

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Региональная благотворительная общественная организация
«Семья и психическое здоровье»
Российское общество психиатров
Союз охраны психического здоровья
Межрегиональное общественное движение
в поддержку семейных клубов трезвости

ОБЩЕСТВЕННО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЯ: научно-практические аспекты и векторы развития

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием, посвященной 20-летию создания
общественной организации
«Семья и психическое здоровье»
9 июня 2022 года



МОСКВА – 2022



П84 Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию создания общественной организации «Семья и психическое здоровье», 9 июня 2022 года / Под ред. Т. А. Солохиной, М. В. Кузьминовой, В. Г. Митихина, Г. В. Тюменковой. – Москва : МАКС Пресс, 2022. – 252 с.

ISBN 978-5-317-06796-0

<https://doi.org/10.29003/m3017.978-5-317-06796-0>

Настоящий сборник включает в себя материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития», посвященной 20-летию создания общественной организации «Семья и психическое здоровье». В нем представлены научные исследования в области организации службы психического здоровья в России и за рубежом, рассматриваются современные технологии психосоциальной реабилитации, в том числе на основе духовно-ориентированного подхода; отображен опыт работы общественного сектора в отечественной службе психического здоровья.

Рекомендуется для научных сотрудников, психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, а также представителей некоммерческих организаций, волонтеров, работающих в сфере психического здоровья, священнослужителей и учащихся духовных учреждений.

Ключевые слова: психиатрия, службы психического здоровья, общественные организации, профилактика психических расстройств, психосоциальная реабилитация, психотерапия, духовно-ориентированный подход.

УДК 616.89:061.3

ББК 88.4+56.14

ISBN 978-5-317-06796-0

© ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», 2022
© РБОО «Семья и психическое здоровье», 2022
© Авторы, 2022
© Оформление. ООО «МАКС Пресс», 2022

Оглавление

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ДИРЕКТОРА ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ», ПРОФЕССОРА, ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК ТАТЬЯНЫ ПАВЛОВНЫ КЛЮШНИК	11
---	----

Часть 1

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Абрамов К.В., Шмелева К.М., Рассушина А.П. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ	13
Абрамов К.В., Шмелева К.М., Рассушина А.П. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ	16
Авилов А.Ю., Сапелкин С.В., Бизюк А.П. ДЕВИАЦИИ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	19
Алиева Л.М. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	22
Бebчyк М.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СЕМЕЙНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОМУ РЕБЕНКУ	26
Бebчyк М.А., Басова А.Я., Безменов П.В. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	29
Бойко О.М., Ениколопов С.Н. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	33
Бойко О.М., Маклин М.В. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КРАТКОСРОЧНЫХ ДИСТАНЦИОННЫХ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ	36

Бородин В.И. НОРМА И ПАТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ	38
Бурьгина Л.А., Старинская М.А., Давидов Д.Р. ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕН- ТОВ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНО- СТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 4 ИМЕ- НИ П.Б. ГАННУШКИНА ДЗМ»	42
Галако Т.И., Пантелеева Л.Ю. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНЫХ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИ- КО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СООБЩЕСТВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	45
Головина А.Г., Шмакова О.П. ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПОДРОСТКОВ В ЭПОХУ COVID-19 – МИШЕНИ ТЕРАПИИ, СТРАТЕГИИ КУРАЦИИ И СОЦИОРЕАБИЛИТАЦИИ	48
Гуткевич Е.В. СЕМЬЕЦЕНТРИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ТЕХНОЛОГИИ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	51
Дацковский В.М. ПУТИ СПОЛЗАНИЯ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВАКУУМ И ПУ- ТИ ВЫХОДА ИЗ НЕГО	54
Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н., Носачев И.Г. ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ПРИ СЕМЕЙНО ОРИЕНТИРОВАННОМ ПОДХОДЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ДЕПРЕССИЙ)	58
Злоказова М.В., Семакина Н.В. МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД В ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ ГРУППЫ РИСКА ПО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ	60
Зозуля С.А., Солохина Т.А., Ключник Т.П. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНО- СТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	65
Карпенко О.А. ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	68

Кирюхина С.В., Кузьмин Д.И., Баранов Д.В., Кукина Г.Н., Лабунский Д.А.	
АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ИНВАЛИДИЗАЦИЮ ВСЛЕД- СТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	71
Кузьмина С.В.	
РИСКИ НАРУШЕНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИ- КОВ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СФЕРЫ	74
Кузьминова М.В.	
ДИСТАНЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РАС- СТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИХ РОД- СТВЕНИКАМ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА.....	77
Кузьминова М.В.	
РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИ- ХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХ- НОЛОГИИ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ	80
Кузьминова М.В.	
СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИ- ЛЕПСИЕЙ	83
Кучимова Ч.А.	
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕ- СКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В КОМОРБИДНОСТИ С ТРЕВОЖ- НО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	87
Лиманкин О.В.	
ОЦЕНКА ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ – ВНЕВЕДОМСТВЕННЫЙ РЕГУ- ЛЯТОР КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	91
Любов Е.Б., Зотов П.Б.	
СТРЕССОГЕННЫЕ И СУИЦИДООПАСНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПЕР- СОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19	94
Миняйчева М.В., Пуговкина О.Д.	
ДИНАМИКА РУМИНАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ В ХОДЕ МЕТАКОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА (МКТ-Д).....	97
Митихин В.Г.	
СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОС- СИИ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО	100

Митихин В.Г., Солохина Т.А.

МЕТОД АНАЛИЗА ИЕРАРХИЙ – СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРИ ОБРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ104

Митихин В.Г., Солохина Т.А., Кузьмина М.В., Тюменкова Г.В.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПОЗИЦИЙ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА И МЕТОДА АНАЛИЗА ИЕРАРХИЙ.....107

Пономарева Е.В.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ И ИХ РОДСТВЕННИКАМ.....110

Рыбакова Т.В., Бубнов А.А., Малаховская К.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРИГАДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА113

Савушкина А.И., Рощина И.Ф., Солохина Т.А.

ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ116

Савушкина А.И., Солохина Т.А., Рощина И.Ф.

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА118

Самойлова Д.Д.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЕТОМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ121

Северина Ю.В.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....125

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

ДЕМЕНЦИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ ПАЦИЕНТА128

Сергиенко А.А., Зверева Н.В., Суркова К.Л., Строгова С.Е.,**Зверева М.В., Балакирева Е.Е.**

О ЗНАЧЕНИИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ЭКО)130

Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Сачук О.В. К ВОПРОСУ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙ- СТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В ОНКОПЕДИАТРИИ	133
Трушкина С.В. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА КАК ФАК- ТОР ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТА И ЕГО СЕМЬИ	136
Шмакова О.П., Головина А.Г. ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИ- АТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	139
Шмелева К.М., Абрамов К.В., Рассушина А.П. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬ- НЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ	141

Часть 2

СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРОЕКТЫ. ОПЫТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ТЕХНОЛОГИИ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОТРЕБНОСТИ

Вишняков А.В., Данилова А.Д., Злоказова М.В. ВОЛОНТЕРСКОЕ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ СТУ- ДЕНТОВ «ЯСНЫЙ ВЗГЛЯД».....	145
Гебель К.М., Ханько А.В., Ляшко С.В., Герер А.Э. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: САМООЦЕНКА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИ- АТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕ- СКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	148
Егорова И.В., Толмачев В.А. УЧИТЬСЯ ДРУЖИТЬ, РАБОТАТЬ, ЖИТЬ.....	151
Кузнецова О.Г. МОДЕЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ПСИХИ- ЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ «ГАРМОНИЗАЦИЯ ЖИЗНИ».....	154
Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОБЩЕСТВЕННО-ОРИЕНТИРОВАН- НАЯ ПСИХИАТРИЯ И ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО.....	157
Палин А. В., Бурыгина Л.А., Голубев С.А. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ ПРОЕКТЫ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ: ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	160

Полунова М.А., Алиева Л.М.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ДИСТАНЦИОННОЙ ПОМОЩИ
В ПЕРИОД СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С ПАН-
ДЕМИЕЙ COVID-19: ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ.....163

Попова Н.Т.

АНАЛИЗ БАЗОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ РАЗВИТИЯ УЧАСТНИКОВ
ИНКЛЮЗИВНОГО КОЛЛЕКТИВА. ИНТЕГРИРОВАННАЯ ТЕАТ-
РАЛЬНАЯ СТУДИЯ ИТС «КРУГ».....167

Солохина Т.А.

ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО СЕКТОРА
В ПСИХИАТРИИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ 20-ЛЕТНЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ».....170

Степунина Н.Е.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ В ЦЕНТРЕ АДАПТАЦИИ И РАЗВИТИЯ
«ИЗУМРУДНЫЙ ГОРОД».....175

Трушелёв С.А.

КЛУБНЫЕ ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....178

Тюменкова Г.В., Гебель К.М., Иванова Е.А., Канакова Е.В.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕ-
НИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЕГО ОКАЗАНИЯ186

Фоминых О.М.

НЕОЖИДАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕА-
БИЛИТАЦИИ191

Шпицберг И.Л.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНО-
СТЬЮ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ, РЕАБИЛИ-
ТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЫХ
ЛЮДЕЙ С РАС В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОПЫТ ЦЕНТРА
«НАШ СОЛНЕЧНЫЙ МИР» И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИ-
РОВАННЫХ НКО194

Ягина О.М., Мартусова Е.В., Фоминых О.М.

СТУДЕНЧЕСКОЕ ВОЛОНТЕРСТВО В ПСИХИАТРИИ. ОПЫТ
РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ197

Часть 3
ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД
В СЕМЕЙНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ
ПОВЕДЕНИЯ

Владимирова Т.В., Копейко Г.И., Борисова О.А.

О РЕЛИГИОЗНЫХ ФОРМАХ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ ПОМОЩИ ПАЦИЕН-
ТАМ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ203

Зоричич З.

КОМПЛЕКСНАЯ СЕМЕЙНАЯ АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ
БОЛЬНЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ: МИРОВОЙ
ОПЫТ212

Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В.

МЕСТО ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ В КОМ-
ПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ216

Магай А.И.

СТРУКТУРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ДУХОВНО-
ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВА-
МИ ПОВЕДЕНИЯ221

Магай А.И., Устинов Н.В., Копейко Г.И.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИ-
ОННОЙ ПРОГРАММЫ С ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫМ
КОМПОНЕНТОМ225

Машкова И.Ю.

ТРАДИЦИИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ
ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ПОМОЩИ
СЕМЬЯМ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ229

Немцев А.В.

РЕЛИГИОЗНОСТЬ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕ-
НИЮ232

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

РОЛЬ И МЕСТО ДУХОВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ БИОПСИХО-
СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ В ОБЩЕСТВЕННО-ОРИЕНТИРОВАН-
НОЙ ПСИХИАТРИИ235

Ребенок П.В.

ОЦЕНКА РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ238

Смирнова Е.В.

ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ С РЕЛИГИОЗНЫМ КОНТЕНТОМ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И РЕЛИГИОЗНОЙ ПОДДЕРЖКИ241

Сорко Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РИТУАЛОВ И ПОЗИТИВНЫХ СООБЩЕНИЙ В СИСТЕМЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ У КЛИЕНТОВ С ПРОБЛЕМАМИ ЗАВИСИМОСТИ246

Устинов Н. В.

ПРАКТИКА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ С РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРАВОСЛАВНОЙ АНТРОПОЛОГИИ248

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО

Уважаемые коллеги!

Позвольте приветствовать вас на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития»!

Уникальность этой конференции состоит в том, что в ее работе принимают участие не только специалисты в области психического здоровья – ученые, работники практических психиатрических учреждений, но также священнослужители и представители некоммерческих организаций, оказывающие поддержку лицам с психическими расстройствами. А сама конференция посвящена 20-летию создания общественной благотворительной организации «Семья и психическое здоровье», основанной сотрудниками Научного центра психического здоровья и родственниками психически больных людей. Эта организация добилась значительных результатов по многим направлениям своей деятельности, в том числе в сфере психосоциальной реабилитации.



Надеюсь, что широкое представительство участников конференции даст возможность всесторонне обсудить достижения и перспективы развития современной службы психического здоровья, результаты ее модернизации в России и за рубежом, позволит рассмотреть вопросы разработки и внедрения современных технологий психосоциальной реабилитации, в том числе на основе духовно-ориентированного подхода, а также проанализировать опыт работы общественного сектора в отечественной службе психического здоровья.

Развитие психиатрической науки в последние десятилетия непосредственно связано с освоением новых областей знаний, овладением современными эффективными технологиями, к которым необходимо отнести и программы реабилитации, и профилактики нарушений психического здоровья. Необходим мультидисциплинарный подход к ока-

занию наиболее эффективной помощи людям с психическими расстройствами, опирающийся на доказательные исследования в этой области и сотрудничество команды специалистов. Поэтому нельзя не отметить, что последние достижения в области нейробиологических исследований значительно влияют и на результаты психосоциальной реабилитации в психиатрии. Возрастает значимость и информативность биологических маркеров, которые могут быть использованы для объективизации состояния пациента, что помогает определить успешность реабилитационных и профилактических программ. Учитывая это, в программу конференции включен пленарный доклад, который будет посвящен развитию иммунологического подхода для оценки эффективности психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами.

Достижения в области пасторской психиатрии свидетельствуют о важности духовной составляющей в оказании помощи душевно больным людям и членам их семей, поэтому специальная секция посвящена вопросам духовно-ориентированного подхода в реабилитации больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Важно подчеркнуть, что конференция направлена на консолидацию и развитие сотрудничества, формирование партнерских отношений специалистов научных и практических учреждений с представителями общественного сектора, духовенства, а также на усиление роли общественного сектора в общей системе службы психического здоровья.

В завершение я хотела бы поблагодарить региональную благотворительную общественную организацию «Семья и психическое здоровье», отметившую свой 20-летний юбилей, фармацевтическую компанию «Янссен», являющуюся подразделением фармацевтических товаров ООО «Джонсон & Джонсон», Союз охраны психического здоровья, Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости, коворкинг-центр Южного административного округа за то, что они являлись партнерами и спонсорами в организации этой важной и своевременной конференции. Разрешите мне также поблагодарить всех, кто нашел возможность принять в ней участие.

Желаю успеха участникам конференции!

Директор ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
профессор, доктор медицинских наук
Т.П. Ключник

Часть 1

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Абрамов К.В., Шмелева К.М., Рассушина А.П.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Психосоциальная реабилитация является важным компонентом на разных этапах лечения в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (далее – центр). В ходе реабилитации используются различные современные психотерапевтические и психокоррекционные методы, а также подходы, направленные на развитие интеллектуального и творческого потенциала ребенка, формирование необходимых навыков общения, саморегуляции, способствующие его адаптации и социализации в микро- и макросреде. Благодаря работе мультидисциплинарной команды появляется возможность использовать многообразие психокоррекционных методов и охватывать все ближайшие зоны развития ребенка, максимально реализуя имеющийся в центре реабилитационный потенциал на момент госпитализации ребенка. Большая часть подходов подразумевает активное участие родителей (законных представителей) и/или значимых лиц в процессе коррекционной работы, что позволяет поддерживать преемственность процесса вне госпитализации и в большей степени реализовать возможности каждого конкретного метода.

В реабилитационный процесс включены индивидуальные и групповые формы занятий, индивидуальный план которых составляется с учетом рекомендаций и назначений врача, характерных черт ребенка и течения заболевания, к которым относятся особенности поведения, эмоциональной сферы, степени социальной интеграции, интересов и увлечений.

В центре представлены несколько направлений психосоциальной реабилитации: арт-терапия, арт-педагогика, адаптивная физическая культура, нейропсихологическая и дефектологическая коррекция, АВА-терапия, профориентация, эрготерапия, семейная терапия и кор-

рекция детско-родительских отношений. Каждый метод подразумевает работу с определенными мишенями и задачами, в соответствии с которыми составляется индивидуальная реабилитационная программа.

Для эффективной реализации потенциала представленных направлений коррекции игровые комнаты, библиотека, кабинеты песочной терапии, эрготерапии оснащены необходимым оборудованием и дополнительными материалами.

Арт-терапевтический блок занятий в центре включает танцевально-двигательную терапию, песочную терапию, изотерапию, библиотерапию, мифодраму, сказкотерапию, музыкальную терапию. В ходе психотерапевтических занятий с использованием творческой активности и/или художественных материалов специалисты развивают у ребенка способность самовыражения, самопознания. Арт-терапия фокусируется не только на результате, но и на процессе работы, что делает этот подход особенно гибким, учитывающим индивидуальные особенности каждого ребенка.

Арт-педагогика в качестве самостоятельного направления реабилитационной работы ориентирована на формирование основ культуры личности, а также развитие необходимых ребенку социальных и прикладных навыков через творческую деятельность. Основное преимущество метода – возможность вовлечь ребенка в коллективный коммуникативно-познавательный процесс средствами искусства, учитывая их воздействие на каждого ребенка. Примером арт-педагогических занятий в центре является театральная студия и мим-терапия.

Адаптивная физическая культура – комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к социальной среде людей с ограниченными возможностями. Физическая культура формирует необходимые двигательные координации, физические качества и способности, направленные на жизнеобеспечение, развитие и совершенствование организма.

АВА-терапия охватывает большой спектр поведенческих нарушений в рамках различных нозологий. Подход подразумевает систематическую коррекционную работу с регулярной фиксацией и анализом динамики изменений. Основной упор делается на расширение репертуара поведения и взаимодействия, нивелирование или снижение частоты деструктивных стереотипов поведения и формирование новых, социально приемлемых паттернов поведения.

Специалисты дефектологической службы и логопеды ставят перед собой задачи, связанные с развитием познавательных, учебных навыков

и развитием речи, что в значительной степени увеличивает шансы на достаточный для дальнейшего развития уровень социальной активности ребенка и его адаптации к макросреде.

Нейропсихологи в центре оказывают как диагностическую, так и коррекционную помощь детям. Занятия направлены на переструктурирование и компенсацию нарушений функционирования структур мозга. Цикл нейропсихологических занятий является эффективным способом профилактики и коррекции школьной дезадаптации.

Эрготерапия позволяет пациентам развить необходимые для жизни в обществе социально-бытовые навыки, научиться осуществлять процедуры по гигиене и заботе о себе, улучшить качество жизни ребенка как в домашних условиях, так и в условиях специальных учреждений. Формирование новых навыков снижает нагрузку на близких родственников и других специалистов, включенных в реабилитацию и уход за ребенком.

Профориентационный блок реабилитационных мероприятий подходит для учащихся в старшей и средней школах, а также колледжах. Специалисты по профориентации помогают пациентам определить свои сильные стороны и интересы, выстроить реалистичный план обучения и начать путь профессионального самоопределения. В дальнейшем образовательный маршрут с учетом возможностей и ограничений конкретного ребенка позволяет увеличить шансы на включение в общественно полезную деятельность, возможность финансовой независимости и самореализации.

Включенность родителей в реабилитационный процесс поддерживается их активным вовлечением в семейную терапию. Родители получают возможность разрешить актуальные проблемы, влияющие на состояние и поведение ребенка, сформировать реалистичные представления об особенностях ребенка и скорректировать ожидания и представления о необходимости помощи специалистов с учетом актуальных трудностей и сильных сторон. В процессе семейной терапии создается возможность для более экологичной и продуктивной коммуникации внутри семьи, что в значительной степени влияет на общую атмосферу в отношениях и повышает эффективность совместной работы. Такой подход помогает укрепить мотивацию к продолжению реабилитационных мероприятий и профилактики вне больницы.

Большой спектр возможностей по подбору методов и техник реабилитации позволяет работать одновременно с разными мишенями и достигать поставленных целей в максимально короткие сроки, используя

большую часть доступных ресурсов. Важным компонентом многоступенчатого реабилитационного процесса является мультидисциплинарная команда, налаженная коммуникация, преемственность между специалистами, грамотное распределение задач и четко сформулированная последовательность этапов реабилитации.

Комплексный подход и работа мультидисциплинарной команды специалистов позволяют в наибольшей мере использовать потенциал реабилитационных мероприятий, обеспечить их непрерывность и последовательность для закрепления результатов и дальнейшей его адаптации к новым мишеням и возможностям.

Абрамов К.В., Шмелева К.М., Рассушина А.П.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Профилактические мероприятия в психиатрии проводятся на разных этапах заболевания. Привычным образом их можно разделить на три вида: первичная, вторичная и третичная профилактика. Каждый из этих видов представлен в Центре им. Г.Е. Сухаревой (далее – центр) в разных форматах. В организации этих мероприятий на разных этапах задействованы специалисты разных профилей и разных отделений.

К первичной психопрофилактике отнесено психообразование и психопросвещение посредством лекций, мастер-классов, различных общественных мероприятий, участвуя в которых родители и дети могут получить подробную и компетентную информацию о функционировании психики и особенностях психологии человека. Лекции представлены в онлайн-формате прямых эфиров и трансляций с интерактивным компонентом, когда родители и дети могут взаимодействовать со специалистами удаленно в режиме реального времени. Также существуют записи мастер-классов и заранее подготовленных специалистами материалов на различные темы.

