристальные взгляды в определенном направлении.

Сенестопатии

Эти симптомы проявляются разнообразными необычными ощущениями в теле в виде покалывания, жжения, скручивания, стягивания, переливания и проч., не связанными с заболеванием какого-либо внутреннего органа. Сенестопатии всегда уникальны, ни на что не похожи. Для описания таких ощущений больные иногда используют собственные определения («шуршит под ребрами», «хлюпает в селезенке», «кажется, что отрывается голова»). Нередко сенестопатии сопровождаются мыслями о наличии какой-либо соматической болезни, и тогда речь идет об ипохондрическом синдроме.

Дереализация

Это ощущение измененности окружающего мира, когда все вокруг воспринимается как «нереальное», «необычное», «искусственное».

Деперсонализация

Чувство отчуждения собственного Я. Может касаться как личности, так и отдельных психических и телесных функций. Больные с деперсонализацией характеризуют себя как «потерявших собственное лицо», «я стал каким-то другим», «утратил полноту чувств».

Расстройства схемы тела

Чувство измененности привычных размеров, расположения и формы своего тела или отдельных его частей. Например, голова кажется огромной, как «земной шар», ноги «тонкие и длинные, как лапша».

Перечисленные расстройства восприятия могут наблюдаться при шизофрении, соматических психозах, психозах позднего возраста или наркотических или алкогольных психозах.

Расстройства мышления

Расстройства мышления по содержанию

Сверхценные идеи – мысли, связанные с какими-то действительными фактами и событиями, но приобретающие для человека особую значимость, определяющие его поведение и эмоционально заряженные.

Бредовые идеи – неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность, не соответствующие действительности.

Выделяют следующие признаки бреда:

1. Бред всегда возникает на болезненной основе – это симптом психической болезни.
2. Бред не поддается коррекции или разубеждению. Несмотря на явное противоречие с действительностью, человек с бредовым расстройством полностью уверен в своих ошибочных идеях.
3. Бредовые убеждения имеют для больного чрезвычайную значимость, так или иначе определяют его поступки и поведение.

Бредовые идеи разнообразны по своему содержанию, они условно делятся на 3 группы.

- **Бредовые идеи преследования.** При бреду преследования человек считает, что кто-то следит за ним, наблюдает, преследует с целью причинить зло, возможно убить; при наличии бредовых идей отношения пациенту кажется, что люди вокруг осуждающе смотрят на него, шепчутся, смеются над ним, знают про него что-то плохое или хотят причинить ему зло; **бред воздействия** характеризуется убежденностью, что кто-то или что-то влияет на человека помимо его воли, действует посредством каких-то сил (колдовства, гипноза, излучения и т.п.) на его мысли, действия, поступки. К этой группе относятся **бред отравления, материального ущерба, колдовства, порчи, ревности.**

- *Депрессивные бредовые идеи.* Развиваются на фоне пониженного настроения. Для депрессивного бреда характерны бредовые идеи *самоуничтожения, самообвинения, ипохондрический бред* (мысли о несуществующем тяжелом заболевании), бред *отрицания или нигилистический бред* (мысли, что «мира не существует», «внутренние органы исчезли, растворились», «вселенная гибнет» и др.).
- *Маниакальные бредовые идеи.* Развиваются на фоне приподнятого настроения. Для этой группы бреда чаще характерны *бред изобретательства* (человек убежден, что он изобрел что-то великое, например «искусственный интеллект»), *высокого происхождения* («я принц», «сын президента» и др.), *богатства, собственного величия, любовный бред* (ложное чувство влюбленности), *эротический бред* (убежденность, что кто-то влюблен в него).

Бредовые расстройства делятся по стойкости и длительности.

- *Систематизированный бред.* При этом виде бреда человек ложно трактует действительность, избирательно объясняет реальные факты и события в свою пользу, выстраивает систему доказательств и обоснований. Такой бред не выглядит логически нелепым. Это довольно *стойкое расстройство*, постепенно расширяющееся, обрастающее новыми фактами и деталями. Страдающий этой формой бреда человек может бесконечно доказывать свою правоту, приводить массу доводов, дискутировать.
- *Чувственный, или образный бред.* Этот вид бреда возникает на фоне тревоги, страха, растерянности, выраженных расстройств настроения, галлюцинаций, нарушений сознания. Такой бред наблюдается при острых болезненных состояниях. В этом случае при формировании бреда отсутствуют доказательства, логика, особым – «бредовым», образом воспринимается все окружающее. Этот бред всегда показатель остроты психического состояния, он *кратковременный и нестойкий*, проходит при нормализации острого состояния.

Навязчивости (обсессивно-компульсивные синдромы)

Это переживания, при которых у человека помимо воли возникают какие-либо особые мысли, страхи, сомнения. При этом человек признает их как собственные, они посещают его вновь и вновь, от них

невозможно избавиться, несмотря на понимание их неправильности. Навязчивые расстройства могут проявляться в возникновении мучительных сомнений, совершенно неоправданных, а иногда просто нелепых мыслей, в непреодолимом желании пересчитывать все подряд. Человек с такими расстройствами может по нескольку раз проверять, выключил ли в квартире свет, закрыл ли входную дверь, причем стоит ему отойти от дома, как сомнения вновь овладевают им.

К этой же группе расстройств относятся навязчивые страхи – боязнь высоты, закрытых помещений, открытых пространств, поездок в транспорте и многие другие. Иногда, чтобы уменьшить тревогу, внутреннее напряжение, немного успокоиться, люди, испытывающие навязчивые страхи и сомнения, совершают определенные действия или движения (*ритуалы*). К примеру, человек с навязчивым страхом загрязнения может многократно мыть руки с мылом, а если его что-то отвлекло, вновь и вновь начинать всю процедуру заново.

Расстройства темпа и хода мышления

При некоторых состояниях наблюдается ускорение мышления, когда пациент говорит без пауз, проглатывая слова, речь при этом торопливая. Мысли быстро сменяются, легко переходят на внешние раздражители, отвлекаемы, мыслей много и пациенту трудно их четко сформулировать.

«Скачка идей» – крайняя степень выраженности ускорения мышления, когда мысли текут быстрым, непрерывным, хаотичным потоком. Встречается при маниакальных эпизодах биполярного аффективного расстройства, психомоторном возбуждении.

Замедление мышления проявляется речевой и мыслительной заторможенностью, односложностью ответов, пациент затрудняется сразу ответить на вопрос, надолго задумывается. При этом становится трудно понимать и усваивать новую информацию, читать. Встречается при депрессии, органических расстройствах, шизофрении.

Бедность речи – уменьшение объема речи, проявляется краткостью ответов, мыслей в голове становится значительно меньше, пациенту трудно подобрать слова, найти нужную мысль, теряется легкость и произвольность мышления. Встречается при депрессии, шизофрении.

Остановки (обрывы) мыслей проявляются внезапными кратковременными обрывами мыслей с их полным отсутствием. Пациент внезапно замолкает, говорит, что «потерял мысль», «голова пустая, нет ни одной мысли». Чаще всего наблюдаются при шизофрении.

Нарушение стройности мышления

Непоследовательность, соскальзывание мышления характеризуется ответами не в плане заданного вопроса, внезапными неподходящими уходами в сторону от темы беседы, необъяснимыми переходами от одного понятия к другому. Например, при беседе о семье, пациент внезапно заявляет: «Кто я? Кто мы? Что такое счастье? Почему трава растет?».

Разорванность мышления – отсутствие в речи логических согласований между словами при их грамматической сохранности. Речь непонятна, лишена всякого смысла: «Кто может выделить временное расхождение относительности понятий, включенных в структуру миробытия».

Бессвязность – крайняя степень нарушения стройности мышления, когда отсутствуют не только логические, но и грамматические связи между словами. Речь превращается в набор отдельных слов или звуков. По другому такое мышление называется «словесная окрошка»: «Возьму...попаду...день...эх...лень...да...луна».

Нарушение стройности мыслительного процесса характерно для шизофренических состояний.

Нарушение целенаправленности мышления

При некоторых психических расстройствах мышление теряет свое прямое назначение и становится непродуктивным и нецеленаправленным.

Резонерство – «бесплодное мудрствование», мышление с преобладанием отвлеченных, туманных, малосодержательных рассуждений на общие темы. На вопрос врача: «Как вы себя чувствуете?» пациент долго рассуждает о пользе витаминов, питания, образа жизни, уходя при этом от изначальной темы беседы, забывая, каким был первоначальный вопрос.

Аутистическое мышление – оторванное от реальности мышление, с утратой связи с действительностью, погруженностью в причудливые, непонятные обычному человеку мысли.

Символическое мышление – когда обычным словам придается особый смысл или слова заменяются символами или новыми понятиями – неологизмами. Например, «зеркаластр», «пенснехо», «капитаран».

Эти расстройства мышления чаще наблюдаются при шизофреническом процессе.

Обстоятельность мышления (вязкость, инертность) – склонность к детализации, неспособность отделить главное от второстепенного.

Прервать речь и направить беседу в нужное русло с таким пациентом затруднительно. Вязкость мышления характерна для органических расстройств, эпилепсии, шизофрении.

Расстройства эмоций (аффективные синдромы)

Аффективные синдромы проявляются стойкими изменениями настроения, чаще его снижением – *депрессией*, или повышением – *манией*.

Аффективные синдромы нередко встречаются в самом начале психического заболевания. Они могут оставаться преобладающими на всем его протяжении, но могут усложняться, длительно сосуществовать с другими, более тяжелыми психическими расстройствами.

Основные симптомы типичной депрессии представлены триадой:

1. Снижение настроения, с чувством подавленности, угнетенности, тоски, в тяжелых случаях ощущаемые физически как тяжесть, или боль в груди. Это крайне тягостное для человека состояние.
2. Снижение мыслительной активности (мысли становятся более медленными, тугоподвижными), человеку трудно вникнуть в смысл заданного вопроса, в суть прочитанного, появляется ощущение, что память стала хуже.
3. Двигательное торможение – пациенты испытывают слабость, вялость, усталость, отсутствие энергии. Их движения замедленны, скованны, тяжело и не хочется двигаться, предпринимать усилия, что-то делать. Люди в таком состоянии могут весь день пролежать в постели, отвернувшись к стене.

Помимо перечисленного, частыми проявлениями депрессии являются:

- потеря уверенности в себе, чувство вины, идеи самообвинения, греховности;
- чувство пессимизма, иногда отчаяния, безысходности, тупика, что очень часто сопровождается мыслями о смерти и попытками самоубийства;
- суточные колебания состояния, чаще с некоторым облегчением самочувствия к вечеру;
- нарушения сна (ночной сон поверхностный, прерывистый, с ранними пробуждениями, тревожными сновидениями, не приносящий отдыха);
- снижение аппетита, отсутствие вкуса пищи;
- потеря интереса к прежним увлечениям, снижение чувства радости и невозможность получать удовольствие от жизни (ангедония).

На рисунке 1 представлены наиболее часто встречающиеся симптомы депрессии.

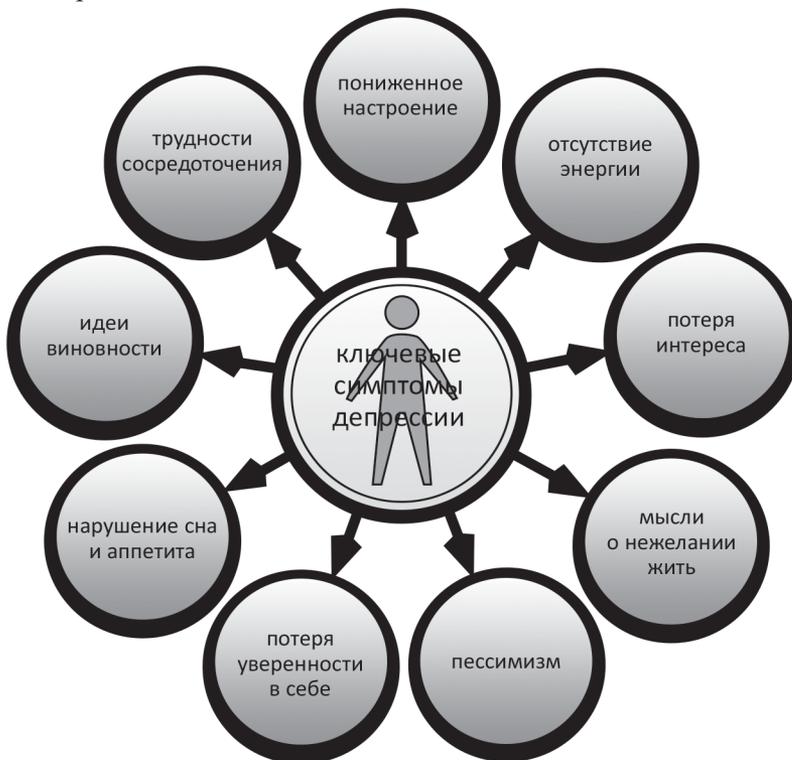


Рис. 1. Ключевые симптомы депрессии

Депрессии могут также сопровождаться потливостью, тахикардией, колебаниями артериального давления, ощущением жара, холода, зябкости, снижением аппетита, потерей массы тела, запорами, нарушением пищеварения.

Депрессии характеризуются высоким риском совершения самоубийства!

Внимательно прочитайте приведенный ниже текст – это поможет Вам вовремя заметить появление суицидальных мыслей и намерений у человека с депрессией.

При наличии депрессии о возможности попытки самоубийства свидетельствуют:

- высказывания больного человека о своей ненужности, виновности, грехе;
- чувство безнадежности, бессмысленности жизни, нежелание строить планы на будущее;
- внезапное успокоение после длительного периода тревожности и тоски;
- накопление лекарственных препаратов или чтение литературы о способах самоубийства;
- внезапное желание встретиться со старыми друзьями, попросить прощения у близких, привести в порядок свои дела, раздать любимые вещи, составить завещание.

Появление суицидальных мыслей и намерений является показанием к немедленному обращению к врачу, решению вопроса о госпитализации в психиатрический стационар!

Мании (маниакальные состояния) характеризуются следующей триадой симптомов:

1. Повышенное настроение (веселье, беззаботность, непоколебимый оптимизм, переоценка собственной личности).
2. Ускорение темпа психической деятельности (ускорение речи и мышления, появление множества мыслей, обилие планов и желаний).
3. Двигательное возбуждение (чрезмерная оживленность, подвижность, говорливость, ощущение избытка энергии, стремление к деятельности).

Помимо этого часто встречаются симптомы, представленные на рисунке 2.



Рис. 2. Ключевые симптомы мании

Для маниакальных состояний характерно снижение потребности во сне: обычно люди с этими расстройствами мало спят, однако короткого сна им достаточно, чтобы ощущать себя бодрыми, отдохнувшими.

При мягком варианте маниакального состояния – гипомании, человек испытывает подъем творческих сил, повышение интеллектуальной продуктивности, жизненного тонуса, работоспособности. Все события воспринимаются им с оптимизмом. Если гипомания утяжеляется до степени выраженной мании, нарастают повышенная отвлекаемость, неустойчивость внимания, потеря продуктивности действий. Человек часто переоценивает свои возможности, появляется ложное чувство всемогущества, кажется, что «все легко получится», «для меня это легко и просто». Зачастую люди в состоянии мании выглядят легковесными, болтливыми, назойливыми, их

речь изобилует шутками, остротами, мимика оживлена. При разговоре они часто меняют позу, не могут усидеть на месте, активно жестикулируют.

Для мании характерна расторможенность влечений: повышение аппетита, усиление сексуальности. Веселое и радостное настроение легко сменяется раздражительностью и гневливостью, с периодами агрессии. Часто расторможенность приводит к нарушению норм поведения (пьянство, хулиганство, беспорядочные половые связи, асоциальное поведение вплоть до криминальных поступков) или к необдуманным опрометчивым действиям (разводы, переезды, расточительность, бесконтрольная трата денег, долги, конфликты с сослуживцами и начальством). Пациенты берутся за множество дел одновременно, но ничего не доводят до конца. Мания может сочетаться с бредовыми идеями величия. Как правило, при мании утрачивается понимание болезненности своего состояния.

Смешанные аффективные синдромы

Состояния, при которых наблюдается одновременное сосуществование, или быстрое чередование синдромов противоположных аффективных полюсов, называются смешанными аффективными синдромами. Маниакальные и депрессивные проявления переплетаются друг с другом. Часто смешанные состояния развиваются при переключении депрессивной фазы на маниакальную и наоборот. Например, при замене повышенного настроения депрессивным, в состоянии сочетаются двигательное беспокойство, «вихрь идей», тревога («депрессивная или тревожная мания»).

К аффективным симптомам относится и *тревога* – симптом, при котором возникает чувство внутреннего беспокойства, неопределенное ожидание неприятности, беды, часто сопровождается телесными проявлениями – учащенным сердцебиением, одышкой, потливостью, тошнотой, расстройствами пищеварения. Чувство тревоги лишено конкретного содержания, всегда обращено в будущее и непонятно для пациента, поэтому тревога, это тягостное, неприятное чувство. Степень выраженности может быть разной, от легкого беспокойства до психотической тревоги или паники, когда человек не может найти себе места, мечется, хаотично двигается. Тревога встречается и у здоровых людей, но может наблюдаться и при любом психическом заболевании.

Дисфория – тоскливо-злобное настроение с раздражительностью, чувством недовольства собой и окружающим, может сопровождаться гневом, агрессией. Часто наблюдается при органических расстройствах, эпилепсии, биполярном расстройстве.

Нарушения сознания Синдромы помрачения сознания

Эти состояния встречаются не только при психических расстройствах, но и у тяжелых соматических больных. При помрачении сознания затрудняется восприятие окружающего, нарушается контакт с внешним миром.

Состояния помрачения сознания имеют ряд общих симптомов:

1. Отрешенность от внешнего мира, нарушение контакта с окружающим.
2. Нарушение ориентировки во времени, месте, ситуации и в собственной личности.
3. Нарушение мышления – утрата способности правильно, логически мыслить. Иногда отмечается бессвязность мышления.
4. Нарушение памяти. В период помрачения сознания нарушается усвоение новой информации и воспроизведение имеющейся. После выхода из состояния нарушенного сознания у больного может отмечаться частичная или полная амнезия (потеря памяти) перенесенного состояния.

Каждый из перечисленных симптомов может встречаться при разных психических расстройствах, и только их сочетание позволяет говорить о помрачении сознания.

Приведенные симптомы обратимы. При восстановлении сознания они исчезают.

Расстройства интеллекта (слабоумие)

Слабоумием называют глубокое обеднение всей психической деятельности человека, стойкое снижение всех интеллектуальных функций. При слабоумии ухудшается (а иногда и полностью утрачивается) способность к приобретению новых знаний, их практическому использованию, нарушается приспособляемость к окружающему миру.

Специалисты различают приобретенную патологию интеллекта (*деменция*), которая развивается в результате прогрессирования некоторых психических заболеваний, и врожденную патологию (*олигофрения*).

Психомоторные (двигательные) расстройства

Кататонические синдромы – так определяют состояния, при которых преобладают нарушения в двигательной сфере: заторможенность, ступор или, напротив, возбуждение.

При кататоническом *ступоре* часто повышен тонус мышц. Это состояние характеризуется полной обездвиженностью, молчанием (*мутизмом*), отказом от речи. Человек может застыть в самой необычной, неудобной позе – вытянув руку, подняв одну ногу, с приподнятой над подушкой головой.

Для состояния *кататонического возбуждения* характерны хаотичность, нецеленаправленность, повторяемость отдельных движений, которые могут сопровождаться либо полным молчанием, либо выкрикиванием отдельных фраз или слов. Кататонические синдромы могут отмечаться при ясном или при нарушенном сознании. Кататония – характерный синдром для шизофрении.

Расстройства воли и влечений

Волевая или мотивационная сфера – совокупность желаний, побуждений, стремлений. Нарушения воли и мотивации может проявляться в их снижении или усилении. Снижение мотивации и волевых расстройств характерно для депрессивных состояний или шизофренического процесса. К ним относятся *абулия или гипобулия* – патологическое отсутствие или снижение желаний и побуждений к деятельности. Часто сочетается с *адинамией* – снижением двигательной активности, *ангедонией* – утратой желаний и интересов, *апатией* – состоянием полного безразличия и равнодушия.

Для состояний мании и органических поражений головного мозга характерна *гипербулия* – повышенная активность с расторможенностью желаний и побуждений.

Булимия и анорексия – усиление или ослабление влечения к пище, повышенный аппетит или его полное отсутствие. Эти состояния сопровождаются или перееданием или голоданием, вплоть до истощения. Характерны для депрессивных или маниакальных расстройств, шизофрении, «нервной анорексии», возникающей в юношеском возрасте.

Понятие продуктивной и негативной симптоматики, нейрокогнитивного дефицита

Часто врачи-психиатры пользуются разделением синдромов на три группы: *продуктивные, негативные и нейрокогнитивный дефицит*. Такая классификация применяется для понимания тяжести расстройства,

типа течения и прогноза, в том числе социального. Все три группы синдромов могут сосуществовать одновременно и определяют закономерности развития заболевания.

Продуктивными синдромами (позитивными или плюс-синдромами) называют новые болезненные проявления, патологические функции, появившиеся в результате расстройства психической деятельности. Продуктивные синдромы динамичны, они возникают, могут нарастать при обострении болезни и исчезают либо самостоятельно, либо в результате лечения, то есть всегда имеют обратимый характер. Позитивные симптомы хорошо поддаются лечению.

Примерами продуктивных синдромов являются астенические состояния (характеризуются повышенной утомляемостью), расстройства настроения (депрессия и мания), бред, галлюцинации, синдромы помрачения сознания.

Негативные синдромы (дефицитарные или минус-синдромы) определяют ущерб, который наносит болезнь психическим функциям. Негативные синдромы свидетельствуют о выпадении, исчезновении или снижении определенных психических функций. Они обратимы частично, как правило, носят стойкий характер, поддаются лечению не так легко, как позитивные синдромы.

Примером негативных синдромов являются: изменение личности, характеризующееся утратой прежних черт характера и появлением не свойственных человеку ранее холодности, равнодушия, безразличия, иногда грубости без понимания неправильности своих поступков, снижение энергетического потенциала, апатия, отсутствие инициативности, пассивность, прогрессирующий распад памяти, слабоумие и другие.

Нейрокогнитивный дефицит в настоящее время представлен группой синдромов, возникших вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга и проявляющихся *нарушением внимания* (недостаточной концентрацией, отвлекаемостью, снижением целенаправленности деятельности); *нарушением памяти* (зрительной, слухоречевой или пространственной); *недостаточностью проблемно-решающего поведения и исполнительных функций*, к которым относятся снижение контроля за собственной деятельностью и способности к решению проблем, планированию, а также низкая скорость научения и реакций.

Нейрокогнитивный дефицит в значительной степени определяет социальный прогноз заболевания и тесно связан с социальной компетентностью пациентов. По данным ряда авторов 94% больных шизофренией имеют нейрокогнитивный дефицит. Термин *дефицит*,

в данном случае, определяется как наличие длительного, достаточно тяжелого, но поддающегося лечению и реабилитации нарушения.

Оптимальным подходом к терапии нейрокогнитивного дефицита является сочетание психофармакотерапии современными препаратами и психосоциального лечения (когнитивные тренинги, когнитивная ремедиация, тренировка социальных навыков).

В данной лекции приведена информация о наиболее часто встречающихся симптомах и синдромах психических расстройств. Она поможет читателю лучше разобраться в том, что представляют собой конкретные психические заболевания, такие как шизофрения, биполярное аффективное расстройство и ряд других, описанию которых посвящена следующая лекция.



Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина

Лекция 4. Некоторые наиболее распространенные психические нарушения: шизофрения, аффективные заболевания, невротические расстройства, расстройства, связанные с воздействием внешних факторов

В данной лекции будут рассмотрены наиболее распространенные, часто встречающиеся в клинической практике психические заболевания.

Подробно хотелось бы остановиться на группе эндогенных ¹ психических заболеваний и прежде всего на шизофрении.

Шизофрения

Шизофрения – это хроническое эндогенное прогрессирующее заболевание, основным проявлением которого является нарушение единства психических процессов. Оно может значительно нарушать поведение больного человека, изменять его мышление, эмоциональные реакции, восприятие окружающего. Как правило, шизофрения начинается в молодом возрасте.

Термин «шизофрения» (греч. *schizo* – расщеплять, *phren* – сознание) означает «расщепление сознания». Он был предложен швейцарским психиатром Ойгеном Блейлером в 1911 г.

Клинические проявления этого заболевания чрезвычайно многообразны, неоднозначны у разных больных и могут с течением времени существенно меняться у одного и того же пациента.

Распространенность. Шизофрения представляет важнейшую клиническую и социальную проблему психиатрии во всем мире: этим заболеванием страдает около 1% населения земного шара, ежегодно в мире регистрируется

¹ Заболевания, возникающие без какой-либо внешней причины, спонтанно; течение таких заболеваний тесно связано с перестройкой в работе головного мозга.

2 млн. новых случаев шизофрении. Это заболевание является самой частой причиной утраты трудоспособности среди других психических расстройств.

Шизофренией может заболеть любой человек в любом возрасте. Однако наиболее высокий риск ее развития отмечается в возрасте между 20 и 30 годами, после 40 лет прослеживается тенденция к снижению заболеваемости.

Причины шизофрении. На протяжении последнего столетия шизофрения привлекает внимание ученых разных специальностей – клиницистов, генетиков, биохимиков, иммунологов, нейрофизиологов, психологов и многих других. Изучение причин ее развития традиционно проводилось в двух основных направлениях: биологическом и психологическом.

На сегодняшний день наиболее широкое распространение получили биологические гипотезы возникновения этого заболевания, и, прежде всего теория, связанная с нарушением синтеза и обмена медиаторов – химических веществ, участвующих в процессе передачи информации в клетках головного мозга. Удалось установить ключевую роль дофамина в появлении симптомов шизофрении, что связано с изменением его синтеза и чувствительности к нему нервных клеток. Меньшее распространение получили теории нарушений обмена других медиаторов (серотонина, норадреналина и др.).

Учеными доказано, что деятельность медиаторов в значительной степени контролируется генами, что свидетельствует в пользу наследственной гипотезы возникновения шизофрении. Установлено, что для детей, один из родителей которых болен шизофренией, риск заболеть составляет около 15%; для братьев и сестер больных шизофренией этот риск достигает 10–12%; для однояйцовых близнецов, один из которых болен шизофренией, – 45–50%; а для родственников больного шизофренией второй степени родства (тети, дяди, дед, бабушка) вероятность заболеть составляет всего 3–5%.

Среди факторов возникновения шизофрении рассматривается теория нарушения развития мозга во внутриутробном периоде и в младенческом возрасте. Высказано предположение о влиянии на появление структурных изменений мозга генетических, вирусных и других факторов. Важным в этой гипотезе является то, что отклонения в развитии мозга определяют риск заболевания шизофренией, а развитие симптомов, т.е. начало болезни, связано со стрессовыми факторами, вызывающими нарушение функции соответствующих «несовершенных» структур.

Наряду с этим при изучении патогенетических механизмов возникновения и течения шизофрении, большое внимание уделяется различным психологическим особенностям человека (повышенная личностная уязвимость к стрессам) и связанным с внешней средой факторам. Так, существенная роль отводится нарушению внутрисемейных взаимоотношений: доказано, что в семьях, где больного критикуют, относятся к нему враждебно, неодобрительно или излишне опекают, рецидивы заболевания встречаются чаще.

Таким образом, сегодня шизофрения рассматривается как многофакторное заболевание, т.е. манифестирующее (начинающееся) в результате взаимодействия биологических, психологических и средовых факторов. Специалисты говорят о биопсихосоциальной модели шизофрении. Возможно, это и обуславливает разнообразие ее клинических проявлений.

Клинические проявления шизофрении. Мы уже упоминали о чрезвычайном многообразии клинических проявлений этого заболевания. Однако специалисты выделяют нарушения, специфичные только для шизофрении – это *негативные расстройства*. Можно сказать, что негативные расстройства являются следствием болезненного процесса, под влиянием которого психика человека утрачивает некоторые свойства и личностные качества. Нарастание негативных расстройств приводит к серьезным социальным последствиям и служит основной причиной инвалидизации при шизофрении.

К негативным расстройствам относятся следующие проявления болезни.

Аутизм. Это замкнутость, отгороженность от окружающего, формирование особого внутреннего мира, занимающего в сознании больного человека главную роль. Швейцарский психиатр О. Блейлер, который ввел само понятие «шизофрения», так описал это явление: «Особый и очень характерный ущерб, причиняемый болезнью, выражается в том, что затрагивает отношение внутренней жизни к внешнему миру, внутренняя жизнь приобретает повышенную значимость...». Вследствие аутизма с такими людьми бывает трудно установить контакт, вести беседу, они теряют знакомых, более комфортно и спокойно чувствуют себя в одиночестве.

Снижение психической активности. Человеку, заболевшему шизофренией, становится труднее учиться и/или работать, любая деятельность требует от него все больших усилий, у него снижается способность к концентрации внимания, восприятию новой информации. Зачастую это делает невозможным продолжение учебы или выполнение работы в прежнем объеме.

У некоторых больных шизофренией со временем отмечаются *волевые (мотивационные) нарушения* – пассивность, подчиняемость, безынициативность, отсутствие побуждений к деятельности. Предоставленные сами себе, они предпочитают ничем не заниматься, перестают ухаживать за собой, не соблюдают правила личной гигиены, практически не выходят из квартиры, большую часть времени лежат, не выполняя даже элементарной домашней работы. Заставить их что-либо делать бывает крайне трудно, а иногда и невозможно.

Наблюдаются и *эмоциональные изменения* в виде некоторого обеднения эмоциональной жизни, утраты прежних интересов. Иногда эмоциональные реакции парадоксальны, не соответствуют ситуации. Однако при всех этих изменениях, больные люди сохраняют привязанность к близким, нуждаются в их внимании, любви, одобрении.

Приведем краткий пример, иллюстрирующий так называемые негативные расстройства.

Мужчина средних лет, инвалид второй группы. Живет один. Большую часть времени проводит в квартире. Постоянно ходит небритым, непричесанным, в измятой одежде. Практически ни с кем не общается. Большую часть суток ничем не занят. Речь замедленная, малопонятная. На протяжении нескольких лет состояние практически не менялось, за исключением кратких периодов обострения состояния, которые обычно были связаны с бытовыми неурядицами, жалобами соседей.

При шизофрении изменяется и *мышление*. Могут отмечаться так называемые «наплывы мыслей»: одновременно в голове возникает множество мыслей, они путаются, в них трудно разобраться. Иногда мысли «останавливаются», обрываются.

Со временем при наиболее неблагоприятных вариантах течения болезни мышление становится непродуктивным, нелогичным. У больных появляется склонность к абстракции, символике. В этих случаях характерны изменения речи: высказывания малопонятны, расплывчаты, туманны.

Важно отметить, что соотношение и выраженность приведенных негативных проявлений болезни индивидуальны.

В клинической картине шизофрении негативные психические расстройства обычно сочетаются с так называемыми *позитивными* или *продуктивными расстройствами*. Четкого клинического определения этого термина в психиатрии нет, однако специалисты охотно им пользуются.

К позитивным относят астенические и неврозоподобные расстройства, бред, галлюцинации, расстройства настроения, двигательные нарушения, о которых мы подробно говорили в предыдущей лекции.

В последние десятилетия существенно возрос интерес специалистов к так называемой третьей группе симптомов – явлениям нейрокогнитивного дефицита, о котором уже говорилось в третьей лекции нашего сборника. Ученые предполагают, что эти симптомы наиболее изменчивы в самом начале заболевания и становятся достаточно стабильными при длительном, хроническом течении болезни.

Сочетание позитивных, негативных расстройств и нейрокогнитивных нарушений создает своеобразную и многогранную картину шизофрении.

Как и любое хроническое заболевание, шизофрения имеет этапы, закономерности развития, формы и варианты течения, различающиеся сочетанием симптомов и синдромов и прогнозом в отношении дальнейшей жизни.

Течение шизофрении. В развитии заболевания можно выделить несколько этапов:

- начало;
- дальнейшее течение, продолжающееся месяцы и даже годы, включающее период(ы) развернутых клинических проявлений, а также период(ы) ремиссии;
- конечное состояние (степень нарушений через десятки лет).

На начальном этапе симптомы болезни крайне разнообразны. Как правило, это тревога, необоснованные страхи, растерянность, сниженное настроение, астенические расстройства. Симптомы заболевания могут появиться внезапно или развиваться постепенно – в течение месяцев и лет.

В ходе дальнейшего развития болезни возможны непрерывный, периодический и приступообразно-поступательный типы ее течения.

Если заболевание протекает *непрерывно*, у больного человека длительное время отмечаются те или иные позитивные симптомы, на фоне которых постепенно нарастают негативные изменения. Однако в ходе лечения можно добиться ослабления расстройств, уменьшения их выраженности и при таком варианте течения болезни.