Для тех, кто предпочитает получать информацию в печатном виде, на различных ресурсах центра регулярно появляются статьи, заметки, полезные упражнения и рекомендации. В стационарных отделениях родители получают памятки и методические материалы, которые помо-

гают расширить представления о психическом здоровье и получить конкретные рекомендации.

В очном формате регулярно проходит родительский клуб, в котором родители могут поделиться опытом и обрести возможность получить поддержку друг друга, задать интересующие вопросы специалистам и, получив исчерпывающие ответы, обсудить их в группе. Темы родительского клуба формулируются заранее с учетом актуальности запросов и потребностей родителей.

Помимо прочего, специалисты центра выступают на общественных площадках в качестве спикеров, рассказывая о ментальных заболеваниях и подходах к психокоррекции, а также оказывают бесплатные консультации в рамках этих мероприятий и организуют практические мастер-классы.

Вторичная профилактика осуществляется в центре при оказании амбулаторной психиатрической и психологической помощи, что позволяет вовремя начать лечение или сформировать комплекс профилактических мер вне стационара. Кроме того, пациенты центра имеют возможность посещать кабинет кризисной помощи, в котором специалисты могут своевременно отреагировать на выраженную декомпенсацию состояния, влекущую за собой риск суицидального поведения.

Пациенты, состояние которых не является острым и не требует полноценной госпитализации, могут обратиться за помощью в дневной стационар центра. Это позволяет оставаться активным участником социальной жизни, посещать общеобразовательную школу, не менять привычный образ жизни и получать при этом квалифицированную помощь.

Дневной стационар специализируется на работе с астено-депрессивными, тревожно-фобическими, психосоматическими, посттравматическими стрессовыми расстройствами, нехимическими зависимостями. В процессе госпитализации происходит коррекция межличностных взаимоотношений, расстройств адаптации, нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения, проблем личностного роста и развития, расстройств планирования и целеполагания. Эти вмешательства на более ранних этапах болезни способствуют предупреждению значительной социально-психологической дезадаптации и декомпенсации состояния без стационарного лечения.

Таким образом, своевременное обращение за помощью является профилактикой полноценной госпитализации в круглосуточный стационар с потерей возможности сохранить социальную жизнь вне больницы.

Ряд пациентов пользуются возможностью получать регулярную плановую помощь врача и/или психолога с целью длительного наблюдения, своевременного реагирования и поиска стабилизирующих состояние факторов. Такая помощь может оказываться как в индивидуальном, так и групповом формате с использованием разнообразия представленных в больнице методов.

Амбулаторные психотерапевтические группы являются значимым способом профилактики декомпенсации состояния, позволяют детям поддерживать друг друга и не терять связь, являются стабилизирующим фактором благодаря своей регулярности и четкой структуре. На групповых занятиях дети приобретают необходимые навыки, которые успешно переносят в жизнь вне стен больницы, демонстрируют эти навыки на различных фестивалях и мероприятиях. Примером могут служить выступления участников групповой танцевально-двигательной терапии.

Третичная профилактика тесно связана с процессом реабилитации, направленным на предупреждение рецидивов, устранение факторов, способствующих социальной дезадаптации. Реабилитационный компонент лечения в центре подразумевает комплекс мер, направленных на формирование необходимых навыков для повышения социальной адаптации, развития стратегий совладания с факторами стресса и переживаниями, что позволяет пациентам стабилизировать психоэмоциональную сферу и успешнее справляться с жизненными трудностями.

В отделении реабилитации, адаптации и социализации ребенок может получить помощь в рамках различных подходов в соответствии с рекомендациями и назначениями врача. Большой спектр возможностей по подбору методов и техник реабилитации позволяет эффективно проводить третичную профилактику рецидивов и дальнейшую декомпенсацию состояния. К моменту выписки ребенок обладает необходимыми навыками для дальнейшей социализации и адаптации вне стен больницы.

Таким образом, каждое звено психиатрической и психологической помощи в центре им. Г.Е. Сухаревой подразумевает профилактику недопущения дальнейшего ухудшения состояния ребенка и его основного заболевания.

Авилов А.Ю.¹, Сапелкин С.В.², Бизюк А.П.²

ДЕВИАЦИИ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

¹ Санкт-Петербургский медико-социальный институт

² Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Многочисленные зарубежные и отечественные исследования половой дисфории указывают на резко возросшее число пациентов, решивших поменять свой пол [1–3]. Отмечается и высокая частота встречаемости и самой половой дисфории, особенностей полоролевой идентичности и сексуального поведения, возникающих в рамках эндогенных психических заболеваний и расстройств личности [4]. Научный интерес в этой сфере в основном направлен на связь негрубых, пограничных форм психических расстройств с явлением половой дисфории, что легко порождает диагностическую путаницу, осложняемую отсутствием единой доказанной теории этиопатогенеза транссексуализма. При этом практически отсутствуют работы по исследованию вторичных нарушений половой идентичности в структуре непрерывно текущих патологических состояний психики, таких как шизофрения, органические поражения головного мозга, а также в группе расстройств когнитивного развития (умственной отсталости), что можно рассматривать как отдельное направление исследований [5]. Подобный вектор психологического анализа может помочь внести ясность в вопрос оценки половой дисфории как самостоятельного или производного явления в рамках психических заболеваний.

Цель. Выявление различий и психопатологических закономерностей в реализации особенностей половой идентичности при шизофрении и расстройствах интеллектуального развития.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 человек в возрастном диапазоне от 21 до 42 лет, все мужчины, которые в зависимости от нозологической принадлежности были разделены на две равные по численности группы: группа «Ш» (шизофрения) и группа «УО» (умственная отсталость) – лица трудоспособного возраста. Все исследуемые проживали на территории одного из психоневрологических интернатов Санкт-Петербурга.

В исследовании применялся клинико-феноменологический метод – традиционный для отечественной психиатрии структурно-динамический анализ клинических данных с выявлением, выделением и описанием явных и скрытых психопатологических феноменов. Выявления скрытых тенденций в плоскости девиаций сексуального поведения больных проводилось с помощью психологического проективного теста тематической апперцепции «ТАТ» Г. Мюррея.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный статистический анализ полученных показателей продемонстрировал следующие результаты: в группе «УО», значительно достоверно чаще возникает феномен гомосексуального поведения ($p = 0,000016$). При этом в группе «УО» гомосексуальность носит характер своеобразной осознанной субкультуры, включающей как эротический, так и эстетический компоненты. В этой группе 82,4% испытуемых идентифицируют себя как гомосексуалы. Такого рода позиционирование имеет значимую положительную корреляцию с сексуальной разборчивостью ($r = 0,688792$), транссексуальными тенденциями ($r = 0,589923$) и идентификацией себя с персонажем (по ТАТ) другого пола ($r = 0,720998$), что говорит о гармоничности половой идентичности и сексуального влечения этой категории больных.

Гомосексуальная проекция по результатам ТАТ также значительно выше в группе «УО» ($p = 0,000205$). В содержаниях историй тема любви двух мужчин являлась основной. Ряд испытуемых, демонстрируя явные гомосексуальные тенденции, проецировали свои гомосексуальные мотивы, фантазии и опыт на отношения героев картины разного пола, идентифицируя себя с женщиной. Гомосексуальная проекция имела положительные корреляции с транссексуальными тенденциями ($r = 0,723$) и предпочтением женской идентичности ($r = 0,825$). В группе «Ш» также встречались гомосексуальные эпизоды, но с гораздо меньшей частотой проявлений, чем в группе «УО». Однако среди представителей группы «Ш» не представляется возможным интерпретировать это явление как истинную гомосексуальность (по сравнению с группой «УО»). Больные часто обеспокоены чувством чуждости, сделанности сексуального влечения (в том числе гомосексуального), его насильственного и обременяющего, больного характера. В идентификации себя как субъекта полового влечения проявляется символизм, избыливающий неологизмами. В сексуальные фантазии больных обильно вовлекаются искусственные предметы, имеющие формальное сходство с половым членом, например «съёмный водопроводный кран из пластика» или «шланг», что является отражением специфики мышления больных

шизофренией. Открытая волнующая больного мастурбация значительно выше в группе «Ш» ($p = 0,006$). Здесь она приобретает сверхценный и даже метафизический оттенок.

Характеристика нагрузок показателей, полученных в ходе факторного анализа в группе мужчин с «УО», допускает следующую интерпретацию.

Для первого, самого мощного выделенного фактора большие положительные нагрузки обнаружили такие традиционно нормативные показатели, как гетеросексуальные предпочтения, самооценка себя как мужчины, идентификация (по ТАТ) с героем своего пола. А с отрицательными весами в этот фактор вошли сексуальная разборчивость, гомосексуальные предпочтения, проявления сексуальных перверсий, нарциссизм, самооценка себя как женщины, транссексуальные тенденции, кроссдрессинг, идентификация с героем противоположного пола, искажения пола персонажа, гомосексуальные эпизоды (по ТАТ). Такая комбинация и такой баланс выделенных характеристик позволили обобщенно описать данный фактор как нормативный полюс половой идентичности.

Факторный анализ показателей для группы мужчин с «Ш» в первом факторе № 1 демонстрирует доминирование таких характеристик поведения, как сексуальная разборчивость, проявления сексуальных перверсий, кроссдрессинг, наличие сексуальных мотивов по ТАТ и гомосексуальные эпизоды в ТАТ. То есть здесь мы видим достаточно четкую картину, которая однозначно может быть интерпретирована как генерализованная в своем отклонении от биологически целесообразного объекта, лишенная дифференцированности, присущей первой группе, как в отношении полоролевой идентичности, так и сексуального поведения.

Выводы. Таким образом, при умственной отсталости у мужчин можно наблюдать истинное гомосексуальное влечение, а также транссексуальные тенденции и формы полоролевой идентичности, соответствующей противоположному полу. Нарушение половой идентичности при шизофрении у мужчин можно охарактеризовать как результат влияния на подобные феномены типичных шизофренических паттернов.

Список источников

1. Цукер, К. Дж. Расстройства гендерной идентичности и психосексуальные проблемы у детей и подростков / К. Дж. Цукер, С. Дж. Бредли. – М.: ИД «Городец», 2021. – 640 с. ISBN 978-5-907085-72-5.

2. **Delahunt, J.W.** Increasing rates of people identifying as transgender presenting to Endocrine Services in the Wellington region / J.W. Delahunt, H.J. Denison, D.A. Sim, J.J. Bullock, J.D. Krebs // *New Zealand Medical Journal*. – 19 January 2018; 131(1468):33-42. PMID: 29346355.

3. **Fielding, J.** Individuals seeking gender reassignment: marked increase in demand for services / J. Fielding, Chr. Bass // *British Journal of Psychiatry Bulletin*. – Oct 2018. – 42 (5). – P. 206–210. DOI: 10.1192/bjb.2018.30.

4. **Матевосян, С.Н.** Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола) / С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 393 с. ISBN 978-5-8948-1897-9.

5. **Авилов, А.Ю.** Девиации полоролевой идентичности мужчин с умственной отсталостью в условиях психоневрологического интерната: автореферат диссертационной работы канд. психол. наук / А.Ю. Авилов. – 2021. – 20 с.

https://disser.herzen.spb.ru/Preview/Karta/karta_000000721.html

Алиева Л.М.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время психоэмоциональные расстройства остаются одной из актуальных проблем не только в связи с их высокой распространенностью, но также с выраженным негативным влиянием на социальное функционирование пациентов. По данным Всемирной организации здравоохранения, к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам в общей медицинской практике относятся депрессия и тревожные расстройства. К спектру часто встречающихся психоэмоциональных нарушений относятся также паническое расстройство, социальная фобия, обсессивно-компульсивное расстройство, конверсионные расстройства, дистимия, биполярное аффективное расстройство, неврастения и ряд других.

Известно, что психоэмоциональные нарушения становятся фактором риска развития целого ряда соматических заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, бронхиальная астма и др.), а также приводят к снижению качества жизни пациента. Часто психоэмоциональные расстройства начинаются с соматических или псевдосоматиче-

ских жалоб (головокружение, сенестопатии в различных частях тела, тахикардия, колебания артериального давления), которые выступают на первый план в клинической картине больного. Соматизированные расстройства могут проявляться в виде более различной локализации в области сердца, тазовой, челюстной, головной боли, представляющих соматический фасад психического расстройства. Так, до 80% пациентов, впервые обратившихся за медицинской помощью и страдающих депрессией, предъявляли жалобы преимущественно соматического характера (боли в области живота, мышечная боль в суставах, спине, шее) [1].

Психозомоциональные расстройства могут сопровождаться чрезмерной фиксацией на своем соматическом «я», приводить к изменению мироощущения пациента, снижению качества жизни, желанию оградить себя от межличностных связей и решения актуальных задач. Предпосылками для возникновения соматизированных расстройств могут выступать такие личностные черты, как повышенная чувствительность, склонность к катастрофизации или сниженная самооценка, боязнь ответственности, неверие в собственные силы и формирование пассивных форм психологической защиты. Достаточно часто пациенты не осознают психическую природу своего заболевания и обращаются к специалистам общей практики (терапевтам, гастроэнтерологам, кардиологам, эндокринологам и врачам другого профиля).

Важной составляющей в лечении больных с психозомоциональными расстройствами наряду с медикаментозным лечением является групповая психотерапия.

Цель: описать интегративный подход в лечении больных с психозомоциональными расстройствами при проведении групповой психотерапии.

Материалы и методы. Групповую психотерапию прошли 30 пациентов с психозомоциональными расстройствами (F41, F31–F34), составившие 3 группы по 10 человек в каждой. Среди участников групповой работы были пациенты со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (11 чел.), обсессивно-компульсивным расстройством (3 чел.), конверсионными расстройствами (8 чел.); биполярным аффективным расстройством (3 чел.), рекуррентным депрессивным расстройством (5 чел.).

Результаты и их обсуждение. Групповая психотерапия, основанная на интегративном подходе, включала следующие направления психотерапии: арт-терапию, телесно ориентированную терапию, терапию, сфокусированную на сострадании (CFT), терапию принятия и ответ-

ственности (АСТ), программу по снижению стресса с помощью техник осознанности (Mindfulness).

Важными терапевтическими факторами в групповой терапии являлись: вселение надежды, стимуляция альтруизма, сплоченность группы, универсальность переживаний, развитие навыков межличностного взаимодействия, психообразование. К особенностям организации терапевтических групп можно отнести их прохождение в три этапа: на первом этапе происходило мотивирование и формулирование индивидуальных целей участников. Второй, основной этап, был посвящен групповой психотерапии, направленной на достижение индивидуальных целей пациента. Третий этап являлся поддерживающим, направленным на стабилизацию эффекта, закрепление полученных навыков и знаний. Групповая психотерапия была рассчитана на 12 еженедельных сессий продолжительностью по 2,5 часа.

В программу групповой психотерапии была включена программа по снижению стресса с помощью техник осознанности (Дж. Кабат-Зинн). Техники по развитию осознанности основаны на целенаправленном сосредоточении внимания на настоящем моменте и безоценочном восприятии своих мыслей, эмоций и телесного восприятия. Основными принципами осознанности являются: любознательность, открытость, принятие и, как уже указывалось, безоценочность.

CFT является научно обоснованным методом психотерапии, базирующимся на эволюционной и социальной психологии, теории привязанности, нейронауке, юнгианской психологии и совмещает в своей практике принципы когнитивно-поведенческой психотерапии, а также элементы восточных философских традиций. Основная цель CFT – помочь пациенту в изменении его отношения к негативным эмоциям, обесценивающим мыслям, подвести его к сострадательному пониманию, а также формированию такого своего поведения, которое будет направлено на помощь себе [2].

Основные принципы АСТ: «принятие» (готовность принимать свои мысли, чувства, телесные ощущения); «здесь и сейчас» (контакт с настоящим моментом, со своим внутренним состоянием и внешним миром); «я наблюдатель» (способность останавливать деятельность, наблюдать за происходящим с позиции стороннего наблюдателя); «ценности» (определение ценностных ориентиров и целей); «расцепление» (снижение степени «слияния» со своими мыслями и эмоциями); «проактивность» (поведение на основе собственных целей и ценностей) [3].

Телесно ориентированный подход направлен на развитие навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции, снижения мышечного напряжения, восстановления энергетических ресурсов организма, развитие телесной интеграции, улучшение коммуникативных навыков [4].

Арт-терапия направлена на актуализацию здоровой части личности, осознание и активизацию личностных ресурсов, высвобождение эмоционального напряжения посредством работы с такими чувствами, как гнев, страх, тревога, вина, повышение уровня самопринятия.

В процессе групповой терапии было отмечено, что взаимодействие пациентов в группе активизирует их открытость за счет поддержки и принятия со стороны других участников; пациенты учатся выстраивать связь между когнитивным, эмоциональным и телесным восприятием; происходит расширение и актуализация жизненных целей, ценностей и смыслов, фокус внимания смещается с соматических жалоб на сохраняемые и здоровые стороны личности (потребности, интересы, планы на будущее, формируется активная внутренняя позиция, ориентированная на расширение своих возможностей в плане улучшения здоровья и взятия на себя ответственности; расширяются навыки психофизической саморегуляции; повышается уровень самосознания и расширяются способы совладания со стрессом.

Установлено, что результаты групповой психотерапии зависели от ее длительности и уровня мотивации пациента. Особенно важной составляющей в групповой психотерапии оказались темы осознания жизненных целей и ценностей, развитие навыков межличностного взаимодействия, психофизической саморегуляции, формирования активной жизненной позиции для преодоления вторичной выгоды от своего расстройства (принятие, например, «роли больного» и избегание вследствие этого ответственности и невыполнение требований окружающих).

Было отмечено, что результативность групповой терапии зависела и от того, насколько удалось сформулировать индивидуальную цель пациента, соответствующую его жизненным ценностям. Важными факторами являлись терапевтическая среда и групповые процессы, которые наблюдались при проведении психотерапии.

Выводы. Таким образом, разработанная и реализованная автором программа психологической помощи, базирующаяся на интегративном подходе, показала возможность и перспективность ее использова-

ния при лечении больных с психоэмоциональными расстройствами в групповом формате.

Список источников

1. Данилов, А.Б. Управление болью / А.Б. Данилов. – Биопсихосоциальный подход. – М.: «АММ ПРЕСС», 2012. – С. 90–91.
2. Рассел, Л.К. Терапия, сфокусированная на сострадании (CFT). Практическое руководство для клинических психологов. Процессы и практика осознанных изменений / Л.К. Рассел. – СПб.: ООО «Диалектика», 2021. – 336 с.
3. Хейс, С.С. Терапия принятия и ответственности. Процессы и практика осознанных изменений / С.С. Хейс, К.Д. Штосаль, К.Г. Уилсон. – СПб.: ООО «Диалектика», 2021. – С. 53–55.
4. Алиева, Л.М. Методические подходы к проведению тренинга по развитию навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции у больных шизофренией / Л.М. Алиева, Т.А. Солохина, С.Н. Ениколопов // *Психиатрия*. – 2016. – № 70. – С. 28–34.

Бабчук М.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СЕМЕЙНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОМУ РЕБЕНКУ

Москва, Россия

Актуальность. Первым принципом менеджмента качества является ориентация на потребителей. *Ориентация на потребителя* (пациента и его семью) означает, что все действия сотрудников медицинской организации должны быть направлены на выявление, понимание и удовлетворение потребностей пациентов (детей, взрослых и членов их семей).

В соответствии с ГОСТ Р 53092–2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения», в медицинской организации необходимо разработать и внедрить документированный процесс объективного измерения удовлетворенности потребителей.

Результаты и их обсуждение. Оценка медицинской помощи маленькими пациентами и членами их семей достаточно субъективна, вплоть до невозможности родителями самостоятельно оценить собственную удовлетворенность качеством услуги (например, при выраженных расстройствах мышления или интеллекта). Таким образом, да-

же если требования детей и родителей были с ними согласованы и выполнены, это необязательно обеспечивает их высокую удовлетворенность. В связи с этим оценка удовлетворенности потребителей может быть заменена на иной показатель *«Доверие детей и их родителей/законных представителей специалистам и медицинской организации, что было сделано все, что возможно, для улучшения состояния ребенка и семьи»*.

Целесообразность такой замены подтвердила экспертная оценка. 19 экспертов (заведующие отделениями детской психиатрической больницы, представители родительского сообщества, администрация медицинских организаций психиатрического профиля), отвечая на вопрос: *«С учетом специфики детской психиатрии, какой самый важный параметр для оценки качества медицинской помощи детям с нарушениями в ментальной сфере и их семьям?»*, выделили ведущие характеристики, к которым относятся сокращение повторных обращений, отсутствие стресса для ребенка (разлука с близкими, побочные эффекты терапии, стигматизация), эффективность терапии, удовлетворенность семьи (отношением, сервисом, результатом), снижение уровня госпитализации, доверие пациентов и членов семей, понимание, что сделано все возможное, уменьшение бремени болезни, удовлетворенность пациента (отношением, сервисом, результатом), доступность помощи (территориальная и кадровая), особенно в кризисе. Установлено, что большее число экспертов «проголосовали» за использование понятия «доверие» (пять выборов из девяти). Вслед за этим параметром идут отсутствие стресса для ребенка (разлука с близкими, побочные эффекты терапии, стигматизация) и эффективность терапии (по 4 выбора из девяти).

Экспертная оценка еще раз подтверждает, что качество медицинской помощи возникает в диалоге между специалистами и пациентами/законными представителями. Именно формирование «доверия» позволяет рассчитывать на полноценное участие членов семьи в процессе принятия решений, что имеет важное значение для выработки принципов лечения. Участие членов семьи подразумевает чтение литературы, понимание информации о лечении и осознанное следование рекомендациям, совместную работу со специалистами (врачами, медицинскими психологами и другими членами полипрофессиональной команды), направленную на оценку и выбор лучших вариантов лечения, а также предоставление обратной связи членам полипрофессиональной команды относительно полученных результатов. Важно, что в обобщенном виде именно члены семьи (законные представители) могут активно

участвовать в создании подтверждающих (доказательных) данных на любом уровне. Специалистам, работающим с семьями психически больных детей, важно понимать способность членов семьи решать проблемы, т. е. способность опознать проблему, осознать (принять) ее существование, получить информацию о проблеме (часто из внешних источников), рассмотреть альтернативные способы ее решения, принять решение и осуществить его, оценить результат.

Значительное количество разногласий вызывают вопросы оценки эффективности проведенного лечения. Анализ процесса и показателей эффективности оказания помощи в целом помогает в последующем обосновывать выбранные методы и последовательность операций лечебного вмешательства. Так, семейный психолог может считать, что он должен включиться в работу с семьей пациента с первого дня, для того чтобы обеспечить отношения сотрудничества между родителями, ребенком (пациентом) и медицинским персоналом. Врач, с другой стороны, может быть убежден, что семья является для ребенка основным психотравмирующим фактором, и, напротив, до стабилизации состояния нужно минимизировать влияние членов семьи и изолировать ребенка. Момент стабилизации состояния пациента является основанием для его выписки из стационара, и это означает, что ребенок вновь попадет в не подвергшуюся изменениям семейную ситуацию, травмирующую его ранее. Таким образом, профессиональные разногласия о последовательности вовлечения различных специалистов в лечебный процесс отражают влияние фокуса внимания на оценку эффективности вмешательства.

К показателям эффективности семейно ориентированной помощи отнесены:

- 1) уровень вовлечения семей пациентов (доля в % семей пациентов, охваченных семейной психотерапией, как показатель максимального объема включения/участия членов семьи за год – целевой показатель 100%);
- 2) уровень доверия получателей помощи (семей пациентов) (доля в % ответивших позитивно на вопросы тематической анкеты. Целевой показатель, установленный большинством в группе экспертов, – 75%.

Важным являлся вопрос: *какой % удовлетворенности помощью или доверия к специалистам детской психиатрии является значимым в оценке качества медицинской помощи?* О том, что этот показатель

должен быть более 75%, ответили 26% экспертов; от 50% до 75% – считали 42% респондентов; от 25 до 50% – 21% экспертов; менее 25% – 11% респондентов.

Заключение. При оценке перспектив управления качеством семейно ориентированной помощи важно проводить мониторинг выделенных показателей и стремиться достигнуть целевых значений. Периодичность мониторинга, оценка полученных данных, варианты корректирующих мероприятий и ответственные за каждый этап должны быть закреплены во внутренних нормативных документах медицинской организации.

Бибчук М.А.¹, Басова А.Я.^{1, 2}, Безменов П.В.¹

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹ ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. Профилактика суицидального поведения детей и подростков является одной из приоритетных задач во всем мире. За многие десятилетия работы в этом направлении достигнуто понимание мультифакторного характера проблемы суицидов, диктующего необходимость комплексного полипрофессионального межведомственного подхода к ее решению. Подобная задача требует согласованной однонаправленной работы представителей различных ведомств, таких как департаменты образования и науки, труда и социальной защиты населения, здравоохранения, правоохранительных органов, а также законных представителей и самих подростков. Межведомственное взаимодействие осложняют как трудности при получении и сопоставлении статистических данных, отсутствие преемственности в работе с отдельными случаями, так и отсутствие единого научно-методического подхода и терминологической базы, на основании которой должна строиться профилактическая работа.

Результаты и их обсуждение. Специалистами ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» разработан Единый межведомственный глоссарий суицидологических терминов для использования в рамках реализации комплекса мер по профилактике суицидов среди несовершенно-

летних. Подготовлен и находится на утверждении Регламент межведомственного взаимодействия по выявлению, реагированию и организации работы в случаях суицидального поведения несовершеннолетних.

Работа по профилактике суицидального поведения у детей и подростков начинается задолго до попадания ребенка в поле зрения врачей-психиатров. Профилактика суицидального поведения складывается из этапов первичной (досуицидальной), вторичной и третичной профилактики.

Первичная профилактика осуществляется среди условно здорового населения до обращения за медицинской помощью, имеет психогигиеническую направленность и нацелена на формирование и укрепление противосуицидального барьера. Важнейшей частью первичной профилактики является антистигматизационная психопросветительская работа, направленная на преодоление психофобии, предвзятого отношения ко всей службе психического здоровья. Известно, что эта проблема затрагивает и медицинских специалистов, опасаящихся посылать своих пациентов к врачу-психиатру, а также педагогов, родителей и общество в целом. Решение этой проблемы заключается в широкой психопросветительской деятельности в СМИ, интернете, учреждениях образования и т. п. С марта 2020 г. в связи с противоэпидемическими мероприятиями по профилактике COVID-19 подобные мероприятия проходят преимущественно в дистанционном формате в сети Интернет, что позволило охватить ими большое количество людей. Так, например, с 2020 г. по настоящее время психологи и врачи Центра им. Г.Е. Сухаревой проводят трансляцию на YouTube-канале бесплатных лекций, занятий и практикумов по актуальным темам, касающимся психического здоровья ребенка и его семьи, в том числе направленных на профилактику патологического (аутоагрессивного и суицидального) поведения детей и подростков (<https://www.youtube.com/channel/UCcUoF6S01ZXSqwrtgrYNxw>).

Первичная профилактика суицидального поведения детей и подростков должна включать как работу с самим ребенком, так и с его родителями/законными представителями. Учитывая, что суицидальное поведение встречается преимущественно у детей школьного возраста, с необходимостью выявления и работы с такими детьми сталкиваются в первую очередь работники образовательных организаций: педагоги, социальные педагоги, школьные психологи, педагоги-психологи. Именно от них во многом зависит психологическая атмосфера в образовательной организации, они являются важнейшим звеном первичной

профилактики аутоагрессивного, в том числе суицидального поведения детей и подростков, они могут первыми заметить изменения в поведении ребенка, от их своевременной и правильной реакции во многом зависит дальнейшее развитие событий. Так, в 2018–2019 учебном году в Москве насчитывалось более 960 тысяч школьников и около 75 тысяч студентов колледжей. Московские школьники обучаются более чем в 854 учебных заведениях. Первичная профилактика суицидального поведения детей и подростков должна затронуть каждого ребенка школьного возраста и каждую семью с такими детьми. Учитывая, что первичная профилактика суицидального поведения должна носить постоянный характер и занимать не менее 1 часа в день на каждого ребенка, это составляет около 372 миллионов часов в год. Не менее важной является работа с семьей каждого ребенка, что минимум в 3 раза увеличивает эти затраты. Следует учесть, что, согласно действующему законодательству, подобная профилактическая работа с семьей возможна только силами образовательных организаций, которые могут пригласить родителей на беседу в школу с педагогом или психологом. Учреждения психиатрического профиля, согласно действующему законодательству, могут оказывать помощь ребенку и его семье только с получением информированного добровольного согласия на психиатрическое освидетельствование, что в условиях существующей стигматизации детской психиатрической службы резко снижает шанс обращения за помощью в медицинскую организацию и, следовательно, эффективность профилактической работы.

Роль медицинских работников в первичной профилактике суицидального поведения заключается в организации обучения педагогов, школьных психологов, сотрудников полиции, КДН и других учреждений, занимающихся работой с детьми и подростками, основам психогигиены и психопрофилактики, раннему выявлению детей с высоким суицидальным риском, формированию навыков общения с такими детьми и их семьями, своевременному направлению таких детей и их законных представителей к соответствующим специалистам.

Это масштабная задача, объем которой сложно переоценить. В 854 средних учебных заведениях Москвы работает около 75 тыс. педагогов и 2,5 тыс. психологов. Решение заключается как в методической работе, так и в проведении занятий соответствующей направленности с сотрудниками образовательных организаций, социальной защиты, правоохранительных органов. Для проведения подобных занятий в Центре им. Г.Е. Сухаревой создана программа обучения. Проведение подобных

занятий онлайн позволяет одновременно охватить большое число специалистов не только в Москве, но и по всей России.

В свою очередь, вторичная и третичная профилактика проводится на этапе уже имеющегося суицидального поведения и осуществляется преимущественно медицинскими работниками.

Вторичная профилактика препятствует осуществлению суицидального акта. В нее включаются: выявление суицидального риска, в т. ч. у детей с депрессией; кризисные консультации по телефону и онлайн; помощь психолога и врача-психиатра в кабинете кризисной помощи; консультация врача-психиатра в учреждениях ДЗМ соматического профиля в 100% случаев при поступлении ребенка в связи с суицидальной попыткой; плановая и экстренная госпитализация в психиатрический стационар (клинику кризисной помощи) при угрозе жизни; обязательное участие родителей в программе лечения ребенка.

Приказом департамента здравоохранения города Москвы от 17 сентября 2019 г. № 851 в составе ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» организована Клиника кризисной помощи, предназначенная для детей, обратившихся в связи с «острой», стрессовой, суицидоопасной ситуацией. Клиника включает кабинет кризисной помощи, круглосуточный и дневной стационары, кабинет постгоспитального сопровождения, выездную консультативную службу. Основными принципами работы клиники стали преемственность на всех этапах работы, добровольность обращения за помощью, ориентация не только на самого ребенка, но на его семью, полипрофессиональный подход, включающий командную согласованную работу врача-психиатра, медицинских психологов, педиатров и других необходимых специалистов.

В этот же период была реорганизована работа выездной консультативной службы центра, ставшей неотъемлемой частью Клиники кризисной помощи. Сотрудники выездной службы осматривают детей с острыми психическими расстройствами, в том числе с суицидальными проявлениями, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы. Значительную часть из них составляют подростки, совершившие суицидальную попытку, которые после стабилизации соматического состояния могут быть переведены в центр.

Третичная профилактика направлена как на купирование основного заболевания, так и на предотвращение рецидивов суицидального поведения. Профилактика обострения хронического заболевания требует значительной работы с семьей больного ребенка, участия родителей

в программе лечения и реабилитации, что позволяет сформировать комплаентность к лечебно-реабилитационной деятельности.

Заключение. Суицидальное поведение подростка во многом обусловливается социально-стрессовыми факторами микро- и макросоциального окружения. Возвращение в травматичную для него среду может привести к рецидиву суицидального поведения. Взаимодействие и преемственность в оказании помощи между медицинской организацией и учреждениями образования и социальной защиты может позволить более тщательно отслеживать ситуацию на постгоспитальном этапе, обеспечить оказание психологической помощи ребенку, предотвратить проблемы в школе и проч.

Таким образом, профилактика суицидального поведения детей и подростков требует совместных усилий всего общества на самых разных уровнях: от органов власти до семьи ребенка.

Бойко О.М., Ениколопов С.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность использования интернет-технологий в повседневной жизни была продемонстрирована в ходе пандемии COVID-19, особенно в периоды локдаунов. Это подтвердило давнее мнение представителей общей и социальной психологии, что интернет является не просто технологией, но и одной из важных сфер социализации современного человека [1; 2]. По аналогии с помощью в освоении навыков общения с другими людьми, решения сложных ситуаций, которые уже давно являются обыденной частью реабилитационных программ для пациентов с психическими расстройствами, это поднимает вопрос о введении в реабилитационные программы блока, посвященного помощи в освоении интернет-технологий [3].

Целью работы является описание потенциальных направлений реабилитационной работы, связанной с помощью в освоении интернет-технологий пациентами с психическими расстройствами.

Методы работы: анализ возможностей интернет-технологий и их соотнесение с реабилитационными потребностями и ограничениями, накладываемыми психическими заболеваниями.

Результаты. Возможности, предоставляемые интернет-технологиями, можно разделить на следующие сферы: коммуникативные, рабочие, информационные, развлекательные, бытовые. В каждой из этих сфер можно выделить направления реабилитационной работы.

Так, в области коммуникации в интернете важными задачами становятся обучение поддержанию и углублению общения с уже знакомыми людьми и заведению новых отношений. Всё это, согласно ранее полученным данным, положительно коррелирует с качеством социальной адаптации при психических заболеваниях [4]. Вместе с тем по аналогии с социальными навыками при очном общении важно учитывать часто встречающуюся социальную наивность и вследствие дефицита коммуникативного опыта сверхвысокие ожидания от скорости сближения с другими людьми, полноты взаимопонимания, а также не соответствующие действительности представления о признаках близких, дружеских или любовных и, напротив, враждебных отношений. В особенности это может быть выражено при склонности пациента к формированию идей отношения. Поэтому отдельное внимание должно быть уделено объяснению стадий установления отношений, признаков сближения, взаимной симпатии в интернет-пространстве, а также правил безопасности для предупреждения противоправных действий в отношении человека с психическим расстройством как в плане нарушения его материальных прав, так и для предотвращения раскрытия личной информации об имеющемся психиатрическом диагнозе. Дополнительное внимание должно быть обращено на профилактику противоправных действий, таких как stalking, которое также частично может быть следствием дефицита опыта общения и неправильной интерпретации поведения собеседника в виртуальном пространстве.

В области трудовой адаптации интернет дает возможность снизить нагрузку на «болевы́е точки» человека, например, при редукции энергетического потенциала дистанционная работа может быть более продуктивной за счет сокращения времени на дорогу и общего снижения уровня стресса. Соответственно, в данной области важно исследовать возможности конкретного пациента и искать те интернет-технологии, которые способны помочь ему начать работать или улучшить трудовую адаптацию.

К развлекательным возможностям интернет-технологий можно отнести то, что составляет сферу досуга. Например, кино, литературные произведения, видео, компьютерные игры. Помимо непосредственного времяпрепровождения последние могут использоваться для укрепления имеющихся отношений и создания новых. Так, известно, что онлайн-игры способны помогать в создании новых дружеских связей [5], а также поддерживать уже имеющиеся.

Бытовые возможности интернет-технологий связаны с тем, что может сделать жизнь человека комфортнее и проще, а его самого – более самостоятельным и уверенным в самообслуживании. Поэтому в реабилитационную программу может войти широкий спектр вопросов, от обучения способам оплаты коммунальных услуг до освоения заказов продуктов, одежды, лекарств, средств гигиены и всего, что необходимо для большего комфорта.

Заключение. Таким образом, даже при учете имеющихся из-за болезни ограничений интернет-технологии предоставляют обширные возможности для улучшения социальной и трудовой адаптации, а также удовлетворения повседневных бытовых нужд людей, страдающих психическими заболеваниями. Представляется перспективным внедрение этих знаний в реабилитационную работу, направленную на повышение качества социальной адаптации людей с психическими расстройствами.

Список источников

1. **Белинская, Е.П.** Информационная социализация подростков: опыт пользования социальными сетями и психологическое благополучие / Е.П. Белинская // Психологические исследования. – 2013. – № 6 (30). – С. 5.
2. **Войскунский, А.Е.** Психология и интернет / А.Е. Войскунский. – М.: Акрополь, 2010. – 439 с. ISBN 978-5-98807-044-3.
3. **Солохина, Т.А.** Телетехнологии в период пандемии COVID-19: помощь пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями и членам их семей / Т.А. Солохина, М.В. Кузьмина // Психическое здоровье. – 2021. – № 11. – С. 46–53. <https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.11.46-53>.
4. **Бойко, О.М.** Использование интернет-технологий для поддержания контакта со старыми друзьями в предотвращении социальной дезадаптации у мужчин, страдающих психическими заболеваниями / О.М. Бойко, О.Ю. Воронцова, С.Н. Еникилопов, О.Ю. Казьмина // *Медицинская психология в России*. – 2021. – № 13 (4). – С. 9. <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2021-4-9>.
5. **Trepte, S.** The social side of gaming: How playing online computer games creates online and offline social support. *Computers in Human Behavior* / S. Trepte, L. Reinecke, K. Juechems. – May 2012. – 28(3). – P. 832–839.

Бойко О.М., Маклин М.В.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КРАТКОСРОЧНЫХ ДИСТАНЦИОННЫХ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность связана с тем, что важную роль в поддержании приемлемого уровня социальной адаптации людей с психическими расстройствами играют их родственники. Кроме высоких материальных и временных затрат [1] эта ситуация сопровождается тяжелыми пролонгированными эмоциональными реакциями, зачастую приводящими к сужению круга общения, снижению качества социальной адаптации, уровня удовлетворенности жизнью, возникновению и закреплению реакций стигматизации и самостигматизации [2]. Одной из эффективных форм работы с родственниками психически больных является групповая. В отличие от индивидуальной помощи она позволяет участникам увидеть универсальность переживаемых ими состояний и встающих перед ними проблем, позволяет почувствовать свою компетентность. Группы поддержки для родственников, сочетающие в себе психообразовательный и психотерапевтический компоненты, позволяют ослабить интенсивность эмоциональных реакций на психическое заболевание близкого как травматическое событие, преодолеть ощущение социальной дистанцированности, снизить уровень стигматизирующих и самостигматизирующих представлений. Ведение групп с использованием ресурсов сети Интернет отличается рядом особенностей, которые важно знать практикующим специалистам.

Целью является описание опыта проведения краткосрочных групп поддержки с описанием условий участия, наиболее частых запросов, специфики дистанционной работы группы, ее преимуществ и ограничений.

Материалами служат данные, полученные в ходе дистанционного проведения краткосрочных групп поддержки для родственников психически больных в 2020–2022 годах.

Результаты и их обсуждение. Длительность групп поддержки варьировалась в ходе работы, в результате чего была определена оптимальная – 4 встречи с частотой 1 раз в неделю. При такой длительности

группа сразу является закрытой, то есть новые участники не могут присоединиться после первой встречи. Это создает атмосферу доверия и лишает необходимости участников раз за разом повторять свои истории. В отличие от традиционной психотерапевтической группы целью работы группы поддержки является помощь не в личностном изменении и развитии участников, а в выявлении и решении актуальных сложностей, преодолении самостигматизации и стигматизации вследствие психического заболевания, уменьшении переживания одиночества и социальной изоляции, предоставлении актуальной для участников информации о психических заболеваниях, их лечении, возможной помощи и т. п. Краткосрочность работы группы дает возможность участвовать в ней людям, опасаящимся вступать в долгосрочные программы, но в отличие от постоянно работающих с меняющимся числом участников помогает сформировать атмосферу доверия.

Для того чтобы отвечать запросам участников, у группы нет жесткой тематической структуры – ведущие ориентируются на запросы участников, которые рассматривают один за другим в процессе встречи, в каждом цикле темы могут отличаться в зависимости от актуальных потребностей участников. Предъявляемые запросы условно можно сгруппировать следующим образом: психическое заболевание, проблемное поведение пациента с психическим расстройством, а также различение болезни и личностных особенностей, собственное переживание имеющейся ситуации. Обычно они сочетают в себе потребность в информационной и психотерапевтической помощи, однако соотношение этих компонентов может различаться. Важным поддерживающим эффектом обладает обратная связь от участников группы с сопереживанием или опытом решения и переживания ситуаций, аналогичных запросу. Наш опыт показывает, что, несмотря на разные родственные отношения с больным (в одной группе одновременно могут быть участники, у кого болеет ребенок, супруг, родитель, брат/сестра и т. д.), чужой опыт оказывается полезным как с информационной, так и с психологической, поддерживающей точки зрения.