В случае *приступообразного течения* шизофрении имеют место периоды обострения (приступы) и периоды ремиссии, когда симптоматика существенно ослабевает и даже полностью отсутствует. В этом случае в периоды ремиссий больной в той или иной степени

сохраняет способность вести прежний образ жизни, выполнять семейные обязательства, работать. Прием лекарственных препаратов позволяет существенно увеличить длительность ремиссий, уменьшить число и тяжесть обострений.

Следует заметить, что довольно большое число людей, перенесших в течение жизни всего один приступ болезни, в последующем сохраняет прежний уровень работоспособности и адаптации.

Примерно у 15% больных шизофренией отмечается *периодический тип* течения заболевания. В этом случае оно проявляется исключительно приступами продуктивных расстройств, вне которых не обнаруживается каких-либо симптомов психического расстройства. Можно сказать, что это один из наиболее благоприятных вариантов течения шизофрении.

Важно отметить тот факт, что неблагоприятные формы течения шизофрении чаще встречаются в случаях, когда ее начало пришлось на детский и ранний подростковый возраст. При начале заболевания в пожилом возрасте, напротив, преобладают более благоприятные формы.

Прогноз при шизофрении. К сожалению, сегодня не найдено средство, которое могло бы излечить шизофрению полностью. Однако примерно у 30% заболевших развивается длительная, стабильная ремиссия – период улучшения. Можно даже сказать, что они выздоравливают и не чувствуют себя больными долгие годы.

В 30% случаев болезнь принимает хронический характер. Для таких больных характерны частые ее обострения, постепенное утяжеление расстройств, что приводит к утрате работоспособности и нарушению социальной адаптации.

Треть больных занимают промежуточное положение. Для них характерны умеренные расстройства и периодическое обострение заболевания – через месяцы, а иногда и годы. В периоды между приступами многие такие пациенты могут научиться справляться с заболеванием и восстановить большинство навыков.

Всем больным шизофренией необходимо проведение медикаментозного лечения. С внедрением в клиническую практику современных психотропных препаратов значительно изменились представления о прогнозе этого заболевания. Например, доказано, что частота неблагоприятных форм его течения сократилась с 15 до 5%. Среди пациентов, получающих медикаментозное лечение, рецидивы заболевания отмечаются примерно у 40%, а среди не получающих лечения – у 80%.

Важными составляющими успеха в преодолении болезни являются создание благоприятного микроклимата в окружении больного человека, а также его собственная активная позиция в процессе лечения – это прежде всего умение замечать первые симптомы обострения болезни и принимать необходимые меры. Постепенно к больному могут вернуться такие качества, как уверенность в себе, инициативность, навыки общения, способность решать финансовые и бытовые вопросы. В таблице 1 приведены признаки, позволяющие судить о прогнозе шизофрении. Из этих данных понятно, что залог благоприятного исхода шизофрении в проведении систематического комплексного лечения, включающего медикаментозную терапию, а также методы психосоциальной поддержки и реабилитации.

Таблица 1

Признаки благоприятного и неблагоприятного прогноза шизофрении

<i>Благоприятный прогноз</i>	<i>Неблагоприятный прогноз</i>
Начало в позднем возрасте	Начало в молодом возрасте
Очевидные провоцирующие факторы	Отсутствие провоцирующих факторов
Острое начало	Постепенное начало
Благополучное функционирование в трудовой и социальной сферах до начала болезни	Неблагополучное функционирование в трудовой и социальной сферах до начала болезни
Симптомы расстройства настроения (особенно депрессии)	Отчужденное, аутистическое поведение
Проживание в браке	Проживание в одиночестве, в разводе или вдовстве
Расстройства настроения у ближайших родственников	Случаи заболевания шизофренией среди родственников
Достаточная социальная поддержка	Недостаточная социальная поддержка
Позитивные симптомы	Негативные симптомы
	Неврологические симптомы
	Родовая травма
	Отсутствие ремиссий в течение трех лет, многочисленные обострения

Биполярное аффективное расстройство

Еще одним заболеванием, относящимся к группе эндогенных, является биполярное расстройство (БАР). Длительное время психиатры пользовались такой диагностической категорией как маниакально-депрессивный психоз. Однако сегодня этот диагноз считается не вполне корректным. Общая распространенность БАР составляет 4–5%. Женщины болеют чаще мужчин.

Биполярное расстройство характеризуется периодическим течением – чередованием депрессивных и/или маниакальных состояний (фаз), возникновение которых не связано с внешними обстоятельствами. В промежутках между фазами² заболевания можно говорить о выздоровлении, так как эти периоды характеризуются полным восстановлением психических функций.

Выделяют несколько вариантов течения БАР: у одних больных преобладают депрессии, у других – мании, у третьих отмечаются и те и другие состояния.

Клиническая картина депрессивных и маниакальных фаз заболевания в целом соответствует приведенному в предыдущей лекции описанию проявлений аффективных синдромов. Длительность эндогенных депрессивных состояний составляет в среднем 4–9 месяцев, маниакальные фазы обычно несколько короче. Однако даже у одного больного продолжительность и самих аффективных фаз, и светлых промежутков между ними может быть разной: порой светлый промежуток длится годами, а иногда обострение наступает уже через несколько месяцев.

Прогноз заболевания зависит от частоты и длительности аффективных состояний. Однако в целом он благоприятный: сколько бы приступов ни перенес больной, в промежутках между ними отсутствуют какие-либо психические нарушения, изменения личности, сохраняются социальное функционирование и трудоспособность – иными словами заболевание не прогрессирует.

Говоря об аффективных расстройствах, важно упомянуть *циклотимию* – мягкую форму течения, при которой изменения настроения не столь выражены и зачастую не требуется помещения больного в психиатрическую больницу.

² Фазой принято называть обострение психического заболевания, если оно не влечет за собой изменений личности.

Экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства

Эти заболевания составляют обширную группу расстройств, которые возникают вследствие изменений структуры и функций мозга под воздействием внешних причин или вредностей – травм, опухолей, инфекций, соматических заболеваний, отравлений. При всем разнообразии вызывающих эти расстройства причин они обнаруживают определенное сходство клинических проявлений. На современном уровне развития знаний специалисты объясняют это следующим образом. Человеческий мозг в процессе эволюции выработал стандартные однотипные реакции на разные внешние воздействия в виде определенной закономерности развития синдромов. Перечислим последние в порядке их утяжеления: астенический, синдромы нарушения сознания, галлюциноз, судорожные припадки, синдромы нарушения памяти.

Чем сильнее повреждающее воздействие внешнего фактора, тем более тяжелым синдромом проявится заболевание. При выздоровлении происходит обратное развитие симптоматики – от более тяжелой к более легкой.

Невротические расстройства

Невротические расстройства, или неврозы, относятся к самым распространенным формам психической патологии. Те или иные невротические нарушения отмечаются более чем у 10% населения, причем, как свидетельствует статистика, год от года эта цифра растет.

В повседневной психиатрической практике понятие «невроз» активно применяется как удобный собирательный термин для обозначения расстройств, имеющих три общих признака:

1. Функциональный характер нарушений (неврозы не приводят к каким-либо органическим изменениям головного мозга).
2. Критическая оценка (т.е. понимание) пациентом болезненности своего состояния.
3. Возможность четко определить момент начала заболевания.

Неврозы развиваются в результате воздействия так называемых психотравмирующих факторов (стрессоров, длительной психической травмы), на фоне переутомления, после соматического заболевания.

Однако за специализированной психиатрической помощью обращаются всего 15–20% таких больных, основная же масса людей с невротическими расстройствами многие годы безуспешно лечится у других специалистов – терапевтов, эндокринологов, гастроэнтерологов, гинекологов.

В возникновении невротозов определенную роль играют личностные особенности человека: чаще они развиваются у людей тревожных, мнительных, педантичных.

В данной лекции мы рассмотрим лишь некоторые невротические расстройства.

Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР)

В недавнем прошлом эти расстройства называлось по-другому – навязчивостями. ОКР характеризуется субъективным побуждением выполнить какое-то действие, сосредоточить внимание на какой-либо мысли, вспомнить что-то, поразмышлять на какую-то абстрактную тему. Это побуждение идет как бы изнутри человека, однако он воспринимает его как чуждое, неуместное, бессмысленное, пытается ему сопротивляться.

Навязчивости, как уже говорилось в предыдущей лекции, проявляются повторяющимися мыслями (обсессиями) и действиями (компульсиями). Обсессии – это тягостные, возникающие помимо воли идеи, образы, влечения, которые вновь и вновь приходят больному на ум, и которым он старается противостоять. Компульсиями называют повторяющиеся поступки, которые человек, как он сам это ощущает, обязан выполнить. При отказе от их выполнения у человека усиливается чувство страха, тревоги, дискомфорта. В тяжелых случаях компульсии приобретают характер так называемых защитных ритуалов. Последние обычно имеют цель предотвратить события, опасные с точки зрения больного для него самого или для его близких.

Навязчивости могут иметь нейтральное содержание, но нередко они сопровождаются выраженным страхом, тревогой.

Как уже говорилось выше, достаточно часто встречаются навязчивые сомнения в правильности выполненных действий – запираения входной двери, выключения электроприборов. Мучительные сомнения вынуждают больных по много раз перепроверять сделанное. Довольно распространен навязчивый страх заразиться или заболеть неизлечимой болезнью.

Навязчивые действия редко бывают изолированы от навязчивых мыслей³ – как правило, они сопровождают их, составляя своеобразную систему защиты. Эти расстройства неизбежно имеют следствием замедление повседневной деятельности человека. Очень часто компонентами ОКР становятся тревога и депрессия.

Тревожные расстройства

Основными симптомами таких расстройств являются тревога и различные страхи (фобии). Одно из наиболее распространенных тревожных расстройств – это панические атаки. Они характеризуются возникающими внезапно приступами тревоги, которые сопровождаются учащенным сердцебиением, чувством стеснения в груди, ощущением нехватки воздуха, головокружением. Важным симптомом является страх смерти, катастрофического исхода ситуации. Как правило, продолжительность панических атак составляет 20–30 минут. Если такие состояния повторяются, человек может начать испытывать страх перед ситуацией, опасной возможностью развития приступа, а также опасения оказаться в этот момент без помощи.

Очень часто такой ситуацией являются поездки в метро. Со временем у людей, испытывающих панические атаки, формируется так называемое «избегающее» поведение: они начинают выстраивать свои маршруты таким образом, чтобы использовать только наземный транспорт, учитывают расположение на пути следования аптек, лечебных учреждений. Многие не выходят из дома без сопровождения знакомых или родственников.

Довольно часто встречаются ипохондрические фобии – навязчивые страхи возникновения серьезного заболевания. В периоды обострения или усиления тревоги больные обращаются к врачам, настаивают на проведении необходимых обследований, зачастую повторных. При этом, как правило, они осознают необоснованность своих страхов.

³ Изолированные двигательные навязчивости – особая группа расстройств, которые встречаются чаще в детском возрасте. Эти проявления получили название *тиков*.

Социальные фобии

Эти расстройства характеризуются боязнью публичных выступлений, страхом оказаться в центре внимания, опасениями плохой оценки со стороны окружающих. Социальные фобии чаще встречаются в юношеском возрасте, нередко сочетаясь с паническими атаками, депрессией.

В плане прогноза это весьма непростая группа расстройств. Достаточно характерным исходом является их трансформация в хроническую форму: у многих пациентов симптомы сохраняются 15–20 лет и более. Важно отметить, что в большинстве случаев данные расстройства характеризуются благоприятным социальным исходом.

Конверсионные расстройства

До недавнего времени по отношению к расстройствам этой группы, как правило, употребляли термин «истерия». Проявления их многообразны и изменчивы. Данный невроз может принимать вид самых разных заболеваний, отражая представления больного о том, как его недуг должен проявляться. Человек, страдающий истерическим неврозом, может жаловаться на потерю зрения, слуха, на паралич конечностей и т.п. При этом объективно какой-либо патологии в основе жалоб не обнаруживается, а иногда и сами жалобы не соответствуют проявлениям заболеваний, анатомическим особенностям организма. Больные ведут себя демонстративно, обнаруживают преувеличенные эмоциональные реакции, делают акцент на необычности, неповторимости, исключительности своих страданий.

Неврастения

Обычно этот термин используют для описания синдрома, характеризующегося быстрой умственной и физической утомляемостью, снижением работоспособности, способности к концентрации внимания, слабостью, головными болями, плохим аппетитом, раздражительностью, бессонницей, плохим общим самочувствием. Такое состояние знакомо практически каждому человеку. Однако у людей, не страдающих неврозом, после отдыха эти явления проходят, тогда как у страдающих неврозом длятся месяцами и даже годами.

Распространенные предрассудки ⁴ относительно психических расстройств

В заключение обсудим и эту важную проблему.

Современный этап развития психиатрии ознаменован большими достижениями в этой области, появлением огромного количества специальной – научной литературы. Однако люди, непосредственно столкнувшись в своей жизни с проблемой психического заболевания, вынуждены довольствоваться совсем небольшим объемом доступной информации о психических болезнях в целом и о шизофрении в частности. Очень многое остается для них непонятым, вызывает тревогу, настороженность. Следствием такой ситуации неизбежно становятся заблуждения, предрассудки и пугающие мифы о психически больных, психических болезнях и о психиатрах. Зачастую именно это мешает родственникам больных своевременно обратиться за помощью специалиста. Совершенно очевидно, что предрассудки, препятствующие правильному пониманию психических заболеваний, должны быть искоренены в первую очередь.

Рассмотрим наиболее распространенные из них и приведем точку зрения специалистов (таблица 2).

Таблица 2

Предрассудки относительно людей с психическими расстройствами и реальное положение дел

<i>Предрассудок</i>	<i>Реальность</i>
Психически больные опасны, совершают больше преступлений, чем другие люди	Большинство психически больных не представляют опасности для себя и окружающих. Число преступлений, совершенных душевно больными, не выше, чем среди населения в целом
Шизофрения неизлечима. Больные должны всю жизнь проводить в психиатрической больнице	В настоящее время психиатрическое лечение может существенно улучшить состояние психически больного человека и предотвратить ухудшение состояния в дальнейшем. Более подробно об этом можно узнать из лекций по лечению психических расстройств

⁴ Предрассудок – это ложный, но укоренившийся в сознании взгляд на что-либо.

Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина

Лекция 4. Некоторые наиболее распространенные психические нарушения: шизофрения, аффективные заболевания, невротические расстройства, расстройства, связанные с воздействием внешних факторов

<p>Психотропные препараты вредны, «зомбируют» человека, подавляют его волю, вызывают зависимость</p>	<p>«Зомбирование» психотропными препаратами» – это миф. Подавляющее большинство психотропных препаратов зависимости не вызывают. При грамотно подобранной специалистом схеме лечения возможность формирования лекарственной зависимости сводится к нулю. В то же время у препаратов существуют побочные эффекты (скованность, неусидчивость, сонливость), которые поддаются коррекции. В современных препаратах выраженность таких эффектов минимальна</p>
<p>Психическое заболевание – это зачастую результат безволия, плохого характера, достаточно просто взять себя в руки</p>	<p>Психические заболевания, как и соматические (сахарный диабет, язвенная болезнь, заболевания сердца и др.), имеют биологические причины и не могут быть преодолены волевым усилием. Ведь никому не придет в голову сказать человеку со слабым зрением: «Возьми себя в руки, и станешь хорошо видеть»</p>

Надеемся, что, прочитав эту книгу, многие читатели смогут по-новому взглянуть и на людей с психическими расстройствами, и на психиатров, и на психиатрию в целом.



Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина

Лекция 5. Как близким справиться с повседневными проблемами, возникающими при совместном проживании с психически больным человеком

Опыт работы с семьями, где есть больной с психическим расстройством, свидетельствует об их высокой заинтересованности в получении конкретных практических знаний в этой области. Советы, которые будут даны, могут оказаться полезными всем, кто столкнулся в своей семье с шизофренией, или с другим серьезным психическим расстройством.

Общаясь с психически больными людьми, очень важно помнить, что для многих из них характерны довольно низкая самооценка, неуверенность в себе, чему, безусловно, способствует и отношение общества, настороженное и в целом нетерпимое, а также понимание того, что болезнь очень многое изменила в их жизни. Ввиду болезненного состояния внутренний мир больных с психическим расстройством зачастую дезорганизован, поэтому они далеко не всегда способны справляться с делами, ситуациями, проблемами, вполне обычными для других людей.

Понимающим это близким очень важно научиться вести себя уважительно по отношению к человеку, страдающему психическим расстройством. Ваши отношения заметно наладятся, если, общаясь с ним, Вы покажете ему своим поведением, что любите его, уважаете, цените как личность, что наличие у него психического расстройства не изменило Ваших добрых чувств к нему. Это придаст больному уверенность, поможет самому принять факт наличия психической болезни.

Относитесь к больному человеку с уважением и любовью

Даже если Вы несколько раз за утро напоминаете больному о том, что надо почистить зубы, подмести в комнате, переодеться, убрать за собой посуду, даже если по причине пренебрежительный и снисходительный тон недопустим. Он не поможет Вам добиться желаемого, а вот доверие и расположение близкого человека Вы потеряете.

Никогда не оскорбляйте чувство собственного достоинства больного человека

Вы должны иметь в виду, что человек, страдающий психическим заболеванием, может испытывать сильные переживания, мысли его могут путаться, течь слишком медленно, или, напротив, быстро, а чувства могут быть очень сильными и противоречивыми.

Общаясь с больным человеком, особенно в периоды ухудшения его состояния, важно научиться вести себя спокойно и сдержанно. Такое поведение способствует стабилизации психического состояния, а в некоторых случаях даже помогает больному успокоиться, справиться с тревогой.

Не менее важно понять, что многословные эмоциональные фразы способны поставить в тупик человека, уже перегруженного своими собственными переживаниями и эмоциями. Он может просто не понять, в чем дело, не запомнить всего того, что Вы от него хотите, и нежелательное для Вас явление повторится снова.

Поэтому старайтесь говорить по возможности просто и четко. Если же Вы сами выбиты из колеи, возмущены, устали, чем-то расстроены, если не можете взять себя в руки и спокойно продолжить разговор, лучше на какое-то время этот разговор отложить. Успокоившись, Вы более объективно оцените ситуацию и, вероятно, легче добьетесь желаемого результата.

Спокойствие и сдержанность – важные принципы общения в семье

Больные с психическими расстройствами легче переносят некоторое отдаление от близких людей, чем ситуации ссор, конфликтов, выяснения отношений на повышенных тонах, многие из них нуждаются в сохранении некоторой дистанции и сами стремятся к этому. Психические болезни тем и отличаются от соматических, что при них далеко не всегда требуется проводить с больным родственником как можно больше времени. Ученые доказали тот факт, что у больных, находящихся в контакте со своими близкими родственниками более 35 часов в неделю,

повышается риск рецидива заболевания (правда, это характерно для семей, где родственники демонстрируют «сильно выраженные эмоции»).

Вместе с тем, больной человек может очень тяжело переживать свое неправильное поведение в отношении близких, несдержанность, грубый разговор, даже если это было связано с обострением психического состояния. Близким важно знать, что осуществлять активные действия, принимать срочные меры нужно лишь в случае развития угрожающей ситуации для самого больного или для окружающих.

Спокойное, ровное и даже несколько отстраненное поведение достаточно важно как с точки зрения поддержания стабильности состояния больного человека, так и в плане долгосрочной перспективы – для сохранения хороших взаимоотношений с больным родственником и Вашего собственного душевного равновесия.

Постарайтесь научиться сохранять оптимальную дистанцию

Мы с Вами знаем, что психические болезни влияют и на то, как человек думает, и на то, как он себя ведет, что способен делать. Знание проявлений болезни, ее симптомов дает возможность понять, что происходит с Вашим близким, как реагировать на его странное или беспокойное поведение, а также не связывать симптомы психической болезни с личностью человека.

В ряде случаев это поможет Вам не обижаться на какие-то высказывания или поступки больного человека, не принимать проявления болезненных симптомов на себя. Ведь никому и в голову не придет обижаться и сердиться на человека, сломавшего ногу или заболевшего гриппом, хотя он тоже может доставлять немало беспокойства, требовать внимания, времени, сил.

Многие из наших читателей наверняка имеют печальный опыт и знают, что живущие вместе с больным человеком люди могут становиться объектом болезненных переживаний, поступков, проявлений чувств. Нужно научиться дифференцировать эти явления и помнить, что это не более чем симптомы болезни. В другой ситуации, например, в больнице, проявления болезни могут быть направлены не против близких, а против медицинских работников, которые в этот период непосредственно общаются с больным человеком.

Обратите, пожалуйста, внимание на таблицу 1, где в левом столбце перечислены некоторые симптомы психических расстройств, а в правом – краткие рекомендации людям, которые живут вместе с больным человеком.

Очень важно и одновременно очень трудно не терять надежду на выздоровление. Часто хронически больному человеку приходится нелегко, болезненное состояние может длиться месяцы и годы, отбирая надежду на выздоровление или хотя бы на существенное облегчение состояния. Друзья, сверстники ушли по жизни далеко вперед, получили профессию, имеют собственные семьи. Может так случиться, что это никогда не будет доступно больному человеку. Поэтому важно отмечать даже небольшие успехи, проявления улучшения состояния.

**Никогда не теряйте надежды на выздоровление,
поддерживайте оптимистический настрой**

Нужно научиться находить те или иные положительные признаки, а иногда и просто слова поддержки и одобрения в тяжелые, кризисные периоды болезни. И если больной человек сам обратил внимание на приближение симптомов обострения состояния и решил лечь в больницу, будет очень полезно поддержать его, выразить одобрение и сказать, что умение самостоятельно распознать приближающееся обострение состояния – залог успешной профилактики приступов болезни в будущем.

**Научитесь распознавать симптомы болезни
– это важно для своевременного обращения
за помощью**

Общение с человеком, страдающим психическим расстройством

<i>Симптом или характерная особенность</i>	<i>Рекомендация близким</i>
Трудности концентрации внимания	Быть кратким, повторять сказанное
Раздражительность, гнев	Не спорить, не обострять дискуссию, ограничить общение
Неадекватные суждения, высказывания	Не рассчитывать на рациональное обсуждение, не пытаться переубедить
Бредовые убеждения	Не спорить, но и не поддерживать бредовые высказывания
Колебания эмоций	Не принимать на свой счет сказанных слов или действий
Мало сочувствия к другим, эмоциональная холодность	Рассматривать как симптом психического заболевания
Замкнутость	Начинать разговор первым, пытаться вовлечь в общение
Страх	Сохранять спокойствие самому, постараться успокоить больного человека
Неуверенность в себе	Относиться с любовью и пониманием
Низкая самооценка	Относиться уважительно, поддерживать положительный настрой

Важным моментом, стабилизирующим состояние больного человека, является сохранение привычного, простого жизненного распорядка в доме, например, стабильного времени подъема по утрам, времени сна, часов приема пищи. Необходимо создать спокойную, последовательную, максимально предсказуемую жизнь. Это даст возможность больному человеку справиться с чувством тревоги, растерянностью, понять, что и в какое время Вы от него ждете и чего в свою очередь ждать от Вас.

Постарайтесь сделать жизнь больного человека максимально упорядоченной, это защитит Вас от хаоса

Для многих больных с тяжелыми, хроническими расстройствами полезно составить распорядок дня, к примеру, такой, как приведен в таблице 2, включающий наряду с выполнением определенных обязанностей и периоды отдыха.

Таблица 2

Примерный распорядок дня больного человека, который постоянно находится дома

8.00	Подъем
8.15	Принять душ, привести себя в порядок
9.00	Приготовить и съесть завтрак, выпить лекарства
9.30	Вымыть посуду, постелить постель
10.00	Прогулка, во время которой можно отправить письмо, купить газеты, продукты
11.30	Чтение, ведение дневника, отдых
13.00	Разогреть обед, пообедать, вымыть посуду
14.00	Послушать музыку
15.00	Постирать, погладить, привести в порядок одежду, убраться в квартире
16.00	Полдник
16.15	Отдых
17.00	Чтение
18.00	Подготовка к ужину, приготовить какое-нибудь блюдо, накрыть стол
19.00	Ужин всей семьей
20.00	Вместе с близкими убрать посуду
20.30	Общение с семьей, звонки друзьям
23.00	Подготовка ко сну, прием лекарств

Вместе с тем важно поощрять активность больного человека, его самостоятельность, стремление к деятельности, выстроить отношения таким образом, чтобы он не принял в жизни пассивную роль, провозгласив себя инвалидом и отказавшись от выполнения своих обязанностей. Очень важно, чтобы человек, страдающий психическим расстройством, стремился к максимально независимой жизни.

**Старайтесь поощрять активность,
самостоятельность больного человека**

Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина

Лекция 5. Как близким справиться с повседневными проблемами, возникающими при совместном проживании с психически больным человеком

Завершить разговор об особенностях общения в семье, один из членов которой болен психическим расстройством, нам бы хотелось не столько рекомендацией, сколько пожеланием и напутствием помнить о необходимости получения основ психиатрических знаний. Ведь имея представление о том, что происходит с Вашим близким, Вы сможете понять, с чем связано изменение его состояния, разобраться, как поступить в том или ином случае, избежать многих ошибок. А узнав о том, какое действие оказывают психотропные препараты, каковы принципы их приема, как свести к минимуму их побочные эффекты, Вы сделаете очень большой шаг в предотвращении обострений состояния Вашего близкого.

**Стремитесь к получению новых знаний
о психических расстройствах**



В.В. Балабанова

Лекция 6. Современная терапия шизофрении

Биопсихосоциальная модель шизофрении

Подход к терапии психических расстройств определяется уровнем знаний об их происхождении и механизмах развития.

В настоящее время при рассмотрении механизмов развития такого психического заболевания, как шизофрения, во всем мире признана объединяющая *биопсихосоциальная модель*, подразумевающая многофакторность природы этого заболевания. Большую роль в его развитии играют биологические особенности нейромедиаторных систем мозга и регуляции его работы. Эти биологические механизмы определяют особенности переработки информации, исходный дефицит так называемых зрелых механизмов психологической защиты, преобладание архаичных или незрелых механизмов защиты от тревоги, а также особенности эмоциональной сферы, которые определяют низкую социальную компетентность, т.е. затруднения в понимании отношений между людьми в самых разных ситуациях.

Упомянутые особенности личностной организации создают условия для повышенной уязвимости таких людей к влиянию стрессовых событий, часто провоцирующих шизофрению. К таким событиям или обстоятельствам можно отнести ситуации резкой смены жизненного стереотипа (изменения состава семьи, переход из класса в класс, окончание школы и поступление в вуз), необходимость освоения новых социальных ролей – супруга или супруги, матери или отца и др. Эта биологически предопределенная уязвимость и предрасположенность к развитию шизофрении получили название шизофренического диатеза, который расширен отечественными авторами до понятия психопатологический диатез, т.е. готовность реагировать на стрессовые события развитием психических расстройств. Сам по себе *психопатологический диатез* не рассматривается как болезнь, но как признак повышенного риска развития эндогенного заболевания под воздействием стрессов.

Люди, предрасположенные к тому, чтобы заболеть шизофренией, обладают повышенной уязвимостью к стрессовым событиям

Важным обстоятельством является то, что в случае уже развившегося заболевания, уязвимость к стрессовым воздействиям может возрастать с каждым приступом или обострением болезни, облегчая провокацию последующего приступа или утяжеляя текущее состояние. Основой этой закономерности являются биологические механизмы обострения болезни, которые сопровождаются в том числе микроструктурными изменениями в головном мозге. Возникает своеобразный порочный круг: уязвимость делает индивида предрасположенным к развитию болезни, а ее развитие усиливает уязвимость. Это показывает, насколько важно бороться как за предупреждение развития заболевания, так и профилактику каждого обострения болезни.

Из сказанного становится очевидным, что помощь людям, страдающим шизофренией, должна быть столь же многокомпонентной, как и природа самого заболевания.

В современной психиатрии помощь людям, страдающим шизофренией, состоит из: 1) **медикаментозного лечения** (с помощью лекарств), которое направлено на нормализацию функционирования дофаминовой системы нервных клеток головного мозга и как следствие этого на повышение стрессоустойчивости; 2) **психологического лечения**, т.е. психотерапии, направленной на коррекцию тех психологических особенностей, которые способствовали развитию болезни, психотерапии, имеющей целью развитие способности совладать с симптомами болезни, а также психотерапии, целью которой является создание препятствия психологическим последствиям болезни, например, отстраненности от других людей; 3) **социальных мер**, направленных на поддержание функционирования человека в социуме, – поддержка в сохранении пациентом его профессионального статуса, социальной активности, тренировки у него навыков социального взаимодействия, учета социальных требований и норм, а также мер, которые помогли бы нормализовать взаимодействие с близкими. Последний компонент предполагает не только помощь самому пациенту, но и работу с социальным окружением, в частности с членами семьи, которые не в последнюю очередь нуждаются в помощи и поддержке.

Нейролептики: основные и побочные эффекты

Основной группой медикаментозных психофармакологических препаратов, эффективных в помощи людям, страдающим шизофренией, является группа **нейролептиков**.

Психофармакологическими называют лекарственные препараты, влияющие на деятельность головного мозга и нормализующие психические функции (восприятие, мышление, память и др.). Выделяют несколько групп психофармакологических препаратов, которые влияют на нарушение преимущественно той или иной психической функции: нейролептики (препараты, способные подавлять бред, галлюцинации и другие продуктивные симптомы), антидепрессанты (повышающие сниженное настроение), транквилизаторы (уменьшающие тревогу), нормотимики (стабилизаторы настроения), противоэпилептические, или противосудорожные, средства, ноотропы и препараты метаболического действия (повышающие энергетические запасы или стимулирующие обмен веществ в самих нервных клетках и улучшающие память и концентрацию).

Основным фармакологическим действием нейролептиков является блокирование дофаминовых рецепторов, результатом чего становится нормализация активности дофаминовой системы клеток головного мозга, а именно понижение этой активности до оптимального уровня. Клинически, т.е. на уровне симптомов болезни, этому соответствует заметное уменьшение или полное исчезновение продуктивной симптоматики заболевания (брета, галлюцинаций, кататонической симптоматики, возбуждения, приступов агрессии). Способность нейролептиков подавлять полностью или частично такие проявления психоза, как бред, галлюцинации, кататоническую симптоматику, называется антипсихотическим действием.

Помимо антипсихотического, нейролептикам свойствен и целый ряд других эффектов:

- успокаивающий (седативный), который позволяет применять нейролептики для уменьшения внутреннего напряжения, приступов возбуждения и даже агрессии;
- снотворный, причем важным преимуществом нейролептиков как снотворных средств является то, что в отличие от транквилизаторов они не вызывают таких осложнений, как формирование психической и физической зависимости, и после нормализации сна могут быть отменены без каких-либо последствий;
- активизирующий, т.е. способность некоторых нейролептиков уменьшать пассивность;
- нормотимический (стабилизирующий фон настроения), особенно характерный для так называемых атипичных нейролептиков (см. ниже), которые в связи с наличием данного эффекта могут применяться для предупреждения очередного приступа шизофрении или шизоаффективного психоза или уменьшения его выраженности;

- «корректирующий поведение» эффект – способность некоторых нейролептиков сглаживать поведенческие нарушения (например, болезненную конфликтность, стремление убежать из дома и т.д.) и нормализовать влечения (пищевое, сексуальное);
- антидепрессивный, т.е. способность повышать настроение;
- антиманиакальный – способность нормализовать патологически повышенное, приподнятое настроение;
- улучшение когнитивных (познавательных) психических функций – способность нормализовать процесс мышления, повысить его последовательность и продуктивность;
- вегетостабилизирующий (уменьшение потоотделения, зуда, стабилизация частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления и т.п.).

В таблице 1 представлены основные эффекты нейролептиков и перечислены препараты, имеющие данные свойства.

С влиянием нейролептиков на дофаминовую систему нервных клеток головного мозга связаны и побочные, т.е. нежелательные, эффекты. Это возможность одновременно с оказанием антипсихотического действия влиять на тонус мышц или изменять некоторые параметры гормональной регуляции (например, менструального цикла).

При назначении нейролептиков всегда учитывается их влияние на тонус мышц. Эти эффекты являются нежелательными (побочными). Поскольку тонус мышц регулируется экстрапирамидной системой головного мозга, они называются **экстрапирамидными побочными эффектами**. К сожалению, чаще всего влияния нейролептиков на тонус мышц не удастся избежать, но этот эффект может корректироваться с помощью тригексифенидила (циклодол), биперидена (акинетон, ментилекс), амантадина (мидантан, ПК-Мерц) и ряда других препаратов (например, транквилизаторов), которые в этом случае называют корректорами. Для успешного подбора терапии важно уметь распознавать эти побочные эффекты. Это доступно самим пациентам, принимающим нейролептики и ведущим дневник симптомов. Помочь заметить побочные эффекты могут близкие, которые наблюдают особенности моторики пациента в повседневной жизни. И конечно, это – профессиональная компетенция врача-психиатра, ведущего пациента, тем более что некоторые побочные эффекты (например, акатизия, или неусидчивость) вначале становятся заметны со стороны, и лишь позже ощущаются пациентом субъективно.