Проведение группы поддержки в онлайн-формате содержит ряд преимуществ перед традиционным очным форматом. К ним относятся: расширение доступа помощи с возможностью участия людей, находящихся в разных городах и даже странах; существенная экономия времени на дорогу. Ограничения онлайн-формата заключаются в сложности найти уединенное место для участия, необходимости наличия у каждого из участников и ведущих устройства с постоянным доступом

в интернет и видеокамерой. Ведущему такого рода группы необходим предшествующий опыт работы и знания в психиатрии, базовое образование в области клинической психологии и дополнительное образование по одному из направлений психотерапии. В их задачи входит как предоставление нужной информации при наличии соответствующего запроса, так и психотерапевтическое вмешательство и поддержание структуры работы, а также безопасности и комфорта всех участников. Условиями участия в группе являются: психологическое состояние потенциального участника (отсутствие острого психопатологического состояния), реалистичные ожидания от работы в группе, готовность соблюдать стандартные правила групповой работы.

Заключение. Таким образом, краткосрочная дистанционная группа поддержки является одной из форм доступной психологической помощи родственникам людей с психическими расстройствами и может оказывать положительное влияние на качество их жизни.

Список источников

1. **Ястребов, В.С.** Совершенствование методики проведения стоимостного анализа и уточнение экономического бремени психических расстройств в России / В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко, Е.Б. Любов, Т.А. Солохина, В.Г. Митихин // Психическое здоровье. – 2014. – № 12 (10). – С. 3–7.
2. **Ястребов, В.С.** Программа дестигматизации в психиатрии: методические рекомендации / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова, О.А. Гонжал, В.Г. Митихин // Науч. центр психического здоровья РАМН. – М.: Изд-во ЗАО «Юстицинформ». – 2009. – 19 с. ISBN 978-5-9977-0007-4

Бородин В.И.

НОРМА И ПАТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Говоря о норме и патологии в психиатрии, мы вынуждены исходить из определения *здоровья*, данного ВОЗ, которое требует обязательной позитивной оценки здоровья в целом и более подробно раскрывается следующими основными фактами, касающимися уже *психического здоровья*:

- психическое здоровье – это не только отсутствие психических расстройств (*медицинская модель психического здоровья*);

- психическое здоровье – это «наше эмоциональное, психологическое и социальное благополучие» (*well-being*);
- психическое здоровье – это неотъемлемая часть общего здоровья;
- психическое здоровье определяется комплексом социально-экономических, биологических и относящихся к окружающей среде факторов;
- для укрепления психического здоровья существуют эффективные межсекторные стратегии и мероприятия общественного здравоохранения.

Акцент на позитивном ярко представлен и в понятии *психологического здоровья (психологическая модель психического здоровья)*. Такой подход к психическому здоровью базируется на анализе здорового функционирования личности в первую очередь как позитивного процесса, описываемого через понятия самореализации и самоактуализации, пришедшие из гуманистической психологии.

Традиционная психиатрия и классическая клиническая (описательная) психопатология, наоборот, сосредоточены исключительно на негативной составляющей психического здоровья – на расстройствах – и базируются на триединстве таких клинко-психопатологических понятий, как:

- *психопатологический симптом* – феноменологически воспроизводимый, наиболее элементарный (далее неделимый) признак психического расстройства;
- *психопатологический синдром* – феноменологически воспроизводимая (и патогенетически обоснованная) совокупность психопатологических симптомов;
- *психическая болезнь (нозология)* – феноменологически воспроизводимая динамика смены психопатологических синдромов (продуктивных и негативных) в рамках последовательных этапов развития болезни (преморбидный фон, манифестации болезни, развертывания основной симптоматики с разными вариантами течения, исход).

«Побочными эффектами» такого подхода являются:

- *диагностические ограничения, связанные с:*
 - субъективной доступностью симптоматики (для самоотчета);
 - объективной доступностью симптоматики (для стороннего наблюдения);

- малодоступно или недоступно – симптомы нейрокогнитивного дефицита, бессознательные переживания;
- *феноменологическая редукция* → негласный запрет на «психологизации» → отказ от психологического понимания и объяснения → непроходимая пропасть между психопатологией и психотерапией;
- *психопатологический симптом* – нечто феноменологически неделимое → «вещь в себе» → невозможно говорить о психопатологических механизмах психических расстройств.

Давление бурно развивающейся нейронауки на психиатрию выражается в попытке замены *«несколько расплывчатого»* и перегруженного стигматизацией понятия «психическое здоровье» термином «здоровье мозга» (brain health), о чем некоторые авторы пишут как о «новом движении в современной медицине» [1]. Однако первые попытки нейроредукционизма в психиатрии были связаны еще с противостоянием «соматиков» и «психиков», и В. Гризингер говорил о том, что «все психические болезни – это церебральная патология». Знаменитые неврологи XIX столетия Т. Мейнерт и К. Вернике прочно стояли на позициях «мозговой мифологии» и отрицания психиатрии как науки. К нейроредукционизму поначалу склонялся даже З. Фрейд, разрабатывая «Проект научной психологии». Э. Крепелин в работе «Введение в психиатрическую клинику» писал: «Строго говоря, о заболеваниях души не может быть и речи... это – расстройства соматической основы нашей душевной жизни».

В XX веке о бесполезности биологического редукционизма в психиатрии высказался Карл Ясперс, указавший на отсутствие прямых корреляций между психическими расстройствами и патологией мозга, а в XXI столетии стало все более укрепляться мнение о том, что психические расстройства нельзя полностью редуцировать к патологии мозга, несмотря ни на какие достижения нейронауки [2].

В настоящее время можно говорить о *двух моделях психиатрии*:

Классическая модель:

- клинико-психопатологический диагноз (симптом – синдром – нозология);
- отрицательное понятие нормы;
- симптоматическая фармакотерапия;
- отказ от психосоциальной реабилитации;
- нозоцентрическая психиатрия.

Неклассическая модель:

- функциональный диагноз;
- позитивное понятие нормы – ресурсный подход;
- симптоматическая фармакотерапия – в фоне;
- акцент на психосоциальной реабилитации/абилитации и личностном восстановлении (recovery);
- персонализированная психиатрия.

Дальнейшее развитие системного подхода к человеку в современной психиатрии: трехчастная – биопсихосоциальная структура – превращается в четырехчастную – биопсихосоциально-духовную; к индивидуально-биологическому, индивидуально-личностному и ин-терперсонально-личностному добавляется гуманитарный личностный план.

Основные черты современной психиатрии

- Психическая болезнь → психическое расстройство → спектры психических расстройств → *деонтологизация* психической патологии и психиатрии в целом → единый спектр нормы и патологии!
- Интеграция психиатрии в общую медицину → *дестигматизация* психических расстройств и психиатрии в целом.
- Интеграция психиатрии в общество + концепция восстановления (recovery) на этапе психосоциальной реабилитации → психиатрия с опорой на сообщество.
- Методологическая эклектика и *«рыночный подход»* в рамках междисциплинарного взаимодействия вместо попыток построения метатеории.

Список источников

1. **Amen, D.G.** The End of Mental Illness: How Neuroscience Is Transforming Psychiatry and Helping Prevent or Reverse Mood and Anxiety Disorders, ADHD, Addictions, PTSD, Psychosis, Personality Disorders and More / D.G. Amen. – 2020. – 448 p.
2. **Banner, N.F.** Mental disorders are not brain disorders / N.F. Banner // *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. – 2013. – № 19 (3). – P. 509–513.

Бурьгина Л.А., Старинская М.А., Давидов Д.Р.

**ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ПРИМЕНЕНИЯ
ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ
КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА № 4 ИМЕНИ П.Б. ГАННУШКИНА ДЗМ»**

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ»,
Москва, Россия*

Актуальность. Мировой тенденцией на сегодняшний день является внедрение риск-ориентированной модели здравоохранения, нацеленной на недопущение медицинских ошибок и улучшение качества медицинской помощи. ВОЗ учредила «Инструмент оценки систем психического здоровья» (Assessment Instrument for Mental Health Systems, AIMS) для оценки эффективности охраны психического здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода [1; 2]. «Международная инициатива по лидерству в области психического здоровья» (Clinical Leaders Group, International Initiative for Mental Health Leadership, ИИМХЛ), в которую вошли представители 12 стран (Австралия, Канада, Англия, Германия, Ирландия, Нидерланды, Новая Зеландия, Норвегия, Шотландия, Тайвань и США), разработала международный трехэтапный проект с использованием показателей эффективности охраны психического здоровья, которые позволяют анализировать и проводить международные сопоставления качества услуг по охране психического здоровья в странах-участницах [3].

В настоящее время вопросам качества оказания психиатрической помощи в отечественных исследованиях психиатров и организаторов здравоохранения уделяется много внимания. Так, авторами проводился анализ статистических показателей деятельности служб психического здоровья на различных административных уровнях, предлагались системы критериев оценки качества психиатрической помощи, уделялось внимание безопасности пациентов [4; 5].

Таким образом, вопрос методологического обеспечения работы по формированию системы менеджмента качества в области психического здоровья чрезвычайно актуален.

Цель: разработка и внедрение чек-листов как одного из элементов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятель-

ности (далее – ВКК) в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»).

Материалы и методы. Использованы научные источники и нормативные правовые акты по проблеме повышения качества и безопасности медицинской деятельности. В работе применялись методы системного анализа, контент-анализа, сравнительного анализа.

Результаты и их обсуждение. До 2019 года ВКК в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» осуществлялся в соответствии с приказом департамента здравоохранения города Москвы от 16.08.2013 № 820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (далее – приказ ДЗМ № 820). ВКК проводился путем заполнения и анализа карт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение к приказу ДЗМ № 820), адаптированных под медицинские организации, оказывающие помощь по профилю «психиатрия».

После вступления в силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» проведение контрольных мероприятий службой ВКК ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» осуществляется путем подготовки чек-листов для каждого пункта требования приказа (с 01.01.2021 – в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», далее – приказ МЗ РФ № 785н). При создании собственных чек-листов за основу были взяты проверочные листы, предложенные Национальным институтом качества Росздравнадзора.

Проект составленного чек-листа согласуется с заместителем главного врача, курирующим проверяемое структурное подразделение, а также с лицом, ответственным за организацию ВКК, и утверждается главным врачом больницы. Чек-лист представляет собой бинарный опросник на предмет соблюдения (несоблюдения) требования приказа МЗ РФ № 785н, на каждый вопрос которого можно ответить только «да» или «нет». Отметка, свидетельствующая о несоблюдении обязательных требований, сопровождается пояснениями в столбце «Примечания». Если чек-лист предполагает проверку конкретного случая оказания медицинской помощи, то в начале формы указываются

Ф.И.О. пациента и номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, а также Ф.И.О. и должность лечащего врача.

Каждый вопрос чек-листа в соответствующей графе имеет нормативное основание (например, Федеральный закон, приказ органа исполнительной власти субъекта РФ и др.). Изменения и дополнения в чек-листы вносятся по мере необходимости в соответствии с изменениями в законодательстве и (или) локальных актах больницы. В конце списка вопросов в чек-листе отводится место для внесения комментариев проверяющим, что упрощает формулирование сводного отчетного документа по результатам проверки. С перечнем вопросов чек-листа в случае плановых мероприятий проверяемое структурное подразделение ознакомляется заблаговременно по каналу электронного документооборота.

После проведения проверочных мероприятий заполненный чек-лист подписывается проверяющим с указанием даты заполнения чек-листа и Ф.И.О. проверяющего. Не позднее 10 дней после проведения проверочных мероприятий, если иной срок не установлен локальным актом больницы, готовится отчетный документ, в том числе по данным чек-листов. Отчетный документ утверждается главным врачом, согласуется с курирующим заместителем главного врача по направлению деятельности, и руководитель структурного подразделения, в отношении которого проводилась проверка, ознакомляется с результатами под подпись.

Внедрение унифицированных чек-листов для комплексных проверок структурных подразделений, оказывающих помощь по профилю «психиатрия» (и в амбулаторных, и в стационарных условиях), позволило систематизировать работу по ВКК, создать единые требования для проведения контрольных мероприятий, структурировать постоянный мониторинг качества оказываемой медицинской помощи в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» и филиалах. При этом чек-лист не является единственным и исчерпывающим элементом контроля, а служит для аудитора в качестве ориентира в процессе осуществления проверок.

Список источников

1. U.S. Institute of Medicine. Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. – 2006, Washington, DC: National Academies Press.
2. WHO, 2018. http://www.who.int/gho/mental_health/en/ (дата обращения 26.03.22).
3. International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL) <https://www.mhinnovation.net/organisations/international-initiative-mental-health-leadership-iimhl/> (дата обращения 26.03.22).

4. **Былим, И.А.** Пациенты и их близкие: оценка качества психиатрической помощи / И.А. Былим, Е.Б. Любов // Психическое здоровье. – 2010. – № 8 (8). – С. 56–71.

5. **Жукова, О.А.** Современные подходы к оценке качества жизни больных шизофренией / О.А. Жукова, И.Л. Кром, Ю.Б. Барыльник // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – № 7 (3). – С. 676–680.

Галако Т.И.¹, Пантелеева Л.Ю.²

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РАЦИОНАЛЬНЫХ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СООБЩЕСТВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

¹ *Кыргызская государственная медицинская академия,*

² *Кыргызско-Российский (Славянский) университет,
Бишкек, Кыргызская Республика*

За последние три десятилетия в Кыргызской Республике (КР) произошли большие изменения в системе здравоохранения, в том числе в оказании психиатрической помощи. Внедрение семейной медицины в стране предоставило возможность оптимизировать и реструктуризировать службу охраны психического здоровья с переориентацией на стационарозамещающие и амбулаторные виды помощи, максимально приблизить ее к месту проживания пациентов.

С 2006 г. в шести регионах Кыргызстана в рамках проекта «Программа психосоциальной внебольничной помощи» начала внедряться модель психосоциальной мультидисциплинарной помощи в сообществе. Она включала в себя оказание специализированной помощи врача-психиатра, психолога, медицинской сестры лицам, страдающим психическим расстройством и их родственникам. Специализированная помощь представляла собой широкий спектр услуг и предусматривала не только медикаментозную терапию, но и проведение тренингов по психообразованию, семейное консультирование, тренинги по развитию коммуникативных навыков.

Мультидисциплинарная психосоциальная помощь позволила снизить длительность стационарного лечения в среднем на 80,3% и частоту госпитализаций – на 70,2%. Этот вид помощи сделал возможным луч-

шить внутрисемейные отношения, снизить выраженность проявлений психопатологической симптоматики, способствовал повышению интеграции пациентов, страдающих психическими расстройствами, в общество. Однако данная модель смогла охватить сравнительно небольшое количество пациентов и их семей.

С 2012 года в Кыргызстане начал реализовываться проект по созданию условий для оказания психосоциальной помощи по месту жительства лицам, страдающим психическими расстройствами, путем создания мультидисциплинарных команд (МДК) на базе центров семейной медицины. В состав команд входили врачи-психиатры, медицинские сестры (кабинетные и патронажные), психологи, социальные работники. Зона охвата населения определялась территорией обслуживания учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Пилотирование данной модели предполагало психосоциальную реабилитацию лиц с психическими расстройствами, оказание им помощи на дому мобильными командами, при необходимости, перенаправление в учреждения по предоставлению психиатрической, психологической и социальной помощи, а также консультирование, обучение, оказание поддержки семейным врачам.

В 2019 г. Общественный фонд «Институт социального развития» представил отчет по исследованию экономической эффективности модели мультидисциплинарных команд, предоставляющих услуги психосоциальной помощи [1]. Приводим некоторые результаты деятельности МДК.

- Большинство родственников и их подопечных отметили, что улучшилась социальная активность пациентов, которые чаще стали совершать прогулки самостоятельно, без присмотра, помогать родным и близким по хозяйству, самостоятельно посещать магазины, пользоваться общественным транспортом и т. д. (от 25,2% до 69,9%).

- Более половины пациентов отметили, что улучшилось состояние их здоровья в целом; более, чем у половины опрошенных улучшились взаимоотношения в семье, с родственниками, повысилась физическая и интеллектуальная работоспособность и т. д. (от 57,1% до 79,2%).

- В рамках услуг МДК было внедрено проведение дистанционных консультаций специалистами головной психиатрической организации в трудных случаях, что привело к повышению качества услуг, экономии времени и средств получателей услуг.

- Результаты анализа программных данных показали, что в результате внедрения МДК произошло достоверное снижение числа госпитализаций в стационар пациентов в пилотных МДК с $285 \pm 2,1$ раз до $137 \pm 1,1$ раза, т. е. на 52% ($P < 0,0001$ paired t-test).

- Также отмечено воздействие работы МДК на длительность стационарного лечения, которое достоверно снизилось с 6695 ± 56 дней до 3256 ± 40 ($P < 0,0001$, paired t-test), т. е. на 51%.

- Доля тех, кто нуждался в частых госпитализациях, после начала работы МДК снизилась с 12,8% до 0,9%. 54,7% пациентов и 41% родственников подтвердили снижение финансовых трат за счет снижения частоты госпитализаций.

- Результаты экономического анализа стоимости пролеченного случая на трех уровнях здравоохранения показали, что расходы на одного пациента в МДК во много раз ниже вторичного и третичного уровней. Было определено, что стоимость пролеченного случая на первичном уровне ниже в 7,1 раза по сравнению со вторичным уровнем и в 42,3 раза ниже по сравнению с третичным уровнем.

Положительный опыт МДК был учтен в программе правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения КР на 2018–2030 годы, утвержденной постановлением правительства КР №119 от 01.03.2018 г. [2]. В этом документе особое внимание уделяется развитию общинных психосоциальных услуг на первичном уровне здравоохранения.

В настоящее время государственная общественная психиатрическая помощь представлена 13-ю мультидисциплинарными командами и столичным психотерапевтическим центром. Семейные врачи несут ответственность за выявление, лечение и профилактику психических расстройств, полностью финансируемых Фондом обязательного медицинского страхования.

Таким образом, внедрение новых форм психиатрической помощи дает бесспорно положительный результат. Совместная работа МДК с группами семейных врачей, а также другими учреждениями и организациями предоставляет возможность оказывать быструю, качественную и экономически выгодную медицинскую помощь нуждающимся в ней лицам по месту жительства.

Список источников

1. Отчет по исследованию экономической эффективности модели междисциплинарных команд, предоставляющих услуги психического здоровья на уровне сообществ. Общественный фонд «Институт социального развития». Бишкек. 2019.
2. Программа правительства Кыргызской Республики по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2018–2030 годы. Постановление правительства Кыргызской Республики № 119 от 01.03.2018 г.

Головина А.Г., Шмакова О.П.

ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПОДРОСТКОВ В ЭПОХУ COVID-19 – МИШЕНИ ТЕРАПИИ, СТРАТЕГИИ КУРАЦИИ И СОЦИОРЕАБИЛИТАЦИИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Пандемия COVID-19 поставила перед сообществом психиатров задачи, связанные с лечением и преодолением бремени психических нарушений, ассоциированных с этой инфекцией. Накоплены сведения о механизмах влияния на психическое здоровье населения как собственно вируса SARS-CoV-2, так и психосоциального стресса, сопряженного с пандемией. Показано, что прямое действие коронавируса на нервную систему обусловлено его проникновением через обонятельный и тройничный нервы в кровь, далее гематогенным путем через эндотелиальные клетки гематоэнцефалического барьера в ЦНС [1]. Источники опосредованных влияний вируса на ЦНС – запуск биохимических, иммунологических («цитокиновый шторм») реакций, гипоксия, ацидоз, демиелинизация [2]. Психосоциальные последствия пандемии мультимодальны и значимы, вызваны учащением/утяжелением стрессовых воздействий, изоляцией, сменой стереотипа жизни вследствие карантинных мероприятий, перегрузками и другими факторами [3].

Вопросы воздействия пандемии SARS-CoV-2 на детей и подростков освещены недостаточно, хотя их актуальность обусловлена быстрым ростом заболеваемости несовершеннолетних, в том числе, в связи с циркуляцией штамма вируса SARS-CoV-2 Omicron [4].

Цель работы: изучение спектра ассоциированных с COVID-19 психических расстройств у пациентов детско-подросткового возраста, определение приоритетных направлений терапии и социореабилитации.

Материал и методы. Исследование проведено на базе кабинетов детского и подросткового психиатров ПНД № 13 и № 23 г. Москвы. Проанализирована годовая обращаемость пациентов с психическими расстройствами, ассоциированными с пандемией COVID-19. Выявлено 194 больных (149 мальчиков – 76,8%; 45 девочек – 23,2%) с нарушениями, ассоциированными с COVID-19.

Нозологическое распределение пациентов было следующим: расстройства психического развития (включая детский аутизм) – 32 человека (16,5%); невротические и соматоформные расстройства – 39 больных (20,3%); расстройства поведения в детском возрасте – 21 случай (10,8%); аффективные расстройства – 25 пациентов (12,9%), умственная отсталость – 8 человек (4,1%); расстройства личности – 24 больных (12,3%); расстройства шизофренического спектра – 45 пациентов (23,1%).

Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический.