Таблица 1

Основные эффекты нейролептиков

Эффект	Классические, или типичные, нейролептики	Атипичные нейролептики и препараты нового поколения
Антипсихотический	Галоперидол Трифлуоперазин (Трифтазин, Стелазин) Перфеназин (этаперазин) Флуфеназин (модитен-депо) Хлорпротиксен Зуклопентиксол (клопиксол, клопиксол-депо) Флупентиксол (флюанксол)	Клозапин (Азалептин, лепонекс) Зелдокс Оланзапин (Зипрекса) Рисполепт (Сперидан, Риссет) Кветиапин (Сероквель) Амисульприд (Солиан) Арипипразол (Абилифай, Амдоал, Зелаксера)
Седативный	Хлорпромазин (Аминазин) Левомепромазин (Тизерцин) Галоперидол Клопиксол Перфеназин (Этаперазин) Трифлуоперазин (Трифтазин, Стелазин)	Клозапин (Азалептин, лепонекс) Оланзапин (Зипрекса) Кветиапин (Сероквель)
Снотворный	Левомепромазин (Тизерцин) Хлорпромазин (Аминазин) Хлорпротиксен Тиоридазин (сонапакс)	Клозапин (Азалептин, лепонекс) Кветиапин (Сероквель)
Активизирующий	Флупентиксол (Флюанксол) Сульпирид (Эглонил)	Арипипразол (Абилифай, Амдоал, Зелаксера) Рисполепт (Сперидан, Риссет) Амисульприд (Солиан)
Нормотимический	Зуклопентиксол (Клопиксол) Флупентиксол (Флюанксол)	Азалептин Рисполепт Сероквель
«Корректирующий поведение»	Тиоридазин (Сонапакс) Перициазин (Неулептил)	Клозапин (Азалептин, лепонекс) Кветиапин (Сероквель)

Антидепрессивный	Трифлуоперазин (Трифтазин, Стелазин) Хлорпротиксен Флупентиксол (Флюанксол) Сульпирид (Эглонил)	Рисполепт (Сперидан, Риссет) Кветиапин (Сероквель)
Антиманиакальный	Галоперидол Левомепромазин (Тизерцин) Тиоридазин (Сонапакс) Зуклопентиксол (Клопиксол)	Клозапин (Азалептин) Зипрекса Рисполепт (Сперидан, Риссет) Кветиапин (Сероквель)
Улучшение когнитивных функций	Перициазин (Этаперазин)	Клозапин (Азалептин) Зипрекса Рисполепт (Сперидан, Риссет) Кветиапин (Сероквель) Амисульприд (Солиан)
Вегетостабилизирующий	Перициазин (Этаперазин) Тиоридазин (Сонапакс)	

Влияние нейролептиков на мышечный тонус может проявляться по-разному на этапах терапии. Так, в первые дни или недели приема нейролептиков возможно развитие так называемой **мышечной дистонии**. Это спазм в той или иной группе мышц, чаще всего в мышцах рта, глазодвигательных мышцах или мышцах шеи. Спастическое сокращение мышц может быть неприятно, но легко устраняется любым корректором.

При более продолжительном приеме нейролептиков возможно развитие явлений **лекарственного паркинсонизма**: дрожания в конечностях (тремора), мышечной скованности, в том числе скованности мышц лица, скованной походки. При возникновении начальных проявлений этого побочного эффекта может меняться ощущение в ногах («ватные ноги»). Возможно появление и противоположных ощущений: чувства беспокойства с постоянным желанием изменить положение тела, потребностью подвигаться, походить, подвигать ногами. Субъективно начальные проявления этого побочного эффекта переживаются как дискомфорт в ногах, желание потянуться, ощущение «беспокойных ног». Такой вариант побочного экстрапирамидного эффекта называется **акатизией**, или неусидчивостью.

При многомесячном, а чаще многолетнем приеме нейролептиков возможно развитие **поздней дискинезии**, которая проявляется произвольными движениями в той или иной группе мышц (чаще мышц рта).

Происхождение и механизм этого побочного эффекта активно изучается. Имеются данные, что его развитию способствуют резкие изменения в схеме приема нейролептиков – внезапные перерывы, отмена препаратов, чему сопутствуют резкие колебания концентрации препарата в крови. В таблице 2 приведены основные проявления экстрапирамидных побочных эффектов и поздней дискинезии и меры их устранения.

Начало приема корректоров для уменьшения выраженности экстрапирамидных побочных эффектов может совпадать с моментом назначения нейролептика, но может и отодвигаться до момента появления таких эффектов. Доза корректора, необходимая для предупреждения развития экстрапирамидных побочных эффектов, индивидуальна и подбирается эмпирически. Обычно она составляет от 2 до 6 таблеток циклодола или акинетона в день, но не более 9 таблеток в день. Дальнейшее повышение их дозы не усиливает корригирующий эффект, но сопряжено с вероятностью появления побочных эффектов самого корректора (например, сухости во рту, запоров). Практика показывает, что не у всех людей экстрапирамидные побочные эффекты нейролептиков выражены и что не во всех случаях требуется их коррекция на протяжении курса лечения нейролептиками. Примерно у двух третей пациентов, принимающих нейролептики в течение более 4–6 месяцев, доза корректора может быть снижена (а в отдельных случаях его даже отменяют), и при этом экстрапирамидных побочных эффектов не наблюдается. Это объясняется тем, что при достаточно продолжительном приеме нейролептиков в головном мозге задействуются компенсаторные механизмы поддержания мышечного тонуса и необходимость в корректорах уменьшается или исчезает.

Таблица 2

Основные неврологические побочные эффекты нейролептической терапии и способы их коррекции

Побочный эффект	Основные проявления	Лечение
Мышечная дистония (первые дни, недели)	Спазм в мышцах рта, глаз, шеи	Тригексифенидил (Циклодол) или Бипериден (Акинетон, Безак, Мендилекс). Любой транквилизатор (феназепам, нозепам, элениум и др.) 1 табл. под язык. Фенобарбитал (либо 40–60 капель корвалола или валокордина). Кофеин (крепкий чай или кофе). Аскорбиновая кислота до 1,0 г внутрь в растворе. Пирацетам 2–3 капсулы внутрь
Лекарственный паркинсонизм (первые недели, месяцы)	Тремор, мышечная скованность, сальность кожи	Тригексифенидил (Циклодол) или Бипериден (Акинетон, Безак, Мендилекс): 3–6 табл. в день, но не более 9 таблеток. Амантадин (Мидантан, ПК-Мерц) до 3 табл. в день Транквилизатор (феназепам и др.) до 3 табл. в день
Акатизия (первые недели, месяцы)	Неусидчивость, беспокойство, желание двигаться, ощущение «беспокойных ног»	Пропранолол (анаприлин, обзидан) – при отсутствии противопоказаний до 30 мг в день Транквилизатор (феназепам и др.) до 3 табл. в день
Поздняя дискинезия (месяцы и годы от начала приема препаратов)	Непроизвольные движения в отдельных группах мышц	Пропранолол (анаприлин, обзидан) – при отсутствии противопоказаний до 30 мг в день Тиаприд

Характеристика нейролептиков нового поколения: новые возможности и ограничения

Революционным в области лечения шизофрении и других психических расстройств явилось создание класса новых – так называемых **атипичных нейролептиков**. Первым таким препаратом был клозапин (лепонекс, азалептин).

Замечено, что при его назначении характерные экстрапирамидные эффекты не развиваются или наблюдаются только у наиболее чувствительных к препарату пациентов либо при назначении средних и высоких доз препарата. Кроме того, были отмечены необычные компоненты эффекта этого препарата – нормотимический (т.е. способность стабилизировать фон настроения), а также улучшение когнитивных функций (восстановление концентрации внимания, последовательности мышления). В последующем в психиатрическую практику были внедрены новые нейролептики, получившие устойчивое название атипичных, такие как рисперидон (рисполепт, сперидан, риссет), оланзанпин (зипрекса), кветиапин (сероквель), амисульприд (солиан), zipразидон (зелдокс), арипипразол (абилифай, амдоал, зелахсера и др.). Действительно, при терапии перечисленными препаратами **экстрапирамидные побочные эффекты развиваются существенно реже по сравнению с лечением классическими нейролептиками и лишь при назначении высоких или средних доз**. Эта особенность и определяет их существенное преимущество перед классическими («типичными», или «конвенциональными») нейролептиками.

В процессе изучения эффективности атипичных нейролептиков были выявлены и другие их отличительные особенности. В частности, показана эффективность клозапина (лепонекса, азалептина) при лечении резистентных, т.е. устойчивых к действию классических нейролептиков, состояний. Важным свойством атипичных нейролептиков является их **способность стабилизировать эмоциональную сферу**, уменьшая колебания настроения в сторону как понижения (при депрессии), так и патологического повышения (при маниакальном состоянии). Такой эффект назван **нормотимическим**. Его наличие позволяет применять атипичные нейролептики, такие как клозапин (азалептин), рисперидон (рисполепт, риссет и др.) и кветиапин (сероквель), в качестве препаратов, предупреждающих развитие очередного острого приступа шизофрении или шизоаффективного психоза. В последнее время показана и широко обсуждается способность нейролептиков нового поколения оказывать

положительное влияние на когнитивные (познавательные) функции у людей, страдающих шизофренией. Эти препараты способствуют восстановлению последовательности мышления, улучшению концентрации внимания, результатом чего является повышение интеллектуальной продуктивности. Такими характеристиками нейролептиков нового поколения, как способность нормализовать эмоциональную сферу, активизировать пациентов, положительное влияние на когнитивные функции, объясняется распространенное мнение об их действии не только на продуктивную (бред, галлюцинации, кататонические симптомы и др.), но и на так называемую негативную (снижение эмоционального реагирования, активности, нарушения мышления) симптоматику заболевания.

Признавая отмеченные преимущества атипичных нейролептиков, нельзя не отметить, что они, как и любые другие препараты, вызывают побочные эффекты. В случаях, когда их приходится назначать в высоких дозах, а порой даже в средних, побочные экстрапирамидные эффекты все же появляются и преимущество атипичных нейролептиков перед классическими в этом плане уменьшается. Кроме того, эти препараты могут обладать спектром других побочных эффектов, напоминающих таковые классических нейролептиков. В частности, назначение рисперидона может приводить к существенному повышению уровня пролактина (гормона гипофиза, регулирующего функцию половых желез), с чем связано появление таких симптомов, как аменорея (прекращение месячных) и лакторея у женщин и нагрубание грудных желез у мужчин. Данный побочный эффект отмечен при проведении терапии рисперидоном (рисполептом), оланзапином (зипрексой), зипразидоном (зелдоксом). В ряде случаев при назначении таких атипичных нейролептиков как оланзапин (зипрекса), клозапин (азалептин), рисперидон (рисполепт), возможен индивидуальный побочный эффект в виде повышения массы тела, порой значительного. Последнее обстоятельство ограничивает применение препарата, поскольку превышение массы тела определенного критического значения сопряжено с риском развития сахарного диабета. В настоящее время предпринимаются попытки предупреждения резкого набора веса из-за развития метаболического синдрома со сдвигами в углеводном обмене, в содружестве с врачами-эндокринологами. В частности, при соответствующих показаниях может назначаться препарат метформин, препятствующий всасыванию углеводов из желудочно-кишечного тракта. Такая терапия требует контроля уровня глюкозы в крови с целью исключения гипогликемических состояний.

Назначение клозапина (азалептина) предполагает регулярный контроль картины крови с исследованием количества лейкоцитов и тромбоцитов, так как в 1% случаев он вызывает угнетение кровяного ростка (агранулоцитоз). Проводить анализ крови нужно 1 раз в неделю в первые 3 месяца приема препарата и раз в месяц в последующем на протяжении всего курса лечения. При применении атипичных нейролептиков возможны и такие побочные проявления, как отек слизистой оболочки носа, носовые кровотечения, понижение артериального давления, выраженные запоры и др.

Нейролептики пролонгированного действия

Новые возможности в оказании помощи людям, больным шизофренией, открывают нейролептические препараты–пролонги. Это ампулированные формы нейролептиков для внутримышечных инъекций. Введение в мышцу нейролептика, растворенного в масле (например, оливковом), позволяет добиться его длительной стабильной концентрации в крови. Всасываясь в кровь постепенно, препарат оказывает свое действие в течение 2– 4 недель.

В настоящее время довольно широк выбор нейролептиков пролонгированного действия. Это модитен-депо, галоперидол-деканоат, клопиксол-депо (и пролонг клопиксола, но 3-дневной продолжительности действия, клопиксол-акуфаз), флюанксол-депо, рисполепт-конста.

Проведение нейролептической терапии препаратами пролонгированного действия удобно тем, что пациенту не надо постоянно помнить о необходимости их приема. Лишь некоторые больные вынуждены принимать корректоры побочных экстрапирамидных эффектов. Несомненны преимущества таких нейролептиков при лечении пациентов, у которых при отмене лекарственных препаратов или снижении необходимой для них концентрации препарата в крови быстро утрачивается понимание болезненности своего состояния и они отказываются от лечения. Такие ситуации часто приводят к резкому обострению болезни и госпитализации.

Отмечая возможности нейролептиков пролонгированного действия, нельзя не сказать о повышенном риске развития экстрапирамидных побочных эффектов при их применении. Это связано, во-первых, с большой амплитудой колебания концентрации препарата в крови в течение периода между инъекциями по сравнению с приемом таблетки.

рованных нейролептиков, а во-вторых, с невозможностью «отменить» уже введенный в организм препарат при индивидуальной повышенной чувствительности к его побочным эффектам у конкретного пациента. В последнем случае приходится дожидаться пока препарат-продолг будет постепенно, в течение нескольких недель, выведен из организма. При этом важно иметь в виду, что из перечисленных выше нейролептиков пролонгированного действия только рисполепт-конста относится к атипичным.

Правила проведения терапии нейролептиками

Важен вопрос о режиме лечения нейролептиками: как долго, с перерывами или непрерывно следует их применять?

Следует еще раз подчеркнуть, что необходимость терапии с помощью нейролептиков у людей, страдающих шизофренией или шизоаффективным психозом, определяется биологическими особенностями работы головного мозга. Согласно современным данным биологического направления научных исследований шизофрении, указанные особенности определяются строением и функционированием дофаминовой системы головного мозга, ее избыточной активностью. Это создает биологическую основу для искажения процесса отбора и обработки информации и как результат для повышенной уязвимости таких людей к стрессорирующим событиям. Нейролептики, нормализующие работу дофаминовой системы нервных клеток головного мозга, т.е. влияющие на базовый биологический механизм заболевания, представляют средство патогенетического лечения.

Своеобразным прорывом в терапии шизофрении стало внедрение уникального по своей фармакологической активности атипичного нейролептика арипипразола (абилифай, амдоал, зелаксера и др. дженерики). Он отличается от всех ныне применяемых нейролептиков двойным эффектом в отношении дофаминовой нейромедиаторной системы: с одной стороны, он понижает ее активность в лимбической системе, уменьшая выраженность продуктивных симптомов, - а с другой, оказывает активирующее влияние на дофаминовые нейроны лобной коры, которая вовлечена в обеспечение волевой функции, и таким образом, способен повысить поведенческую активность. Делаются попытки его применения как в режиме монотерапии, так и в сочетании с другими атипичными нейролептиками.

Ученый, разработавший теорию особенностей дофаминовой нейромедиаторной системы головного мозга при шизофрении и давший объяснение биологических механизмов заболевания и лечебного действия нейролептиков, – Arvid Carlsson был удостоен Нобелевской премии

Назначение нейролептиков, безусловно, показано в активном периоде непрерывнотекущего заболевания (без ремиссий), и имеются основания настраивать пациента на длительное – по крайней мере, в течение ближайших лет, лечение этими препаратами. Нейролептики показаны также при обострении заболевания в случае его приступообразного течения. В последней ситуации нужно иметь в виду, что средняя продолжительность периода обострения при шизофрении составляет 18 месяцев. Все это время сохраняется готовность симптоматики, «ушедшей» под влиянием лечения, возобновиться при отмене нейролептика. Это означает, что даже если симптомы болезни исчезли уже через месяц от начала терапии, прекращать ее не следует. Исследования показывают, что к концу первого года после отмены нейролептиков у 85% людей, страдающих шизофренией, симптоматика возобновляется, т.е. наступает обострение заболевания и, как правило, возникает необходимость в госпитализации. Преждевременное прекращение нейролептической терапии, особенно после первого приступа, ухудшает общий прогноз заболевания, т.к. почти неминуемое обострение симптоматики надолго выключает пациента из социальной активности, закрепляет за ним роль «больного», способствуя его дезадаптации. При наступлении ремиссии (значительного ослабления или полного исчезновения симптомов заболевания) дозу нейролептиков постепенно снижают до уровня, необходимого для поддержания стабильного состояния.

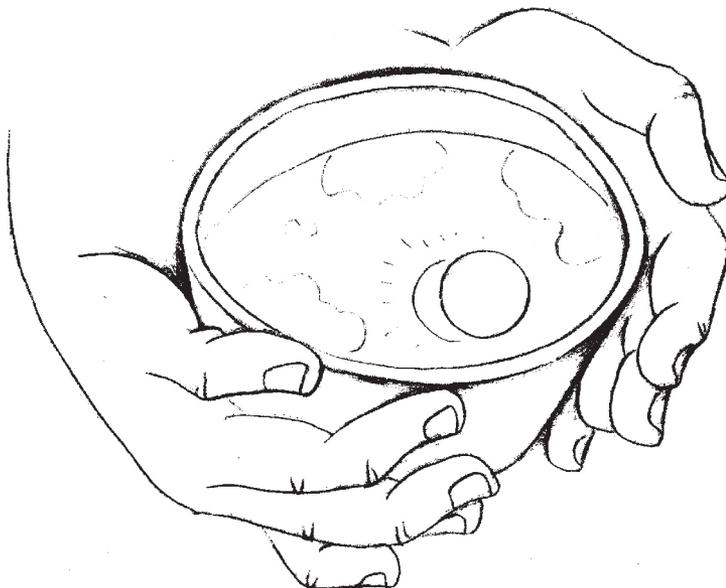
Проведение поддерживающей терапии не всегда воспринимается пациентами и их родственниками как необходимое. Нередко стабильность самочувствия формирует ошибочное мнение, что долгожданное благополучие наступило и болезнь не повторится, поэтому, зачем же продолжать лечение?

Несмотря на достигнутое благополучие, у человека, страдающего шизофренией или шизоаффективным психозом, сохраняется особенность функционирования головного мозга в виде избыточной активности дофаминовой нейромедиаторной системы, а также повышенная

уязвимость к стрессорным влияниям и готовность к развитию болезненной симптоматики. Поэтому прием поддерживающих доз нейролептика следует рассматривать как восполнение дефицита определенного вещества в организме, без чего он не может функционировать на здоровом уровне.

Прием нейролептика в поддерживающей дозе, которая может долгие годы препятствовать обострению психоза и необходимости госпитализации, является не лечением, а образом жизни

Чтобы помочь самому человеку, страдающему шизофренией, по-новому осмыслить прием поддерживающих доз нейролептиков и других необходимых лекарственных препаратов, требуется помощь специалистов. Не менее важным, а порой первостепенным, являются понимание и поддержка его близкими людьми. Знание механизмов развития заболевания, существа предлагаемой помощи поможет ему обрести большую уверенность.



В.В. Балабанова

Лекция 7. Лечение аффективных расстройств. Психотерапия при шизофрении и аффективных расстройствах

Биологические механизмы аффективных расстройств

Термин «аффективные расстройства» объединяет большую группу заболеваний, при которых ведущими являются эмоциональные нарушения. Это циклотимия, маниакально-депрессивный и шизоаффективный психозы. В ряде случаев эмоциональные нарушения составляют значительный удельный вес при обострениях шизофрении.

Биологической основой аффективных расстройств является нарушение работы нескольких систем нервных клеток головного мозга. В настоящее время считается, что в механизмы депрессии и мании вовлечены такие нейромедиаторные системы, как серотониновая, норадреналиновая и другие. В этих системах передатчиком (медиатором) информации между клетками являются соответствующие молекулы: серотонин, норадреналин, дофамин, гамма-аминомасляная кислота.

Наибольшая роль в механизмах развития аффективных расстройств признается за серотониновой и норадреналиновой нейромедиаторными системами

Основным методом лечения аффективных – эмоциональных расстройств является медикаментозная терапия, воздействующая на функционирование этих систем. При этом задача помощи людям с аффективными нарушениями состоит в лечении уже развившейся депрессии или мании и в профилактике их обострения. Направленность (знак) эмоциональных расстройств определяет показания к назначению тех или иных лекарственных препаратов. Если развивается депрессия (состояние угнетенности, подавленности, апатии), показаны антидепрессанты, а если маниакальное состояние с приподнятостью, беспричинной веселостью, повышенной, но непродуктивной активностью, отвлекаемостью, назначают антимааниакальные средства.

Терапия депрессии: основной и побочные эффекты антидепрессантов, противопоказания к назначению некоторых из них

Лечение депрессивного состояния предполагает назначение антидепрессантов – препаратов, повышающих настроение. Антидепрессанты классифицируются на основании их разных свойств – химического строения, способности влиять преимущественно на одну или сразу на несколько нейромедиаторных систем мозга, а также по наличию седативного или активизирующего компонента действия. Чем больше нейромедиаторных систем охватывает своим действием антидепрессант, тем с большей вероятностью он окажется эффективным. С другой стороны, эта же особенность его действия предопределяет появление побочных эффектов. Например, первые антидепрессанты – препараты трициклической химической структуры (амитриптилин, мелипрамин, анафранил) влияют на широкий спектр нейромедиаторных систем и чаще всего эффективны, но при этом вызывают такие побочные эффекты, как сухость во рту, тахикардия, склонность к запорам, акатизия (см. лекцию 6), задержка жидкости в организме и ряд других. Напротив, селективное, т.е. избирательное, действие антидепрессанта на какую-то одну нейромедиаторную систему хотя и уменьшает вероятность «попадания» в механизм депрессии у конкретного пациента, но ассоциируется со значительно меньшей частотой побочных эффектов.

Важным фактором при выборе антидепрессанта является наличие у него, помимо антидепрессивного, также активизирующего или седативного компонента действия. При депрессии с апатией, снижением интереса к окружающему, заторможенностью показаны антидепрессанты с активизирующим компонентом действия, тогда как при депрессии с тревогой, сопровождающим ее возбуждением, напротив, применяются антидепрессанты с седативным компонентом.

В таблице приведена классификация антидепрессантов с учетом селективности (избирательности) их влияния на разные нейромедиаторные системы, а также преобладания седативного, активизирующего или сбалансированного – гармонизирующего действия.

Важной особенностью ряда приведенных в таблице антидепрессантов является наличие побочных эффектов, обусловленных их влиянием на ту или иную систему нейромедиаторов, а также на вегетативную нервную систему, регулирующую функции внутренних органов – тонус сосудов, сердечный ритм, работу кишечника, мочевого пузыря и др.

Трициклические антидепрессанты, такие как amitриптилин, герфонал, мелипрамин, анафранил, азафен могут вызывать торможение процессов памяти, понимания. Это обстоятельство особенно значимо для больных пожилого возраста. К другим побочным эффектам этих антидепрессантов относятся: тахикардия (ускорения сердечного ритма), повышение артериального давления, запоры, сухость во рту. Характерны расширение зрачков, затруднение или неспособность хрусталика глаза приспособиться к изменению удаленности рассматриваемых предметов. Расширение зрачков при назначении трициклических антидепрессантов определяет их абсолютную противопоказанность больным с закрытоугольной глаукомой. Еще один побочный эффект трициклических антидепрессантов – затруднение и даже задержка мочеиспускания, требует безотлагательных мер по опорожнению мочевого пузыря, что предполагает вызов врача. Этот же побочный эффект определяет его противопоказание при аденоме простаты. Опорожнение мочевого пузыря стимулируется определенными лекарственными препаратами, а при их неэффективности осуществляется с помощью катетера. Возможность применения перечисленных антидепрессантов ограничена у больных с сердечными аритмиями.

Классификация антидепрессантов

Седативные	Гармонизирующие	Активизирующие
Антидепрессанты, неселективно влияющие на нейромедиаторные системы		
Амитриптилин	Пипофезин (Азафен) Пирлиндол (Пиразидол) Кломипрамин (Анафранил)	Имипрамин (Мелипрамин) Моклобемид (Аурорикс)
Антидепрессанты более селективного действия		
Флувоксамин (Феварин) Миансерин (Леривон) Миртазапин (Ремерон, Каликста и др.) Тразодон (Триттико)	Дулоксетин (Симбалта) Сертралин (Золофт, Стимулотон) Пароксетин (Паксил, Адепресс, Рексетин) Венлафаксин (Велафакс, Эфевелон) Циталопрам (Ципрамил)	Эсциталопрам (Ципралекс) Милнаципран (Иксел) Флуоксетин (профлузак, прозак, продеп, портал)

При выборе антидепрессанта учитываются клинические особенности депрессии, наличие или отсутствие противопоказаний к назначению того или иного препарата, опыт их применения во время предыдущей депрессии, особенности действия самих антидепрессантов. Клинические особенности депрессии определяют не только выбор антидепрессанта, но и его дозу, режим приема, необходимость сочетания с препаратами других фармакологических групп, например с нейролептиками. Нередко бывает и так, что спустя несколько дней после начала приема антидепрессанта вместо ожидаемого облегчения симптоматики депрессии у больного усиливается тревога, ухудшается сон или возникает нетипичная для действия данного препарата дневная сонливость. В таких случаях требуется консультация лечащего врача для определения тактики дальнейшего лечения. Иногда это уменьшение дозы антидепрессанта либо его замена, подключение или увеличение дозы нейролептика. Вопрос этот находится полностью в компетенции врача, который имеет опыт оказания помощи больным с депрессией.

Правила проведения терапии антидепрессантами

Приведем информацию, важную людям, которые принимают антидепрессанты. Во-первых, большинство таких препаратов назначают и отменяют постепенно. Это предупреждает появление выраженных побочных эффектов, дает организму возможность адаптироваться к изменениям лекарственного режима. Во-вторых, антидепрессивный эффект проявляется не сразу, а лишь спустя 5–7 дней, когда под действием препарата произойдут определенные изменения в функционировании нейромедиаторных систем. Развитие эффекта такого антидепрессанта, как флуоксетин, оценивается лишь на 3–5-й неделе его приема. Обычно антидепрессивный эффект препарата развивается в течение месяца, и, если за это время он не проявляется, антидепрессант заменяют другим. Человеку, страдающему депрессией, важно помнить, что он **обязательно выйдет** из депрессии, – такова закономерность этого расстройства. Но иногда необходимо набраться терпения, дождаться, когда начнет проявляться действие антидепрессанта.

Терапия маниакального состояния: антимианкальные препараты. Нормотимики: основные характеристики и правила применения

Маниакальное состояние может быть очень устойчивым и приводить к дезорганизации поведения страдающего таким расстройством человека. При этом, как правило, отсутствует понимание болезненности своего состояния, субъективно оно часто переживается как приятное, поэтому человек в мании не готов к сотрудничеству в оказании ему помощи для выхода из такого состояния. Это чаще всего обуславливает необходимость в госпитализации его в психиатрическую больницу. В домашних условиях лечение возможно лишь на начальных этапах развития такого состояния – при гипомании, и самое важное при этом – обеспечить регулярный прием заболевшим лекарственных препаратов.

К препаратам антимианкального действия относятся нейролептики – галоперидол, левомепромазин (тизерцин), перициазин (неулептил), большинство нейролептиков нового поколения (см. таблицу 1 в лекции 6), а также препараты из группы нормотимиков. Нормотимики способны выравнять эмоциональный фон, стабилизировать настроение. К ним относятся соли лития (лития карбонат (седалит, контемнол), а также препараты, традиционно относимые к противоэпилептическим средствам, – карбамазепин (финлепсин, тегретол), вальпроат натрия (депакин, конвулекс), ламотриджин (ламиктал).

Показана достаточно высокая эффективность перечисленных противоэпилептических препаратов как стабилизаторов настроения, что связывают с особенностью механизмов их действия. В частности, установлено влияние финлепсина на функционирование нервных клеток, принадлежащих к серотониновой нейромедиаторной системе головного мозга. Лечебная доза этого препарата варьирует в диапазоне 1200–2400 мг в день. Доказана сопоставимая с действием солей лития высокая эффективность вальпроата натрия при лечении мании, его лечебная доза при этом составляет 1000–2500 мг в день. Важным преимуществом противоэпилептических препаратов в качестве нормотимиков является бóльшая безопасность их применения по сравнению с солями лития. Однако и при их приеме необходимо периодически контролировать показатели крови (общий анализ) и функции печени.

При терапии солями лития требуется регулярный контроль его концентрации в сыворотке крови для определения необходимой дозы и предупреждения передозировки препарата. При подборе лечебной или профилактической дозы лития анализ крови проводится чаще (раз в неделю), при подобранной дозе – примерно раз в месяц. Профилактическая концентрация лития в сыворотке крови составляет 0,6–0,8 ммоль/л, лечебная (антиманиакальная) – 0,8–1,2 ммоль/л. Превышение концентрации лития значения 1,2 ммоль/л чревато появлением признаков интоксикации – слабости, тошноты, нарушения координации движений. Поскольку концентрация препарата в крови зависит не только от его дозы, но и от скорости выведения из организма, а выводится соль лития, как и любая другая соль, почками, при приеме этого препарата важно соблюдать водный режим, контролируя количество потребляемой за день жидкости. Увеличение потребления жидкости приводит к снижению, а его уменьшение, напротив, к повышению концентрации лития в крови. Кроме того, «конкурентом» солей лития в выведении через почки является поваренная соль, поэтому избыточное потребление ее может привести к повышению концентрации лития в организме. Это объясняет необходимость соблюдения и солевого режима. Таким образом, потребление жидкости и поваренной соли должно соответствовать физиологической норме, а также быть по возможности стабильным день ото дня. При длительной – многолетней терапии солями лития требуется контроль функции щитовидной железы и почек.

Важной особенностью нормотимиков является не только их способность оказывать антиманиакальное действие и предупреждать развитие маниакальной фазы, но и профилактический эффект – предотвращение развития депрессивной фазы.

Широкое внедрение в терапию болеющих шизофренией или аффективными расстройствами психофармакологических препаратов активизировало поиск возможностей психотерапевтической помощи

Психотерапия для болеющих шизофренией и аффективными расстройствами

Психотерапия – это лечение с применением психологических методов, направленное на повышение уровня функционирования человека в социуме.

Болеющие шизофренией или повторяющимися аффективными расстройствами рассматриваются как **люди с ограниченными возможностями**. Задача психотерапии при этом – повысить эти возможности или помочь полнее использовать их, задействуя личностные ресурсы. Поскольку человек живет в социальном окружении и тесно с ним связан, психотерапия может быть адресована не только непосредственно ему, но и его ближайшему окружению, например, членам семьи, которые также испытывают ограничения своих возможностей. Кроме того, с учетом социальной природы человека задачи психотерапии смыкаются с задачами ресоциализации, т.е. с восстановлением возможностей жить в обществе и взаимодействовать с социальным окружением.

Психотерапия для людей, болеющих шизофренией или аффективными расстройствами, может быть направлена на разные уровни организации. Во-первых, с помощью специальных психотерапевтических и тренинговых методик возможно влияние на базовые психические – когнитивные (познавательные) функции: внимание, память, мышление. Как говорилось выше, болеющим шизофренией ввиду биологических особенностей функционирования головного мозга может быть свойственна исходная недостаточность когнитивных функций, которая усиливается по мере развития заболевания. Цели восполнения дефицита этих функций служат наряду с терапией нейролептиками нового поколения **тренинги когнитивных функций**.

Важной составляющей психологической помощи болеющим шизофренией и аффективными расстройствами является **когнитивно-бихевиоральная психотерапия** (*cognitive-behavioral therapy – СВТ*). Применительно к таким больным это психотерапия, направленная на психотические симптомы, такие как галлюцинации и бред, и в том числе на идеи пониженной самооценки при депрессивных расстройствах. Людей с бредовыми переживаниями обучают допускать иное значение происходящих вокруг событий, нежели то, которое привычно придавалось таким событиям и служило основой для подкрепления бредовых идей. Появление возможности допустить, что то или иное событие может иметь и другой, не только привычный смысл, подтверждающий

болезненную убежденность, позволяет отрегулировать поведение и сделать его более адаптивным. Тех, кого беспокоят галлюцинации, обучают навыку переключения внимания с «голосов» на приятные виды деятельности – чтение, слушание музыки, прогулки на природе.

Когнитивно-бихевиоральный метод применяется для развития разнообразных стратегий совладания со стрессом (его преодоления), арсенал которых, как правило, недостаточен у болеющих шизофренией и аффективными расстройствами.

Психотерапевтическое действие оказывает активное подключение самих людей с психическим заболеванием к планированию помощи им, наделение ответственностью за поддержание ремиссии. Этому способствуют *тренинги управления лечением* (менеджмент терапии). Пациент учится анализировать развитие обострения и определять его первые признаки. Такие признаки могут быть и типичными, например нарушение сна или появление несобранности, и сугубо индивидуальными. Например, тревожные мысли о способности обеспечить себя в будущем могут явиться первым признаком развивающегося депрессивного состояния, а увеличение количества выкуриваемых сигарет – первым симптомом повышения тревоги. Важно не только помочь замечать первые, пока еще субъективные признаки подкрадывающегося обострения, но и научить вовремя принять меры – увеличить дозу нейролептика, обратиться к лечащему врачу. Людей, постоянно находящихся на поддерживающей терапии лекарственными препаратами, обучают отслеживать свое состояние – ежедневно вести дневник с фиксированием симптомов болезни и тактики лечения. Это позволяет заметить изменения в состоянии, отделить проявления заболевания от побочных эффектов лекарств, занять более активную и самостоятельную позицию.

Помимо когнитивного и когнитивно-бихевиорального методов, эффективность применения которых показана в многочисленных специальных исследованиях, в современной психиатрии широко обсуждаются возможности психодинамической психотерапии, в частности ее групповой формы. Исследование эффективности этого направления психотерапии только начинается.

Примером групповой психотерапии психодинамического направления может служить группанализ (group analysis). Основной его принцип – «свободно протекающая дискуссия», которая в условиях группы трансформируется в возможность формирования общегрупповых идей, фантазий, свойственных большей части участников,

что используется для помощи им в самопознании. Наиболее важным аспектом этого вида терапии является развитие навыка самонаблюдения, позволяющего развить более здоровые способы совладания с тревогой и агрессивными чувствами, заменить патологические реакции на более здоровые. Работа в группе дает возможность почувствовать присутствие других, быть с ними, учитывать их присутствие, видеть их реакцию на свои чувства и мысли, улавливать изменения в их поведении в ответ на это, учиться видеть себя глазами другого, понимать и регулировать свое собственное поведение. Все это позволяет вырабатывать более адаптивные модели поведения.

Психотерапия для членов семей, где есть человек, болеющий психическим заболеванием

Психотерапия, направленная на помощь семье, в которой один из членов страдает психическим заболеванием, может проводиться как с каждой из них индивидуально, так и при объединении нескольких семей в группу. Последнее более эффективно, поскольку имеется возможность каждому участнику группы увидеть, что не только он и его семья живут с проблемой психического заболевания у близкого человека. Каждый участник группы может разделить свои чувства с людьми, которые, как никто другой, могут его понять, обсудить наболевшее, выработать план решения накопившихся проблем в процессе группового обсуждения.

Групповая психотерапия для членов семей основывается на ряде важных предпосылок.

1. Психическое заболевание одного из членов семьи вызывает боль потери и часто отчаяние у близких, повышает эмоциональное напряжение в семье. Семья, пребывающая в стрессе, в свою очередь сама становится источником стресса и временами страдания для больного от возрастающего у него чувства тревоги и отчаяния, что провоцирует ухудшение его состояния.
2. Являясь свидетелем изменений, произошедших с заболевшим родственником, семья не всегда способна выработать адекватные ожидания от него. Эти ожидания могут оказаться заниженными, и человека, который по причине особенностей своего состояния утратил активность и ограничивает общение, близкие оставляют в покое, освобождают от любых обязанностей, лишают даже минимальной стимуляции к активности, которая могла бы стать противовесом вызванной заболеванием нехватке воли.

Однако ожидания близких могут быть и завышенными, факт болезни и объективные ограничения игнорируются, и от заболевшего ждут продолжения учебы в институте, карьерного роста, активности, которые для него психологически непосильны. Поддержание прежнего ритма жизни может представлять избыточную стимуляцию – становится стрессорным и вызывать новое обострение.

3. Наряду с ограничением активности и социального взаимодействия для людей больных шизофренией характерно стремление оставаться зависимыми от родителей или от тех, кто их заменяет, выполнять роль младшего и перекладывать на них всю ответственность за свое существование и решение всех вопросов.
4. По данным, полученным при изучении особенностей взаимодействия в семьях больных шизофренией, наиболее патогенными и способствующими очередному обострению заболевания являются повышенная эмоциональная вовлеченность и высокий уровень эмоциональной экспрессии. Это проявляется в том, что члены семьи часто высказывают претензии друг к другу, причем в повышенных тонах.

С учетом пониженной устойчивости больных шизофренией к стрессу одной из психотерапевтических задач является снижение в семье уровня тревоги и напряжения, которые могут восприниматься больным как стресс. Поэтому целью психотерапии в семьях, где есть страдающий психическим заболеванием близкий, является уменьшение напряженности переживаемых чувств через разделение их с другими. При участии семьи в психотерапевтической группе появляется возможность выработать адекватные ожидания от заболевшего и сформировать линию своего поведения. Важной задачей психотерапии семей является помощь в том, чтобы найти баланс между проявлением заботы о заболевшем, оказанием ему необходимой поддержки и помощи и поддержанием в нем возможной самостоятельности.

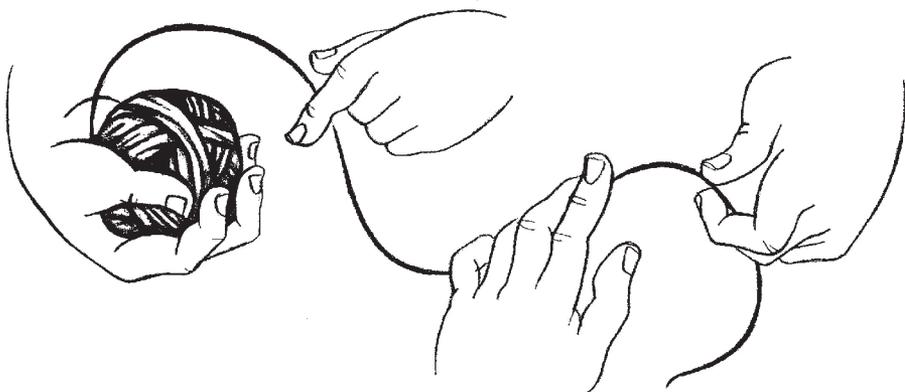
Еще одним видом психотерапевтического вмешательства является тренинг понижения уровня эмоциональной экспрессии и вовлеченности: члены семьи осваивают навык поддержания разговора тихим, спокойным тоном, а также учатся воздерживаться от критических замечаний в адрес других членов семьи.

Психотерапия для людей, болеющих шизофренией и другими психозами, является не только предметом активного изучения, но и частью работы психиатрических служб во всем мире. Однако ее применение ограничено ввиду отсутствия в настоящее время достаточного числа квалифицированных специалистов, способных оказывать такую помощь.

В.В. Балабанова

Лекция 7. Лечение аффективных расстройств. Психотерапия при шизофрении и аффективных расстройствах

Международное общество психологического лечения шизофрении и других психозов (International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses – ISPS) ставит своей целью сделать этот вид помощи более доступным для больных психозами и объединяет профессионалов в этой области по всему миру. В России уже существует несколько региональных групп ISPS (Ставропольский край, г. Санкт-Петербург), на этапе создания находится такая же региональная группа и в Москве.



А.И. Цапенко, Д.М. Шанаева

Лекция 8. Психологические проблемы семей, в которых родственник страдает тяжелым психическим заболеванием.

Пути их решения

С незапамятных времен люди замечали, что семья обладает потенциалом помощи человеку в изменении его поведения к лучшему и облегчении страданий. Современные авторы также относят фактор семьи к основным в реабилитации больного. Около 50–60% пациентов, выписываемых из психиатрических стационаров, возвращаются домой и 50–90% из них сохраняют контакт с семьей. Отношения в семье могут способствовать как решению, так и сохранению, а порой, усугублению проблемы. Это подтверждают многочисленные исследования, демонстрирующие влияние социального окружения на течение и исход психических заболеваний.

В психиатрии и смежных науках накоплен огромный материал, касающийся проблем взаимоотношений в семьях больных. Рассмотрим наиболее типичные семейные проблемы, влияющие на жизнь и здоровье больного и его родственников, а также возможные пути их решения.

Тяжелые чувства родственников

Чувство вины. В начале заболевания семья тяжело переживает процесс приспособления к новой ситуации, который порой растягивается на годы. Члены семьи испытывают шок, замешательство, страх, гнев и отчаяние: почему именно мы? кто виноват? В науке существуют только гипотезы, рассматривающие в качестве причин шизофрении вирусную инфекцию, стресс, родовую травму мозга, неправильное воспитание, психическую травму в раннем возрасте и т.п. Точного ответа на вопрос, почему возникает шизофрения, пока нет. Тем не менее, родственники часто винят себя в том, что сделали что-то не так. Им кажется, что, поступи они по-другому, все могло бы быть иначе. Однако человеку не дано предугадать всех последствий своих поступков, не всегда можно понять, какое действие окажется более верным. Каждый имеет право на ошибку, все люди неизбежно ошибаются. Обычно

это не приводит к психическому расстройству у члена семьи. Вряд ли кто-то хотел, чтобы его близкий заболел. Это трагическая случайность, совокупность разных причин – биологических, психологических, социальных.

Если же семья погружается в вопросы виновности, само- и взаимные обвинения, атмосфера в ней становится крайне тягостной и напряженной. Чувство вины начинает определять поведение родственников.

**Родственники не виноваты в заболевании.
Это трагическая случайность**

В свою очередь больные порой даже неосознанно ощущают «груз вины» у близких и эксплуатируют их, нажимают на «больную мозоль», становятся чрезмерно требовательными. Родственники оказываются не в силах им отказать. В итоге формируется замкнутый круг шантажа и тревоги, что не способствует выздоровлению. Если не изменить позицию, семье будет трудно найти эффективные способы помощи больному родственнику.

**Перегруженность чувством вины порождает
дополнительные проблемы в семейных отношениях**

Ощущая мнимую вину, родственники стремятся ее искупить и ведут себя таким образом, будто причинили больному вред. Многие боятся разоблачения того, что они, по их мнению, сделали не так, и со страхом ждут обвинений общества. Ими мучительно решается вопрос, виноваты ли они и насколько. Это приводит к нескончаемому поиску того, кто еще виновен в болезни родственника, это как бы снимает часть вины с них самих. Поиск виноватого не дает пережить горе, потерю. Они остаются и не позволяют принять ситуацию такой, какова она есть, спокойно жить дальше и конструктивно решать проблемы. Чтобы разобраться в этих вопросах, часто необходима помощь психотерапевта.

**Важно пережить горе, а не искать виновного
и искупать вину**

Беспомощность и контроль, как две стороны одной медали. Созависимость. При столкновении с психическим заболеванием родственника семья оказывается в тяжелой ситуации и переживает чувство беспомощности, особенно вначале, когда еще не имеет достаточного представления о болезни и ее лечении. Своевременное получение сведений у профессионалов, как правило, значительно снимает тревогу и вселяет надежду на будущее. Однако только информированием о болезни и о том, как вести себя в сложившейся ситуации, эта сложная проблема не решается. Многие семьи постоянно или периодически испытывают ощущение беспомощности и на более отдаленных этапах заболевания родственника. Тому есть свои причины. Беспомощность, а вместе с ней ярость и отчаяние часто связаны с неразрешимостью самой проблемы заболевания. Это не отклонение, а нормальная человеческая реакция на сложную, раздражающую, непостижимую и явно не полностью подвластную человеку ситуацию. К сожалению, здесь приходится признать горькую истину, что не все зависит от родственников.

**При тяжелом психическом заболевании
родственники больного сталкиваются с горькой
истиной – не все зависит от них**

Ощущение невозможности помочь близкому бывает столь невыносимо, что зачастую вынуждает родственников кидаться в крайности в попытках хоть как-то совладать с ситуацией.

**Две крайние позиции родственников:
капитуляция перед болезнью и тотальный контроль**

С одной стороны, могут возникнуть ощущение абсолютной бесперспективности, капитуляция перед болезнью. Любые усилия родственников начинают восприниматься ими самими как совершенно бесполезные. В результате у родных нарастает отстранение вплоть до полного отказа от контактов с больным, который тем самым лишается необходимой поддержки семьи.

С другой стороны, многие родственники впадают в иную крайность: стараются *все* контролировать, *все* брать на себя и *за все* отвечать. При этом часто непредсказуемость поведения больного, его неспособность решать жизненные проблемы самостоятельно все более укрепляют близких в такой позиции. Рано или поздно попытки контролировать всю жизнь больного терпят неудачу. И тогда вновь родственники ощущают полную беспомощность и отчаяние – столько усилий, и все тщетно.

Когда близкие больного взваливают на себя все бремя забот, считая его неспособным практически ни за что отвечать, в семье происходит жесткое разделение ролей. В научной литературе это называют *созависимостью*.

Созависимость это полярное разделение дополняющих друг друга ролей в семье, где здоровый родственник – сильный, контролирующий и компетентный, а больной – беспомощный, зависимый и безответственный.

Созависимость автоматически:

- **вынуждает больного быть пассивным**
- **заставляет отказаться от малейших усилий, поиска собственных ресурсов**
- **затормаживает его развитие**
- **«замораживает» в состоянии немощности и инвалидизирует**

Довольно часто в одной семье эти крайности присутствуют одновременно. Например, мать полностью отказывается от своей жизни, сосредоточивается на больном сыне (или дочери), все за него делая, везде за ним следуя, забывая о муже. При этом отец все больше уходит в работу и отстраняется от заболевшего чада, а иногда просто оставляет семью.

Что делать:

1. **Получить информацию о болезни**
2. **Понять границы своих возможностей: что в Ваших силах, а что не зависит от Вас**
3. **Разделить ответственность: помогать больному, но не брать на себя ответственность за всю его жизнь**

Человек не бывает полностью больным. Всегда есть и здоровые части личности. Более того, какие-то способности и навыки при соответствующем подходе могут развиваться. Разделение ответственности будет стимулировать собственную активность больного – самообслуживание, появление и развитие интересов, установление социальных контактов и пр.

Принятие болезни

Принятие болезни семьей и осознание ее отдельных проявлений – важный фактор в лечении психического расстройства.

Непринятие болезни приводит к конфликтам

В семьях психически больных людей часто существует проблема понимания родственниками того, что человек болен, и тех изменений и ограничений, которые накладывает на него болезнь. В крайних случаях встречается полное отрицание болезни. Например, отец больного считает, что сын психически здоров, а то, что он не может без сопровождения матери посещать институт, ездить в общественном транспорте и т.п., относит за счет избалованности.

Более распространенным вариантом является *формальное принятие болезни*. В этом случае родственники, признавая факт существования болезни, недооценивают ее отдельные проявления, а также тяжесть заболевания. Например, желание больного поспать подольше, его быстрая утомляемость могут восприниматься родными как лень, а не как снижение энергетического потенциала. Отстраненность интерпретируется как нелюбовь. Недооценивая тяжесть заболевания, родственники невольно предъявляют завышенные требования к больному – такие же, как к здоровому, которые он не в состоянии выполнить. Это приводит к взаимным обидам, упрекам и к разочарованию, что в свою очередь может повлечь за собой ухудшение состояния больного.

Среди *причин непринятия* болезни можно выделить:

- недостаток информации о болезни;

- боль, связанная с потерей близкого – такого, каким его знали и любили;
- боль от утраты надежд на будущее и несбывшихся ожиданий;
- страх социальной изоляции;
- непонятность поведения больного.

Приведем пример того, как осознание родителями симптомов болезни сына привело к улучшению отношений и принятию своевременных профилактических мер.

Родители молодого человека, больного шизофренией, долгое время воспринимали его поведение как обидное. Когда он начинал подолгу замыкаться в своей комнате, они объясняли такое отстранение недостаточной эмоциональной привязанностью к ним и нелюбовью. Немые упреки только обостряли атмосферу. После проведения курса психотерапии выяснилось, что перед приступом больной становился особо чувствительным и даже непродолжительное общение оказывалось для него тяжелым и утомительным. Отношение к этому проявлению болезни у родственников изменилось: они стали понимать своего сына, сочувствовать и помогать ему.

Особой ситуацией является сокрытие болезни членами семьи друг от друга. Зная диагноз и прогноз заболевания, родственники скрывают его от больного. Они опасаются, что эта информация для него будет разрушительна и повлечет ухудшение состояния. В свою очередь больной чувствует невыносимость своей болезни для родственников. Поэтому он начинает ее скрывать от самого себя (не признает себя больным) или винит себя в том, что причиняет боль своим родным. Он страдает от этого и не может обсуждать свои чувства по поводу болезни с семьей.

Часто за переживаниями родственников по поводу непереносимости для больного его болезни стоят собственная боль и невозможность принять заболевание и прогноз. В такой ситуации важно, чтобы чувства родственников не «разрушали» их самих. Это поможет и больному. Члены семьи должны понимать, что после установления диагноза хронического психического заболевания жизнь не заканчивается. Конечно, болезнь накладывает ограничения на пациента и его родных, требует пересмотра жизненных перспектив и уровня притязаний. Однако это не означает, что у пациента нет будущего. Впереди целая жизнь, он может создать семью и реализоваться как личность.

Стили семейных взаимоотношений. Гиперопека и отвержение. «Достаточно хорошая мать»

Во взаимоотношениях с родителями во многом формируется активность детей, их стремление и умение решать возникающие проблемы. Первыми, наиболее важными и базовыми для любого человека являются его отношения с матерью.

Матери часто жалуются, что больные не могут оторваться от них, требуют слишком много времени, денег (больших, чем располагает семья), не дают заняться своими делами, ревнуют мать к другим членам семьи. Не получая желаемого, они могут шантажировать своим здоровьем, поведением, а в крайних случаях даже жизнью. Одновременно с этим больные тяготеют контактами с родными, раздражаются и обижаются при общении. Родственников угнетает и то, что больной пассивен, лежит, не помогает или полностью уходит в себя. Все эти черты больных, с одной стороны, являются результатом их заболевания. Однако, с другой стороны, многолетний опыт изучения семей больных шизофренией показывает, что в таких семьях часто существуют особенности семейных взаимоотношений, влияющие на формирование таких неблагоприятных черт.

Стили взаимоотношений, приводящие к психологическим сложностям. Осветим два стиля взаимоотношений матери и ребенка, чрезмерная выраженность которых способствует появлению психологических сложностей и влияет на течение заболевания.

Первый часто называют *гиперопекой*.

Гиперопека – снисходительное, балующее, излишне заботливое родительское поведение, предотвращающее переживание ребенком болезненных ситуаций, покровительствующее и приводящее к чрезмерной зависимости

При гиперопеке у ребенка тормозится развитие нормальной независимости. В семьях, где есть физически или психически больные дети, эта проблема присутствует практически всегда. За больного ребенка всегда тревожнее, его хочется обезопасить, оградить от сложностей.

Предупредительные родители стараются не допустить возникновения потенциально опасной ситуации, предотвратить ошибки ребенка.

Гиперопека – это забота о ребенке в случаях, когда он не нуждается в ней и мог бы справиться сам. Тревога родителей мешает им предоставить ребенку самостоятельность. Желание уберечь свое чадо от ошибок и проблем легко понять. Имея достаточный жизненный опыт, родители знают, как лучше поступить. Дети многого недопонимают, но чтобы разобраться в жизни, они должны иметь шанс научиться. Известно, что «опыт – сын ошибок трудных». Если не давать человеку самому совершать ошибки, жизненный опыт у него так и не появится. И действительно, одна из наиболее частых жалоб больных самого разного возраста – на недостаток собственного опыта. Они связывают это с тем, что родители ограничивают их в активности, не дают жить собственной жизнью, диктуют свою волю. Гиперопекающие родители рискуют получить такой упрек от своих детей. Хорошо, если это происходит раньше. Хуже, когда это происходит в конце жизненного пути родителя, когда он стареет и начинает болеть. Перед взрослым ребенком встает проблема самостоятельной жизни, к которой он не приспособлен. Дети без опыта собственных ошибок могут осуждать родителей за то, что те покидают их, так и не научив жить самостоятельно. И эти ошибки они вынуждены делать уже в одиночестве, без поддержки. Чем тяжелее болен ребенок, тем для него важнее помощь родителя в отделении, в освоении самостоятельной жизни.

Проблема гиперопекающих родителей в том, что они не могут превозмочь тревогу, связанную с вероятными ошибками ребенка. Поэтому они берут на себя его дела, стараются сами принимать решения, часто даже не замечая, что делают это за него.

В некоторых случаях за родительским страхом доверить ребенку что-то сделать самому стоит опасение быть ненужным. Став самостоятельным, ребенок уже меньше нуждается в родителе. Он вырастает и отделяется, уходит в мир других людей, создает свою семью. Любая женщина обречена на переживание потери и разлуки со своим ребенком. Это особенно трудно, если нет другого существа в мире, которое нуждалось бы в ее любви. Тогда отдаление чада грозит ей одиночеством.

Иногда матери сопровождают своих детей на протяжении всей жизни, устраиваясь на работу сначала в его детский сад, потом в школу, институт и ожидая, что уже взрослые дети будут отдавать ей так же много. Обычно это приводит к разочарованию, поскольку дети в лучшем случае отдаляются и живут своей жизнью, а в худшем занимают

потребительскую позицию. Кроме того, у больных психическими заболеваниями при таком стиле детско-родительских взаимоотношений может сформироваться патологическое представление, что мать всегда должна быть рядом с ними, даже на работе. Если это невозможно обеспечить, то больной может отказываться от трудовой деятельности.

**Нормальная забота о ребенке и гиперопека –
не одно и то же**

Нормальная забота соответствует нуждам ребенка и помогает ему развиваться в том, в чем он еще несамостоятелен. Гиперопека, напротив, противоречит потребностям ребенка и блокирует развитие.

Опишем второй стиль отношения матери к ребенку, который называют *отвергающим* или *парадоксальным*.

**Отвержение – родительское поведение,
при котором потребности ребенка
не удовлетворяются, отвергаются или
удовлетворяются парадоксально – не тем, в чем
он нуждается (пример: хочет спать, а его кормят)**

Крайний случай отвержения – это полный разрыв связей с ребенком. Более мягкие формы – игнорирование его отдельных потребностей. Пример: потребность в эмоциональном контакте, понимании, внимании заменяется физическим и бытовым уходом – покормить, погладить вещи, обеспечить материально. Другим примером является отвержение потребности ребенка в автономии и независимости от матери, то есть то, что происходит при гиперопеке.

При «парадоксальном» удовлетворении мать неверно понимает потребность ребенка и соответственно предлагает ему не то, что он хочет. Например, ребенок получил двойку и расстроен, а мать, вместо того чтобы успокоить, отчитывает его и поучает, как избежать двойки. Это может быть важной информацией, но только после удовлетворения потребности ребенка в успокоении, защите и принятии матерью, даже когда он «не на высоте». Нужно сначала успокоить его, а уже потом

анализировать ситуацию. Такая «рациональная» реакция может быть вызвана тем, что сами родители слишком болезненно воспринимают ситуацию и не могут справиться со своими чувствами. Поэтому они не могут разделить чувств ребенка, его нужд и заменяют это поучениями.

Таким образом, при «парадоксальном» удовлетворении ребенку предлагается не то, что ему нужно, а его реальные потребности оказываются отвергнутыми. Это может происходить как ввиду непонимания потребностей ребенка, так и из-за нежелания признавать их, когда они противоречат желаниям или убеждениям родителя.

Нормальные взаимоотношения

Ребенку нужна не «идеальная», а «достаточно хорошая» мать, способная чувствовать и понимать его потребности

Матери часто хотят быть идеальными для своих детей, считают, что все должны делать наилучшим образом ради их блага. Однако, это не совсем так. Мать, как и любой человек, имеет свои потребности, устает, должна заботиться и о других членах семьи и потому не может обеспечить идеального ухода. Да это и не обязательно: чтобы ребенок нормально развивался, нужна «достаточно хорошая мать», которая чувствует и учитывает потребности ребенка.

Понять желания своего ребенка мама может, поставив себя на его место. Для этого она сама должна стать немножко ребенком. Но эта естественная способность матери может блокироваться в силу двух основных причин. Во-первых, если у нее есть собственный детский травмирующий опыт, связанный с неудовлетворением ее потребностей в детстве, к которому ей тяжело возвращаться, переживая все заново. Во-вторых, из-за недостатка поддержки окружения и в первую очередь мужа. Если матери приходится за все отвечать одной и не на кого положиться, она вынуждена всегда сохранять «взрослую», ответственную позицию.

Нет идеально гармоничных семей, в любой есть какие-то сложности. Проблемы появляются, когда семейная дисгармония становится выраженной. Кроме того, ребенок с заболеванием повышено чувствителен к любым психическим нагрузкам.

Роль отца в семье

Если, как говорилось выше, первые важные отношения устанавливаются с матерью, то вторые значимые взаимоотношения в жизни любого человека – это отношения с отцом (или лицом, его заменяющим).

Для нормального развития личности и формирования интереса к окружающему миру необходимо переключение части любви, испытываемой ребенком к матери, на отца. Это первое переключение лишает человека сосредоточенности на одном лице – матери, и открывает для него мир других людей, а вслед за тем, и других интересов и увлечений.

Ребенку необходим опыт близких отношений одновременно и с мамой, и с папой. Он позволяет преодолеть страх потери материнской любви в случае, если ребенок полюбит еще кого-то, кроме мамы, – папу, няню, друга, а во взрослом возрасте жену (мужа). Людям с тяжелым психическим заболеванием особенно сложно переживать внутренний конфликт. Интерес к другому человеку ошибочно воспринимается ими как измена матери, с которой они очень близки.

**Мать должна поощрять привязанность ребенка
к другим людям**

В ряде случаев существует обоюдная трудность: у матери – доверить отцу воспитание ребенка, у отца – взять на себя воспитательные функции. Как правило, в семьях, где есть психически больной ребенок, существует эта проблема. В них отец часто занимает отстраненную позицию или не участвует в воспитании. Это происходит по разным причинам.

Нередко матери кажется, что супруг не справляется с отцовскими обязанностями и что она лучше понимает нужды ребенка. Даже если это и так, ей нужно передать отцу часть воспитательных функций, чтобы он учился быть отцом. Если мать берет на себя все, то развитие взаимоотношений между ребенком и отцом блокируется.

Нередка и такая ситуация, когда муж имеет отличное от жены представление о воспитании ребенка. Это иное видение может ошибочно восприниматься супругой, особенно склонной к гиперопеке, как недостаток заботы или любви к ребенку со стороны мужа. Все это приводит к тому, что жена чувствует себя единственно ответственной за ребенка

и лишенной поддержки, а муж из-за упреков необоснованно испытывает чувство вины, злится и часто отстраняется.

Отец и мать разные: он мужчина, она женщина. Они могут быть более чувствительными и отзывчивыми к различным потребностям ребенка, предлагать способы решения жизненных задач, более свойственные для своего пола. И они оба правы.

Типичный пример. Когда ребенок осваивает окружающий мир, мать в первую очередь заботится о его безопасности, в то время как отец может с большей уверенностью вовлекать его в активное взаимодействие с миром. Катаясь с ребенком на санках, мама в первую очередь заботится о сухости ног, о том, чтобы ребенок не пошел на очень крутой склон, не получил травму и пр. Отец же позволит большее – разрешит прокатиться с захватывающей дух горки, не потащит домой, если промокли ноги, доверит руль снегоката, а потом и машины. Приобретение такого нового опыта способствует развитию инициативности, уверенности при освоении мира, подготавливает ребенка к взрослой жизни.

Ребенку необходимо и женское, и мужское воспитание

Рассмотрим теперь сложности при активном участии отца в судьбе ребенка.

Психическое заболевание ребенка для отца может оказаться особенно травматичным по причине большей направленности мужчин на социальные достижения, карьеру. Болезнь ограничивает возможности ребенка и требует пересмотра честолюбивых планов на его будущее. С этим отцу часто смириться труднее, чем матери.

Мужчинам обычно сложнее понять, что бездействие ребенка, его безынициативность, отсутствие желаний не являются чем-то «плохим», – что это способ восстановления сил. Если больной истощен, деятельность и активный интерес являются не тем, что ему нужно. Когда родители в подобной ситуации пытаются возбудить в больном ребенке интерес и желания, это может играть роль «кнута для загнанной лошади». Для любого истощенного, уставшего человека важно восстановить силы и, прежде всего, выспаться. В таком состоянии естественно и полезно избегать активной деятельности и желаний, не связанных с отдыхом. Для больного на этапе восстановления сил

важно поспать, посмотреть в одну точку, посидеть одному в комнате и пр. Отличие больного человека от здорового в том, что ему необходимо значительно более длительный период бездействия и пассивности для восстановления сил.

Сильному, защищающему семью мужчине крайне тяжело чувствовать себя беспомощным перед заболеванием. Это может в ряде случаев приводить к отдалению или конфликтам в семье и снижать способность отца к пониманию ситуации и адекватным действиям, которые могли бы помочь ребенку в адаптации к новым обстоятельствам.

Все эти проблемы не имеют простого решения, совладание с ними требует значительного времени, сил и, как правило, психологической помощи.

Психологическая помощь родственникам. Основные подходы

В мировой практике существуют разные программы оказания психологической помощи родственникам психически больных людей. В них представлены следующие блоки: *психообразование, психотерапия, тренинги навыков*.

Психообразовательный подход заключается в предоставлении родственникам достоверной и полной информации о различных аспектах заболевания – медицинских, юридических, психологических и др. Это помогает родным сориентироваться в текущей ситуации, получить сведения о причинах и течении заболевания, его лечении и прогнозе, понять, как следует себя вести при уходе за больным. Такой подход способствует уменьшению у родственников тревоги, возникающей в связи с неопределенностью в начале заболевания.

Психообразовательная программа – важный шаг в оказании помощи семье. Однако для успешного применения знаний, полученных в ходе психообразовательных занятий, родственникам часто необходимо менять свои привычки и приобретать новые навыки. На решение этих задач направлены другие два блока психологической помощи.

Прежде всего, это *психотерапия*. Она расширяет представление человека о самом себе и об отношениях с другими людьми, помогает найти способы решения актуальных проблем, наладить отношения с близкими, найти свое место в социуме, повысить удовлетворенность жизнью, приобрести уверенность и устойчивость к стрессам.

Практикуются индивидуальная и групповая формы психотерапевтической помощи. Каждая имеет и достоинства, и ограничения. Ряд специалистов отмечают особые преимущества групповой психотерапии для родственников психически больных людей. В группе быстрее проявляются и изменяются именно те специфические особенности, которые отличают данные семьи, например, гиперопекающее поведение. Кроме того, психотерапевтическая группа предоставляет богатые возможности обмена опытом между участниками. Это, по словам многих родственников, оказывалось для них очень полезным. Дополнительным преимуществом групповой психотерапии перед индивидуальной является то, что она доступнее по цене.

Одним из эффективных и распространенных методов групповой психотерапии для родственников психически больных людей является групп-анализ.

Описанные выше проблемы родственников хорошо поддаются решению в рамках групп-аналитического метода. В процессе свободной дискуссии участники группы приходят к волнующим всех темам и находят пути решения проблем. По мере развития отношений между участниками каждый осознает свои особенности общения в группе. Как правило, они типичны для человека при нахождении в любом коллективе и в том числе в семье. Это понимание дает возможность родственникам найти новые способы поведения и изменить отношения с близкими к лучшему.

Групп-аналитическая психотерапия позволяет по-новому взглянуть на конфликты и научиться находить разумные компромиссы, учитывающие интересы всех сторон.

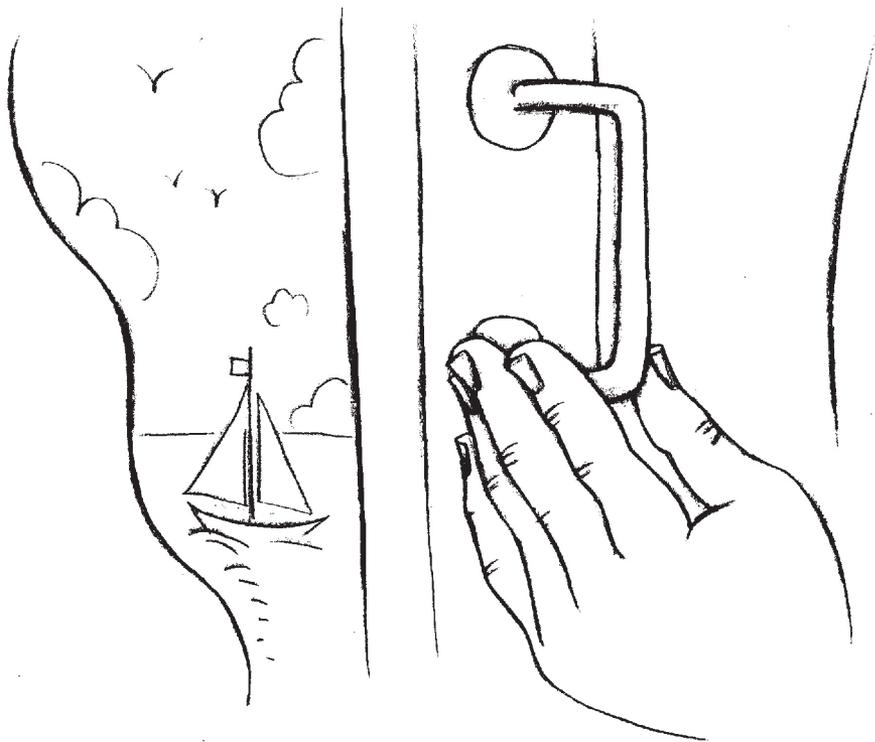
Если психотерапия направлена на изменения, затрагивающие личность человека, то *тренинги* используются для формирования отдельных навыков. Например, существуют тренинги управления симптомами болезни, снижения экспрессивности выражения эмоций для родственников, тренинги социальных навыков.