Результаты и их обсуждение. Лишь 41 больной (21,1%) из данной выборки перенес верифицированную коронавирусную инфекцию. В острой фазе ее с гиперфебрилитетом ранее назначенная психотропная терапия отменялась (18 пациентов) или снижалась (23 больных), возобновляясь по мере послабления лихорадки. В подостром периоде и на этапе реконвалесценции усугубление имевшихся расстройств, появление новых феноменов (выраженной астении) определяло изменение схемы курации с ее аугментацией.

В 153 (78,9%) случаях COVID-ассоциированные расстройства были связаны с многофакторным стрессом, вызванным ситуацией пандемии. У 54 подростков расстройства провоцировались изменением учебного стереотипа: нарушения адаптации, депрессивные расстройства, фобии возникали при переходе к онлайн-обучению и при возвращении к учебе офлайн. Обнаруживались протестные реакции, социофобии, боязнь академической неуспешности. У 23 подростков с различными формами интернет-зависимости в период дистанционного обучения усугубились проявления аддикции. У 42 пациентов на фоне изоляции и невозможности поддержания привычного социального стереотипа возникали расстройства адаптации и субдепрессивные образования. У 18 человек выявлялись нозофобические расстройства – чаще ковидофобии. У 16 больных модифицировались и расширились проявления обсессивно-компульсивных расстройств: навязчивые мысли о возможном заражении вирусом SARS-CoV-2 сопровождалась ритуалами мытья и очищения, навязчивостями перепроверки.

Основными синдромами, служившими мишенями терапии, были аффективный, астенический, тревожно-фобический, обсессивный, когнитивный. Астенические и когнитивные симптомокомплексы обнаруживались у переболевших COVID-19; аффективные, тревожно-фобические и обсессивные – у всех пациентов.

Психофармакотерапия COVID-ассоциированных психических нарушений включала психотропные препараты с селективным типом действия, минимальным числом побочных эффектов, нейро-/ангиопротекторы, ноотропы, антиоксиданты. Социореабилитационная программа – психокоррекцию, психотерапию, нейрокогнитивную ремедиацию, изменения режима обучения, психообразовательные мероприятия для пациентов и их семей.

Выводы. Комплекс психических нарушений, регистрируемый у детей и подростков в ходе пандемии COVID-19, обусловлен как биологическими факторами, так и средовыми стрессовыми воздействиями. Наиболее часто развиваются астенические, аффективные, тревожно-фобические, обсессивные, когнитивные расстройства, требующие курации. Основная стратегия ведения больных – мультидисциплинарная помощь, включающая психофармакологические, психотерапевтические и социореабилитационные воздействия.

Список источников

1. **Galougahi, M.** Olfactory bulb magnetic resonance imaging in SARS-CoV-2-induced anosmia: the first report / M. Galougahi, J. Ghorbani, M. Bakhshayeshkaram, A. Safavi Naeini, S. Haseli // *Academic Radiology*. – 2020. – № 27 (6). – P. 892–893. DOI: 10.1016/j.acra.2020.04.002.
2. **Новикова, Л.Б.** Неврологические и психические расстройства, ассоциированные с COVID-19 / Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, К.М. Шарапова, Р.Ф. Латыпова // *Артериальная гипертензия*. – 2020. – № 26(3). – С. 317–326. DOI: 10.18705/1607-419X-2020-26-3-317-326.
3. **Brooks, S.K.** The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* / S.K. Brooks, R.K. Webster, L.E. Smith, L. Woodland, S. Wessely, N et al. Greenberg. – 2020. – 395 (10227). – P. 912–920. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
4. **Marks, KJ.** Hospitalizations of children and adolescents with laboratory-confirmed COVID-19 – COVID-NET / KJ Marks et al // 14 states, july 2021-january. – 2022. – *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. – 2022. Feb 18. – № 71 (7). – P. 271–278. DOI: 10.15585/mmwr.mm7107e4.

Гуткевич Е.В.

СЕМЬЕЦЕНТРИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ТЕХНОЛОГИИ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

*ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр»,
Научно-исследовательский институт психического здоровья;*

*ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный
университет», Томск, Россия*

Актуальность. Нарушения в сфере психического здоровья затрагивают все возрастные и социальные группы. Во многих случаях страдания, которые выпадают на долю людей и их семей, усугубляются стигматизацией, дискриминацией, нарушением прав человека и социальной изоляцией, а восприятие обществом людей с психическими расстройствами само по себе является частью проблемы. Целевыми группами населения являются дети (2022 год в РФ – «Год информирования о ранней помощи детям»), женщины, пожилые люди (объявлено «Десятилетие здорового старения 2021–2030»), уязвимые люди – коренные народы, мигранты и люди, пострадавшие от конфликтов и стихийных бедствий («Коалиция по охране психического здоровья: флагманская инициатива ВОЗ-Европа»), студенческая молодежь, инвалиды и семьи лиц с проблемами психического здоровья или психосоциальными нарушениями, то есть нарушениями, возникающими в результате взаимодействия человека с психическим заболеванием, его семьей и окружением.

Главным направлением совершенствования помощи в сфере психического здоровья является внедрение модели общественно-ориентированной психиатрии на основе многоаспектного холистического подхода [1]. Этот подход реализуется на разных уровнях: на уровне пациента (и его семьи), местном (региональном, областном, городском) и государственном, что особенно важно, так как для укрепления психического здоровья необходимы мероприятия в сфере общественного здравоохранения. Так, в НИИ психического здоровья более 25 лет каждый год осенью проводится День психического здоровья. Распоряжение Правительства Российской Федерации (от 23 декабря 2020 г. № 3512-р) предполагает реализацию до 2024 года многих мероприятий по совер-

шенствованию системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации, в том числе «...актуализацию взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия», с медицинскими организациями первичного звена здравоохранения; предупреждения и профилактики нарушений психического здоровья...». Востребованность семейно ориентированных мероприятий стала очевидной в 2020–2022 годах, когда пандемия COVID-19 привела к нарушениям нормальной жизнедеятельности личности и семьи, воздействуя непосредственно на человека и на его жизненное и домашнее пространство [2].

Семейное функционирование и адаптация, описываемые психолого-генетическими феноменами, психогенеалогией, являются в определенной степени интегральным критерием, учитывающим многомерную совокупность показателей психического здоровья, и имеют важное значение для системы психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Генетическое тестирование дает информацию об уникальных особенностях генотипа человека, а выявление коморбидных наследственных заболеваний – корреляции между молекулярными изменениями генома и особенностями их фенотипического проявления (выделены три группы). Психогенеалогия позволяет определить здоровье членов семьи и возможность выделения групп конкретного биологического риска. Диагностика и квалификация триедных отношений в семье – супружества, родительства, межпоколенных связей определяют психологические особенности и проблемы на разных стадиях жизненного цикла семьи. Адаптационно-превентивный потенциал (три уровня) семьи психически больного определяет биологические (генетические) и социально-психологические возможности семейной системы индивида компенсировать ограничения онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, сформировавшиеся вследствие болезни ее члена. Совокупность психолого-генетических феноменов функционирования семьи определяет уровень психического здоровья и адаптационные возможности для его сохранения в микро- и макросреде [3].

Цель: провести анализ привязанности к дому как месту функционирования семьи у лиц с разным уровнем психического здоровья: у больных с расстройствами шизофренического спектра, потребителями специализированных услуг, здоровыми людьми, а также их родственниками.

Материалы и методы. Обследованы 14 пациентов в возрасте от 21 года до 60 лет с диагнозами «шизофрения F20» (по МКБ-10) и «шизотипическое расстройство F21» с давностью заболевания более 1 года и повторными госпитализациями в стационар; группа здоровых лиц (онлайн опрос), 94 человека в возрасте от 17 до 26 лет; группы лиц – участников проекта «День психического здоровья», 49 человек и их родственников (15 человек) разного возраста. Всего обследовано 172 человека. В пилотном исследовании лиц разного возраста апробирован с разрешения авторов Резниченко Софии И., Нартовой-Бочавер Софии К., Кузнецова Валерия Б. экспериментально-психологический опросник «Привязанность к дому».

Результаты. Домашняя среда (микросреда) является комплексом позитивных чувств и переживаний по отношению к дому как к личностно значимому месту, влияющему на поведение и ценности, направляющему жизнь, поддерживающему психологическое благополучие человека. Пространство домашней среды формируется в том числе и семьей. В целом результаты тестирования показали, что у пациентов с расстройствами шизофренического спектра наблюдалось увеличение среднего значения общего балла «силы значимости дома для его обитателей» по сравнению со здоровыми лицами и участниками проекта «День психического здоровья» (потребители специализированных услуг) – средний балл 4,14 по сравнению с 3,55 и 3,43 соответственно. Психологические основы привязанности к дому у больных шизофренического спектра могут быть сопряжены со множеством фактов и индивидуальных предикторов, например частым нахождением пациентов вне домашней среды в периоды повторных госпитализаций. Выявленная противоречивость ответов характеризует особенности функциональной и эмоционально-смысловой привязанности к дому больных психическими расстройствами. Родственники лиц – участников проекта «День психического здоровья» продемонстрировали наибольшие значения среднего балла «Привязанности к дому» (4,35).

Заключение. Представляется важным осуществлять стратегии укрепления психического здоровья и профилактики в области психического здоровья; укреплять информационные системы, фактические данные и исследования в области психического здоровья [4]. Расширением возможности профилактики (реабилитации) психических расстройств в виде первичной (универсальная), вторичной (селективная) и третичной (индикативная) может стать актуальная инициатива ВОЗ

«Реабилитация-2030», которая предлагает действия по повышению роли реабилитации в качестве стратегии в области здравоохранения для всех людей на протяжении всего жизненного цикла и в рамках всего комплекса услуг по оказанию помощи [5].

Список источников

1. Отчет о работе клиники Научно-исследовательского института психического здоровья федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» за 2021 год / автор-составитель В.Ф. Лебедева / под ред. акад. РАН Н.А. Бохана. – Томск. – 2021. – 55 с.
2. Гуткевич, Е.В. Семья в условиях пандемии COVID-19 (обзор актуальных психологических исследований) / Е.В. Гуткевич // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. – Серия: Познание. – 2022. – № 2. – С. 27–31. DOI: 10.37882/2500-3682.2022.02.04 2022.
3. Гуткевич, Е.В. Межпоколенная передача психической травмы. Психогенеалогия и психическое здоровье в семье (феноменологическое исследование) / Е.В. Гуткевич, А.С. Шатунова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2019. – № 104 (3). – С. 21–32. DOI: org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-21-32.
4. Коалиция по охране психического здоровья: флагманская инициатива ВОЗ-Европа. – ВОЗ. – 2020.
5. Реабилитация в системе здравоохранения: руководство к действиям [Rehabilitation in health systems: guide for action]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2021. – Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – 78 с.

Дацковский В.М.

ПУТИ СПОЛЗАНИЯ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВАКУУМ И ПУТИ ВЫХОДА ИЗ НЕГО

Кабинет клинической психологии и патопсихологии, г. Бейт Шемеш, Израиль

Введение. Сегодня считается общепринятым, что экзистенциальный вакуум, захватывающий все больше и больше людей, является одной из важнейших среди мировых проблем. Параллельно возникло и развилось понятие выгорания – burnout.

Как несложно заметить, человек может находить себя в этом печальном состоянии в качестве итога движения по двум весьма различным путям – активной работы, превышающей адаптационные возможности человека (результат выгорания), и пассивного проведения жизни даже при наличии внешней активности (например, рутинной работы).

Практически вся литература по выгоранию посвящена описанию процесса «классического выгорания» и попыток предотвратить или остановить этот процесс. Однако осталась практически нерассмотренной тема вхождения («падения», сползания) в экзистенциальный вакуум людей, которые вынуждены заниматься зачастую весьма внешне активной, но рутинной по своей сути работой (или иной деятельностью).

Обсуждение. Можно привести достаточно первичную попытку классификации специальностей и работ, сильно рутинизирующих рабочие процессы и этим вызывающих автоматизм действий на рабочем месте, отсутствие необходимости серьезной мозговой работы и, как следствие, «пассивное выгорание» работников именно от отсутствия необходимости с их стороны вкладывать в работу творческий, активномыслительный компонент. Мы предлагаем классификацию в зависимости от качества и продолжительности контакта работника с человеком, получающим услугу [1]. Понятно, что список приведенных профессий и видов работ дан только для примера и никак не претендует на исчерпанность.

В этом случае классификация может быть представлена следующим образом.

1. Отсутствие контакта с клиентом: бухгалтеры, экономисты, работники отделов кадров больших предприятий, работающие с документами практически без контакта с клиентами, и другие работники, обрабатывающие документы по стандартному протоколу без контакта или почти без контакта с посетителями (клиентами).

2. Неэмоциональный контакт с клиентом – кассиры в супермаркетах. Работа настолько однообразная, что она ни в какой мере не затрагивает эмоциональную сферу.

3. Олигоэмоциональный контакт с клиентом – выдача почтовых отправлений и принятие оплаты коммунальных счетов – весьма кратковременный стандартный контакт, по самому характеру работы требующий точности и скорости операций и заведомо не требующий эмоционального обслуживания клиента.

4. Псевдоэмоциональный контакт с клиентом – обслуживание в компаниях мобильных телефонов. Здесь контакт несколько более длинный и должен демонстрировать расположение работника к клиенту, демонстрировать желание как можно более полно удовлетворить его потребности (если клиент сам их понимает). Однако контакт одноразовый, а потому и не требующий серьезного эмоционального напряжения,

которое возможно только при более длительном или многоразовом взаимодействии с клиентом.

5. Дефицитарно-эмоциональный контакт – медсестры в больнице, часть инженеров. Здесь требуется уточнение. Мы имеем в виду работы и специальности, в которых трудно проявлять постоянную, выжигающую душу эмоциональность при работе с клиентами или пациентами, попадающими в зону контакта с данным работником на относительно непродолжительное время, а сама работа, будучи изначально высоко-профессиональной, является пусть сложным, требующим высокой квалификации, но одинаковым из смены в смену рутинизирующим набором действий практически без нестандартных ситуаций, требующих творческого подхода – все нестандартное требует обращение к более высокой инстанции.

Важнейшей задачей изучения путей и причин «выгорания от реутилизации», путей погружения, сползания человека в экзистенциальный вакуум является нахождение путей излечения, извлечения человека из ситуации депрессии и апатии, наступивших вследствие такого сползания. Целью лечения должно являться повышение витальности, возвращение приемлемого уровня жизненной силы и активности, повышение эмоциональности.

Способы преграждения путей сползания в экзистенциальный вакуум, которые может (и должен) использовать сам человек, не дожидаясь, что внешние условия изменятся (с его помощью или чаще без его активного вмешательства), мы возьмем из литературы по классическому выгоранию, выбрав из длинных списков те пути, которые подходят для предотвращения «выгорания рутинной»:

- наличие других интересов, не связанных с профессиональной деятельностью;
- внесение разнообразия в свою деятельность;
- поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания (и физического состояния);
- сознательная открытость новому опыту;
- чтение художественной литературы (желательно, хорошей литературы);
- хобби, доставляющее удовольствие [2];
- активное участие в коллективных (для создания напряжения обязанности) положительных проектах, чаще всего – на общественных началах.

Отметим, что приведенный набор путей является необходимым, но далеко не достаточным.

Наиболее полное представление о путях выхода из состояния депрессии, апатии, экзистенциального вакуума мы находим в трудах Виктора Франкла [3]. Основная мысль В. Франкла – жизнь должна быть глубоко осмысленной и иметь глобальные цели, должна быть эмоционально напряженной и энергичной. И мы тоже постарались внести свой вклад в расшифровку, в развитие и конкретизацию взглядов на то, как именно необходимо строить активную, наполненную, осмысленную жизнь, освещаемую глобальными целями жизни [4].

Заключение. Одной из неочевидных задач психологического (психотерапевтического, медикаментозного) лечения людей, выгоревших «рутинным выгоранием», являются попытки показать захватывающие прелести активной, наполненной жизни, помочь им войти в такую жизнь, помочь им найти, осознать и начать реализовывать смыслы жизни и насколько возможно наполнить людей жизненной (витальной) энергией.

Список источников

1. **Дацковский, И.** Рутин как путь сползания в экзистенциальный вакуум / И. Дацковский // East European Science Journal. – 2020. – № 12 (64). – С. 44–56.
2. **Молокоедов, А.В.** Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности / А.В. Молокоедов, И.М. Слободчиков, С.В. Удовик. – ООО «Левъ», 2018. – 252 с.
3. **Франкл, В.** Воля к смыслу / В. Франкл. – М.: Изд-во ИОИ, 2015. – 144 с.
4. **Дацковский, И.** Тетрадь смысла в логотерапии В. Франкла / И. Дацковский // East European Science Journal. – 2020. – № 11 (63). – С. 4–16.

Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ПРИ СЕМЕЙНО ОРИЕНТИРОВАННОМ ПОДХОДЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ КАЧЕСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ДЕПРЕССИЙ)

*Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова
Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия*

В тезисах с позиций философии и методологии науки обсуждается возможность формирования междисциплинарной теории (медицина, психиатрия, психология, информатика, педагогика) медицинского психообразования как вида социальной психотерапии, а также показан проблемный ряд в этом вопросе.

Основные положения философии педагогики и образования, по мнению В.А. Канке, это опора на потенциал наук, этизация образования, тщательная разработка путей адаптации научного материала к возможностям обучаемого [1]. Поэтому в психообразовании должны использоваться интернаучные методы познания с междисциплинарным моделированием в психотерапии как метанауке и, в частности, в конкретной нозологии, группах, пациентах.

Базовой целью медицинского психообразования является преодоление и изменение ряда частных ошибочных (неизвестных) ценностей, мешающих лечебно-реабилитационным и профилактическим мероприятиям или затрудняющих их.

Для выяснения индивидуальной информированности в вопросах психического здоровья/болезни пациенту и его ближайшему окружению предлагается опросник «Психическое нездоровье в общественном сознании», разработанный профессором Центра психического здоровья РАМН В.С. Ястребовым и соавт. (2001), адаптированный и дополненный необходимыми утверждениями, касающимися в нашем примере депрессий [2]. С помощью анкетирования предварительно выявляются индивидуальные ошибки суждений, заблуждения, стереотипы, архетипы, мифологемы, стигматизация и самостигматизация, влекущие за собой затруднения инсайта, комплаенса, стигматизации и дискриминации и других затруднений мышления пациента в болезни/расстройстве и обществе, для дальнейшего осуществления психообразовательного процесса.

Отмечено, что на разных этапах реабилитации в методологии психообразования возникают трансдисциплинарные связи с педагогикой и

в первую очередь с педагогической дискурсологией как интегративной гуманистической дисциплиной. В дискурсе как особом речевом (в нашем случае – образовательном) пространстве (логосфере) и происходит психообразовательный процесс с пациентом (взрослым, обучающимся). Там оцениваются анкетирование и история болезни, ход реабилитации, что определяет содержание информированности, ход дискурса и часто имеет смешанную типологию, всегда личностный и ситуационный характер.

В основе теории дискурса лежат архетипы, мифы, метафоры [3]. Не свободно от них и медицинское психообразование, например мифологемы психического здоровья, ума, глаза и другие. Следовательно, весьма важным становится метафорический характер дискурса, особенно в отношении медицинских знаний.

После создания психообразовательной программы через ряд бесед (дискурсов) меняется информированность пациента в отношении лечения, адаптации и т. д., с последующей социально-психологической адаптацией.

Наш опыт показывает, что психообразовательный блок должен быть представлен, с одной стороны, групповыми тематическими занятиями с пациентами, группами родственников и смешанными группами, а с другой – индивидуальными занятиями с пациентом по изменению конкретной информированности. От содержательности целиком зависит успешность усвоения психообразовательной информации, ее групповая и/или индивидуальная (личностная) направленность.

Большинство исследователей сводит психообразование к программам по работе с пациентами (и родственниками) по нозологическому принципу, то есть исходят из обобщенной информации о конкретной болезни. Такой психообразовательный подход, по нашему мнению, успешен на начальном периоде при групповых занятиях, но часто не позволяет установить инсайт (осознание болезни), комплаенс (соблюдение режима приема медикаментов и т. д.), а главное – усвоить и сделать личностной полученную информацию, т. е. изменить и усвоить информированность во внутреннем мире и, соответственно, преодолеть стигматизацию и самостигматизацию, связанные с болезнью и «давлением» внешнего мира [2, 3]. Поэтому психообразовательная работа должна проводиться параллельно с личностно ориентированной психотерапией, суггестивными воздействиями, групповой психотерапией с целью купирования острой симптоматики, формирования истинной

«внутренней картины болезни»/«внутренней картины здоровья», создания комплаенса с врачом, с групповой социально-реабилитационной работой с больными, психологической адаптацией и компенсацией пациентов. Указанные вмешательства осуществляют врачи-психотерапевты совместно с медицинскими психологами, специалистами по социальной работе в качестве ко-терапевтов.