Необходимо понимать, что тренинги – важный, но недостаточный вид помощи для семьи психически больного человека. Характерные для таких семей проблемы, как правило, не могут быть решены только овладением конкретными навыками. Поэтому тренинги хороши как дополнение к долгосрочным психотерапевтическим программам.

А.И. Цапенко, Д.М. Шанаева

Лекция 8. Психологические проблемы семей, в которых родственник страдает тяжелым психическим заболеванием. Пути их решения

Наиболее эффективным является комплексное применение всех трех видов психологической помощи: психообразования, психотерапии и тренингов



В.С. Ястребов, Т.А. Солохина

Лекция 9. Организация психиатрической помощи: история и современное состояние

Краткая историческая справка

В 1792 г. произошло знаменательное событие – французский врач Филипп Пинель (1745 – 1826) снял цепи с психически больных. Этот факт продемонстрировал не только возможность, но и необходимость такого же гуманного отношения к людям с психическими расстройствами, как и к страдающим другими болезнями. Русский психиатр Н.Н. Баженов так прокомментировал это событие: «Реформа Пинеля возвела сумасшедшего в ранг больного». Своим гуманным отношением к психически больным в этот период были хорошо известны парижские пансионы ордена иоаннитов, предназначенные для представителей привилегированных слоев общества, лондонская больница св. Луки и знаменитый «Йоркский Ретрит», основанный в 1796 году Уильямом Тьюком.

Реформа по устранению мер физического стеснения душевнобольных началась и в других странах Европы. Однако только в первой трети XIX века здесь были открыты психиатрические больницы, которые отличались от мрачных убежищ прошлого и первых учреждений для изоляции душевнобольных – «сумасшедших домов».

Ранний период развития психиатрической помощи в России (первая половина XVIII века) имел ряд особенностей по сравнению с западноевропейскими странами. Призрение (присмотр) душевнобольных осуществлялось главным образом при монастырях. Русский психиатр Ю.В. Каннабих, анализируя этот период, отмечал, что в отличие от государств Западной Европы «...в России меланхолики, схизофреники, параноики могли безнаказанно приписывать себе сношение с дьяволом, почти на риску быть сожженными на костре».

Уже в 1775 г. в России при губернских управлениях начали открывать первые психиатрические отделения в больницах и строить специальные дома для душевнобольных, получившие название «желтых домов».

Следующий период, на котором следует остановиться, – земский (60-е годы XIX – начало XX века), внесший огромный вклад в развитие психиатрической помощи в России. Именно тогда началось строительство

психиатрических больниц по типу загородных психиатрических колоний; при этом предпочтение отдавалось павильонной застройке, а не казарменной, помещения дифференцировались в зависимости от категории больных, предпринимались попытки организации труда пациентов в качестве лечебной меры, применялся принцип «нестеснения» как основа больничного режима.

Радикальные изменения всего больничного дела в области психиатрии совершались в России значительно легче, чем на западе. Представители земской медицины, к которым относились С.С. Корсаков, В.И. Яковенко, В.П. Сербский, Н.Н. Баженов, П.П. Кащенко и многие другие прогрессивные психиатры, заложили основы организации психиатрической помощи, получившие развитие в трудах их последователей.

Психиатрическая клиника при медицинском факультете Московского университета, возглавлявшаяся С.С. Корсаковым, стала образцовым лечебным учреждением, в котором применялись прогрессивные методы ведения больных.

Еще одним видом помощи в это время являлась система семейного патронажа: больного оставляли в своей семье или помещали в другую и обеспечивали не только необходимым лечением, но и денежным пособием от больницы. С.С. Корсаков считал это одной из первых форм внебольничной помощи. Главное, что семейный патронаж способствовал сохранению работоспособности больных, их посильному участию в жизни общества. Важно отметить и то, что из таких семей в жизнь проникали правильные взгляды на душевные болезни, на психически больных, на деятельность психиатрических лечебниц и психиатров.

Однако при всех достоинствах психиатрической помощи в России в начале XX века ни число психиатрических учреждений, ни обеспеченность их медицинскими кадрами не удовлетворяли потребностей в ней: один психиатр обслуживал 332 тыс. населения и всего 2,5 психиатрической койки приходилось на 10 тыс. населения. Для сравнения приведем показатели для России на настоящий момент: один психиатр обслуживает приблизительно 10-11 тыс. населения и на 10 тыс. приходится 9,1 психиатрической койки.

20-е годы XX столетия ознаменовали новый этап в развитии отечественной психиатрической помощи. Большой вклад в ее совершенствование и развитие психиатрии внесли П.Б. Ганнушкин, П.П. Кащенко, Л.А. Прозоров, И.И. Захаров.

Обозначим важные исторические вехи в развитии сети научных и практических учреждений психиатрического профиля.

1918 г. – Совет врачебных коллегий принял решение об организации Центральной психиатрической комиссии, которая обеспечивала бы руководство всеми психиатрическими учреждениями в стране. В том же году был создан Ленинградский психиатрический институт увечных воинов, а в Москве открыт отдел детской психиатрии.

1919 г. – для каждого района Москвы выделен психиатр, обеспечивавший помощь пациентам по многим направлениям – от непосредственного лечения и направления в больницу до решения таких вопросов, как защита прав больных, оказание им социальной помощи, снабжение продовольствием и одеждой. Под идейным руководством П.Б. Ганнушкина в Москве был открыт первый психоневрологический диспансер.

1921 г. – создан Институт судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

1924 г. – открыт первый психоневрологический диспансер с целью проведения лечебной, профилактической и консультативной работы.

1933 г. – М. А. Джагаровым открыт первый в мире дневной стационар.

1936 г. – создана скорая психиатрическая служба при Научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Москва).

Из приведенного краткого исторического обзора видно, как закладывались основы психиатрической службы, существующей сегодня в нашей стране. Принцип исторической преемственности важен для того, чтобы выявить полезные, но забытые знания, полнее оценить настоящее, определить основания для суждений о будущем этого раздела психиатрии.

Современные принципы организации психиатрической помощи

Представим основные принципы организации психиатрической помощи в нашей стране.

1. *Дифференцированность* – оказание ее разным контингентам больных: детям, подросткам, лицам трудоспособного возраста и старших возрастных групп. Это обеспечивается разнообразием форм помощи для указанных групп пациентов и штата медицинского персонала.
2. *Преемственность* – функциональная взаимосвязь различных психиатрических учреждений для непрерывного оказания помощи. Этот принцип обеспечивается положениями о деятельности психиатрических учреждений, правилами оформления и движения медицинских документов. Ведущая роль в обеспечении преемственности

принадлежит психиатрической участковой службе (диспансерам, кабинетам) и ее взаимодействию с психиатрическими стационарами, экспертными специализированными комиссиями (медико-социальными, военно-врачебными, судебно-психиатрическими), дневными стационарами, лечебно-производственными мастерскими, специализированными участками и цехами на промышленных предприятиях, а также с социальными и образовательными учреждениями, занимающихся проблемами людей с психическими заболеваниями.

3. *Ступенчатость* – возможность получения психиатрической помощи в зависимости от состояния пациента на разных этапах:

а) в первичном медицинском звене (поликлинике);

б) во внебольничном звене, основными формами которого являются психоневрологические диспансеры и кабинеты;

в) в стационарных и полустационарных учреждениях – психиатрических больницах, психиатрических отделениях, дневных и ночных стационарах;

г) в реабилитационной службе, к которой относятся лечебно-производственные мастерские, специализированные цеха, клубы для пациентов, группы взаимной поддержки, общественные организации и другие учреждения по месту жительства пациентов, где осуществляется психо-социальная реабилитация.

4. *Децентрализация* – приближение к населению диспансерных отделений, психиатрических и психотерапевтических кабинетов, психиатрических больниц. Это достигается, например, открытием психиатрических отделений для сельского населения при центральных районных больницах, строительством больниц небольшой мощности (не более 600 коек), разукрупнением существующих больниц.

5. *Интеграция с общесоматической медициной* – организация стационарных отделений для лечения острых состояний в составе многопрофильных больниц, взаимодействие психоневрологических диспансеров (диспансерных отделений) с общей внебольничной медицинской сетью. Это способствует сближению психиатрических учреждений с общесоматическими, позволяет значительно увеличить объем диагностической, соматической и консультативной помощи психически больным, которую они недополучают в учреждениях психиатрического профиля.

В последнее время система психиатрической помощи в России претерпела ряд существенных позитивных изменений. К наиболее важным следует отнести:

- введение законодательных основ деятельности службы и защиты прав пациентов;
- реформирование всей психиатрической службы, включая передачу основных полномочий с федерального на территориальный и местный (учрежденческий) уровни;
- развитие общественно-ориентированной психиатрической службы (служба с опорой на сообщество);
- возможность открытого обсуждения актуальных проблем психиатрии в научной литературе, средствах массовой информации, на встречах представителей общественности с потребителями помощи (пациентами и членами их семей);
- расширение форм специализированной помощи;
- широкое внедрение в практику психотерапевтической и социотерапевтической помощи;
- внедрение образовательных стандартов по специальностям «психотерапия», «клиническая психология», «социальная работа».

Система организации государственной психиатрической помощи

Пациентам, страдающим психическими расстройствами, и членам их семей важна информация об организации системы оказания психиатрической помощи в нашей стране. Они должны знать об учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, и о тех ее видах, которые могут получить в них. Поэтому в этом разделе мы коротко расскажем о том, как функционирует служба психического здоровья в целом, и представим характеристики основных учреждений. Читатели, предпочитающие получать информацию «в цифрах», смогут ознакомиться со статистическими данными.

Необходимо знать, что психиатрическая помощь оказывается в специализированных учреждениях разных министерств и ведомств, среди которых основными в Российской Федерации являются Министерства здравоохранения, труда и социальной защиты, образования и науки.

В системе Федерального агентства научных организаций работает Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), являющийся всемирно известным научным учреждением, в рамках которого оказывается и практическая помощь населению Москвы, а также других территорий России.

В системе здравоохранения создана широкая сеть психиатрических научных и практических учреждений. К ним относятся:

- кафедры психиатрии медицинских вузов, на которых осуществляется подготовка врачей-психиатров и где лица, нуждающиеся в психиатрической помощи, могут получить высококвалифицированную помощь;
- научно-исследовательские институты, ответственные за научные исследования в области психиатрии и оказание высококвалифицированной психиатрической помощи;
- психиатрические территориальные службы (их 85 – по числу областей, республик, краев, автономных областей и округов, городов федерального значения), в структуру которых, как правило, входят психиатрические больницы, психоневрологические диспансеры, дневные и ночные стационары, другие организационные формы помощи.

В последние годы в структуре службы появились следующие новые подразделения: стационары на дому, отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационные отделения в стационарах и ПНД, медико-реабилитационные отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у лиц, утративших социальные связи (общежития), отделения медико-социальной работы в ПНД. Это позволяет обеспечить непрерывную комплексную помощь в соответствии с новым, биопсихосоциальным подходом к ее оказанию, а также обогатить ее немедикаментозным, психотерапевтическим и психосоциальным лечением.

Во многих региональных психиатрических службах уже созданы и функционируют организационные формы помощи, которые приближают ее оказание к месту проживания населения, находятся непосредственно в сообществе, т.е., формируются основы общественно-ориентированной психиатрической службы. К этим учреждениям относятся: кабинеты (отделения, центры) для помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, «телефоны доверия», центры социально-психологической помощи, логопедические кабинеты, центры патологии речи и нейрореабилитации, психотерапевтические центры и кабинеты, кабинеты семейного врачебно-психологического консультирования, консультации «Брак и семья», общежития для лиц с психическими расстройствами, утративших социальные связи, учреждения для психосоциальной и трудовой реабилитации.

Ниже представлены некоторые статистические сведения о психиатрических учреждениях и кадрах специалистов, работающих в них.

Статистическая справка

В России в 2016 г. сеть психиатрических учреждений включала:

- 195 психиатрических больниц, 64 стационара при ПНД
- 133 857 психиатрических коек
- 85 психоневрологических диспансеров, 191 диспансерное отделение
- 2676 психоневрологических кабинетов в поликлиниках, центральных районных больницах и других учреждениях общемедицинской сети

- 20 062 места в дневных стационарах
- 4706 мест в лечебно-производственных мастерских
- более 700 психотерапевтических кабинетов

В психиатрических учреждениях работали:

- около 13 тыс. врачей-психиатров
- 1386 психотерапевтов
- около 4000 психологов
- около 1000 специалистов по социальной работе
- около 1700 социальных работников

Основные учреждения, оказывающие психиатрическую помощь

Психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, психиатрический кабинет) – это внебольничное учреждение. В диспансере оказываются следующие виды помощи: неотложная психиатрическая, консультативно-диагностическая, лечебная социально-психологическая, реабилитационная, все виды психиатрической экспертизы, включая определение временной нетрудоспособности, социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве, участие в решении опеки, консультирование по правовым вопросам, социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, организация обучения инвалидов и несовершеннолетних с психическими расстройствами, оказание психиатрической помощи при стихийных бедствиях и катастрофах.

Участковый врач-психиатр в настоящее время становится ключевым звеном всей системы оказания психиатрической помощи. Грамотное ведение пациента в амбулаторном режиме участковым психиатром – залог сокращения времени пребывания пациента в психиатрическом стационаре, это основное направление деятельности современной психиатрической службы, направленное на минимизацию стационарного лечения пациента.

В структуру психоневрологического диспансера входят:

- кабинеты участковых врачей-психиатров;
- психотерапевтические кабинеты;
- кабинеты медицинских психологов;
- кабинеты медико-социальной помощи;
- дневной стационар;
- отделение интенсивного оказания психиатрической помощи;
- медико-реабилитационное отделение;
- клуб для больных;
- лечебно-производственные (трудовые) мастерские;
- отделение «Телефон доверия».

Штат диспансера включает участковых врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, юрисконсульта, что позволяет организовать работу **полипрофессиональной бригады** для интенсивного оказания помощи в кризисной ситуации для профилактики госпитализаций. В состав такой бригады как правило, входят психиатры, психотерапевты, психологи, медицинские сестры.

Психиатрическая больница. Современная психиатрическая больница с ее структурой и штатами оказывает широкий спектр медицинских услуг госпитализированным пациентам.

Основными функциями больницы, помимо оказания неотложной психиатрической помощи, является лечебно-консультативная, лечебная, психопрофилактическая, социально-психологическая и реабилитационная помощь. Кроме того, в психиатрической больнице проводятся все виды психиатрической экспертизы, оказываются социально-бытовая помощь пациентам и содействие в их трудоустройстве. Она участвует в решении вопросов опеки, консультировании по правовым вопросам, в социально-бытовом устройстве инвалидов и престарелых, обучении инвалидов и несовершеннолетних, оказании психиатрической помощи при стихийных бедствиях и катастрофах.

Структура психиатрической больницы:

- приемное отделение;
- лечебные отделения (общепсихиатрические, детские, подростковые, экспертные, судебно-психиатрические, лечебно-реабилитационные, реанимационные, и др.);
- лечебно-диагностическое отделение, в состав которого входят кабинет функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение с кабинетом лечебной физкультуры, рентгеновский кабинет, патологоанатомическое отделение, клиническая, биохимическая, цитологическая, электроэнцефалографическая, патопсихологическая лаборатории, кабинеты врачей-консультантов (терапевта, гинеколога, офтальмолога, отоларинголога и др.);
- дневной и ночной стационар;
- вспомогательные отделения и службы (стерилизационная, аптека, диктофонный центр, вычислительный центр и др.);
- управление больницей;
- административно-хозяйственные помещения (пищеблок, прачечная с дезинфекционной камерой, технические мастерские, склады, гараж);
- садово-парковые (включая теплицы и парники) и спортивные сооружения.

Штат медицинского и иного персонала психиатрических больниц представлен в соответствии с ее структурой и включают врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, врачей терапевтов, офтальмологов, отоларингологов, врачей-лаборантов, средний медицинский и иной персонал.

Дневные и ночные стационары (полустационары) – это переходная форма помощи между психиатрической больницей и диспансером. Полустационары могут входить в структуру психиатрической больницы или психоневрологического диспансера. Они предназначены для лечения больных с обострениями психического состояния или для долечивания тех, кто прошел основной курс лечения в психиатрической больнице и нуждается в постепенной адаптации к жизни в семье, обществе. По объему и интенсивности лечения дневные стационары приближаются к психиатрическим больницам, в них осуществляется ежедневное врачебное наблюдение за пациентами. Проводится трудовая терапия и психосоциальная реабилитация (терапия занятостью, культура, психотерапия и др.).

В дневном стационаре больные получают двухразовое питание, в нем развернуты палаты с кроватями для отдыха.

В ночные стационары в основном поступают больные с нарушениями сна. Длительность лечения в дневном и ночном стационаре, как правило, не превышает 2–3 месяцев.

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи входит в структуру психоневрологического диспансера.

Деятельность отделения направлена на сокращение числа пациентов, направляемых в психиатрическую больницу в связи с обострением психических расстройств, профилактику нарушений рекомендованного режима терапии, восстановление нарушенных взаимоотношений в социальной среде.

Функции:

- оказание психиатрической помощи пациентам на дому и во время визита в отделение;
- проведение интенсивной фармакотерапии и медико-психосоциальной реабилитации пациентов в индивидуальной и групповой форме, в том числе по психообразовательной методике;
- работа с пациентом и его семьей, семейная психосоциальная работа.

Медико-реабилитационное отделение – это структурное подразделение ПНД или психиатрической больницы. Оно предназначено для проведения психосоциальной терапии и медико-психосоциальной реабилитации. Деятельность организуется на принципах бригадного полипрофессионального обслуживания пациентов. В отделение направляются пациенты, не выполняющие терапевтические и медико-реабилитационные назначения; нуждающиеся в улучшении внутрисемейных отношений, восстановлении трудовых навыков и трудоустройстве, развитии навыков самообслуживания и общения с окружающими.

Психиатрические врачебные бригады скорой и неотложной помощи и бригады по транспортировке психически больных в зависимости от местных условий входят в структуру станции скорой медицинской помощи, психиатрической больницы или психоневрологического диспансера. Задачами психиатрических бригад является установление показаний к оказанию скорой и неотложной психиатрической помощи во всех случаях, когда психическое состояние пациента требует применения срочных медицинских мер, и оказание этой помощи в соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Медико-реабилитационные отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у лиц, утративших социальные связи (общезжития) создаются при учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь.

В общежитие направляются пациенты, либо утратившие социальные связи, либо нуждающиеся в изоляции от неблагоприятной среды, либо со сложностями в социальной адаптации. Предполагается, что эти больные при минимальном медицинском наблюдении могут полностью себя обслуживать и работать на обычных или специализированных предприятиях.

В общежитии создается общественный совет из проживающих в нем для сотрудничества с администрацией.

Учреждения для лиц с психическими расстройствами в системе социальной защиты населения

Основными учреждениями, предназначенными для лиц с психическими расстройствами в этой системе, являются психоневрологический интернат для взрослых, детский дом-интернат для детей с умственной отсталостью, реабилитационный центр для лиц с умственной отсталостью.

Психоневрологический интернат для взрослых – это место постоянного проживания престарелых и инвалидов, страдающих хроническими психическими расстройствами и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В его задачи входят материально-бытовое обеспечение и создание для пациентов условий, приближенных к домашним, уход за ними и оказание медицинской помощи, проведение культурно-массовой работы и социально-трудовой реабилитации.

Администрация интерната при необходимости выполняет обязанности опекуна или попечителя в отношении проживающих в нем лиц. Страдающие психическими расстройствами лица могут приниматься на временное проживание в интернате в течение 2–6 месяцев.

Структура интерната.

В интернате может быть несколько типов отделений:

- интенсивного ухода – для больных с тяжелыми соматическими и неврологическими расстройствами, глубокой степенью слабоумия, не способных к самообслуживанию и самостоятельному передвижению, и с другими серьезными нарушениями;
- медико-педагогической коррекции – для больных, у которых интеллектуальный дефект сочетается с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, дезорганизацией деятельности и поведения;

- социальной реабилитации – для тех, у кого интеллектуальный дефект не препятствует обучению несложным профессиям, систематическому занятию трудом;
- общежитие.

Для пациентов отделений медико-педагогической коррекции, социальной реабилитации и проживающих в общежитии существуют условия свободного перемещения как внутри интерната, так и за его пределами.

Помимо перечисленных отделений, в структуру интерната входят приемно-карантинное отделение, изолятор, кабинеты врачей и среднего медицинского персонала (процедурный, физиотерапевтический, зубоврачебный, отоларингологический, массажный и др.), лаборатория, аптека.

Реабилитационный центр для лиц с умственной отсталостью является новым типом учреждения социальной защиты. Он может быть самостоятельным учреждением, а также входить в структуру психоневрологического интерната. Задача его состоит в социальной адаптации, профессиональном и трудовом обучении инвалидов в возрасте от 16 до 45 лет, неспособных к самостоятельной жизни в обществе вследствие интеллектуальной недостаточности. Помимо этого, в его функции входит организация культурно-массовой, оздоровительной и спортивной работы с пациентами. Центр занимается трудоустройством прошедших обучение пациентов по месту постоянного проживания через отделы социальной защиты населения.

В реабилитационном центре существуют отделения постоянного, пятидневного и дневного пребывания. Для профессионального и трудового обучения в нем имеются кабинеты, классы, учебно-производственные мастерские.

Анализ условий содержания пациентов в домах-интернатах общего типа и в психоневрологических интернатах показал, что в последних больше возможностей для социально-трудовой реабилитации, в 1,5 раза меньше больных, находящихся на постельном режиме, ниже смертность, до 78% пациентов принимают участие в трудовых процессах.

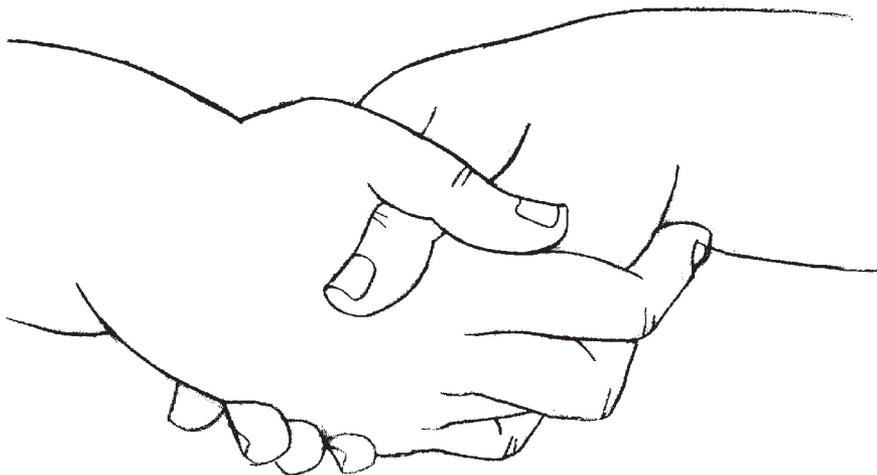
Учреждения для лиц с психическими расстройствами в системе Министерства образования

К воспитательным и учебно-воспитательным учреждениям системы образования для детей с психическими расстройствами относятся:

- **дошкольные учреждения** – детские сады и детские дома для детей с умственной отсталостью;
- **школьные учреждения** – вспомогательные школы-интернаты и общеобразовательные школы-интернаты для детей с задержкой психического развития;
- **специальные учебно-воспитательные учреждения** – общеобразовательные школы, профессионально-технические училища, коррекционные общеобразовательные школы и профессионально-технические училища для детей и подростков с задержкой психического развития и легкими формами умственной отсталости, совершивших общественно опасные деяния.

Таким образом, даже из приведенной краткой информации о системе оказания психиатрической помощи видно, что в настоящее время в нашей стране имеются широкие возможности для получения населением этой специализированной помощи.

Актуальными остаются вопросы повышения качества оказываемых услуг во всех психиатрических учреждениях, разработки новых форм помощи для наиболее полного удовлетворения потребностей всех нуждающихся в ней.



Т.А. Солохина

Лекция 10. Психосоциальная реабилитация: современный подход

Определение понятия «психосоциальная реабилитация», ее цели и задачи

В докладе Всемирной Организации Здравоохранения, посвященном состоянию психического здоровья (2001 г.), сказано: *«Психосоциальная реабилитация – это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе».*

К этому определению добавим, что это постоянный, непрерывный процесс, который включает комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и профессиональных мер.

Мероприятия по психосоциальной реабилитации меняются в зависимости от потребностей пациентов, места, где проводятся реабилитационные вмешательства (больница или общество), а также от культурных и социально-экономических условий страны, в которой живут психически больные люди. Но основу этих мероприятий, как правило, составляют:

- трудовая реабилитация и трудоустройство;
- профессиональная подготовка и переподготовка;
- социальная поддержка;
- обеспечение достойных жилищных условий;
- образование;
- психиатрическое просвещение, в том числе обучение тому, как управлять болезненными симптомами;
- приобретение и восстановление навыков, необходимых для жизни в социуме (общения, решения проблем, независимой жизни, проч.) реализация увлечений и досуга, духовных потребностей.

Таким образом, даже из неполного перечня перечисленных мероприятий видно, что психосоциальная реабилитация психически больных – это всеобъемлющий процесс, направленный на восстановление и развитие разных сфер жизни человека.

В последнее время интерес ученых, практических работников, самих пациентов и членов их семей к психосоциальной реабилитации возрос. В настоящее время существует большое число моделей психосоциальной реабилитации и взглядов на методы ее проведения. При этом целью реабилитационных мероприятий должна быть *реинтеграция* (возврат) психически больных в общество, а сами пациенты должны ощущать себя полноправными гражданами, как и все остальное население. Важная роль при этом должна принадлежать улучшению качества жизни и социального функционирования людей с психическими расстройствами посредством преодоления их социальной отчужденности, повышения их активной жизненной и гражданской позиции.

В «Заявлении о психосоциальной реабилитации», разработанном Всемирной Организацией Здравоохранения совместно с Всемирной ассоциацией психосоциальной реабилитации в 1996 г., перечислены следующие *задачи реабилитации*:

- уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады – лекарственных препаратов, психотерапевтических методов лечения и психосоциальных вмешательств;
- повышение социальной компетентности психически больных людей посредством развития навыков общения, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности;
- уменьшение дискриминации и стигмы;
- поддержка семей, в которых есть лица с психическим заболеванием;
- создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки, удовлетворение по меньшей мере базовых потребностей психически больных людей, к каковым относятся обеспечение жильем, трудоустройство, образование, организация досуга, создание социальной сети (круга общения);
- повышение автономии (независимости) психически больных, улучшение их самодостаточности и самозащиты.

Б. Сарачено – руководитель отдела психического здоровья Всемирной Организации Здравоохранения, прокомментировал значение психосоциальной реабилитации следующим образом: «Если мы надеемся на будущее психосоциальной реабилитации, то это должна быть психиатрическая помощь по месту проживания пациентов – доступная, полная, позволяющая психически больным лечиться и получать серьезную поддержку».

Краткая историческая справка

В истории реабилитации психически больных можно выделить ряд важных моментов, сыгравших существенную роль в ее развитии.

1. *Эра моральной терапии (moral therapy)*. Этот реабилитационный подход получил развитие в конце XVIII – начале XIX столетия и заключался в обеспечении психически больных более гуманной помощью. Акцент в лечении делался на трудовую деятельность, которой отводилась большая терапевтическая роль. В России прогрессивный подход в лечении психически больных стал внедряться в первой трети XIX века и связан с деятельностью В.Ф. Саблера, С.С. Корсакова, В.И. Яковенко, В.П. Сербского, Н.Н. Баженова, П.П. Кащенко, других выдающихся психиатров того времени. В этот период были заложены основы организации психиатрической помощи, формировался ее гуманистический характер, что получило дальнейшее развитие в трудах их последователей.
2. *Внедрение трудовой (профессиональной) реабилитации*. Этому направлению современной отечественной психиатрии начали уделять особое внимание, начиная с 50–60-х годов прошлого столетия. Существовала широкая сеть лечебно-трудовых мастерских и специальных цехов, где могли трудиться психически больные люди, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. С началом социально-экономических реформ в 90-е годы прошедшего столетия около 60% учреждений, занимавшихся трудовой реабилитацией (лечебно-производственные мастерские, специализированные цеха при промышленных предприятиях и др.), были вынуждены прекратить свою деятельность. Однако и в настоящее время трудоустройство и трудотерапия являются важнейшими составляющими в программах психосоциальной реабилитации.
3. *Развитие внебольничной психиатрии: от больницы к сообществу*. Перенесение акцента в оказании психиатрической помощи на внебольничную службу и осознание того факта, что пациент может лечиться недалеко от семьи и от места работы, имело огромное значение для восстановления больного человека. Это происходило под влиянием двух факторов: создания действительно эффективных психотропных препаратов и признания факта об отрицательном воздействии институционализации в психиатрии. Исследования показали, что госпитализации по возможности следует избегать, длительность пребывания в стационаре должна быть сокращена, а лица с психическими расстройствами должны лечиться по месту жительства, если они безопасны для общества. В 50–60-х годах широкое развитие получили психиатрические кабинеты в поликлиниках, центральных районных больницах и иных учреждениях общемедицинской сети, на промышленных предприятиях, в учебных заведениях, дневные и ночные полустационары, а также другие формы помощи, направленные на удовлетворение потребностей психически больных.

В зарубежных странах (Великобритания, Япония, Канада и др.) в этот период начали активно создаваться организации потребителей помощи и группы поддержки. Развитие внебольничной психиатрии предусматривает также активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, для раннего начала лечения и борьбы с последствиями в виде инвалидности, социальной недостаточности.

4. *Появление центров психосоциальной реабилитации.* Начало их открытия приходится на 80-е годы XX века. Первые центры (клубы) были созданы самими пациентами (например, Клубный дом в США), и их деятельность была направлена на то, чтобы помогать пациентам справляться с проблемами повседневной жизни, развивать способность к деятельности даже при наличии инвалидности. Поэтому вначале в таких центрах делался акцент на мероприятиях, которые помогали бы больным справляться с жизненными трудностями, не поддаваться им, а также на укреплении здоровья. Эти центры сыграли огромную роль в развитии реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний. В настоящее время эта форма помощи широко используется в США, Швеции, Канаде, других странах. В России подобные центры (учреждения) начали создаваться с середины 90-х годов XX века, как правило, это были неправительственные учреждения. Примером может служить Клубный дом в Москве, просуществовавший до 2001 г.
5. *Выработка навыков, необходимых для преодоления жизненных трудностей.* Появление этого направления обусловлено тем, что для эффективного решения возникающих проблем людям, страдающим серьезными психическими расстройствами, необходимы определенные знания, умения, навыки. В основе *развития навыков и умений лежат методы*, разработанные с учетом принципов социального научения. При этом используются методы активно-директивного научения – бихевиоральные упражнения и ролевые игры, последовательное формирование элементов поведения, наставничество, подсказывания, а также осуществляется обобщение приобретенных навыков. Доказано, что выработка навыков и умений развивает у людей с тяжелыми психическими расстройствами способности к независимой жизни.

Современные формы и виды психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации

Развитие знаний о природе психических заболеваний, повышение осведомленности больных и членов их семей о своих гражданских правах, общественное движение пользователей психиатрической помощи, появление новых образовательных и поведенческих методик для работы

с пациентом и его семьей, накопление практического опыта способствовало тому, психосоциальное лечение и реабилитация занимают все больший удельный вес в структуре психиатрической помощи, а реабилитационные принципы получают все большее признание. Это проявляется в изменении структуры психиатрической помощи с ориентацией на развитие ее внебольничного звена и форм помощи, действующих непосредственно в сообществе. *В настоящее время сформировался целый ряд соответствующих форм:*

- бригады интенсивного оказания психиатрической помощи;
- внебольничные медико-реабилитационные отделения;
- формы межведомственного взаимодействия психиатрических и социальных служб в процессе реабилитации психически больных;
- различные виды жилья под защитой (групповые дома) для психически больных, утративших социальные связи, дифференцированные по состоянию, в городе или в сельской местности, в том числе с трудоустройством;
- квартиры для самостоятельного проживания;
- дневные стационары;
- пункты трудоустройства (совместно с центрами занятости) при диспансерах;
- клиники первого психотического эпизода с долговременной программой наблюдения и лечения;
- группы само- и взаимопомощи, общественные организации лиц с психическими расстройствами и их родственников.