Выводы. Использование психообразовательной программы, социальной поддержки, психотерапевтических методик работы с больными в процессе депрессивного эпизода и в ремиссии с одновременным применением профилактического и противорецидивного лечения существенно уменьшает проявления стигматизации и самостигматизации пациента. Оно оказывает существенное положительное влияние на получение запланированной информации (содержательность), установление инсайта, комплаенса с пациентом в терапии, способствует повышению личностного, социального функционирования, повышению качества жизни в болезни (в статике и в динамике) и адаптации в социуме.

Список источников

1. **Канке, В.А.** Философия науки. Краткий энциклопедический словарь / В.А. Канке. – М.: Омега-Л, 2008. – 328 с.
2. **Дубицкая, Е.А.** Стигматизация больных депрессией: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Е.А. Дубицкая. – М., 2009. – 234 с.
3. **Носачев, Г.Н.** Психообразование как вид психотерапии: методология и упорядоченная практика (на примере медицинской психотерапии) / Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев, Е.А. Друбеецкая // *Психотерапия*. – 2019. – № 11 (203). С. 55–61.

Злоказова М.В., Семакина Н.В.

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД В ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ ГРУППЫ РИСКА ПО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ

*ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет МЗ РФ»,
Киров, Россия*

Актуальность. В последние годы в РФ получают поддержку и активно реализуются национальные проекты в области профилактики здоровья детско-подросткового населения, основными направлениями которых является предупреждение развития заболеваний. Учитывая со-

временные требования, развитие психолого-психиатрической помощи ориентировано на здоровьесберегающие технологии и превенцию психических расстройств (ПР) на основе межведомственного взаимодействия образовательных, медицинских и социальных учреждений [1, 2].

В настоящее время в РФ не существует единой модели межведомственной преемственной психопрофилактической и медико-психосоциальной помощи несовершеннолетним группы риска (ГР), что зачастую обусловлено ограниченными ресурсами регионального финансирования и в связи с этим отсутствием возможности организации новых структур, несмотря на явную социальную востребованность. Поэтому следует предпринимать меры в реорганизации существующих ресурсов учреждений, оказывающих медицинские и психосоциальные услуги несовершеннолетним на основе межведомственных взаимодействий [3, 4].

В связи с этим в г. Кирове разработана и организована экономичная модель психопрофилактики для подростков на основе межведомственного медико-психосоциального взаимодействия, позволяющая мониторить психическое здоровье, выявлять ГР в общеобразовательных школах, дифференцированно осуществлять персонифицированную преемственную маршрутизацию и медико-психосоциальную помощь (модель). Реализация модели осуществляется в соответствии с утвержденным «Порядком проведения психодиагностического скрининг-анкетирования среди несовершеннолетних 15–17 лет и работы по профилактике психических нарушений в г. Кирове» (постановление городской комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 19.12.2019, 13.08.2020, 16.09.2021).

Цель. Описание алгоритма межведомственного взаимодействия психопрофилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам группы риска по психическим расстройствам.

Материалы и методы. Представлены данные программированного психодиагностического скрининга (ПСА) в общеобразовательных школах, профилактических психиатрических осмотров и консультативных приемов клинических психологов, психиатров КОГБУЗ «Детский клинический консультативно-диагностический центр» (ДЦ) за 2019–2020 гг.

Обследовано 4 769 учащихся 8–10-х классов общеобразовательных школ города Кирова. После ПСА была выделена ГР – 830 подростков (17,4%), набравших повышенные баллы при субъективном оценивании своего психологического состояния, средний возраст – $15,6 \pm 0,44$ года, соотношение мальчиков и девочек – 1:1,4.

Критерии включения в исследование: добровольное личное согласие на психиатрическое и психодиагностическое обследование с 15 лет или законного представителя несовершеннолетнего до 15 лет.

При проведении профилактических осмотров и консультаций применялись клиничко-психопатологический и психологический методы. Для экспериментально-психологической оценки использовались следующие инструменты: ПСА для выявления ГР по психическим расстройствам у подростков (Злоказова М.В., Семакина Н.В., 2017) [5]; «Опросник на выявление депрессии» (М. Ковач, валидизирован Холмогоровой А.Б. и соавт., 2011); «Опросник суицидального риска» (модифицирован Разуваевой Т.Н., 2012); «Дневник социально-психологического наблюдения за учащимся» для выявления отклоняющегося поведения (Злоказова М.В., Семакина Н.В., 2019). Статистическая обработка проводилась в программе Excel (2017) с использованием описательной статистики.

Результаты. В представленной модели сделан акцент на организацию профилактической и медико-психосоциальной работы с подростками из ГР в образовательных организациях и педиатрических поликлиниках ДДЦ, что повышает доступность помощи и способствует снижению стигмационных влияний, связанных со страхом обращения в психиатрические учреждения. Принципиально новым аспектом модели является то, что результаты ПСА являются первым этапом профилактических психиатрических осмотров (профосмотров) и используются психиатрами ДДЦ при клиничко-психопатологическом обследовании, что позволяет обратить более пристальное внимание на подростков ГР.

Все подростки ГР (830 чел.) были обследованы школьными психологами с использованием опросников на выявление депрессии (Ковач М.) и суицидального риска (Разуваева Т.Н.). На всех учащихся ГР педагоги заполняли дневник социально-психологического наблюдения, где отмечали успеваемость, девиации поведения, стрессовые ситуации, школьную коммуникацию. Лица с симптомами тревоги, депрессии, девиациями поведения – 141 чел. (16,9%), выявленные при дополнительной психодиагностике и психологическом консультировании школьными психологами, были направлены на дальнейшее обследование к медицинскому психологу и психиатру ДДЦ, по результатам которого в зависимости от выраженности патопсихологических нарушений определялась маршрутизация.

В школах за подростками ГР с кратковременными ситуационными психогенными реакциями, имеющими субклинические признаки трево-

ги и депрессии, выявленные по субъективным оценкам при проведении ПСА, было организовано динамическое наблюдение педагогами и школьными психологами. Проводилась психологическая работа (индивидуальная, групповая, семейное консультирование).

Возможность использования результатов ПСА при проведении профилактических осмотров психиатрами ДДЦ позволила лучше выявлять признаки ПР у подростков. Так за 2019–2020 гг. было выявлено 154 подростка (18,6% от ГР) с признаками ПР (что выше в 2,1 раза показателя выявляемости ПР в 2018 г. без использования ПСА), из которых большая часть – 143 чел. (92,9%) были направлены на обследование к медицинскому психологу и психиатру в детские поликлиники ДДЦ и только у 11 чел. (7,1%) были выявлены явные ПР, им было рекомендовано обследование и лечение в КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева» (ЦППЗ).

Для улучшения диагностики ПР были проведены образовательные семинары и конференции для школьных психологов, социальных работников, психиатров и психотерапевтов детских поликлиник ДДЦ. Активно проводилась психообразовательная работа с родителями и педагогами на общегородских онлайн-собраниях, направленная на выявление первых признаков ПР и отклоняющегося поведения у подростков, обоснование необходимости своевременной консультации у психолога, психотерапевта или психиатра с предоставлением информации о службах, в которых можно получить медико-психологическую помощь. При проведении психообразовательных мероприятий для родителей делался акцент на то, что первичное консультирование у медицинского психолога и психиатра возможно в условиях педиатрических поликлиник ДДЦ, что способствовало дестигматизации и значительно улучшило обращаемость за помощью. Так, за период реализации модели (2019–2020 гг.) в сравнении с 2018 г. удалось повысить обращаемость подростков за медико-психологической помощью к психиатрам ДДЦ в 12,1 раза (2018 – 11 чел., 2019 – 43 чел., 2020 – 133 чел.). Увеличилось количество обращений по направлениям психиатров с профосмотров в 4,2 раза (2019 – 13 чел., 2020 – 54 чел.) и школьных психологов – в 4,8 раза (2019 – 5 чел., 2020 – 24 чел.).

Анализ психического состояния 176 подростков, обратившихся на консультативный прием к психиатру ДДЦ (2019–2020 гг.), показал у большей части (133 чел., 75,6%) донозологические психические состояния (астенический синдром – 45,3%; тревожный синдром – 28,0%;

дистимический синдром – 20,0%; патохарактерологические реакции – 6,7%), при которых субъективные психологические переживания не достигали уровня заболевания (т. е. не соответствовали критериям МКБ-10). Этим подросткам оказывалась психологическая помощь клиническими психологами в центре кризисной помощи подросткам при ДДЦ.

У 43 чел. (24,4%) психиатрами ДДЦ были диагностированы явные ПР (депрессивное расстройство (F92.8) – 5,9%; расстройство поведения (F91) – 3,6%; острое полиморфное психотическое расстройство (F23.0) – 1,2%) с признаками социальной дезадаптации, и все они были направлены на консультацию в центр психического здоровья детей ЦППЗ.

После стабилизации психического состояния подросткам выдавались рекомендации для школьных психологов с перечнем мероприятий, необходимых для психосоциальной адаптации и направления в молодежные досуговые организации для улучшения социального взаимодействия.

Выводы. Таким образом, межведомственное взаимодействие общеобразовательных школ и медицинских учреждений педиатрического профиля в организации профилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам позволяет проводить мониторинг психического состояния, используя ПСА, выявлять ГР и осуществлять персонифицированную психопрофилактическую работу в школах, улучшать диагностику ПР при проведении профилактических осмотров, осуществлять первичное психологическое консультирование в условиях педиатрических поликлиник и в последующем определять маршрутизацию в зависимости от выраженности психических нарушений, а также обеспечить преемственную психосоциальную реабилитацию и адаптацию.

Список источников

1. **Семенова, Н.В.** Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами / Н.В. Семенова // *Российский психиатрический журнал*. 2012. – № 2. – С. 25–29. ID: 17911425.
2. **Фесенко, Ю.А.** Мультидисциплинарный подход к профилактике суицидов у детей и подростков / Ю.А. Фесенко // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017. – № 17 (S2). – С. 242–243. ID: 30538118.
3. **Макушкин, Е.В.** Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах / Е.В. Макушкин, Н.К. Демчева // *Российский психиатрический журнал*. – 2019. – № 4. – С. 4–15. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930.

4. Шевченко, Ю.С. Актуальные проблемы современной организации психиатрической помощи детям в России / Ю.С. Шевченко, А.А. Северный, Н.М. Иовчук // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. – 2006. – № 2 (6). – С. 23–32. ID: 21176601.

5. Злоказова, М.В. Сравнительный анализ результатов профилактических психиатрических осмотров и скрининг-анкетирования подростков / М.В. Злоказова, Н.В. Семакина, Ю.В. Ланских, Е.С. Наумкина // *Вятский медицинский вестник*. – 2019. – № 4 (64). – С. 48–51. DOI: 10.24411/2220-7880-2019-10035.

Зозуля С.А., Солохина Т.А., Ключник Т.П.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Важным аспектом проведения реабилитационных программ является оценка их эффективности, которая проводится преимущественно на основе клинко-психопатологического обследования, психометрических и психологических шкал и опросников [1]. Современные представления о нейроиммунных взаимосвязях и роли воспаления в развитии психических заболеваний открывают возможность для использования периферических воспалительных маркеров шизофренического процесса для оценки эффективности реабилитационной помощи.

Цель исследования: сопоставление клинических и социально-психологических характеристик пациентов с шизофренией, получающих психосоциальное лечение в различных формах психиатрической помощи, и маркеров системного воспаления, связанных с тяжестью патологического процесса в мозге.

Материалы и методы. Обследовано 99 пациентов с шизофренией, получающих психосоциальное лечение в региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье», созданной для оказания социально-психологической помощи и информационной поддержки пациентам и членам их семей (1-я группа, 47 человек), а также в медико-реабилитационном отделении психиатрической больницы ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» (2-я группа, 52 человека).

1-я группа представлена участниками комплексной долгосрочной реабилитационной программы (длительность участия $3,7 \pm 2,5$ года), которым наряду с активной психофармакотерапией назначались различные психосоциальные и психотерапевтические вмешательства, разработанные сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ и специалистами РБОО «Семья и психическое здоровье»: комплаенс-терапия, тренинги по развитию когнитивных и коммуникативных навыков, психофизической и психоэмоциональной саморегуляции, решения проблем, независимой жизни, мотивационный тренинг. Составными частями психотерапии являлись арт-терапия, танцевально-двигательная и мультимодальная психотерапия, музыкотерапия, групп-аналитическая психотерапия, а также семейная терапия и консультативно-лечебная помощь. 2-я группа – это пациенты медико-реабилитационного отделения, получавшие психофармакотерапию в сочетании с психосоциальной реабилитацией (длительность лечения не более 60 дней), представленной психообразованием пациентов и их родственников, тренингами по развитию навыков самонаблюдения и эмоциональной регуляции, социально-бытовых навыков, по трудоустройству, метакогнитивным тренингом, а также арт-терапией, музыкотерапией, терапией занятостью, досуговыми программами, работой в изо-студии и театральной студии.

Контрольная группа состояла из 55 здоровых лиц без признаков соматической и психической патологии.

Для оценки качества ремиссии использовались психометрические шкалы PANSS и HDRS, для определения уровня социального функционирования – шкалы SAS-SR, качества жизни – SF-36, стрессоустойчивости – BRS и другие.

В крови пациентов определяли уровень воспалительных и аутоиммунных маркеров, входящих в медицинскую технологию «нейроиммунотест»: активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и функциональную активность $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ), уровень аутоантител к S-100B и основному белку миелина (ОБМ). Как было показано ранее, эти показатели отражают активность патологического процесса в мозге и могут быть использованы для оценки тяжести клинического состояния пациентов с шизофренией [2].

Статистический анализ выполнен с помощью программного обеспечения IBM SPSS Statistics 26. Проверка на нормальность проведена с использованием критерия Колмогорова–Смирнова. Ввиду несоответ-

ствия полученных данных закону нормального распределения анализ результатов проведен с помощью непараметрических статистических методов. Критический уровень достоверности составил $p < 0,05$.

Результаты. Клинико-психопатологическое обследование показало, что выделенные группы пациентов с шизофренией, различающиеся по организационной форме помощи, объему и продолжительности получаемой психосоциальной помощи, статистически значимо не различались по возрасту ($38,5 \pm 10,3$ и $39,8 \pm 6,2$ года), времени начала заболевания ($16,5 \pm 6,4$ и $16,5 \pm 9,2$ года), его длительности ($15,1 \pm 5,4$ и $18,2 \pm 7,8$ года), а также числу госпитализаций ($6,9 \pm 7,3$ и $7,2 \pm 6,3$) ($p > 0,05$). В обеих группах преобладающее число пациентов составили больные с непрерывным типом течения заболевания (62,9% и 65,5%) и значительной выраженностью негативной симптоматики, в большей степени псевдоорганического характера (44,2% и 42,0%) ($p > 0,05$).

Оценка эффективности программ психосоциальной реабилитации показала наличие у пациентов 1-й группы более высоких показателей по шкалам социального функционирования, стрессоустойчивости, осознания болезни, а также уровню мотивации к медикаментозному и психосоциальному лечению по сравнению с пациентами 2-й группы ($p < 0,05$).

Определение иммунологических показателей выявило повышение в крови пациентов 1-й и 2-й групп активности воспалительных маркеров ЛЭ (250 (229–277,8) и 222,4 (198,7–243) нмоль/мин·мл) и $\alpha 1$ -ПИ (41,6 (33,8–48,4) и 46,3 (39,1–51,4) ИЕ/мл соответственно по сравнению с контролем (199 (187,9–203) нмоль/мин·мл и 31,5 (29–33,3) ИЕ/мл) ($p < 0,001$ и $p < 0,001$). Уровень антител к нейроантигенам S-100B и ОБМ находился в пределах контрольных значений ($p > 0,05$).

Таким образом, показано, что большая активность патологического процесса в мозге, оцененная по уровню активации иммунной системы, выявлена у пациентов 1-й группы, имеющих лучшие показатели по уровню социального функционирования и другим клинико-социальным и психологическим характеристикам. Пациенты этой группы сохраняли клиническую стабильность и удерживались от госпитализации, что подтверждает эффективность долгосрочной комплексной реабилитационной программы, способствующей повышению стрессоустойчивости, комплаентности, развитию конструктивных стратегий преодоления болезни.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наибольшей эффективности долгосрочной комплексной реабилитационной программы для улучшения социального функционирования и качества жизни пациентов с шизофренией, несмотря на текущий патологический процесс в мозге. Перспективным является использование иммунологических показателей в качестве критериев для оценки эффективности психосоциальной реабилитации.

Список источников

1. Общественные формы помощи в психиатрии: история и современность / под редакцией Т.А. Солохиной, В.В. Ястребовой. – М.: ИД «Городец», 2019. – 392 с. ISBN 978-5-907085-12-1.
2. **Клюшник, Т.П.** Иммунологический мониторинг эндогенных приступообразных психозов / Т.П. Клюшник, С.А. Зозуля, Л.В. Андросова, З.В. Сарманова, И.Н. Отман, А.М. Дупин, Г.П. Пантелеева, Л.И. Абрамова, А. Столяров, Е.С. Шипилова, О.А. Борисова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2014. – № 114 (2). – С. 37–41.

Карпенко О.А.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», Москва, Россия

Актуальность. В системе психосоциальных мероприятий одним из базовых и обязательных элементов является психообразование пациентов и их родственников. Отечественными и зарубежными авторами был предложен и апробирован ряд психообразовательных программ для различных категорий пациентов, которые применялись на разных стадиях заболевания и в различных условиях оказания помощи. J. Väuml и соавт. (2006) рассматривают психообразование как самостоятельный специфический способ психосоциальной терапии, который должен применяться в качестве обязательной базовой методики у пациентов в остром и подостром состоянии, на которую потом накладываются другие психосоциальные программы [1].

Целью является оценка исследований программ психообразования пациента и его семьи с точки зрения применимости данных подхо-

дов на практике и эффективности в отношении улучшения контроля заболевания.

Результаты. Психообразование считается основной методикой, с помощью которой можно повысить вероятность приема терапии пациентом и создания комплаенса между специалистом и пациентом. В соответствии с кокрейновским обзором, психообразование приводит к повышению комплаенса, снижению рецидивов заболевания, улучшению психопатологического статуса. Психообразование позиционируется и как интервенция, направленная на повышение критики к состоянию [2].

В то же самое время существует проблема разнородности результатов исследований эффективности психообразования вследствие разнородности программ психообразования и применяющихся методик оценки их эффективности.

Исследования психообразования пациентов и членов их семей продолжаются и в настоящее время. До сих пор не до конца прояснены механизмы положительного эффекта семейного психообразования на заболевание, однако были выделены факторы, которые влияют на эффективность этих вмешательств: выстраивание взаимоотношений с пациентом и его родными, доверие, сотрудничество, а также наличие информации о заболевании вне зависимости от способа ее предоставления. Таким образом, эффективность психообразования достигается за счет выстраивания терапевтического альянса с пациентом и его семьей, получения знаний о болезни и ее лечении, обучения навыкам совладания и взаимодействия с лечащими специалистами [3].

В современном виде модели работы с семьей основываются на трехстороннем альянсе «специалист – пациент – семья» и представляют собой комплексное воздействие, где психообразование присутствует в качестве необходимого компонента наряду с прочими вмешательствами, направленными на выстраивание терапевтического альянса и обучение навыкам совладания с болезнью. Таким образом, семья рассматривается преимущественно как терапевтический механизм, то есть как субъект, а не как объект терапии.

Сокращение времени госпитализации пациентов с психотическими расстройствами до 30 дней диктовало необходимость разработки краткосрочных практико-ориентированных структурированных вмешательств. Подробность изложения информации зависела и от состояния пациентов, для более острых пациентов рекомендовалось больше со-

средоточиваться на практических аспектах лечебного процесса, сокращая теорию. При проведении психообразования пациентам с психозами подчеркивалась важность дидактических подходов, высокая структурированность программ, наличие определенных повторяющихся элементов и одинаковые временные рамки каждого блока программы. Было предложено проводить психообразовательные программы дифференцированно в зависимости от нейрокогнитивного состояния – пациентам с более выраженными нарушениями памяти и внимания давать меньше информации и делать больше повторов.

Наиболее сложной задачей представлялась разработка программ психообразования для пациентов с первым психотическим эпизодом. Неясность диагноза и прогноза при первом психозе для профессионалов, с одной стороны, и психотравматичный опыт самого психоза для пациента и родственников – с другой, затрудняют предоставление информации пациентам. Поэтому при психообразовании данной категории пациентов особенно важно применять психотерапевтические подходы, направленные на повышение самооценки, выработку конструктивных механизмов совладания, смещение внимания на позитивные аспекты и рефрейминг негативного опыта.

Позднее программы психообразования для пациентов были модифицированы и психообразование стало рассматриваться не только как передача знаний о болезни, но и как способ обучения навыкам самостоятельного контроля состояния (self-management). В рамках психообразования с обучением самоконтролю включаются такие темы, как: прием препаратов, выявление ранних признаков обострения, разработка плана предотвращения рецидива, совладание с остаточной симптоматикой [4]. Данный подход к психообразованию также оказался эффективен в отношении снижения уровня рецидивов и регоспитализаций и увеличения медикаментозного комплаенса [5].