Помимо указанных форм помощи активно *внедряются разнообразные виды психосоциальных вмешательств*, к которым относятся:

- образовательные программы по психиатрии для пациентов;
- образовательные программы по психиатрии для родственников больных;
- тренинги по выработке навыков ежедневной независимой жизни – обучение приготовлению пищи, посещению магазинов, составлению семейного бюджета, ведению домашнего хозяйства, пользованию транспортом и др.;
- тренинги по развитию социальных навыков, социально приемлемого и уверенного поведения, общения, решения повседневных проблем и т.п.;
- тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием;
- когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия, другие виды индивидуальной и групповой психотерапии – арттерапия, музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия и проч.

Комплексные программы психосоциальной реабилитации наряду с фармакотерапией проводятся во многих региональных психиатрических службах. Развитие получили новые формы реабилитационной работы: арт-фестивали, выпуск газет, радиопрограммы, театральные фестивали, которые проводят сами пользователи психиатрической помощи.

В связи с широким внедрением в практику работы психиатрических учреждений психосоциальных вмешательств, развитием психосоциальной реабилитации, все большее место занимает полипрофессиональное бригадное обслуживание, что сопровождается ростом кадров медицинских психологов и врачей-психотерапевтов, а также приходом в психиатрические учреждения новых сотрудников – социальных работников, специалистов по социальной работе. Это позволяет обеспечивать всесторонний подход к решению проблем пациентов с психическим расстройствами и их семей.

К настоящему времени накапливается все большее число данных, свидетельствующих о том, что включение психосоциальных вмешательств в комплексную терапию на разных этапах психиатрической помощи оказывается эффективным в отношении сокращения сроков стационарного лечения, уровня повторных госпитализаций, длительных и частых госпитализаций, улучшения различных показателей социального функционирования больных, уменьшения нагрузки на семью.

Вопросы о реабилитации, которые чаще всего задают родственники пациентов

Очень часто родственники психически больных людей спрашивают нас: **когда можно начинать реабилитационные мероприятия?**

Реабилитацию у пациентов с психическими расстройствами, как и при соматических заболеваниях, рекомендуется начинать при стабилизации состояния и ослаблении патологических проявлений. Например, к реабилитации больного шизофренией следует приступать при уменьшении выраженности таких симптомов, как бредовые идеи, галлюцинации, расстройства мышления и пр. Но даже если симптомы болезни остаются, реабилитацию можно проводить в пределах возможности пациентов поддаваться обучению, реагировать на психосоциальные вмешательства. Все это необходимо для повышения функционального потенциала (функциональных возможностей) и снижения уровня социальной недостаточности.

Другой вопрос: **что подразумевается под социальной недостаточностью и снижением функциональных возможностей пациента?** Признаком социальной недостаточности является, например, отсутствие работы, бездомность. Признаками снижения функциональных возможностей являются низкие физическая выносливость и переносимость работы, затруднения в соблюдении инструкций и работе с другими людьми, трудности в сосредоточении внимания, решении проблем, а также неумение адекватно реагировать на замечания, обращаться за помощью.

Программы психосоциальной реабилитации позволяют повысить компетентность пациента, дают ему возможность приобрести навыки преодоления стресса в психотравмирующих ситуациях и при трудностях повседневной жизни, навыки решения личных проблем, самообслуживания, профессиональные навыки, что в конечном итоге способствует повышению функционального потенциала и снижению социальной недостаточности.

Какие специалисты занимаются психосоциальной реабилитацией? Психосоциальной реабилитацией занимаются психиатры, психологи, социальные работники, специалисты по трудоустройству, трудотерапевты, медицинские сестры, а также родственники и друзья психически больных людей.

Существуют ли какие-то особые принципы, методы, подходы в работе специалистов, которые занимаются психосоциальной реабилитацией лиц с тяжелыми психическими расстройствами?

Все занимающиеся реабилитацией пациентов с психическими расстройствами специалисты проходят обучение, которое включает освоение специальных методов и методик. Работа реабилитолога сложная, длительная, творческая. В ее основе лежат следующие принципы:

- оптимизм в отношении достижения результата;
- уверенность в том, что даже незначительное улучшение может привести к положительным изменениям и повысить качество жизни пациента;
- убежденность в том, что мотивация к изменению своего положения может возникать не только благодаря специальным реабилитационным мероприятиям по отношению к больному, но и за счет собственных личностных ресурсов и усилий.

Что еще, кроме развития полезных навыков, способно помочь пациенту в восстановлении функциональных возможностей?

Еще раз перечислим аспекты, которые важны для человека, страдающего тяжелым психическим заболеванием:

- улучшение семейных взаимоотношений;
- трудовая деятельность, в том числе переходное (промежуточное) трудоустройство;
- расширение возможностей общения, что достигается участием в клубной деятельности и других специальных программах;
- социально-экономическая поддержка;
- достойное жилье, в том числе его защищенные формы.

Что может сделать семья для психосоциальной реабилитации больного?

В настоящее время доказана важная роль семьи в психосоциальной реабилитации пациента с тяжелым психическим заболеванием. Это предполагает выполнение семьей разных функций. Прежде всего, следует сказать, что родственников пациентов необходимо рассматривать как союзников в лечении. Они не только должны многому научиться, но и сами зачастую владеют большим объемом знаний и опыта – это вносит значимый вклад в процесс реабилитации. Для врача родственники могут быть ценным источником информации о состоянии больного, порой они больше, чем специалисты, осведомлены о некоторых аспектах его заболевания. Часто семья выполняет роль связующего звена между больным и системой оказания психиатрической помощи. Родственники помогают другим семьям, в жизнь которых вторглось психическое заболевание, советом, делятся собственным опытом решения проблем. Все это позволяет говорить о том, что родственники больных являются и учителями, и просветителями для других семей и даже профессионалов.

Важнейшей функцией близких является *уход за больным человеком*. Родственникам следует учитывать, что лучше всего больные шизофренией чувствуют себя, если в доме существует определенный порядок, правила и постоянные обязанности для каждого члена семьи. Нужно постараться установить режим, соответствующий возможностям больного. Родственники могут помогать больным в привитии навыков личной гигиены, аккуратного одевания, регулярного и аккуратного приема пищи, а также в правильном приеме лекарственных препаратов, контроле побочных эффектов фармакотерапии. Со временем можно поручать больному несложные работы по дому (мытьё посуды, уборка квартиры, уход за цветами, за домашними животными и др.) и вне дома (покупки в магазине, посещение прачечной, химчистки и др.).

Участие семьи в программах *психиатрического просвещения* – еще один ее важный вклад в психосоциальную реабилитацию больного родственника. О важности семейного психиатрического просвещения уже говорилось в предыдущих лекциях. Напомним еще раз, что

знание основ психиатрии и психофармакологии, умение разбираться в симптомах болезни, освоение навыков общения с больным человеком в семье дают реальную возможность снижения частоты обострений заболевания и повторных госпитализаций.

Защита прав пациента. Члены семей могут внести существенную лепту в борьбу со стигмой и дискриминацией, а также в совершенствование законодательства в отношении психически больных людей и членов их семей. Однако для этого родственники должны действовать совместно, организованно: создавать группы поддержки и организации потребителей помощи. В таком случае они не только обретут поддержку людей, столкнувшихся с аналогичными проблемами, но и станут силой, с которой будут считаться и профессионалы, и властные структуры, ответственные за предоставление качественной психиатрической и социальной помощи.

Кроме того, работая в команде, родственники больных сами могут проводить программы психосоциальной реабилитации – досуговые, терапию праздниками, просветительские для населения с целью снижения стигматизации и дискриминации больных, а объединившись с профессионалами, – реализовывать образовательные программы в области психиатрии, профессионально-обучающие, по развитию социальных навыков и многие другие.

Почти в половине регионов России пациенты, родственники больных и профессионалы создали группы поддержки, общественные организации, которые проводят активную работу по психосоциальной реабилитации непосредственно в сообществе, опираясь на его ресурсы, вне стен больниц или диспансеров. Следующий раздел лекции посвящен вкладу общественных форм помощи в психосоциальную реабилитацию пациентов и членов их семей.

Общественные формы помощи

Цели и задачи общественных организаций

Потребители психиатрической помощи – пациенты и члены их семей длительное время воспринимались как пассивные участники процесса оказания помощи. В каких видах помощи больной нуждается, определяли профессионалы, не признавая в лечении потребностей и собственных желаний самих пациентов и их родственников. В последние десятилетия положение изменилось, что связано с развитием движения

потребителей медицинской и в том числе психиатрической помощи, созданием ими общественных организаций.

На протяжении уже длительного времени во многих странах значимость вклада общественного движения в развитие психиатрической службы, в проведение программ психосоциальной реабилитации не вызывает сомнений.

Примечателен факт, что общественное движение в психиатрии за рубежом было инициировано одним из ее потребителей – Клиффордом Бирнсом (США), который сам долгое время являлся пациентом психиатрической больницы. Вокруг этого человека, еще в начале прошлого столетия объединились известные американские врачи, представители общественности, чтобы добиваться для психически больных лучших условий лечения и ухода. В результате такой совместной деятельности в 1909 г. был образован Национальный комитет психической гигиены.

В Канаде, США, Англии, Японии, Австралии, Индии и многих других странах пациенты и их родственники удовлетворяют часть своих потребностей через многочисленные неправительственные – общественные организации потребителей помощи, в том числе национальные. Значительных успехов в объединении пациентов и их семей добилось, например, Всемирное товарищество по поддержке лиц, страдающих шизофренией (World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders).

В России до 1917 г. существовали общественные формы попечительства душевнобольных, к основным задачам которых относились привлечение населения к оказанию благотворительной помощи, обеспечение психиатрических учреждений средствами от пожертвований и др. Наибольшая активность развития таких форм помощи пришлась на период земской медицины, когда создавались ночные и дневные приюты, ночлежные дома, открывались бесплатные столовые для обездоленных, организовывались патронажные формы обслуживания душевнобольных.

В современной России деятельность общественных организаций потребителей психиатрической помощи активизировалась лишь в последние 10–15 лет, но уже к концу 90-х годов прошедшего столетия насчитывалось несколько десятков организаций, работающих в сфере психического здоровья. В 2001 г. была создана общероссийская общественная организация инвалидов по причине психических расстройств и их родственников «Новые возможности», основной целью которой является оказание практической помощи таким инвалидам, улучшение их положения в обществе. На сегодняшний день в рамках этой организации функционирует более 50 региональных отделений, членами которых являются, главным образом, пациенты и их родственники.

Анализ деятельности разных региональных общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья, показал, что цели многих из них схожи – это интеграция в общество лиц с нарушениями психического здоровья посредством их социально-психологической и трудовой реабилитации, защита их прав и интересов, изменение образа психически больного человека в обществе, взаимная поддержка психически больных и их семей, помощь в кризисных ситуациях, предупреждение инвалидизации вследствие психического заболевания. Иными словами, деятельность общественных организаций направлена на то, чтобы повысить качество жизни психически больных и их родственников.

Общественные организации обеспечивают также возможность общения, обмена опытом, развития чувства сопричастности: родственники больных видят, что они не одиноки, что таких семей очень много.

Функциями общественных объединений являются:

- создание групп само- и взаимоподдержки;
- проведение групповой развивающей работы с пациентами разного возраста, досуговых программ;
- организация мастерских живописи, декоративно-прикладного искусства, театральных студий, летних лагерей отдыха;
- проведение обучающих семинаров для родственников, а также для специалистов, работающих с психически больными.

Во многих организациях разработаны эффективные методы работы, накоплен богатый опыт.

Зарубежный опыт показывает, что в ряде стран движение потребителей значительно повлияло на политику в области психического здоровья. В частности, возросла занятость людей с расстройствами психического здоровья в традиционной системе психиатрической помощи, а также в других социальных службах. Например, в Министерстве здравоохранения провинции Британская Колумбия (Канада) на должность директора по альтернативному лечению был назначен человек с психическим расстройством, который теперь может оказывать значительное влияние на политику в области психического здоровья и соответствующие службы¹.

Защита прав психически больных является важной задачей многих общественных организаций и в нашей стране. Известно, что в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предусмотрена специальная статья – № 46 «Контроль обществен-

¹ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда»: доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ, 2001.

ных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи». В самой этой статье закона и в комментарии к ней отмечена важность деятельности общественных объединений и для больных, и для психиатрических учреждений, определена обязанность администрации этих учреждений оказывать содействие представителям общественных организаций, предоставлять им необходимую информацию, отмечено право общественных организаций на обжалование в суде действий лиц, нарушивших права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи. Введено право представителей общественных объединений быть включенными в состав различных советов, комиссий психиатрических учреждений, органов здравоохранения, создаваемых для контроля за качеством помощи психически больным, условиями их содержания, совершенствования форм работы психиатрических служб. Отмечена важность совместной деятельности общественных организаций и государственных психиатрических учреждений по привлечению внимания средств массовой информации, органов здравоохранения, правительственных кругов и общества в целом к современным проблемам психиатрии, изменению негативного образа психически больных и психиатрических учреждений.

По мере активизации движения потребителей помощи правозащитная функция должна получить развитие в плане лоббирования интересов психически больных и членов их семей среди законодателей, политиков, общественных деятелей, и работа с ними должна быть постоянной.

Другой аспект правозащитной деятельности общественных организаций потребителей помощи может быть связан с защитой самих психиатрических учреждений, когда им, например, грозит сокращение финансирования.

Роль профессионалов

Мы видим ее в инициировании родственников и пациентов для создания общественных организаций или групп поддержки. Профессионалы могут сыграть важнейшую роль на этапе становления таких организаций.

В последующем профессионалы могут оказывать помощь в развитии и улучшении деятельности – постоянно консультировать лидеров ее или групп поддержки по вопросам образования в области психиатрии, в том числе правовым аспектам.

Профессионалы могут также помочь в составлении стратегических планов организации. Крайне полезной помощью профессионалов

общественным организациям потребителей может быть выпуск газет, буклетов, пособий для семей психически больных.

Таким образом, развитие общественного движения потребителей психиатрической помощи становится важным звеном в современной системе психиатрической помощи, способным удовлетворить многие потребности психически больных, их положение в обществе, снизить бремя болезни, улучшить качество жизни пациентов и членов их семей.

Деятельность общественной организации «Семья и психическое здоровье»

Все авторы настоящего пособия являются членами общественной организации Центр социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье», которая получила юридический статус 6 июня 2002 г. Инициаторами ее создания являются сотрудники отдела организации психиатрических служб Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук и родители пациентов, страдающих психическими расстройствами. Однако, еще до получения официального статуса в 1996 г. была открыта фактически первая в Москве социально-психологическая школа для поддержки семей психически больных, работу которой обеспечивали специалисты нашей будущей организации. Таким образом, официальной регистрации предшествовал шестилетний период деятельности, за который накоплен большой опыт работы в области психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами и их родственников.

В настоящее время членами нашей организации являются не только профессионалы в области психического здоровья, но, главным образом, люди, имеющие проблемы с психическим здоровьем, их родственники и лица им сочувствующие.

Общественное движение обращает внимание властей на наиболее актуальные проблемы, заставляет искать способы их решения. Участие в работе общественной организации способствует формированию активной гражданской позиции у пациентов с психическими заболеваниями и членов их семей, стимулирует к поиску путей улучшения своего положения в обществе.

Почему мы назвали свою организацию «Семья и психическое здоровье»? В этом названии отражены две основополагающие ценности нашей жизни – семья и психическое здоровье.

Психическое здоровье имеет большое значение для благополучия отдельных людей, обществ и стран. Оно неразделимо с физическим здоровьем и оказывает огромное влияние на культурный, интеллектуальный, творческий, производственный и обороноспособный потенциал любой нации. Роль семьи в жизни человека, страдающего психическим расстройством, огромна. Семья раньше врача сталкивается с психической болезнью – в самой ранней стадии, и может способствовать или противодействовать ее раннему распознаванию и эффективному лечению.

Семья обеспечивает больному человеку уход и эмоциональную поддержку, чего зачастую не могут дать профессионалы.

Хорошие отношения между членами семьи – залог благоприятных условий для выздоровления, реабилитации и выполнения медицинских рекомендаций.

В семье каждый ее член подвержен влиянию со стороны других и сам в свою очередь влияет на них. Если в семье что-то не ладится, это может препятствовать ее нормальному функционированию. Поэтому одна из основных задач, которые мы ставим перед собой, – это социально-психологическая и информационная поддержка семьи, а также гармонизация семейных взаимоотношений.

Мы воспринимаем свою организацию как большую и дружную семью, каждый член которой готов заботиться о других и прийти на помощь тому, кто в ней нуждается. Поэтому членами нашей организации могут стать не только люди, у которых есть проблемы с психическим здоровьем, но и их семьи, друзья, а также врачи, педагоги и психологи, музыканты и художники. Наше понимание семьи не ограничивается ближайшим окружением больного – оно включает и тех, кому небезразлична судьба людей с проблемами психического здоровья.

Цель нашей организации – повышение качества жизни семей с проблемами психического здоровья посредством преодоления их социальной отчужденности, вовлечения в жизнь общества, формирования активной гражданской и жизненной позиции.

Основные направления деятельности организации

1. Социально-психологическая и информационная поддержка.
2. Психосоциальная реабилитация.
3. Проведение программ по уменьшению социальной стигматизации и дискриминации людей с психическими расстройствами и членов их семей.
4. Участие в развитии общественного движения в психиатрии.

5. Выпуск научно-популярной литературы по проблемам психиатрии и психического здоровья.
6. Проведение конференций и семинаров по проблемам психического здоровья для профессионалов и потребителей психиатрической помощи.

В общественной организации «Семья и психическое здоровье» проводятся следующие программы.

1. Для пациентов с проблемами психического здоровья:

- **образовательная программа по психиатрии, в том числе комплаенс-терапия.** Цель – предоставление знаний в области психиатрии, обучение своевременному распознаванию болезненных проявлений и контролю за ними, осознание необходимости раннего обращения за помощью;
- **тренинги по развитию навыков общения, решению проблем, саморегуляции психофизического и психоэмоционального состояния, личностного роста, социально-бытовых навыков.** Цель – развитие и совершенствование навыков общения и уверенного поведения в повседневной жизни, развитие навыков независимой жизни в обществе, в том числе самообслуживания, домоводства, повседневной жизни;
- **арт-терапия, мультимодальная терапия, музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия, групп-аналитическая психотерапия.** Цель – развитие личности, активизация фантазии и творчества, развитие уверенности в себе, овладение навыками гармоничной жизни с другими людьми, повышение устойчивости к стрессу.

В Центре «Семья и психическое здоровье» **работают театральная студия, изостудия, экскурсионная и досуговая программа. Осуществляются лечебно-консультативная помощь и психологическое консультирование.**

Результаты комплексной работы с пациентами свидетельствуют о развитии личности, выработке адекватной стратегии совладания с болезнью, формировании ответственности за свое социальное поведение, восстановлении нарушенных социальных контактов, повышении социальной компетентности, снижении числа госпитализаций.

2. Для родственников пациентов:

- **программа психообразования.** Цель – информационная поддержка, формирование партнерских отношений с медицинским персоналом. Предоставляются знания о психических заболеваниях и их

лечении, проводится обсуждение особенностей общения с психически больным членом семьи, а также ознакомление с современной системой психиатрической, социальной и правовой помощи;

- **тренинги навыков общения с пациентом, специалистами службы, развитию навыков решения проблем;**
- **групп-аналитическая психотерапия.** Цель – развитие навыков решения семейных проблем, снижение стресса, связанного с наличием у члена семьи психического заболевания, выявление собственных потребностей, повышение удовлетворенности жизнью. Занятия проводятся опытными психотерапевтами и психологами;
- **психологическое консультирование (индивидуальное и семейное).** Цель – улучшение психологического состояния родственников, оказание им эмоциональной поддержки.

3. Для семьи в целом:

- **досуговая программа.** Цель – улучшение досуга, гармонизация семейных взаимоотношений. Регулярно проводятся праздничные концерты, тематические музыкальные вечера, которые по традиции заканчиваются семейным чаепитием. В подготовке и проведении программы активное участие принимают все члены организации;
- **просветительская программа «Москвоведение».** Цель – развитие личности, улучшение досуга и отдыха. В программу входит посещение музеев, выставочных залов, проведение экскурсий по Москве.

Завершая лекцию, посвященную вопросам психосоциальной реабилитации, следует еще раз подчеркнуть неограниченный вклад этого направления в социально-личностное восстановление психически больных людей, активизацию их гражданской и жизненной позиции, а также в улучшение качества жизни членов их семей.



М.Б. Алексеева

Лекция 11. Обзор законодательства о психиатрической помощи

«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» – так гласит статья 41 Конституции Российской Федерации. Это право каждого гражданина России и лица, находящегося на ее территории, требует надлежащего законодательного регламента.

Главным нормативным актом, регулирующим данный круг правоотношений на территории Российской Федерации, является Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При психиатрической помощи в процессе ее оказания пациентам психиатрическими медицинскими организациями возникает особый вид правовых отношений, которые нуждаются в специализированном законодательном регулировании.

На протяжении многих лет, в советское время, деятельность психиатрических медицинских организаций регулировалась исключительно ведомственными инструкциями Минздрава СССР. Эти инструкции не публиковались в прессе для ознакомления с ними широкого круга лиц, интересующихся положением вещей в данной отрасли медицины. Вследствие этого гражданин, который становился пациентом психиатрической или психоневрологической медицинской организации, не знал и не мог узнать «правил», по которым будут выстраиваться его отношения с врачом-психиатром, с лечебным учреждением, где он получает медицинскую помощь, и с последствиями, которые данные обстоятельства могут налагать ограничения на социальные аспекты его жизни. Пациент психиатрической или психоневрологической медицинской организации не имел права знакомиться с содержанием своей медицинской карты, свободно выбирать врача и лечебное учреждение, в котором предпочел бы получать психиатрическую помощь, самостоятельно решать вопросы, связанные с выбором альтернативного лечения, а также с отказом от медицинского вмешательства, в случае, когда таким вмешательством является психиатрическая медицинская помощь. Все это породило множество перекосов в психиатрии и кривотолков вокруг нее.

В период перестройки приведенные факторы наносили огромный урон международному престижу нашего государства. Это определило необходимость радикально реформировать отношения между врачом-психиатром и его пациентом, и, в первую очередь, на законодательном уровне.

В 1987 году была создана межведомственная комиссия для разработки проекта законодательного акта об оказании психиатрической помощи населению нашей страны. Она формировалась из специалистов разных областей, имеющих непосредственное профессиональное отношение к оказанию психиатрической помощи населению. В нее вошли представители Минздрава, правоохранительных ведомств, Института государства и права, ВНИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Результатом работы этой комиссии явилось Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, которое затем было утверждено Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 года и введено в действие с 1 марта 1988 года. Можно сказать, что этим документом было положено начало реформированию отечественной психиатрии, взят курс на внедрение в работу медицинских организаций данного профиля правовых механизмов, которыми надежно защищены права и законные интересы пациентов.

Однако в процессе применения этого Положения был выявлен ряд недостатков, что требовало более детальной разработки порядков и процедур и, наконец, надлежащей подготовки персонала.

При таком положении возникла необходимость в подготовке нового нормативного акта, регулирующего правовые проблемы в психиатрии, таковым нормативным актом явился Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Коротко остановимся на *истории разработки* этого закона.

Впервые в истории отечественной психиатрии к работе над законопроектом была привлечена общественность. Проект закона обсуждался на пленумах Правления Всесоюзного общества психиатров, Правления Российского общества психиатров, а также в рамках совещаний главных психиатров. Законопроект был опубликован в прессе, в частности, в «Медицинской газете» и «Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова».

Подготовительная работа над законопроектом была начата рабочей группой Верховного Совета СССР под руководством депутата А.Е. Себенцева и завершена рабочей группой Верховного Совета РСФСР во главе с депутатом Л.И. Коганом.

Необходимо отметить, что в основу данного законопроекта лег проект, предложенный профессором Института государства и права С.В. Бородиным и кандидатом юридических наук С.В. Полубинской, затем над ним работала специально созданная Минздравом рабочая группа, в состав которой вошли психиатры, психологи, юристы и другие специалисты различных ведомств и учреждений. Результатом этой деятельности стал Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который введен в действие с 1 января 1993 года. Принятием этого закона был завершён период положения психиатрии как «закрытой» отрасли медицины и наступила эпоха ее вхождения в общее правовое поле.

Рассмотрим подробнее структуру ныне действующего закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Закон состоит из шести разделов:

1. Общие положения.
2. Обеспечение психиатрической помощью и социальная поддержка лиц, страдающих психическими расстройствами.
3. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов.
4. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания.
5. Государственный контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи.
6. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи.
7. Особого внимания заслуживает преамбула к этому закону, поскольку она полностью отражает его дух и перспективы развития.

Преамбула

Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности;

учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку;

отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства;

принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина,

Российская Федерация в настоящем Федеральном законе устанавливает правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации.

Нетрудно заметить, какой высокий гуманистический стандарт установлен ныне действующим законом.

Приведем краткое изложение разделов закона.

Раздел 1. Общие положения

Раздел состоит из 15 статей. В нем закреплены принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации, законодательство, которым регулируется порядок ее оказания, а также основные права лиц, которым эта помощь оказывается. Среди основных прав такие, как добровольность обращения за психиатрической помощью; представительство граждан, которым она оказывается; сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи; согласие на лечение и отказ от такового лица, страдающего психическим расстройством.

Статьей 5 раздела за лицами, страдающими психическими расстройствами, закреплены все права и свободы, предусмотренные для граждан Конституцией Российской Федерации, и допускается **ограничение прав и свобод граждан**, связанное с психическим расстройством, **лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.**

Статьей 6 закреплена процедура ограничения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, а также порядок обжалования решения об ограничении этих видов деятельности лицом, в отношении которого оно принято.

Особое внимание посвящено врачебной тайне и ее сохранению.

Очень важными являются **статьи 4, 11 и 12**, которые закрепляют право за пациентом, получающим психиатрическую помощь, на ее добровольность. Это право соответствует общему принципу оказания медицинской помощи, закрепленному статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Однако частью 4 статьи 11, частью 1 статьи 12 и статьей 13 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав

граждан при ее оказании» установлены исключения из общего правила, когда право гражданина отказаться от предлагаемой ему психиатрической помощи ограничено.

Таким образом, лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях по основаниям, предусмотренным *статьей 29* Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – недобровольная госпитализация).

Подробнее на случаях, когда гражданину может быть оказана психиатрическая помощь, независимо от его желания ее получить, мы остановимся несколько позднее.

Раздел 2. Обеспечение психиатрической помощью и социальная поддержка лиц, страдающих психическими расстройствами

Данный раздел состоит из двух статей и определяет виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством, а также источники финансирования психиатрической помощи в Российской Федерации.

Раздел 3. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов

Этим разделом закрепляются: общие требования к учреждениям и частнопрактикующим врачам, оказывающим психиатрическую помощь; требования, предъявляемые законом к врачу-психиатру при его допуске к профессиональной деятельности; требования, предъявляемые к другим специалистам и медицинскому персоналу; независимость врача-психиатра при принятии им профессиональных решений; его руководство в своих действиях медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. Обязательным условием медицинской деятельности является наличие лицензии, что обеспечивает государственный контроль за ее оказанием.

Статьей 20 закреплены права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи. Обращаем особое внимание читателя на части 2 и 3 этой статьи.

Часть 2. Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

Часть 3. Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Раздел 4. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания

Это самый большой раздел закона.

Им регулируются порядок психиатрического освидетельствования в добровольном и недобровольном порядке, основания и порядок диспансерного наблюдения, основания помещения гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях в добровольном и недобровольном порядке, основания и порядок помещения лиц в стационарные организации социального обслуживания, предназначенные для лиц, страдающих психическими расстройствами, обязанности администрации и персонала медицинских организаций и организаций социального обслуживания, меры обеспечения безопасности, порядок выписки из медицинской организации, а также ряд других значимых вопросов, которые вызывают неизменный интерес у граждан, получающих психиатрическую помощь или нуждающихся в ней.

Необходимо отметить, что, пожалуй, самым животрепещущим вопросом из обозначенных выше, является порядок оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке (принудительно).

Этому вопросу в настоящей лекции будет отведено особое место.

Раздел 5. Государственный контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи

Деятельность психиатрических медицинских организаций, а также частнопрактикующих врачей-психиатров должна находиться под постоянным контролем государственных органов и должностных лиц, определенных законом.

Государственный контроль за оказанием психиатрической помощи осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Федерации в пределах своей компетенции при осуществлении государственного контроля качества медицинской деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами субъектов Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи.

Представляется, что именно организация надлежащего контроля и надзора за деятельностью медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь, обеспечит неуклонный профессиональный рост специалистов, качественное улучшение бытовых условий содержания пациентов, когда речь идет об оказании этой помощи в стационарных условиях, наиболее полное соблюдение прав и охраняемых законом интересов пациентов, а также медицинских и немедицинских работников, интересы которых также в свою очередь нуждаются в защите.

Раздел 6. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи

Этим разделом предусмотрено право пациента, которому оказывается психиатрическая помощь, или его законному представителю обжаловать действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющих их права и законные интересы.

Закон определяет три способа обжалования этих действий:

- непосредственно в суд;
- в вышестоящий орган (вышестоящему лицу);
- прокурору.

Выбор порядка обжалования указанных действий закон оставляет за самим гражданином, считающим, что при оказании ему психиатрической помощи были нарушены какие-либо его права или охраняемые законом интересы, либо его законным представителем.

Ответственность за нарушение Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» устанавливается законодательством Российской Федерации. Следует обратить внимание на строгость установленной законом ответственно-

сти вплоть до уголовной. В частности, незаконное помещение гражданина в психиатрический стационар является преступлением, за которое установлена уголовная ответственность в силу статьи 128 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Таким образом, особого освещения заслуживают установленные законом случаи, когда помещение в психиатрический стационар и оказание психиатрической помощи (лечения) не требуют согласия или одобрения самого пациента или его законного представителя.

Лечение пациента врачом-психиатром без его согласия или согласия его законного представителя может проводиться в двух случаях, которые установлены статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьей 11 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:

1. При применении принудительных мер медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.
2. При недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Каждый из этих случаев рассмотрим ниже.

Принудительные меры медицинского характера

В данном случае госпитализация в психиатрическое учреждение, применяющее принудительные меры медицинского характера, проводится по решению суда. Порядок применения и исполнения таких мер определяется Уголовным кодексом Российской Федерации, Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации, Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации, иными законодательными актами. Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам, перечень которых установлен в статье 97 Уголовного кодекса Российской Федерации, а именно:

1. Совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части Уголовного кодекса, в состоянии невменяемости.
2. У которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания.

3. Совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.
4. Совершившим в возрасте старше восемнадцати лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцатилетнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости.

Принудительные меры медицинского характера назначаются судом только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда, либо с опасностью для себя или других лиц.

В отношении лиц, указанных выше в пунктах 1–3 и не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы в федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения или орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для решения вопроса о лечении указанных лиц в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, или направления указанных лиц в стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

При этом необходимо отметить, что закон не связывает применение принудительных мер медицинского характера с наказанием лиц, совершивших данные преступления. Целями применения принудительных мер медицинского характера является излечение лиц, к которым они применяются, или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных Уголовным кодексом Российской Федерации.

Статья 99 Уголовного кодекса Российской Федерации определяет **четыре вида принудительных мер медицинского характера**. Главным принципом применения того или иного вида принудительной меры медицинского характера является **принцип необходимости и достаточности** этой меры для данного индивидуума в каждом конкретном случае. В соответствии с этим принципом принудительная мера медицинского характера должна назначаться судом лишь в тех случаях, когда иными средствами невозможно достижение целей, указанных в статье 98 Уголовного кодекса, а именно, невозможно улучшение психического состояния лица, к которому применяются эти меры, а также эффективное предупреждение совершения им новых деяний, предусмотренных Особенной частью Уголовного кодекса.

В Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» вопросу о применении принудительных мер медицинского характера посвящена **статья 13**.

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершившими общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом Российской Федерации и Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации.

Принудительные меры медицинского характера осуществляются в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, оказывающих психиатрическую помощь.

Лица, госпитализированные в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Такие лица признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь.

Итак, частью 2 статьи 97 Уголовного кодекса Российской Федерации установлено общее основание для применения принудительных мер медицинского характера к лицам, страдающим психическими расстройствами. Таким основанием является риск совершения ими новых уголовно-наказуемых деяний.

По сложившейся традиции потенциальную опасность психически больного гражданина принято оценивать по двум параметрам: психическому состоянию и характеру совершенного деяния. Представляется, что выбор принудительной меры медицинского характера определяется теми же критериями.

Более подробного освещения требует каждый вид принудительных мер медицинского характера.

Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях может быть назначено судом, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях. Данный вид принудительных мер медицинского характера приводится в исполнение медицинскими организациями, оказывающими психиатрическую помощь в амбулаторных условиях по месту жительства лица (психоневрологическими диспансерами).

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа может быть назначено судом, когда лицо по своему психическому состоянию нуждается в лечении и наблюдении в стационарных условиях, но не требует интенсивного наблюдения.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа может быть назначено судом лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения.

Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено судом лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя и других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения

Порядок продления, изменения и прекращения применения принудительных мер медицинского характера установлен статьей 102 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляется судом по представлению администрации медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительной инспекции, контролирующей применение принудительных мер медицинского характера, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. Освидетельствование такого лица проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры или прекращения ее применения, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника. Ходатайство подается через администрацию медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительную инспекцию, осуществляющую контроль за применением принудительных мер медицинского характера, вне зависимости от времени последнего освидетельствования. При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудитель-

ной меры медицинского характера администрация медицинской организации, осуществляющей принудительное лечение, или уголовно-исполнительная инспекция, осуществляющая контроль за применением принудительных мер медицинского характера представляет в суд заключение для прохождения принудительного лечения. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно.

Особый порядок установлен законом для лиц, совершившим в возрасте старше восемнадцати лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцатилетнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости. Вне зависимости от времени последнего освидетельствования и от принятого решения о прекращении применения принудительных мер медицинского характера суд на основании внесенного не позднее чем за шесть месяцев до истечения срока исполнения наказания ходатайства администрации учреждения, исполняющего наказание, назначает судебно-психиатрическую экспертизу в отношении такого лица, в целях решения вопроса о необходимости применения к нему принудительных мер медицинского характера в период условно-досрочного освобождения или в период отбывания более мягкого вида наказания, а также после отбытия наказания. Суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы может назначить принудительную меру медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях, или прекратить ее.

Изменение или прекращение применения принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

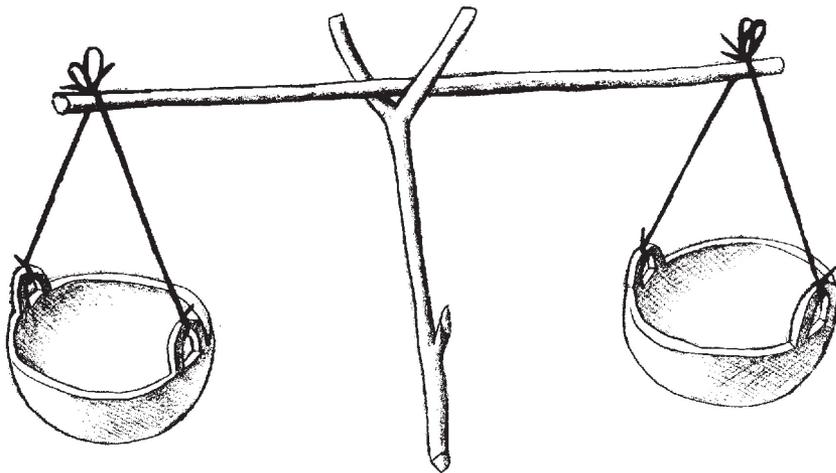
В силу части 2 статьи 445 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации вопросы о прекращении, об изменении или о продлении принудительной меры медицинского характера рассматриваются судом, вынесшим постановление о ее применении, или судом по месту применения этой меры.

В случае излечения лица, у которого психическое расстройство наступило после совершения преступления, при назначении наказания или возобновлении его исполнения время, в течение которого к лицу

применялось принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, засчитывается в срок наказания из расчета один день пребывания в медицинской организации за один день лишения свободы.

В силу части 4 статьи 40 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

Основания и порядок госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке рассмотрим в рамках следующей лекции.



М.Б. Алексеева

Лекция 12. Недобровольная госпитализация лица в психиатрический стационар

В рамках данной лекции рассмотрим второй случай: основания и порядок госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, порядок продления ее сроков и порядок выписки из этой медицинской организации, а также последствия дачи письменного информированного добровольного согласия на госпитализацию и лечение изначально недобровольным пациентом или его законным представителем.

Для этого обратимся к Закону Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Кодексу административного судопроизводства Российской Федерации.

Статья 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определяет основания для помещения лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь, в недобровольном порядке. Названная статья включает в себя **три критерия**, необходимые при **недобровольной госпитализации**:

Первый – в момент недобровольной госпитализации, лицо, подлежащее госпитализации, должно страдать тяжелым психическим расстройством. Иными словами, только подозрения врача на наличие такого расстройства у данного лица недостаточно. Закон допускает недобровольную госпитализацию гражданина в психиатрический стационар лишь в случае, если он страдает психическим расстройством и расстройство это тяжелое. Заключение о наличии такого расстройства вправе дать только врач-психиатр. Заключение врача иной специальности не может быть основанием для недобровольной госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке.

Второй критерий – обследование или лечение лица, госпитализируемого в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, может проводиться только в условиях стационара. Необходимо, чтобы заключение врача-психиатра (комиссии врачей-психиатров) о недобровольной госпитализации содержало аргументированное обоснование объективного отсутствия возможности обследовать или лечить данного пациента амбулаторно.

Третий критерий состоит из трех возможных вариантов:

- непосредственная опасность лица для себя или окружающих,
или
- беспомощность лица, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности,
или
- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Следует заметить, что среди вариантов третьего критерия не обозначены более и менее важные. Наличие любого из них в отдельности или в сочетании с другими вариантами, названными в статье 29, могут привести к одинаковым юридическим последствиям – госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке.

Недобровольная госпитализация требует неукоснительного соблюдения определенных порядков и судебной процедуры.

На сегодняшний день судебная процедура регламентируется главой 30 Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации, который введен в действие 15 сентября 2015 года. По данным правилам не могут рассматриваться требования, связанные с применением принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния, и с продлением применения указанных мер. Применение принудительных мер медицинского характера мы рассмотрели в предыдущей лекции.

До 15 сентября 2015 года судебная процедура недобровольной госпитализации регулировалась главой 35 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, а еще раньше, до 1 февраля 2003 года, Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Производство по административным делам о госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке и о продлении срока такой госпитализации.

Административное исковое заявление о госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке или о продлении

срока госпитализации в недобровольном порядке гражданина, страдающего психическим расстройством (далее – административный иск), подается представителем медицинской организации, в которую помещен гражданин, в суд по месту нахождения этой медицинской организации.

Административный иск подается в течение сорока восьми часов с момента помещения гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, либо не позднее сорока восьми часов после наступления обстоятельств, свидетельствующих о необходимости продления срока такой госпитализации.

Судья выносит определение о принятии административного иска к производству и о продлении пребывания гражданина в медицинской организации на срок, необходимый для рассмотрения административного иска.

Административное дело подлежит рассмотрению в течение пяти дней со дня принятия административного иска к производству суда. Законом установлена возможность его рассмотрения в закрытом судебном заседании.

Судебное заседание может проводиться в помещении суда или в помещении медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях. Судебное заседание проводится в помещении медицинской организации в случае, если суд установит, что психическое состояние гражданина позволяет ему лично участвовать в судебном заседании, но его присутствие в помещении суда является невозможным.

Госпитализируемый гражданин имеет право лично участвовать в судебном заседании по делу о его госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях в недобровольном порядке и о продлении срока госпитализации, если психическое состояние позволяет ему адекватно воспринимать все происходящее в судебном заседании, и его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих.

Административное дело о госпитализации гражданина в недобровольном порядке или о продлении срока такой госпитализации рассматривается с участием прокурора, представителя медицинской организации (административного истца), и представителя гражданина, в отношении которого решается вопрос о недобровольной госпитализации (административного ответчика). При необходимости суд может вызвать в судебное заседание иных лиц.

При отсутствии у административного ответчика представителя суд назначает ему адвоката в качестве представителя.

Суд принимает решение об удовлетворении административного иска, если установит наличие оснований для госпитализации гражданина в недобровольном порядке. При необоснованности требований суд отказывает в удовлетворении административного иска.

Лица, участвовавшие в деле вправе обжаловать решение суда.

Не вступившее в законную силу решение суда может быть обжаловано в апелляционной инстанции. Апелляционная жалоба может быть подана через суд, принявший решение, в течение десяти дней со дня его принятия судом.

Вступившее в законную силу решение суда может быть обжаловано в кассационной инстанции в течение шести месяцев со дня его вступления в законную силу при условии, что ранее были исчерпаны иные установленные законом способы обжалования судебного акта. Кассационная жалоба подается непосредственно в суд кассационной инстанции.

Пропущенные процессуальные сроки могут быть восстановлены судом в порядке, определенном Кодексом административного судопроизводства Российской Федерации.

Недобровольный пациент в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров медицинской организации, в которой он находится, для решения вопроса о продлении госпитализации.

При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

Продление госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке свыше шести месяцев также требует судебного решения. В дальнейшем судебная процедура продления недобровольной госпитализации требуется ежегодно.

Необходимо принимать во внимание, что порядок выписки из медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, добровольных и недобровольных пациентов не одинаков.

Порядок выписки установлен статьей 40 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

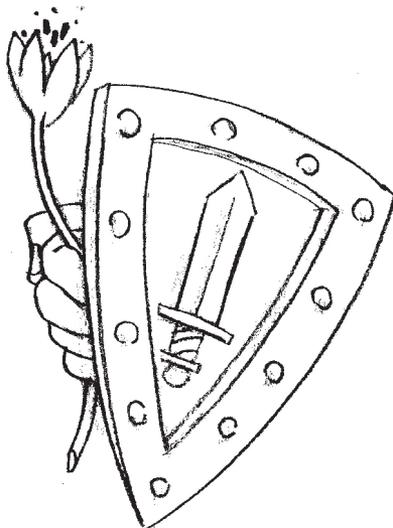
Выписка пациента производится в случаях выздоровления или улучшения состояния его психического здоровья, при котором не требуется дальнейшее лечение в стационарных условиях, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для госпитализации в указанную медицинскую организацию.

Выписка добровольного пациента производится по его личному заявлению, заявлению одного из родителей или иного законного представителя пациента либо по решению лечащего врача.

Выписка недобровольного пациента (госпитализированного по решению суда) производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении недобровольной госпитализации.

Пребывание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация. После того, как эти основания утратили свою актуальность, пациент может быть выписан по решению комиссии врачей-психиатров либо оформить письменное информированное добровольное согласие на продолжение стационарного лечения.

Пациенту, госпитализированному в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, добровольно, может быть оказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров указанной медицинской организации будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В таком случае вопросы его пребывания в стационаре решаются в судебном порядке.



Нормативные ссылки

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года).
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
4. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 года № 63-ФЗ.
5. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 года № 174-ФЗ.
6. Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации от 8 марта 2015 года № 21-ФЗ.
7. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 7 апреля 2001 года № 6 «О практике применения судами принудительных мер медицинского характера» (в ред. Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 3 марта 2015 года № 9).

Данный раздел посвящен психосоциальным вмешательствам, технологии проведения которых были разработаны и внедрены в практическую деятельность специалистами РБОО «Семья и психическое здоровье» совместно с сотрудниками отдела организации служб психического здоровья ФГБНУ НЦПЗ. Речь пойдет о подходах к проведению психообразования по методу комплаенс-терапии, тренингов развития необходимых для жизни навыков и групповой психологической работы, в основу которой положены принципы экзистенциально-аналитической терапии и логотерапии.

Надеемся, что этот методический материал будет полезен специалистам психиатрических учреждений, общественных форм помощи, иных организаций, профессиональная деятельность которых связана с проведением психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения пациентов, страдающих психическими заболеваниями. Более подробную информацию можно найти по ссылке http://www.familymh.ru/books_1

В.В. Ястребова

Технология проведения психообразования по методу комплаенс-терапии

Психообразовательная программа является, как правило, стартовым вмешательством при оказании психосоциальной помощи как пациентам, так и членам их семей. Пациентам такие программы помогают лучше понять себя и свое расстройство, развить новые навыки борьбы с болезнью, более позитивно, активно и осознанно относиться к лечению. Для родственников пациентов психообразование дает возможность получить достоверную и правдивую информацию о заболевании члена семьи, научиться лучше понимать и отслеживать его проявления, знать, как вести себя с заболевшим членом семьи, развить партнерские отношения с пациентом и врачом. Важным аспектом является получение знаний в отношении лекарств, что снижает тревогу и опасения перед медикаментозным лечением и способствует лучшему соблюдению пациентом режима терапии. Помимо этого пациенты и родственники получают в группах социально-психологическую поддержку, благодаря чему улучшается атмосфера в семье, снижаются стигматизирующие убеждения.

¹ Метод комплаенс-терапии при психосоциальном лечении больных шизофренией: Методические рекомендации / Т. А. Солохина, В.В. Ястребова, Л. М. Алиева, И.А. Митихина, А.И. Машошин. – М.: МАКС Пресс, 2017. – 40 с.

Психообразовательные программы могут проводиться отдельно для пациентов или их родственников, возможны совместные групповые занятия в рамках групповой семейной терапии, элементы программы можно использовать при индивидуальной работе с пациентами или с членами их семей.

Психообразование является вмешательством с доказанной эффективностью. Психообразовательный подход может применяться на любом этапе заболевания, как в амбулаторных условиях, так и в стационаре после выхода пациента из состояния обострения.

Одной из форм психообразования, имеющей прицельную направленность на развитие навыков осознанного и добровольного соблюдения режима психофармакотерапии, является метод комплаенс-терапии («комплаенс» – соблюдение режима приема терапии), технология которого была разработана сотрудниками отдела организации психиатрических служб и внедрена в работу с больными, страдающими шизофренией¹. Актуальность создания указанной технологии обусловлена тем, что от 50–60% больных шизофренией по данным разных исследований в той или иной степени нарушают режим назначенного лечения, от 20 до 40% пациентов после первого контакта с психиатром не обращаются к нему в течение года, более 40% прекращают прием препаратов сразу после первой госпитализации, что влечет за собой серьезные клинические и социально-экономические последствия.

Комплаенс-терапия основана на сочетанном применении психообразовательного подхода (информирование пациентов о заболевании, его лечении и проч.), техник когнитивно-поведенческой и мотивационной психотерапии для целенаправленного формирования приверженности лечению больных психическими расстройствами.

Примерами техник *когнитивно-поведенческой терапии* являются запись событий дня, использование приемов отвлечения, домашние задания, рефрейминг (перестройка сказанного), выявление логических несоответствий и логическое объяснение происходящих явлений и фактов, работа с амбивалентностью пациентов в отношении лекарственных препаратов, и проч.

Мотивационная терапия направлена на формирование или усиление мотивации пациента на следование рекомендациям врача по приему медикаментов, выявление мотивов к изменению некомплаентного поведения, побуждение к размышлениям об отрицательных последствиях несоблюдения режима медикаментозной терапии. Врач использует специальные навыки, к которым относятся эмпатия,

рефлексивное слушание, умение задавать открытые вопросы, поощрение и поддержка, подведение итогов.

Этот метод может использоваться при работе не только с пациентами, но также с членами их семей, которые нуждаются в улучшении понимания необходимости лечения.

При проведении психообразовательной работы с пациентами по методу комплаенс-терапии используются интерактивные методы обучения, при применении которых усвоение и закрепление материала происходит в ходе взаимного обсуждения, активного дискуссионного процесса.

Время и место проведения не должны меняться от занятия к занятию. Стабильность места и времени проведения занятий способствует снижению тревожности и формированию доверительной, доброжелательной атмосферы в группе. С той же целью занятия должны проводиться в закрытой группе. Длительность занятия – 60–90 минут, число занятий 10 (при необходимости число занятий может быть увеличено). При групповой работе комплаенс-терапию рекомендуется проводить в небольших группах (не более 4–6 человек). Работа в рамках данного метода проводится в три этапа.

1. Этап оценки отношения к лечению и его мотивирования на участие в комплаенс-терапии

Задачами данного этапа являются выявление причин несоблюдения режима лечения, оценка осознания болезни и мотивирование пациента на участие в комплаенс-терапии. На данном этапе врач устанавливает доверительные отношения с пациентом или его родственниками, активно выслушивает их, задает вопросы о заболевании и отношении к медикаментозной терапии, проявляя при этом интерес и заботу, оказывает поддержку, вселяя надежду на улучшение состояния пациента. Первому этапу до начала групповой работы посвящаются 1-2, а иногда и более индивидуальных встреч с каждым возможным участником.

2. Этап психообразования. Его составляющими является информирование о болезни и формирование навыков отслеживания и преодоления проявлений психического расстройства. Этому этапу комплаенс-терапии посвящены первые 4-5 занятий.

Информирование о болезни. На занятиях, посвященных приобретению знаний о болезни, обсуждаются причины психических расстройств, их распространенность, прогноз, наиболее характерные симптомы и синдромы. В процессе обсуждения ведущий выясняет убеждения участников о природе и причинах заболевания, поощряет их к описанию свойственных им проявлений психического расстройства,

просит приводить примеры, связанные с заболеванием. Главная задача специалиста – помочь пациентам понять особенности их болезни и связанные с ней переживания.

На этом этапе проводится постепенное освоение, расширение и углубление навыков отслеживания и преодоления проявлений болезни, которые помогают пациенту справляться с ней.

Навыки предотвращения стресса. Ведущий совместно с пациентами изучает, что для каждого из них является причиной стресса, и находит способы уменьшить его влияние. На занятиях пациентам предлагается обсудить свои способы предотвращения стресса, а ведущему предложить методики, позволяющие минимизировать его влияние, например, методы релаксации, отвлечения и др.

Навыки отслеживания рецидива. Ведущий объясняет участникам, что избежать рецидива болезни можно только в том случае, если научиться распознавать признаки обострения и принимать активные меры по его ликвидации. Важно расценивать изменения в своем типичном поведении как подозрительный сигнал, понимать и распознавать симптомы, ведь они часто появляются и исчезают без явной внешней причины.

У каждого больного есть свои собственные симптомы и признаки, предшествующие обострению. Задача ведущего состоит в том, чтобы помочь каждому найти эти признаки и определить те факторы, которые усиливают ту или иную симптоматику и, по возможности, их избегать. Обращается внимание на то, что наиболее частой причиной обострения является нерегулярный прием лекарственных препаратов или их отмена. Проводится работа по составлению индивидуального «почерка рецидива» (набора типичных для каждого пациента признаков, предшествующих ухудшению состояния). Для этой цели используется упражнение с карточками, на которых отмечены самые распространенные предвестники рецидива и каждый пациент выбирает симптомы–предвестники, характерные именно для него. Пациенты обучаются вести дневник самочувствия. Далее пациентами совместно с ведущим группа специалистом разрабатывается план действий, который должен быть предпринят при появлении признаков ухудшения.

Навыки преодоления болезни. Методика обучения пациентов способам преодоления болезни основана на существующих у каждого пациента приемах, способах улучшения состояния. Ведущий выслушивает индивидуальные стратегии, которые использует каждый из пациентов, проводит обсуждение в группе и рассматривает имеющиеся

у пациентов ресурсы для совладания с заболеванием, оценивает их эффективность, определяет наиболее полезные из них. Отработка навыков преодоления болезни проводится с использованием специальных упражнений, домашних заданий.

Ведущий акцентирует внимание участников группы на том, что успешная жизнь с болезнью включает в себя выполнение режима дня со сбалансированным чередованием периодов активности, отдыха и сна, занятия физическими упражнениями, прогулки на свежем воздухе, правильное питание, занятия любимым делом.

3. Этап повышения комплаентности пациентов. На этом этапе решаются следующие задачи: предоставление сведений о фармакотерапии психических расстройств, формирование навыков управления лечением, модифицирование неправильных убеждений и дезадаптивного поведения по отношению к медикаментозному лечению, рассмотрение двойственного отношения к фармакотерапии и уменьшение стигматизирующих эффектов болезни и лечения. Этому этапу уделяется 4-5 занятий.

Информирование о фармакотерапии. На занятиях врач информирует пациентов о всех группах препаратов, применяющихся при медикаментозной терапии психических расстройств и характеризует их значение, рассматривает проблему побочных эффектов лечения и способы их коррекции, рассказывает о мифах относительно лекарственной терапии, проводит беседу, основываясь на научных исследованиях и своем собственном клиническом опыте, для осознания ими преимуществ терапии, побуждает к необходимости взаимодействия с врачами. Важным является обсуждение вопросов, касающихся приобретения лекарств, их стоимости, правил получения в диспансере, режиме приема, достоинствах и недостатках препаратов и их аналогов. При сложной схеме приема врач предлагает пациентам практические способы избежать забывчивости: использовать коробочки для препаратов, напоминающие стикеры, сообщения в телефоне и компьютере.

Ведущий приводит примеры из опыта своей работы, когда больные, почувствовав себя хорошо, прекращали принимать лекарственные препараты, что приводило к повторной госпитализации. Для осознания связи отказа от применения лекарств с после госпитализацией или другими последствиями, врач проводит с пациентами упражнение «Ось времени: взгляд назад» (рис.1). Пациентов просят отметить на оси времени все значимые положительные моменты, связанные с приемом лекарств, и последствия в связи с их отменой.



Рис. 1. Упражнение «Ось времени: взгляд назад»

Анализ двойственности (амбивалентности). Двойственность проявляется противоречием между двумя возможными взглядами на медикаментозную терапию, каждый из которых имеет как преимущества, так и недостатки. Задача врача – помочь пациенту выразить обе стороны двойственности и направить его к принятию приемлемого для него решения, которое может повлечь за собой изменение поведения и усиление мотивации на продолжение приема препаратов. Врач побуждает пациентов рассмотреть причины их сопротивления лечению. Одновременно предлагает рассмотреть выгодные стороны лечения. Затем ведущий занятий останавливается на благоприятных последствиях лечения, особенно, если они были упомянуты пациентом спонтанно, после чего предлагается обдумать все «за» и «против» регулярного приема терапии. Например, пациенты часто отмечают, что лекарственные препараты снимают тревогу, восстанавливают сон, смягчают остроту симптомов и улучшают способность уживаться с другими людьми. Врач делает акцент на эффективности антипсихотических препаратов при таких симптомах. Определение опосредованных выгод лекарственной терапии может придать отношению к лечению личностный характер, например, «когда я принимаю лекарственные препараты, я меньше расстраиваю родителей» или «когда я лечусь, я более организованный на работе». Это та линия поведения, которой необходимо придерживаться, особенно, если больной не видит прямой связи между лечением и смягчением психопатологической симптоматики. Для большей наглядности и понимания пациентами преимуществ регулярного приема

терапии выполняется упражнение на анализ двойственности «Плюсы и минусы приема лекарств». Пациенту предлагается обозначить в таблице достоинства и недостатки приема препаратов, обсудить в группе полученные результаты. При этом акцентируется внимание пациента на положительных эффектах терапии при определенных симптомах.

Дестигматизация. Ведущий помогает пациентам усвоить, что у них одно из многих известных хронических заболеваний, таких как, например, диабет или язвенная болезнь желудка, и что его болезнь поддается лечению. Психически больные – это обычные люди, имеющие проблему со здоровьем, которые могут вести нормальный образ жизни, жить дома, учиться или работать, иметь семью и проч. Врач рассказывает пациентам о группах поддержки, других психотерапевтических программах, направленных на повышение самоуважения, самооценки, социальной компетентности.

На завершающих занятиях пациентам предлагается рассказать о своих планах на будущее. При групповой дискуссии подчеркивается важность пребывания в стабильном и здоровом состоянии для достижения поставленных целей и полноценной жизни. Для некоторых пациентов это может быть устройство на работу, продолжение учебы, создание собственной семьи. Врачом используется упражнение «Ось времени: взгляд вперед» (рис. 2), при выполнении которого каждому пациенту предлагается наметить какую-либо конкретную и достижимую цель, и на оси времени указать последовательность шагов, необходимых для ее достижения. Рекомендуется обсудить роль лекарств в осуществлении планов на будущее.



Рис. 2. Упражнение «Ось времени: взгляд вперед»

План занятий по психообразованию и комплаенс-терапии для пациентов с шизофренией

Занятие 1.

Приветствие. Знакомство. Цели и задачи программы. Ознакомление с планом занятий, правилами группы.

Занятие 2.

Информационное сообщение: классификация психических расстройств, их причины, течение, прогноз. Биопсихосоциальная модель болезни. Роль стресса. *Практическая часть:* обучение навыкам отслеживания стрессоров. Выявление причин, вызывающих стресс. Связь стресса и обострения.

Занятие 3. Информационное сообщение: понятие симптома и синдрома. Основные симптомы и синдромы психических расстройств. Наиболее распространенные симптомы-предвестники обострения. *Практическая часть:* выявление признаков рецидива заболевания. Обучение навыкам совладания с симптомами-предвестниками. Разработка плана действий в ответ на появление симптомов-предвестников.

Занятие 4.

Информационное сообщение: шизофрения и ее проявления. *Практическая часть:* стратегии преодоления болезни. Освоение полезных способов преодоления болезни. Способы борьбы с продуктивными и негативными симптомами.

Занятие 5.

Информационное сообщение: основные группы лекарственных препаратов (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики, корректоры, ноотропы). Показания к применению, правила проведения терапии. *Практическая часть:* навыки управления медикаментозным лечением. Работа с амбивалентным отношением к лечению.

Занятие 6.

Информационное сообщение: нейролептики (механизм действия, показания к применению). Купирующая и поддерживающая терапия. Обоснование необходимости длительного приема поддерживающей терапии нейролептиками. *Практическая часть:* мотивирование на длительную поддерживающую терапию. Обучение способам избежать забывчивости при сложной схеме приема.

Занятие 7.

Информационное сообщение: атипичные нейролептики, генерические препараты и аналоги, их преимущества и недостатки, нейролептики пролонгированного действия. Мифы о лекарственной терапии.

Практическая часть: обсуждение убеждений и опасений в отношении медикаментозного лечения. Анализ негативного опыта лечения. Отслеживание связи между прекращением приема лекарств и обострением.

Связь прекращения лечения с обострением заболевания. Упражнение «Ось времени: взгляд назад» (рис. 1).

Занятие 8.

Информационное сообщение: побочные эффекты психофармакотерапии.

Практическая часть: отслеживание побочных эффектов и способы их коррекции. Разработка плана действий при появлении побочных эффектов.

Занятие 9.

Информационное сообщение: стигма и ее преодоление. Самостигматизация пациентов. Правда и мифы о психических расстройствах.

Практическая часть: пути преодоления жизненных трудностей, связанных со стигмой.

Занятие 10.

Информационное сообщение: внешние ресурсы поддержки, знакомство с различными формами психиатрической помощи и учреждениями, ее оказывающими. Методы психосоциальной реабилитации и психотерапии.

Практическая часть: исследование значимых ценностей и целей пациента, вклад лечения в их достижение. Упражнение «Ось времени: взгляд вперед» (рис. 2). Подведение итогов. Проверка материала, усвоенного пациентами. Мотивирование на дальнейшее участие в психосоциальной работе. Заключительное тестирование. Расставание.

Разработанная технология комплаенс-терапии способствует появлению у ее участников новых знаний о болезни и лечении и формированию правильных установок в отношении лекарственной терапии. Пациенты лучше понимают свое состояние, учатся справляться и жить с ним, начинают осознавать, что регулярное и непрерывное лечение способствует достижению жизненных целей и росту качества жизни.

Л.М. Алиева

Групповая психосоциальная терапия пациентов с психическими заболеваниями

Результаты многочисленных исследований, посвященные изучению клиничко-психологических особенностей больных шизофренией, свидетельствуют о характерных нарушениях, присущих этим больным: дефиците внимания, трудностях переработки информации, проблемах с распознаванием эмоций других людей, адекватным выражением собственных чувств, снижении или утрате коммуникативных навыков, сложностях с точной передачей полученной вербальной информации, низкой самооценке и проч. Все это приводит к снижению способности взаимодействовать с другими людьми, решать межличностные проблемы, а также повышает тревогу, вероятность возникновения эмоционального стресса, что способствует прогрессированию заболевания, его рецидиву.

Утраченные или сниженные в результате болезни когнитивные, мотивационные и эмоциональные ресурсы личности, а также навыки и умения, необходимые для повседневной жизни, можно улучшить посредством психосоциальных интервенций, в частности, с помощью разработанных нами тренингов, направленных на развитие навыков решения проблем, общения, саморегуляции и др.

В программу тренингов включены когнитивно-бихевиоральные упражнения и психологические игры на последовательное формирование элементов поведения, отработку навыков, техники арттерапии и телесно-ориентированной терапии, медитации, релаксации, дискуссии. Используются методы активно-директивного научения такие, как наставничество, подсказывания, моделирование ситуаций, обратная связь и др.

Тренинги можно проводить на всех этапах психосоциального восстановления человека: в стационаре после купирования острой симптоматики, во внебольничных условиях, а также в общественных формах помощи для пациентов и членов их семей.

Опыт по проведению тренинговой работы показал важность сотрудничества специалистов, проводящих тренинги, с лечащими врачами и иным персоналом психиатрических учреждений.

При наборе пациентов в группу обязательным условием является их психолого-психиатрическое обследование, которое проводится врачом и психологом. Лечащий врач определяет также показания и

противопоказания к участию в групповой работе. Психолог (психотерапевт) проводит беседу-интервью по определению основных психологических проблем пациента, выявляет сильные стороны личности будущего участника, на которые можно будет опереться в процессе тренинговой работы.

Структура тренингов, как правило, включает 12 занятий, продолжительностью 90 минут каждое. Состав группы – 8–12 человек.

Следует отметить важность соблюдения принципов групповой работы: время и место проведения тренинга не должны меняться от занятия к занятию, что способствует снижению тревожности. С этой же целью занятия должны проводиться в закрытой группе и после первых двух занятий новые участники приниматься в группу не должны.

С точки зрения эффективности и пользы психологического воздействия важным условием проведения занятий является соблюдение всеми участниками правил, которые следует разобрать на первых занятиях. Перечислим наиболее важные из них.

Принцип уважительного и внимательного отношения друг к другу. Это предполагает, что участники тренинга должны внимательно слушать говорящего, не перебивать, не перешептываться, стараться делиться своими чувствами и мыслями со всей группой.

Принцип активности. Ведущие объясняют участникам, что эффективность тренинга для каждого напрямую зависит от его активного участия и вовлеченности в групповую работу.

Принцип «здесь и сейчас» тесно связан с предыдущим правилом. С целью формирования вовлеченности в групповую работу, т.е. эмоционального проживания того, что происходит во время занятия, ведущие обращают внимание членов группы на возникающие у них чувства и мысли. Подчеркивается важность проработки того, что волнует участников тренинга в настоящий момент, т.е., на занятии.

Особое место в перечне правил групповой работы занимает *принцип конфиденциальности*. Это предполагает, что все, что участники и ведущие тренинга говорят и слышат на занятии, не выносится за пределы группы. Ведущим необходимо подробнее обсудить с участниками, что именно не следует выносить за ее пределы по этическим соображениям, а чем можно поделиться с близкими людьми, родственниками, друзьями. Например, информацию, которую сообщают о себе участники (события из их личной жизни, чувства, мысли), не следует разглашать без их согласия. В то же время, своими впечатлениями, чувствами и мыслями можно делиться, как в группе, так и вне занятий.

При проведении тренинга его ведущим *необходимо учитывать следующие моменты*: важно акцентировать внимание на положительных результатах, достигнутых каждым участником тренинга, это повышает самооценку, укрепляет уверенность в своих возможностях; после каждого выполняемого упражнения необходимо обсуждать с пациентами полученный опыт для осознания их возможностей, прояснения возникающих мыслей и чувств; следует поощрять и мотивировать участников на закрепление освоенных навыков и выполнение их между занятиями (например, в качестве домашнего задания). Это помогает не только закрепить полученные навыки, но и выработать более активную позицию в отношении улучшения своего здоровья. При проведении тренинга рекомендуется чередовать сложные и более простые упражнения, а также упражнения с различной степенью физической активности. Необходимо поощрять вербальное взаимодействие между участниками тренинга для развития их коммуникативной активности и взаимной поддержки.

А) Тренинг навыков решения проблем ²

Освоение навыков решения проблем, как правило, приводит к уменьшению стрессовой нагрузки и к снижению риска возникновения рецидива у больного, способствует развитию у обучаемых собственных стратегий устранения стресс-факторов.

В основу тренинга положена методика «6–ти шаговый метод решения проблем», предложенная I.R. H.Falloon и соавторами³.

Тренинг имеет своей целью развитие у участников ряда навыков, таких, как анализ проблемных ситуаций, переформулирование проблем в термины умений, выработка и оценка вариантов возможных решений, планирование и реализация шагов по решению проблем, анализ успехов и неудач. Кроме того, в случае работы в группе метод направлен на развитие навыков ведения продуктивной дискуссии, достижения консенсуса, снижение межличностных конфликтов. Группа может состоять из членов одной семьи вместе с пациентом, нескольких семей с пациен-

² Солохина Т.А., Трушкина С.В. Тренинг навыков решения проблем для семей пациентов, страдающих психическими расстройствами: Методические рекомендации. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 24 с.

³ I.R. H.Falloon, M.Rapporta, G.Fadden, V. Graham-Hole. Managing Stress in Families: Cognitive and Behavioural Strategies for Enhancing Coping Skills. – 1993.

тами или отдельных представителей разных семей. Ниже перечислены основные этапы/шаги *метода решения проблем и достижения целей*.