Список источников

1. **Bäuml, J.** Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families / J. Bäuml, T. Froböse, S. Kraemer, M. Rentrop, G. Pitschel-Walz // *Schizophr Bull.* – 2006. – 32 (Suppl 1). – P. 1–9.
2. **Xia, J.** Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews / J. Xia, L.B. Merinder, M.R. Belgamwar. – 2011. – № 6. CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>.
3. **Grácio, J.** What do We Know about Family Interventions for Psychosis at the Process Level? A Systematic Review / J. Grácio, M. Gonçalves-Pereira, J. Leff. – *Fam Process.* – 2016. – № 55 (1). P. 79–90. <https://doi.org/10.1111/famp.12155>.

4. **Карпенко, О.А.** Психосоциальная реабилитационная программа «Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара»: методические рекомендации / О.А. Карпенко, Н.В. Чернов, Е.А. Евстигнеева, М.В. Созина, Н.Г. Дмитриева, Е.А. Кутукова, Г.П. Костюк; под общ. ред. Костюка Г.П. – М.: КДУ, Университетская книга, 2019. <https://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0103>.

5. **Карпенко, О.А.** Влияние психообразования на комплаентность пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара / О.А. Карпенко // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2020. – № 120 (6). – С. 92–98. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006292>.

**Кирюхина С.В.^{1,3}, Кузьмин Д.И.¹, Баранов Д.В.^{1,2}, Кукина Г.Н.^{1,3},
Лабунский Д.А.¹**

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ИНВАЛИДИЗАЦИЮ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

¹ ФГОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва»

² ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница»

³ ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы» по Республике Мордовия, Саранск, Россия

Актуальность. Инвалидность вследствие психических расстройств в настоящее время представляет важную и актуальную проблему [1]. Исследование качества жизни и удовлетворенности медицинской помощью инвалидов с психическими заболеваниями показало, что при снижении общего числа пациентов с психическими расстройствами в Российской Федерации растет число лиц с инвалидностью вследствие психических расстройств шизофренического спектра [2]. Изучение медико-социальных характеристик пациентов на начальных этапах течения эндогенных заболеваний в сопоставлении с 2-летним периодом лечения выявило, что уровень социального функционирования по шкале PSP повысился с 82,0% (средняя степень ограничения функционирования) до 92,0% (слабовыраженные нарушения), что свидетельствует о высокой роли медицинских факторов [3]. Изучение медико-демографических и медицинских ресурсов психиатрической службы как в це-

лом в стране, так и в отдельных регионах необходимо для анализа влияния социально-экономических изменений на формирование психической патологии [4].

Цель. Изучить влияние медицинских и социальных факторов на формирование инвалидности вследствие психических расстройств в Республике Мордовия с учетом нозологических форм заболеваний, а также диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий, проводимых в данной группе пациентов.

Материал и методы. Проведен анализ сведений из статистических сборников Росстата и утвержденных форм государственной статистики № 7-собес за 2019 г. Проанализированы сплошным методом данные всех впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств в Республике Мордовия за 2017–2019 гг. на основании информационной базы Главного бюро МСЭ по Республике Мордовия.

Результаты. Изучение демографической ситуации в Республике Мордовия выявило высокую численность населения пенсионного возраста: число лиц старше трудоспособного возраста в 2019 году составило 226526 человек, или 28,5% общей численности постоянного населения республики. Первичная инвалидность взрослого населения в Республике Мордовия с учетом основных классов болезней по МКБ-10 вследствие психических заболеваний в 2019 году заняла 5-е ранговое место и составила 3,4% (в 2018 г. – 2,8 %, в 2017 г. – 3,2 %). Показатель первичной инвалидности за период 2017–2019 гг. по данной нозологии изменялся незначительно – в 2019 г. – 2,0 на 10 тыс. взрослого населения, в 2018 г. – 1,7, в 2017 г. – 1,9. Данный показатель остается ниже показателей РФ 2017–2018 гг. (2,9 и 2,7 соответственно на 10 тыс. взрослого населения) и ПФО (3,0 и 2,7 на 10 тыс. взрослого населения). Основную долю контингента впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения составили лица пенсионного возраста – 44,2%; 35,7% пришлось на пациентов, ставших инвалидами по психическому заболеванию в возрасте до 44 лет; 20,1% – на лица среднего возраста (женщины 45–54 лет и мужчины 45–59 лет). Большая часть впервые признанных инвалидами пенсионного возраста за все периоды наблюдения была представлена инвалидами I группы. Анализ распределения повторно признанных инвалидами по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека в 2019 г. показал, что лица с нарушением психических функций занимают 4-е ранговое место после инвалидов с наруше-

нием функций системы крови и иммунной системы, нарушением нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, нарушением функций сердечно-сосудистой системы и составляют 4,9%. Анализ индивидуальных программ реабилитации контингента инвалидов показал, что все подэкспертные нуждались в мероприятиях медицинской реабилитации, социальной реабилитации или абилитации.

Заключение. Активное развитие системы реабилитации контингента инвалидов с психическими расстройствами стало возможным благодаря улучшению законодательной базы, регулирующей вопросы медицинской, психолого-педагогической, социальной реабилитации. Изучение структуры, закономерностей формирования инвалидности вследствие психических заболеваний необходимо для совершенствования оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

Список источников

1. **Кирюхина, С.В.** Анализ инвалидности вследствие органических психических расстройств за 2019 год по Республике Мордовия / С.В. Кирюхина, О.В. Гулина, В.Г. Подсеваткин, и др. // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2021;24:1:23-29. <https://doi.org/10.17816/MSER56386>.
2. **Целищев, Д.В.** Качество жизни и удовлетворенность медицинской помощью инвалидов с психическими расстройствами шизофренического спектра / Целищев Д.В., Станич С. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2022. – № 122(1-2). – С. 26–34. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212201226>.
3. **Тарантова, К.А., Зяблов В.А., Трущелев С.А.** Медико-социальная характеристика пациентов клиники первого психотического эпизода / Тарантова К.А., Зяблов В.А., Трущелев С.А. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2022. – № 122(1-2). – С. 35–40. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212201235>.
4. **Митихин, В.Г., Ястребов В.С., Митихина И.А.** Популяционные модели психического здоровья населения России: оценка влияния условий жизни и ресурсов психиатрической помощи / Митихин В.Г., Ястребов В.С., Митихина И.А. // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. – 2017. – № 11 (117). – С. 5–12. <https://doi.org/10.17116/jnevro201711171115-12>.

Кузьмина С.В.

РИСКИ НАРУШЕНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СФЕРЫ

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Россия

Актуальность. По данным ВОЗ, качество окружающей среды обуславливает 15–25% глобального бремени болезней. Одним из факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья работающих, являются условия труда, которые на многих предприятиях характеризуются вредными и опасными факторами [1, 2, 3]. Во всем мире наблюдается рост тревожных и депрессивных состояний, риск возникновения которых напрямую связан с социально-психологическими факторами [4]. Сохранение психического здоровья работников является важной и приоритетной задачей государства. Актуальность исследования рисков нарушения ментального здоровья работников телекоммуникационной сферы (операторов связи и телефонистов) определяется их напряженными условиями труда, подразумевающими необходимость в короткие отрезки времени решать сложные задачи, выполнять точные, мелкие, высоко координированные движения верхними конечностями в позе сидя. Рабочий день организован по скользящему графику со смещением его начала на 1–2 часа ежедневно, работа осуществляется в три смены по 8 часов 6 дней в неделю с одним двухчасовым перерывом.

Цель: оценка производственных и непроизводственных факторов риска формирования нарушений психического здоровья и разработка мер профилактики у работников телекоммуникационного предприятия.

Материал и методы. Методология исследования основана на принципах анализа вероятности формирования нарушений психического здоровья с учетом факторов риска. Методом сплошной выборки было обследовано 242 работника основной и 352 работника контрольной групп. Был применен спектр гигиенических, клинико-лабораторных, психопатологических, функциональных методов исследований, современные статистические методы.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что значимый вклад в условия труда работников телекоммуникационного предприятия вносят производственный шум и напряженность труда: работа в условиях дефицита времени, сенсорные нагрузки, эмоциональные нагрузки и сменность работы. Средний возраст обследо-

ванных работников основной группы составил $40,6 \pm 10,5$ года, группы контроля $41,2 \pm 11,0$ года, производственный стаж основной группы $15,0 \pm 10,7$ года, группы условного контроля $13,4 \pm 9,7$. Удельный вес лиц с нарушениями психической адаптации среди группы операционистов и телефонистов значимо выше и достоверно отличается ($p \leq 0,001$) от такового среди работников группы условного контроля (57,3% относительно 27,5%). Полученные данные демонстрируют, что максимально выраженные нарушения в формировании адаптации приходятся на компоненты невротической депрессии ($0,299 \pm 0,459$), обсессивно-фобические нарушения ($0,207 \pm 0,406$) и признаки конверсионного типа реагирования ($0,187 \pm 0,390$).

Для оценки патоморфоза формирования донозологических нарушений ментального здоровья был проведен факторный анализ структуры наиболее часто встречающихся симптомов среди лиц с нарушениями психической адаптации в группе операционистов и телефонистов. Оценка результатов факторного анализа работников основной группы показала, что сформированные в первые 9 лет работы пограничные нервно-психические расстройства объясняют 77% дисперсии и проявляются вегетативными нарушениями и конверсионным типом реагирования (первый фактор, объясняющий 35% всей дисперсии). В первой стажевой группе структура второго фактора (22% дисперсии) указывает на преобладание обсессивно-фобических расстройств ($0,9$, $p \leq 0,05$), этот радикал имеет максимальную факторную нагрузку. Для третьего фактора (20% дисперсии) вектор максимальной факторной нагрузки обусловлен астено-невротическими правлениями. При увеличении производственного стажа до 10–14 лет ведущим в структуре первого фактора (35% дисперсии) становится астено-депрессивный радикал в комбинации с менее выраженным ($0,64$) вытесняющим (конверсионным) типом реагирования. Второй фактор, который в указанной стажевой группе объясняет уже 32% всей дисперсии, также трансформируется в сторону тревоги ($0,7$) и небольшого снижения обсессивно-фобических проявлений ($0,82$). Третий фактор (23% дисперсии) определяется преобладанием вегетативных нарушений ($0,76$), которые являются ведущими.

В группе наиболее стажированных работников (стаж свыше 15 лет) факторная структура трансформируется: у 38% всей дисперсии высокая факторная нагрузка характерна для двух шкал и формирует ведущий тревожно-астенический радикал, дополненный вегетативными ($0,67$) и невротическими проявлениями ($0,56$), которые сохраняются на уровне

первой стажевой группы. Второй фактор (24% дисперсии) представлен сформировавшимся и максимально выраженным типом уклоняющегося поведения (0,89), а третий фактор, характеризующий 20% дисперсии, проявляется ведущим обсессивно-фобическим радикалом (0,86). Таким образом, можно говорить о формирующейся структуре донозологических проявлений, которые имеют четко выраженную структуру.

Заключение. Влияние как производственных (стаж), так и непроизводственных (возраст) временных характеристик на рост вероятности развития донозологических психических нарушений в более старших стажевых и возрастных группах может свидетельствовать о кумулятивном эффекте влияния производственного шума в сочетании с напряженностью трудового процесса на формирование нарушений ментального здоровья работников. Принимая во внимание донозологический характер психических расстройств и доказанную динамику их формирования в условиях предприятия, важным этапом является мониторинг психического здоровья в группах риска.

Список источников

1. **Браун, Дж.С.** Психиатрические эффекты воздействия органических химикатов / Дж.С. Браун // В книге: Влияние стойких и биологически активных органических загрязнителей на здоровье человека / Д.О. Карпендер. – Хобокен: Джон Уайли. – 2013. – С. 514–532.
2. Государственный доклад о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020:300 с. URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/8e4/gosdoklad-za-2019_seb_29_05.pdf (дата обращения 28.08.2020)
3. **Новиков, В.Э.** Качество жизни и психическое здоровье работников угледобывающей промышленности (клинико-эпидемиологический, превентивный, терапевтический и организационный аспекты): автореферат дис. канд. наук / В.Э. Новиков. – Томск, 2009. – 48 с.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 января 2020 г. № 8. Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года». Электронный ресурс URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73421912/> (ссылка доступна на 18.04.2022).

Кузьмина М.В.

ДИСТАНЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИХ РОДСТВЕНИКАМ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Актуальность. В условиях социального стресса, когда могут возникать трудности с оказанием очной психолого-психиатрической помощи, особую актуальность приобретают дистанционные формы помощи. Так, в последние два года высокий спрос на редко использовавшиеся ранее удаленные форматы общения с врачом-психологом вызвал бурное развитие телепсихиатрии/телепсихологии, поддержки по телефону, в мессенджерах. Социальный стресс провоцирует развитие у ранее здоровых людей тревоги, беспокойства, волнения, бессонницы, растерянности, депрессивные расстройства и даже симптомы посттравматического стрессового расстройства, что, как правило, приводит к злоупотреблению ПАВ, росту суицидов [1].

Больные с психическими расстройствами, в особенности шизофренического спектра, более уязвимы в условиях социального стресса в силу когнитивных нарушений, а также недостаточной критичности к болезни, происходящим событиям. При оказании психолого-психиатрической помощи в дистанционном формате есть как положительные стороны, так и ограничения. Так, дистанционные формы помощи доказали свою эффективность, они значительно снижают использование ресурсов, делают психолого-психиатрическую помощь доступной на значительных расстояниях, а также способствуют привлечению к участию в ней лиц с низкой мотивацией, уменьшают самостигматизацию, повышают комплаенс. Но остаются нерешенными вопросы, касающиеся качества оказываемой телепсихиатрической помощи, ее соответствие нормам и стандартам, традиционной помощи в очном формате. К недостаткам дистанционной помощи относятся неспособность некоторых пациентов в силу их когнитивных особенностей работать в онлайн-режиме, ограничения при работе в телесно ориентированном направлении, порой неполная вовлеченность участников в занятия, их отвлекаемость, сложность удержания внимания удаленно длительное время, возникавшие иногда проблемы с уединением, нарушением конфиденциальности, непредвиденные осложнения с техникой, связью. Как вы-

яснилось, не каждый специалист способен провести онлайн-занятие, необходимы другие компетенции и другая организация занятий, в связи с чем встают вопросы обучения специалистов работе в удаленном формате, прохождение ими супервизий для профилактики выгорания и снижения высокого уровня стресса при оказании помощи больным [2].

Правовое урегулирование телемедицины в России осуществляется Федеральным законом от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», основные положения которого определяют предмет телемедицинских технологий, возможность получения добровольного согласия на медицинскую помощь в электронном виде, удаленный сбор информации о пациенте, корректировка лечения и пр. Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ дополнен приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 года №965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». В настоящее время в соответствии с Федеральным законом от 31.07.2020 № 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации» проводится трехлетний эксперимент, который должен определить возможность постановки диагноза удаленно.

Цель. Анализ опыта использования дистанционной психолого-психиатрической помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра и их родственникам в условиях социального стресса.

Материал и методы. Пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (60 чел.), средний возраст $39,5 \pm 10,3$ года; родственники этих пациентов (40 чел.), средний возраст $60,3 \pm 9,3$ года. Все больные страдали шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с длительностью заболевания в среднем 15 лет, все имели инвалидность, преимущественно II группу. Большинство участников дистанционной реабилитационной работы – члены РБО «Семья и психическое здоровье», а также подопечные РОО «Росток», г. Порхов. Использованы клинико-психопатологический, социологический, статистический и психометрический методы (скрининговые шкалы: шкала воспринимаемого стресса – PSS-10, тест на наличие генерализованного тревожного расстройства – GAD-7, индекс выраженности бессонницы – ISI, кластер депрессии анкеты состояния здоровья – PHQ-9).

Результаты. Сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ разработана дистанционная программа комплексного психосоциального вмешательства. Все виды психологической и

психотерапевтической помощи, учитывающие специфические особенности каждой технологии, были существенно адаптированы под онлайн-формат. Специалисты имели возможность оказывать краткосрочную и долгосрочную помощь, использовать индивидуальный и групповой формат работы.

Большая часть пациентов с расстройствами шизофренического спектра до начала занятий находились в состоянии полной или частичной лекарственной ремиссии (83,7%), поэтому важно было не допустить рецидив болезни, снизить психоэмоциональное перенапряжение, сохранить имеющийся реабилитационный потенциал. Так, у пациентов в условиях социального стресса имели место следующие симптомы: раздражительность (30,4%), беспокойство (68,7%), бессонницу (7,3%), реакции избегания и замешательства (37,0%), усиление чувства одиночества (12,8), тревоги (72,7%), в ряде случаев достигавшего психотического уровня (7,3%), проявления депрессии (56,5%), а также возникновение обсессивно-компульсивных расстройств (21,8%), нарушения сна (27,1%). По окончании дистанционных программ (через 10 месяцев) у больных, согласно скрининговым шкалам, снизился уровень стресса, тревоги, улучшился сон и показатели выраженности депрессии. Но несмотря на проводимые дистанционные психосоциальные вмешательства, у 6,7% пациентов все-таки не удалось избежать рецидива болезни, при этом 3,4% госпитализированы ввиду обострения психопатологической симптоматики.

У родственников больных до начала дистанционной психосоциальной терапии были выражены тревога, депрессивные и субдепрессивные состояния, острая реакция на стресс, нарушения сна. Постепенно при поддержке психиатров и психологов группы в соцсетях у них формировалась адаптация, и после проведенных онлайн-занятий (через 3–4 месяца) перечисленные расстройства полностью нивелировались. При этом вырос уровень знаний относительно заболевания близкого, родственники пациентов отмечали высокую удовлетворенность занятиями.

Заключение. Результаты проведенной комплексной дистанционной психосоциальной реабилитации больных шизофренией и их родственников доказывают эффективность телепсихосоциальных вмешательств, она позволила существенно улучшить показатели психического здоровья пациентов и их близких в период социального стресса, предотвратить повторные госпитализации в психиатрический стационар и сохранить их реабилитационный потенциал, а также помочь их близким

снизить эмоциональный стресс. Это подтверждают показатели снижения общего уровня стресса, тревоги, депрессии и нормализации сна. Однако, на наш взгляд, телепсихиатрия/телепсихология пока не может заменить очную психолого-психиатрическую помощь, будущее за созданием гибридных моделей помощи, включающих сочетание дистанционной и очной форм помощи.

Список источников

1. **Солохина, Т.А.** Телепсихиатрия и телепсихология: возможности и ограничения дистанционной работы / Т.А. Солохина, М.В. Кузьминова, В.Г. Митихин // *Психиатрия*. – 2021. – № 19 (3). – С. 68–79. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-68-79>
2. **Солохина, Т.А.** Телетехнологии в период пандемии COVID-19: помощь пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями и членам их семей / Т.А. Солохина, М.В. Кузьминова // *Психическое здоровье*. – 2021. – № 11. С. 46–53. <https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.11.46-53>
3. Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 года № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».
5. Федеральный закон от 31.07.2020 № 258-ФЗ «Об экспериментальных правовых режимах в сфере цифровых инноваций в Российской Федерации».

Кузьминова М.В.

РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Роль семьи в жизни больного шизофренией на всех этапах лечения, а особенно при манифестации болезни, трудно переоценить, поскольку близкие пациента по-разному (как положительно, так и негативно), могут воздействовать на состояние больного шизофренией, частоту рецидивов, продолжительность ремиссии болезни, а также непосредственно на психосоциальную адаптацию пациента.

Для родственников больных шизофренией с первым психотическим эпизодом характерно дезадаптивное поведение, которое неизбежно приводит к проблемам в межличностном общении и взаимодействии в семье, нарушению социальной адаптации больного и его близких, значительным социальным потерям. Начало тяжелого психического расстройства у близкого человека является мощным психотравмирующим фактором, что неизбежно приводит к выраженному стрессу у его родных, они сами нуждаются в психосоциальном лечении, в частности, в формировании навыков решения проблем, совладания со сложными жизненными ситуациями, стрессом [1]. Поэтому для родственников больных шизофренией с первым психотическим эпизодом раннее психосоциальное вмешательство не менее важно, чем для пациента, ведь именно в этот год могут быть достигнуты максимально эффективные результаты, во многом определяющие последующий прогноз заболевания [2, 3].

Цель исследования заключалась в анализе социально-психологических особенностей родственников больных шизофренией с первым психотическим эпизодом, оценке эффективности психосоциального вмешательства и его влияния на психологическое состояние членов семей, осуществляющих уход за больными шизофренией с первым психотическим эпизодом.