Шаг 1. Определение проблемы. На этом этапе необходимо выделить и сформулировать ту проблему, которая будет решаться в ходе дальнейших занятий. Как правило, участники жалуются сразу на ряд взаимосвязанных проблем, с которыми они не могут самостоятельно справиться. Нужно довести до осознания участников мысль о невозможности одновременно справляться с большим количеством трудностей и о необходимости прицельно заняться чем-то одним. Задача ведущего тренинга – добиться выбора всеми участниками только одной проблемы для ее последующего решения. Чем уже и конкретнее сформулирована проблема, тем больше вероятность, что будут найдены эффективные решения и составлен доступный план их воплощения. Завершение шага – проблема сформулирована, принята всеми и записана на доске.

Шаг 2. Поиск возможных вариантов решения. Участники должны найти максимальное количество возможных решений проблемы. Практическая задача ведущего на этом этапе – побудить каждого участника высказать свои предложения. Для этого может быть использован прием «мозгового штурма». Каждое предложение признается и вносится ведущим в список на доске. При этом все идеи по поводу решения проблемы, будь то хорошие или не очень, не комментируются ведущим. Завершение шага – список всех возможных решений представлен на доске.

Шаг 3. Оценка каждого из предложенных вариантов. Следует оценить каждое из предложенных на предыдущем шаге решений с точки зрения его достоинств и недостатков и показать участникам, что идеальных решений не бывает. Каждый предложенный вариант решения проблемы кратко оценивается в плане его достоинств и недостатков. Завершение шага – обсуждены плюсы и минусы всех решений.

Шаг 4. Выбор «достаточно хорошего» решения. На этом этапе участники тренинга должны прийти к согласию по поводу способов решения проблемы. Как правило, решению проблемы препятствует неосознанное убеждение людей в том, что можно найти такой путь, который способен удовлетворить все запросы. Надо донести до участников мысль, что решение, найденное в ходе предыдущих шагов, не является идеальным – это просто такое решение, которое легче всего можно воплотить в жизнь с учетом имеющихся ресурсов. Завершение шага – решение принято всеми участниками.

Шаг 5. Планирование реализации решения. Участники путем обсуждения и дискуссий должны составить подробный поэтапный план,

в котором будут перечислены конкретные действия каждого участника. План необходим для того, чтобы можно было отслеживать каждый шаг при реализации решения. Поэтому следует четко определить: кто и что делает, когда, где, как и с кем. Необходимо рассмотреть с участниками основные трудности, которые могут возникнуть в ходе реализации решения и наметить варианты их преодоления. Завершение шага – составленный план имеется в записанном виде у каждого участника; каждый участник представляет себе свою роль в выполнении плана.

Шаг 6. Анализ выполнения плана. На завершающем этапе необходимо оценить успешность выполнения плана. Ведущий тренинг-специалист в предусмотренное планом время должен организовать встречу для того, чтобы проанализировать успешность воплощения плана. Если проблема успешно разрешена, ведущему следует отметить и озвучить для участников те моменты, которые помогли членам семьи в достижении этого успеха. Целесообразно несколько раз проговорить эти моменты вслух, чтобы члены семьи взяли это себе на заметку на будущее. Завершение шага – план выполнен, проблема разрешена или приблизилась к разрешению; участники приобрели навыки по решению проблем.

Решив одну из своих проблем, семья может вернуться к первому шагу тренинга и продолжать тренировать полученные навыки при решении других проблем. В этом случае следует постепенно сокращать объем помощи семье, ориентируя ее на собственные силы и приобретенные в ходе тренинга умения.

Разработанная методика тренинга навыков решения проблем способствует повышению уровня социальной адаптации и общей удовлетворенности жизнью семей, в составе которых есть люди с психическими расстройствами, этот подход помогает им более полноценно функционировать в обществе.

Б) Тренинг по развитию коммуникативных навыков

Разработанный тренинг ⁴ – это медицинская технология, основными задачами которой являются развитие навыков вербального и невербального общения, отработка навыков конструктивного взаимодействия, социально-приемлемого поведения, развитие навыков в отслеживании своих эмоциональных реакций при взаимодействии с другими людьми,

⁴ Тренинг по развитию коммуникативных навыков у пациентов, страдающих шизофренией. Методические рекомендации для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / Под редакцией проф. В.С. Ястребова. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 36 с.

улучшение понимания чувств собеседника, обучение эффективным способам решения межличностных проблем.

В соответствии с поставленными задачами тренинг состоит из трех этапов. *На первом этапе* (первые три-четыре занятия) тренинг направлен на снятие коммуникативной напряженности, изменение сверхценного отношения к общению, создание безопасной атмосферы прояснение запросов и потребностей участников группы (этому могут способствовать рисуночные методики, отражающие актуальное состояние и психоэмоциональные проблемы участников группы),

На втором этапе (четыре-пять занятий) основным является развитие навыков вербального и невербального общения, ведения беседы, активного слушания, умения просить о помощи и поддержке или отказывать собеседнику, когда это является необходимым, распознавание эмоционального состояния другого человека по мимике и жестам и проч.

Третий этап (три-четыре занятия) направлен на тренировку выбранной стратегии социального поведения и ведения социальных ролей. На этом этапе тренинга участники расширяют диапазон межличностного взаимодействия, повышают свою социальную компетентность.

Каждое занятие тренинга предусматривает три основные части. *В первой, вступительной, части занятия (15-20 минут)* используются упражнения и игры, направленные на снятие психоэмоциональной напряженности, устранение тревожности, повышение групповой сплоченности, предоставление участникам возможности групповой и индивидуальной рефлексии состояний («здесь и теперь»), а также упражнения и игры, обеспечивающие настрой на работу. *Во второй, центральной, части занятия* используются бихевиоральные упражнения и ролевые игры, несущие основную психокоррекционную нагрузку и направленные на развитие вербальных и невербальных коммуникаций, социального восприятия, формирование элементов эффективного межличностного взаимодействия. После выполнения каждого упражнения проводится его обсуждение и анализ, участники тренинга делятся своими чувствами и мыслями.

Третья, завершающая, часть каждого занятия строится с таким расчетом, чтобы закрепить достигнутое в группе, поддержать положительную групповую атмосферу, мотивировать участников на участие в следующем занятии. В заключительной части занятия также проводятся упражнения на групповую и индивидуальную рефлексии состояний.

Все упражнения, которые используются в процессе проведения тренинга, можно разбить на четыре основных блока: упражнения на знакомство и расставание; развитие навыков вербального общения; разви-

тие навыков невербального общения; формирование и развитие навыков и установок межличностного общения.

Примеры упражнений.

1). *Упражнения на знакомство и расставание (Блок №1)* направлены на создание безопасной атмосферы в группе, развитие наблюдательности и навыка внимания к собеседнику, повышение групповой сплоченности и сокращение дистанции в общении, создание положительного эмоционального настроя в группе, введение элементов группового взаимодействия.

Упражнение «Мое хобби» направлено на знакомство, тренировку внимания и памяти. Ведущий просит участников по очереди назвать свое имя, а также одно из своих хобби или увлечений. Второй участник должен повторить то, что сказал первый и затем рассказать о себе. Следующие участники, прежде чем рассказать о себе, повторяют то, что сказали предыдущие участники: имя и хобби.

Упражнение «Чемодан качеств» рекомендуется проводить на заключительном этапе тренинга, когда его участники уже хорошо знают друг друга. Оно направлено на развитие навыков межличностного взаимодействия, умение понимать чувства и эмоциональное состояние собеседника. В этом упражнении каждому участнику группа по очереди собирает «чемодан» качеств, необходимых именно ему – например, смелости, мудрости, жизнелюбия, уверенности, доброжелательности и которые ему могут пригодиться в жизни. Участник, которому собирают «чемодан качеств», в свою очередь говорит о нужности и важности для него этих качеств. В конце упражнения участники делятся своими чувствами, которые возникли в процессе выполнения упражнения, а также насколько легко или сложно было понять другого человека.

2). *Упражнения на развитие навыков вербального общения (Блок №2)* способствует тренировке основных компонентов вербального общения: громкость речи, ее темп и ритм, интонация, развитие умения просить о помощи и поддержке, умение отказать в просьбе, развитие навыка активного слушания и прочее. Кроме этого проводится тренировка поведения, что достигается моделированием наиболее часто встречающихся ситуаций общения, а также тренировка точности воспроизведения получаемой вербальной информации.

Упражнение «Интонация» направлено на развитие навыка использования различных интонаций. Для выполнения упражнения выбирается простая фраза, например: «Сегодня хорошая погода». По очереди каждый участник должен произнести фразу с новой интонацией – вопросительной, восклицательной, безразличной, с удивлением и др., а группа

определяет с какой интонацией она была произнесена. Если интонация была трудно определимой, группа совместно находит ей название или описывает эмоциональное состояние (ситуацию), в которой могла быть произнесена данная фраза. По завершению упражнения происходит обсуждение в общем круге относительно роли интонации в межличностном взаимодействии. Можно подчеркнуть, что интонация даже одного произнесенного слова может отрицательно или положительно повлиять на собеседник, и на это нужно специально обращать внимание.

Упражнение «Рассказ» направлено на развитие навыка внимания к собеседнику, а также развитие способности последовательно излагать свои мысли. Данное упражнение стимулирует вербальную творческую активность участников. Ведущий предлагает всей группе придумать рассказ. Первый участник начинает рассказ и при этом произносит любую фразу, следующий должен ее логически продолжить. Предложения должны составляться так, как будто рассказывает один человек. Нельзя завершать предложение на середине и избегать длинных пауз. Так, по очереди, каждый участник продолжает рассказ, придумывая свое предложение. В результате должен получиться один взаимосвязанный рассказ.

3). *Упражнения на развитие навыков невербального общения (Блок №3)* подразумевают правильное взаимное расположение, дистанцию, позы, движения, жесты, мимику, контакт глазами. Они также направлены на тренировку в распознавании эмоционального состояния другого человека по мимике и жестам, умении выражать собственные эмоции.

Упражнение «Передай предмет» направлено на тренировку в отслеживании своих эмоциональных реакции. Ведущий предлагает участникам в полной тишине начать передавать предмет (карандаш) сначала с отрицательными чувствами (раздражение, безразличие), а затем с положительным (радость, уважение). Тот, кто принимает предмет, должен взять его и передать следующему участнику, выражая названное чувство иначе, главное не повторяться. Затем происходит обсуждение, в котором участники делятся тем, как они себя чувствовали, когда передавали и принимали предмет сначала с отрицательным чувством, а затем с положительным. Ведущий обращает внимание группы на то, какую роль играют наши чувства в межличностном взаимодействии.

4). *Формирование и развитие навыков и установок межличностного общения (Блок №4)*. Упражнения из этого блока помогают участникам приобрести навыки и умения межличностного взаимодействия: способствуют развитию навыков решения проблем; умению аргументировать

свою точку зрения, преодолевать чувства вины и обиды, развивать навыки принимать помощь и оказывать поддержку.

Упражнение «Техника вежливого отказа» способствует развитию навыка решения проблем. Игровая ситуация может быть подобрана ведущими в зависимости от запроса группы. Ведущий может спросить у участников: «Были ли у кого-нибудь ситуации, когда вы хотели, но не могли отказаться и сказать “нет”?»». Ведущий просит участников разделиться на пары и предлагает игровую ситуацию: «Предположим, что к вам пришел рекламный агент с целью вынудить вас что-нибудь купить. Вы совершенно не заинтересованы в том, что Вам предлагается». Участники объединяются в пары, чтобы проиграть вышеописанную ситуацию. При этом задача агента всеми способами пытаться убедить клиента в покупке. Задача клиента: не грубить, отвечать таким образом, чтобы в ответе прозвучало «да» человеку: «Вы очень внимательны и добры» и «нет» предложению: «Спасибо, но я в этом не заинтересован». При необходимости клиент применяет принцип «заезженной пластинки», то есть, чтобы ни говорил агент, клиент его выслушивает и с неизменной вежливостью повторяет одну ту же фразу, например: «Спасибо, но меня это не интересует». В процессе обсуждения необходимо предложить участникам описать их ощущения, а также возникавшие при выполнении упражнения затруднения.

Упражнение «Зато» направлено на возможность снизить конфликт, повысить уверенность в себе, направить тему разговора в позитивное русло. Участникам предлагается разделиться на пары, после чего, один высказывает в адрес другого претензии или недовольства по отношению поведения, внешнего вида, характера, другой отвечает на данное высказывание, начиная со слов «зато». В ответе звучит позитивное высказывание в противовес критике. Пример: «Ты всегда носишь одну и ту же одежду» – «Зато это качественные и практичные вещи и я чувствую себя в них комфортно». «Ты опоздала на работу» – «Зато я подготовила презентацию для нашего выступления». В конце упражнения участникам предлагаются следующие вопросы: «Какие затруднения возникали в процессе выполнения упражнения?»; «Легко ли было находить позитивные ответы на критику, если нет, то почему?».

Анализируя результаты эффективности данного тренинга, нами было выявлено, что у подавляющего большинства пациентов отмечалось улучшение коммуникативных навыков. Многие участники тренинга отмечали снижение уровня тревоги и неуверенности в ситуациях межличностного взаимодействия. Участники тренинга также отметили,

что им стало проще отслеживать свои эмоциональные реакции, а также лучше понимать чувства собеседника.

В) Тренинг по развитию навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции с использованием телесно-ориентированного подхода

Овладение методами психофизической и психоэмоциональной саморегуляции особенно важно больным шизофренией для повышения уровня стрессоустойчивости и более успешной социальной адаптации, улучшения состояния когнитивной, эмоциональной и волевой сферы.

Своевременное использование методов саморегуляции способствует восстановлению сил, нормализует эмоциональный фон, помогает восстановить контроль над эмоциями, усиливает мобилизацию внутренних ресурсов организма.

Особенностью разработанного тренинга⁵ является использование метода образовательной кинезиологии, что представляет определенную новизну.

Основателями образовательной кинезиологии являются американские психотерапевты Поль и Гейл Деннисон, которыми была создана программа «Гимнастика мозга», позволяющая использовать естественные физические движения для улучшения психического и телесного состояния человека. Предложенные авторами упражнения способствуют интегрированному функционированию мозга и тела, основанному на нейрофизиологических закономерностях и на связи мышечного движения с психикой. Работа с телом через движение помогает «оживить» нервные связи между различными участками тела и корой головного мозга, развивая при этом координацию движений, моторные навыки, а также способствует снижению мышечного и эмоционального напряжения, активизации энергетических ресурсов организма, улучшению когнитивных функций.

Значительное место при работе с пациентами принадлежит телесно-ориентированному подходу, который рассматривает человека в единстве его психосоциального и биологического функционирования, способствует мобилизации внутренних ресурсов личности – интеллектуальных, физических, эмоциональных, посредством улучшения контакта с собственным телом, помогая, таким образом, процессу личностной интеграции человека. При этом

⁵ Тренинг по развитию навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции у больных шизофренией с использованием телесно-ориентированного подхода: Методические рекомендации / Л.М. Алиева, Т.А. Солохина, С.Н. Ениколопов, А.Ю. Мясников. – М.: МАКС Пресс, 2015. – 44 с.

подходе триада «мысли – чувства – поведение» рассматривается как единое целое, а изменения в одной области сопровождаются изменениями в другой.

Учитывая применяемые в тренинге подходы и методики, комплексно решаются *следующие задачи*: развитие психофизической и психоэмоциональной саморегуляции посредством освоения навыков управления дыханием, снижение мышечного и психоэмоционального напряжения; освоение навыков самонаблюдения (поза, походка, эмоции, энергетический тонус организма и др.), осознание собственных внутренних ресурсов (интеллектуальных, физических, эмоциональных) и использование их для психофизического и психоэмоционального восстановления; улучшение когнитивных функций, расширение двигательного репертуара, развитие спонтанности движений и их координации.

Тренинг состоит из трех этапов, каждый из которых имеет свои задачи. Задачами первого этапа (с 1 по 4-е занятие) являются расширение у пациента общего телесного (кинестетического и тактильного) осознания, создание устойчивого чувства безопасности и комфорта в своем теле, приобретение опыта синхронизации (гармоничного взаимодействия) с другим человеком, развитие большего доверия к себе и своим психофизическим возможностям посредством освоения навыков саморегуляции и восстановления. Задачи второго этапа (с 5-го по 7-е занятие) – знакомство с методами, направленными на исследование границ тела, приобретение навыка самонаблюдения, продолжение освоения навыков психофизической саморегуляции и восстановления. На третьем этапе (8–12-е занятие) исследование связи движений с чувствами и мыслями, расширение двигательного репертуара и эмоционального самовыражения, продолжение освоения навыков психофизической саморегуляции и восстановления.

Примеры упражнений из программы «Гимнастика мозга». Эти упражнения полезны при астеническом синдроме, перепадах настроения, повышенной тревожности, мышечном и эмоциональном напряжении, нарушенной концентрации внимания.

Упражнение «Энергизатор» повышает концентрацию внимания, активизирует вестибулярный аппарат, мозговое кровообращение, расслабляет плечевой пояс. Для выполнения упражнения необходимо положить руки на стол перед собой или на колени и наклонить подбородок к груди. Ведущий просит расслабить плечи и спину. С глубоким вдохом следует немного запрокинуть голову назад, прогнуть спину, раскрыть грудную клетку. Затем сделать выдох, снова расслабить спину и опустить подбородок к груди. Опустить голову так, чтобы растянуть

мышцы шеи сзади, расслабиться и дышать глубоко. Повторить упражнение несколько раз.

Упражнение «Волшебные кнопки», направлено на активизацию мозгового кровообращения, внимания, а также на снятие эмоционального напряжения и тревоги. Для освоения техники необходимо положить ладонь одной руки на живот в районе пупка, другой рукой массируйте точки под ключицами справа и слева от грудины («подключичные ямки»). Упражнение сопровождается глубоким вдохом и выдохом и выполняется в течение минуты. Затем, необходимо поменять руки, выполнив то же самое в течение одной минуты.

Упражнение «Перекрестный шаг» способствует обмену энергий между правым и левым полушариями головного мозга. Применяется при хронической усталости, физическом и умственном истощении, улучшает координацию. Во время ходьбы на месте одновременно поднимайте правую руку и левую ногу. Опуская их, поднимайте левую руку и правую ногу, рукой пересекая срединную линию, как бы раскачивая ее в направлении противоположной стороны тела. Упражнение сопровождается глубоким вдохом через нос и выдохом через рот. Рекомендуется сделать 8–12 таких шагов.

Упражнение «Восьмерки» применяется при сильном эмоциональном напряжении. Упражнение также направлено на развитие пространственного восприятия, гармонизацию работы правого и левого полушария головного, снятие мышечного напряжения и напряжение мышц глаз. Ведущий предлагает поставить ноги на ширине плеч, вытянуть руки перед собой и горизонтально выписывать цифру 8 так, чтобы руки двигались с более широкой амплитудой, свободно, без напряжения. Затем, перенести руки вверх и вправо, делая круг вниз, затем вверх и влево, снова круг вниз, после чего опять вверх и вправо. Упражнение выполняется в течение одной-двух минут.

Оздоровительное дыхание. Целью дыхательных упражнений является успокоение нервной системы, регуляция психоэмоционального состояния, создание спокойного ровного настроения, ознакомление с методами правильного дыхания, осознание важности правильного дыхания на психофизическую сферу человека.

Упражнение «Свирель». Направлено на создание спокойного ровного настроения. Для выполнения упражнения предлагается сесть в удобную позу, сделать полный, длительный, спокойный вдох через нос, задержать дыхание на несколько секунд. Затем сложить губы трубочкой, как для свиста и выдохнуть сквозь сложенные губы так, как если бы вы хотели посвистеть. Повторить несколько раз.

Упражнения, направленные на обучение методам самонаблюдения, психофизического расслабления и релаксации, ознакомление с мышечными зажимами.

Упражнение «Пережат напряжения». Ведущий дает инструкцию: «Напрягите до предела правую руку, постепенно расслабляя ее, полностью переведите напряжение на левую руку. Затем, постепенно расслабляя ее, полностью переведите напряжение на левую ногу, правую ногу, живот».

Результаты оценки эффективности показали, что участие в тренинге способствовало снижению уровня тревожности, улучшению координации, развитию моторных навыков, снижению мышечного и эмоционального напряжения, повышению самооценки.

Г) Технология групповой работы на основе экзистенциально-аналитической терапии и логотерапии

Групповая психологическая работа направлена на осознание ценности собственного «Я», формирование адекватной самооценки, нахождение жизненного смысла, формирование осознанного отношения к жизни, развитие способности принимать самостоятельные решения и нести ответственность за свою жизнь, а также на снижение стигматизации.

Основу групповой работы составляют разработки австрийских психотерапевтов А. Лэнгле и В. Франкла, в связи с чем теоретической основой является экзистенциальный анализ и логотерапия (логотерапия – поиск смысла жизни; происходит от греческого «логос» – слово, смысл).

Программа групповой работы рассчитана на 20 занятий. На каждом занятии проводится обсуждение конкретной темы, которую предлагают ведущие тренинга. В процессе групповой работы рассматриваются четыре основных блока: «Я и мир», «Жизненные ценности», «Аутентичность», «Жизненный смысл». В каждый блок входит от двух до шести отдельных тем.

В качестве примеров предлагается краткое описание ряда занятий и их тематическая направленность.

Блок 1. «Я и мир».

Тема «Опоры». Занятие направлено на исследование различных видов «опор» в себе самом и во внешнем в мире для формирования чувства доверия к себе и окружающему миру. Ведущие предлагают участникам поразмышлять над такими вопросами: «С чем ассоциируется понятие “опоры”?», «Что укрепляет меня в моей жизни?», «На что я могу опереться в себе самом и в мире?», «Что дает мне опору в моей жизни в первую очередь?».

Тема «Доверие» включает работу над осознанием важности формирования доверительного отношения в межличностном взаимодействии. Для самопознания предлагаются следующие вопросы: «Что значит доверять?», «Что я чувствую, когда я доверяю?», «Что я чувствую, когда мне доверяют?», «Какую роль играет доверие в моей жизни?».

Блок 2. «Жизненные ценности».

Тематика блока направлена на осознание внутренних и внешних личностных ценностей. Участникам предлагаются следующие вопросы: «Что для меня является ценным?», «Что мне дают для жизни мои ценности?», «Что мне нравится?», «Что мне не нравится?».

Блок 3. «Аутентичность».

Аутентичность – одна из центральных ценностей, которая понимается как соответствие человека самому себе; способность жить, не изменяя своему истинному Я. Вместе с тем, недостаточная ценность собственного Я лежит в основе низкого самоуважения личности, ее неуверенности в себе и в своих силах, ее несамостоятельности и податливости различным внешним влияниям. Понимание своего Я выступает главным фактором саморазвития, самосовершенствования, самоуправления и самоактуализации личности.

Еще одно понятие, самооценność, отражает то, насколько человек считает себя достойным внимания и любви окружающих вне зависимости от тех результатов и успехов, которые он в данный момент демонстрирует. В этом случае понятие «самоценность» приравнивается к понятию «самоуважение».

Тема блока «Самоценность и самоуважение» способствует осознанию ценности собственного Я, развитию самооценности личности. Для самопознания предлагаются следующие вопросы: «Что я переживал, когда чувствовал, что меня уважают и ценят?», «Как я выражаю свое уважение к себе и к другим людям?», «Как происходит процесс самооценки в повседневной жизни?», «Что мне помогло развить самооценность?», «Как возможно прийти к осознанию собственной ценности?».

Блок 4. «Жизненный смысл».

Тема «Смысл жизни» обращает внимание участников на степень осмысленности своей жизни, возможность увидеть смысл в каждой жизненной ситуации, выявить связь между имеющимся смыслом и жизненными ценностями, лежащими в их основе.

Участники занятий размышляют над такими вопросами: «Что я даю жизни (через свою творческую деятельность)?», «Что я получаю от жизни (ценности переживания, прочее)?», «Моя внутренняя позиция

по отношению к жизни через мои личные жизненные установки (ценности отношения)».

На занятиях обсуждается, что не существует смысла жизни «вообще», существует конкретный смысл жизни данной личности в данный момент. Смысл жизни меняется от ситуации к ситуации.

Опыт проведения групповой работы показал, что процесс самопознания способствовал:

- лучшему пониманию своих проблемных и ресурсных сторон личности;
- формированию чувства ответственности перед другими;
- развитию умения занять определенную позицию в той или иной ситуации, опираясь на собственные ценности и потребности;
- развитию умения понимать и принимать позицию и ценности другого человека;
- быть открытым в отношении с другими;
- понимать свои страхи,
- расширить спектр возможностей для самореализации в различных сферах жизнедеятельности.

Полученные знания способствуют социально-личностному восстановлению больных шизофренией, процессу их психологической и социальной адаптации, интеграции в семью и общество.



А.О. Одолламский

Ресоциализирующее терапевтическое сообщество

В этой статье мы хотим ознакомить читателей с принципами работы терапевтических сообществ (далее ТС), коснуться их значения и роли для психиатрии.

Начало истории ТС тесно связано с движением протестантов в Англии, которое именовалось «Обществом друзей». Члены «Общества друзей» активно вели бизнес и оказывали различные виды благотворительности. В 1790 г. ими было принято решение открыть психиатрическую лечебницу под названием – «The Retreat» (твердь, убежище).

Основной задачей лечебницы, открытой на средства «Общества друзей», должно было стать предоставление опоры, поддержки ее обитателям, возможность дать жизненное пространство человеку, имеющему проблемы с психическим здоровьем. В клинике были отменены цепи и другие методы стеснения, кроме смиренных жилетов. Следуя своим принципам, «Общество друзей» огромное внимание уделяло труду. В лечебнице больных поощряли к осмысленному, обязательно оплачиваемому труду, обучению полезному ремеслу. При этом принципиальным было сохранение уже имеющейся профессии и предоставление возможности ее практиковать. Уделялось большое внимание организации уюта в зданиях лечебницы. В целом лечебница была рассчитана на 30 человек. Первые четырнадцать пациентов были приняты в лечебницу в 1797 году. Большинство больных до поступления в лечебницу были признаны неизлечимыми, но после выхода из лечебницы состояние больных было признано значительно улучшившимся.

В основу работы клиники «The Retreat» был положен принцип нравственного лечения (*Moral Treatment*). *Нравственное лечение (Moral Treatment)* может быть описано как идеология, практика и принцип обращения с психическими больными. Именно *моральное лечение* и позволяет считать «The Retreat» истоком, позволившим возникнуть ТС.

Термин «терапевтическое сообщество» был введен английским психиатром Томом Мэйном в 1946 году и употреблялся им для обозначения организационного подхода к оказанию помощи больным, который характеризовался определенным набором принципов и методов. Этот термин применялся к сообществам, альтернативным традиционным психиатрическим больницам, и проводившим свою работу под флагом

реформаторского и правозащитного движения. Позднее ТС для людей с проблемами психического здоровья объединились в сеть, что дало возможность говорить о движении терапевтических сообществ. В настоящее время терапевтические сообщества представляют собой неотъемлемую часть национальных психиатрических служб Великобритании, Германии, Норвегии, Швеции, Греции, Финляндии и Италии.

Современные принципы терапевтического сообщества

Наиболее общим определением ТС будет определение, данное Ассоциацией Терапевтических Сообществ: *это место, где люди с особыми потребностями или проблемами живут вместе в попытке найти более адаптивный способ существования среди других*. «Живут вместе» обозначает вместе готовят, вместе играют, вместе работают, и, может быть, вместе проходят терапию.

Основной задачей ТС является интеграция человека в социум и развитие его способности к адаптации, сохранение существующих связей с окружающими людьми и установление новых. Задачей ТС является не само по себе излечение болезни, а предоставление пространства для развития пациента. Групповая работа позволяет разграничить собственные переживания и желания и переживания другого, понять, как влияет собственное поведение человека на других участников группы, что является наиболее значимыми факторами в адаптации пациента.

По-другому рассматривается концепция заботы. Она заключается не в работе, выполняемой *вместо* пациента, а в помощи пациенту *самому* выполнять свою работу. Принципиальным моментом является не «*вместо*», а «*вместе*». Помимо усиления здоровых частей личности при взаимодействии с внешним миром важным аспектом данного подхода является преодоление синдрома госпитализма за счет взрослой и ответственной позиции пациента.

В терапевтическом сообществе клиники «The Retreat», например, серьезное внимание уделяется «присвоению» пространства комнаты, в которой живет пациент. Пациентов активно вовлекают в его построение: выбрать и расставить мебель, украсить по своему вкусу комнату и проч.

В ТС пациентов вовлекают в максимально возможное, с учетом состояния, участие в его повседневной жизни, такое, как составление списка продуктов и их покупка, управление бюджетом при выборе про-

дуктов питания, организация досуга, поддержание чистоты помещений, соблюдение правил гигиены. Во многих ТС издается собственная газета, существует радио и даже локальное телевидение.

Таким образом, деятельность современных ТС базируется на следующих основных принципах:

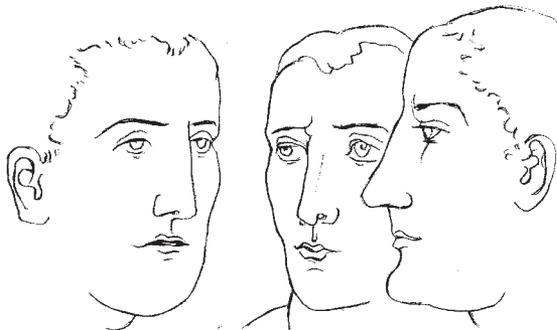
- основой терапии является понимание себя, своих чувств и переживаний;
- осознание своих границ через общение с другими;
- открытое, честное общение между всеми членами ТС – персоналом и пациентами. Персонал организации, в свою очередь, находится в ситуации непрерывного анализа всего происходящего в ТС, исследования конфликтов, переживаний, эмоционального восстановления;
- конфронтация реальностью, что подразумевает получение обратной связи всеми членами терапевтического сообщества друг от друга;
- коммунизм – совместная деятельность, подразумевающая совместную работу всех членов сообщества на основе коллективистской модели;
- принцип демократизма – решение всех важных вопросов, включая планирование бюджета, общим собранием пациентов и персонала;
- пациент не рассматривается как воплощение беспомощности и болезни, а персонал как воплощение душевного здоровья. Такой подход позволяет персоналу не обесценивать пациентов и поддерживать более теплый контакт с пациентом, не подвергаясь эмоциональному выгоранию;
- основным критерием заботы является вовлеченность в процесс развития пациента при соблюдении профессиональных границ. Теплые, принимающие отношения персонала к пациенту не должны перерастать в дружеские, приятельские или иные непрофессиональные отношения;
- подход к лечению, как к процессу научения, обучения. Научение пониманию себя, совладанию с сильными чувствами и их контейнирование при помощи группы или своих собственных усилий, общение с внешним миром и его представителями в повседневной жизни, обучение жизненным навыкам – таким как самообслуживание, или общение с работодателем, продавцом в магазине и т.д., а также включение академических образовательных программ, профессиональной подготовки и переподготовки.

Как правило, в ТС применяются следующие виды групповой работы:

1. Собрание сообщества.
2. Малая группа (психотерапевтическая).
3. Кризисная группа (для переживающих кризис).
4. Группа для покинувших ТС.
5. Группа подготовки для собирающихся поселиться в ТС.
6. Собрание персонала.
7. Рабочая группа (работы в саду, по дому, на кухне и т.п.).
8. Группа «поддержания уюта».

Необходимо отметить, что одной из важнейших задач международной ассоциации ТС является изучение эффективности их деятельности, в том числе экономической, на основе доказательной медицины. Опыт развития ТС показывает, что наиболее успешной моделью их развития оказалась модель, при которой ТС рассматривается как форма лечения, внутри которой возможны индивидуальный, групповой или семейный формат работы на основе различных теоретических подходов таких, как социальное научение, психоаналитическая, групп-аналитическая, системная, когнитивно-поведенческая психотерапия и другие.

Аналогичная модель работы используется в РБОО «Семья и психическое здоровье», являющейся, по сути, терапевтическим сообществом, использующим многие базовые принципы ТС, такие, как совместная деятельность, процесс научения, честное и открытое общение между всеми членами сообщества, осознание своих границ через межличностное взаимодействие, наличие обратной связи на неадекватное поведение, вызванное болезнью, в безопасных условиях. Все это обеспечивает каждому участнику реабилитационных программ, каждому члену организации развитие, поддерживающее окружение, а также мотивирует его к участию в психосоциальном и психотерапевтическом лечении.



Для заметок

Для заметок

Научно-популярное издание

Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье

3-е издание, переработанное

Художник С. Гавриков

ООО «Издательство МБА»
Москва, ул. Озёрная, д. 46, тел.: (495) 7263169;
(495) 9682416; (495) 6234554; (495) 6253813.
email: izmba@yandex.ru
Генеральный директор С.Г. Жвирбо

Отпечатано в типографии ООО «Принт сервис групп»,
Москва, ул. Борисовская, д. 14, стр. 6, 3565264@mail.ru
Печать офсетная. Бумага офсетная 65 г
Формат 60х90/16, 12,25 печ. л.
Тираж 1000 экз.