Материалы и методы. До и после психосоциального вмешательства обследовано 48 членов семей (40 женщин и 8 мужчин). Средний возраст респондентов составил $45,7 \pm 0,2$. Использованы психологический, статистические методы.

Результаты. Анализ социально-психологических особенностей родственников больных с первым психотическим эпизодом выявил преобладание среди них женщин, преимущественно с высшим образованием, которые в основном приходились матерями больным. Близкие пациентов до психосоциального вмешательства в своем большинстве отрицали факт враждебности, критики, дистанцирования, а также гиперопеки по отношению к больному. Лишь 20,8% родственников признали, что с развитием у близкого тяжелого психического расстройства в семье участились конфликты, непонимание и разногласия. Показатели, полученные при оценке психологических проблем у родственников до психосоциального вмешательства, свидетельствуют о том, что опрошенные испытывали значительный дистресс в области семейных взаимоотношений, для них были характерны повышенная тревожность, модель поведения с гиперопекой, конфликты с ограничением контактов

с другими членами семьи, отмечались также эмоциональная холодность или явная враждебность по отношению к пациенту, низкая приверженность лечению.

Родственники больных шизофренией с первым психотическим эпизодом получали психосоциальное лечение в течение 3 месяцев 1 раз в неделю. В ходе занятий они приобретали необходимые знания о заболевании и его лечении, социально-психологическую поддержку, осваивали навыки общения с пациентом, решения возникающих проблем и совладания со стрессом, обучались развитию партнерского стиля взаимоотношений в семье.

Результаты оценки эффективности психосоциального вмешательства членов семей больных шизофренией с первым психотическим эпизодом продемонстрировали в целом улучшение психологического состояния родственников, осознания болезни (хотя полного ее принятия еще не зафиксировано, т. к. прошло мало времени), а также появление понимания необходимости длительного медикаментозного лечения близкого человека. Участие в психосоциальных мероприятиях способствовало изменению копинг-стратегий у близких, ухаживающих за больными, появлению более конструктивных способов совладающего поведения. Однако даже после психосоциального вмешательства у родственников больных с первым психотическим эпизодом по-прежнему актуальны их умение целостно анализировать ситуацию и вырабатывать рациональные стратегии решения возникающих внутрисемейных проблем, у них не хватает опыта, слишком сильны внутренние переживания по поводу тяжелой болезни близкого, они остро нуждаются в поддержке, сочувствии и внимании окружающих.

По ряду опросников и шкал (шкала осознания болезни ISP (M. Birchwood et al., 1994), опросник исследования межличностных проблем (IP-64, L. Horowitz, 2000), шкала социального функционирования (SAS-SR, M. Weissman и S. Bothwell, 1976), опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (L.R. Derogatis et. al., 1974), оценка уровня знаний о заболевании родственников пациентов до и после вмешательства) отмечено статистически значимое улучшение показателей, что свидетельствует об эффективности психосоциального вмешательства.

Вывод. Исследование показывает, что психосоциальное вмешательство на ранних этапах у родственников с первым психотическим эпизодом является полезным и эффективным, позволяет улучшить течение болезни в целом и расширить возможности семьи, способствует

созданию терапевтического альянса «врач-пациент-родственник», облегчает взаимодействие специалистов с больными и членами семей, ухаживающими за ними. Отмечено статистически значимое улучшение психологического состояния членов семей, ухаживающих за больным, формирование конструктивных копинг-стратегий, что способствовало улучшению внутрисемейных отношений, снижению стигматизации, повышению комплаенса и уровня знаний о заболевании.

Список источников

1. **Ястребова, В.В.** Стресс и ресурсы семей пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями / В.В. Ястребова, Т.А. Солохина // Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода. Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием / под редакцией Г.И. Копейко. – 2020. – С. 227–231.
2. **Солохина, Т.А.** Модель социально-психологической и психотерапевтической помощи родственникам больных, страдающих шизофренией, и оценка ее эффективности / Т.А. Солохина // Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода. Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием / под редакцией Г.И. Копейко. – 2020. – С. 196–201.
3. **Солохина, Т.А.** Приверженность родственников больных шизофренией их лечению и стратегии ее повышения / Т.А. Солохина, В.Г. Митихин, В.В. Ястребова, Л.М. Алиева, А.И. Машошин // Современные концепции реабилитации и психоневрологии: отрицание отрицания. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием. Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кашенко, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. Коллектив авторов ООО «Альта Астра», 2016. – С. 158–162.

Кузьмина М.В.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Психосоциальным проблемам при эпилепсии, вопросам социального функционирования и качества жизни посвящено много научных публикаций. Актуальность изучения семейных аспектов пациентов с эпилепсией, в том числе с психическими расстройствами,

как и семей с тяжелыми психическими заболеваниями, определяется высокой значимостью семьи и микроклимата в ней, что влияет на результат терапии, а также социальное функционирование и качество жизни пациента [1, 2, 3]. С социальными трудностями сталкивается не только сам заболевший, но его родственники: стресс при осознании факта эпилепсии у близкого человека, крушение надежд, связанных с личным будущим и будущим больного, разочарование, страх, депрессия, тревожность, необоснованное ощущение вины, а иногда и невозможность сохранения прежнего места работы у ухаживающего за больным – это далеко не полный перечень того, что оказывает неблагоприятное влияние на качество семейных отношений [2, 4].

Многие авторы указывают на значительные изменения и специфику семейных отношений у пациентов с эпилепсией: усиление родительского контроля, проявление гиперопеки или враждебности родственников к больному эпилепсией члену семьи, частые внутрисемейные конфликты, а также страх ожидания приступа, вынужденные ограничения в поездках и др. В научных исследованиях усматривается явная взаимосвязь между этими факторами и развитием психопатологии у больных эпилепсией [2, 3, 5].

Цель: анализ влияния различных семейных факторов на клинико-психопатологические характеристики эпилепсии, социальное функционирование и качество жизни пациентов.

Пациенты и методы. Обследовано 149 пациентов с верифицированным диагнозом «эпилепсия», средний возраст $45,0 \pm 11,7$ года. Использованы клинико-психопатологический, психометрический, статистические методы оценки.

Результаты. Недоброжелательные, конфликтные (22,1%), неустойчивые (28,9%) отношения в семье, так же как отстраненно-формальные (7,4%) и с гиперопекой (22,1%), вызывали учащение приступов, формировали появление невротических и усугубление личностных расстройств, а с присоединением воспринимаемой стигмы способствовали возникновению у пациентов сниженной самооценки, неуверенности в себе, тревожности, апатии, утраты прежних интересов, а также агрессивностью и конфликтностью по отношению к окружающим, демонстративного поведения с манипулированием близкими, что снижало социальное функционирование и качество жизни пациентов с эпилепсией.

При партнерском типе взаимоотношений в семье больных практически не беспокоили депрессивные переживания ($r = 0,64$;

95% ДИ 0,54–0,73), плохое настроение совсем не влияло на их повседневную жизнь ($r = 0,64$; 95% ДИ 0,54–0,73), у пациентов была достаточно высокая самооценка ($r = 0,61$; 95% ДИ 0,50–0,72).

У трети пациентов (32,9%) в семьях преобладал автократический стиль общения со стороны родственников (в основном матерей и сестер) с демонстрацией своего превосходства, требованием полного подчинения с целой системой запретов и наказаний. Автократический стиль взаимоотношений в семье приводил к частым эпилептическим припадкам у больного ($r = 0,63$), конфликтным отношениям с окружающими ($r = 0,51$; 95% ДИ 0,38–0,62), резко выраженным нарушениям социальной адаптации ($r = 0,51$; 95% ДИ 0,38–0,62) и неуверенности в себе ($r = 0,59$; 95% ДИ 0,48–0,69).

Даже в случае доброжелательных отношений чаще всего внимание семьи концентрировалось «вокруг болезни», когда при опасении развития повторных эпилептических приступов больного старались практически от всего оградить, в том числе от любой физической активности, любимых увлечений, домашних обязанностей, общения с друзьями. Доброжелательные отношения в семье людей с эпилепсией, согласно выявленным корреляционным связям, способствовали хорошей социальной адаптации больного ($r = 0,59$; 95% ДИ 0,48–0,69), а также тому, что больной не являлся инвалидом ($r = 0,66$; 95% ДИ 0,49–0,70).

Как следует из вышесказанного, у большей части обследованных семейные взаимоотношения были существенно нарушены. В то время как семья является основным ресурсом для адаптации к болезни у пациентов с эпилепсией, можно констатировать, что у большинства обследованных этот ресурс отсутствовал. Более того, негативное отношение близких, конфликты и непонимание, чаще всего ухудшали течение эпилепсии, не только усугубляя частоту эпилептических припадков, но и оказывали опосредованное влияние на формирование у пациентов с эпилепсией сниженной самооценки, различных по глубине и выраженности депрессий, личностных девиаций, что в конечном итоге существенно снижало качество жизни и нарушало социальную адаптацию больных. Так, полностью удовлетворены жизнью были лишь 8,1% пациентов, 54,4% были скорее удовлетворены, чем не удовлетворены, 28,9% и 8,7% опрошенных были скорее не удовлетворены и абсолютно не удовлетворены жизнью.

Заключение. Данное исследование расширяет представление о психосоциальных характеристиках больных эпилепсией, демонстрирует важность наличия семьи и благоприятных взаимоотношений в ней.

Партнерство в семье, принятие болезни с некоторыми ограничениями, корректная семейная поддержка ведут к адекватной самооценке пациента, когда он не чувствует себя «изгоем общества» ввиду своей «неполноценности» из-за развития припадков, течение эпилепсии более благоприятно. Такой человек с эпилепсией успешно адаптируется в обществе, как правило, трудоустроен, имеет семью, и его жизнь в целом не сильно отличается от жизни здоровых людей.

Семья опосредованно также может оказывать и отрицательное влияние на долгосрочный прогноз заболевания, когда больной эпилепсией лишен самостоятельности, огражден от различных занятий, окружен встревоженными за его состояние близкими, в результате чего формируются личностные изменения, значительное снижение социальной адаптации, неблагоприятное течение эпилепсии, и пациент чувствует свое одиночество, поглощен своей болезнью, безучастен к происходящему, не имеет работы, сознательно отказывается от семейных отношений.

Эти данные ярко демонстрируют необходимость и важность психосоциальных вмешательств, в первую очередь психообразования, а также сопровождения семей больных эпилепсией, которые могли бы в итоге вселить адекватное отношение к болезни и оптимизм как в самого пациента, так и в его родственников, что помогало бы обеспечить человеку с эпилепсией достаточно гармоничную жизнь, нивелировать большинство тревожных и депрессивных расстройств у близких и самих больных. Поскольку эпилепсия затрагивает в равной степени и людей, страдающих ей, и их семьи, понимание того, какие сферы семейных взаимоотношений страдают при этом, позволяет разработать и проводить корректные психосоциореабилитационные вмешательства, которые на данный момент, к сожалению, встречаются очень редко. Лицам, живущим с больным эпилепсией, эти мероприятия позволят узнать особенности болезни, а также практиковать стратегии для поддержания собственного благополучия, тем самым укрепляя семейные взаимоотношения и направляя их в «правильное русло», что, в свою очередь, будет снижать риск развития различных психопатологических проявлений у больных эпилепсией и улучшать качество их жизни.

Список источников

1. **Солохина, Т.А.** Социально-психологические проблемы в семьях больных шизофренией и пути их решения / Т.А. Солохина // Психическое здоровье и образование. сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». – 2018. – С. 199–202.

2. **Кузьмина, М.В.** Влияние семейных факторов на течение и прогноз эпилепсии / М.В. Кузьмина // *Психическое здоровье*. – 2021. – № 10. – С. 27–37. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.10.27-37
3. Furegato ARF, Moreira GCD. Psychosocial rehabilitation of people with mental disorders and epilepsy. *International Physical Medicine & Rehabilitation Journal*. – 2021. – № 6 (2). – Р. 35–36.
4. **Кузьмина, М.В.** Депрессивные, тревожные и обсессивно-фобические расстройства у больных эпилепсией / М.В. Кузьмина. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. – 2014. – № 1. – С. 23–25.
5. **Солохина, Т.А.** Опыт работы социально-психологической школы для родственников психически больных / Солохина Т.А., Иванов В.В. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2001. – № 101 (3). – С. 51–53.

Кучимова Ч.А.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В КОМОРБИДНОСТИ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан*

Актуальность. У пациентов кардиологического стационара ишемическая болезнь сердца (ИБС) в 43% случаев сочетается с клинически значимыми тревожными и депрессивными расстройствами. Коморбидность коронарной болезни и тревожно-депрессивных расстройств чаще встречается у женщин, чем у мужчин (40% против 22%), и у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование. Депрессивные расстройства существенно утяжеляют течение ИБС в связи с частым развитием инфарктов миокарда, низкой толерантностью к физической нагрузке и отказом пациентов от эндоваскулярного и хирургического лечения. На фоне терапии антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) наряду с редукцией тревожных и депрессивных расстройств отмечено улучшение клинического течения ИБС по синдромам стенокардии и сердечной недостаточности. При длительном приеме СИОЗС не наблюдалось серьезных побочных эффектов. Предлагаемая схема совместного динамического наблюдения, лечения и реабилитации пациентов рабочей группой кардиологов и психиатров в рамках биопсихосоциальной модели реабилитации явля-

ется эффективной. Она может широко использоваться в кардиологии, особенно в амбулаторных условиях.

Цель: оценить частоту встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у разных групп больных ишемической болезни сердца, возможность и эффективность комплексной терапии и реабилитации данных пациентов при динамическом наблюдении.

Материалы и методы. В отделении реабилитации больных в Самаркандском кардиологическом диспансере обследованы пациенты с хронической ИБС ($n = 83$): из них 60 мужчин (73%) и 23 женщины (27%). Средний возраст женщин составил $64,1 \pm 9,9$ года, мужчин – $57,5 \pm 9,9$ года. Обследование и ведение больных комплексно проводила рабочая группа кардиологов и психиатров (модель биопсихосоциальной реабилитации). Под биопсихосоциальной реабилитацией понималась система вмешательств, направленных на устранение болезненных проявлений (боли, одышки, отеков, подавленности или тревоги и др.) и восстановление нарушенного вследствие заболевания психосоциального функционирования. Подразумевается, что люди, страдающие хроническими заболеваниями, переживают свою болезнь не только как боль или нарушение функций тела. Они воспринимают болезнь сердца как состояние, угрожающее жизни. Сердечно-сосудистые заболевания связываются ими с ограничениями во всех основных сферах общественной жизни. При работе в междисциплинарной команде нами использованы следующие методы: консультирование, совместное наблюдение и ведение, психотерапевтическая и психиатрическая помощь, подготовка пациентов к инвазивным вмешательствам, амбулаторное наблюдение больных, а также взаимное обучение врачей-кардиологов и психиатров.

Результаты. Всего психиатром были осмотрены 83 человека. У пациентов с ИБС тревога выявлена в 49,6% случаев, а депрессия – в 41,6% (по шкале HADS). Средний балл по шкале социальной адаптации составил $34,9 \pm 7,2$ (затрудненная адаптация). Нарушение адаптации выявлено в деятельности, связанной с работой по дому, семейных отношениях, общении с другими людьми, имелись трудности в распоряжении своими доходами, свободным временем, отсутствовала вовлеченность в общественную жизнь. У 75% пациентов, имеющих, по данным самоопросников, симптомы депрессии и тревоги, диагноз был подтвержден клинически. Частота встречаемости тревожно-депрессивного расстройства у стационарной группы пациентов с ишемической болезнью сердца составила 42,6% ($n = 35$). По шкале глобаль-

ного клинического впечатления (CGI) преобладали пациенты с умеренно выраженными психическими нарушениями (50%), психическое состояние 25% пациентов было оценено как легкое, а 16,7% – как тяжелое. Следует отметить, что в 29% случаев выявленная депрессия была расценена психиатром как дистимия (т. е. длительная, более 2 лет, хронически протекающая депрессия). Терапия антидепрессантами СИОЗС приводит к редукции аффективной симптоматики и оказывает положительное влияние на течение ИБС при проведении комплексной терапии коронарной болезни (отмечается субъективное увеличение толерантности к физической нагрузке, что также подтверждается результатами велоэргометрии; увеличивается степень приверженности диете с уменьшением индекса массы тела и окружности талии). При длительном приеме антидепрессантов не отмечено серьезных побочных эффектов или изменения основных биохимических показателей крови. Назначение антидепрессантов осуществлял врач-психиатр совместно с кардиологом. Как правило, психотропные препараты назначали на фоне проводимой терапии ИБС, дальнейшее динамическое наблюдение также осуществляли психиатр и кардиолог совместно. Ответ на антидепрессивную терапию отмечен у 72% пациентов спустя 1 месяц терапии. Следует отметить, что большинство пациентов не выдерживали рекомендованные сроки приема антидепрессантов и отменяли препараты на фоне улучшения состояния через 2–4 месяцев. Для динамического исследования течения ИБС и ТДР нами были отобраны пациенты с наиболее высоким уровнем комплаентности, принимавшие антидепрессанты от 2 месяцев до 1 года ($n = 31$). Ответ на антидепрессивную терапию был отмечен у них через 1 месяц после начала лечения.

Закключение. На основании изложенного можно утверждать, что хроническая ишемическая болезнь сердца у стационарных больных часто (в 43% случаев) сочетается с клинически выраженными тревожно-депрессивными расстройствами, причем чаще у женщин, чем у мужчин (40% против 22%), и преобладает среди лиц, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (до 58%). На фоне проводимой терапии антидепрессантами СИОЗС отмечено существенное улучшение клинического течения ИБС по синдромам стенокардии и сердечной недостаточности, значимая редукция тревожно-депрессивной симптоматики. При этом на протяжении года наблюдения не отмечено серьезных побочных эффектов терапии СИОЗС у больных с ИБС, наиболее частыми причинами отказа от лечения были субъективные (стоимость лекарств или нежелание принимать препараты). Предлагаемая схема

совместного динамического наблюдения больных рабочей группой кардиологов и психиатров в рамках биопсихосоциальной модели реабилитации является эффективной и применимой для широкого использования в кардиологии.

Список источников

1. **Andrade-Lima, A.** The role of physical activity in the association between multimorbidity and depressive symptoms / A. Andrade-Lima, A.O. Werneck, C.L. Szwarcwald, F.B. Schuch, B. Stubbs, A.A. Bastos et al: data from 60,202 adults from the Brazilian National Health Survey. *J. Psychosom. Res.* – 2020. – № 134. – P. 110–122. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110122
2. **Berkman, L.F.** Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investigators (ENRICH) Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction / L.F. Berkman, J. Blumenthal, M. Burg, R.M. Carney, D. Catellier, M.J. Cowan, S.M. Czajkowski, R. DeBusk, J. Hosking, A. Jaffe, P.G. Kaufmann, P. Mitchell, J. Norman, L.H. Powell, J.M. Raczynski, N. Schneiderman: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. – *JAMA.* – 2003. – № 289 (23). – P. 3106–3116. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3106>
3. **Birk, J.L.** Depression and multimorbidity: considering temporal characteristics of the associations between depression and multiple chronic diseases / J.L. Birk, I.M. Kronish, N. Moise, L. Falzon, S. Yoon, K.W. Davidson // *Health Psychol.* – 2019. – № 38. – P. 802–811. <https://doi.org/10.1037/hea0000737>
4. **Blumenfield, M.** Public awareness about the connection between depression and physical health / M. Blumenfield, J.K. Suojanen, C. Weiss: specifically heart disease. *Psychiatr. Q.* 2012;83:259-269. <https://doi.org/10.1007/s11126-011-9199-6>
5. **Dadkhah-Tirani, H.** Depressive symptoms and major adverse cardiovascular events / H. Dadkhah-Tirani, A. Salari, A. Ashouri, A. Nouri-Saeed, A. Javadzadeh-Moghtader: 12-month follow-up in patients undergoing angiography. *ARYA Atheroscler.* – 2020. – № 16. – P. 185–191. DOI: 10.22122/arya.v16i4.1955

Лиманкин О.В.

ОЦЕНКА ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ – ВНЕВЕДОМСТВЕННЫЙ РЕГУЛЯТОР КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Санкт-Петербургское ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

В прошлом пользователи психиатрической помощи – пациенты и их родственники – всегда рассматривались как пассивные участники в процессе ее оказания. В настоящее время во всех так называемых развитых странах утверждается холистический подход в оказании психиатрической помощи, что предполагает и вовлечение в лечебно-реабилитационный процесс пользователей помощи. Для оценки качества помощи используются не только основанные на доказательствах стандарты помощи, но и мнение пользователей как легитимный, важный и достоверный критерий, результаты обсуждения программ развития психиатрической помощи в согласительных группах пользователей и оказывающих помощь профессионалов [1].

Существуют известные проблемы получения оценки пользователей психиатрической помощи.

Компетенция» пользователей. Многие профессионалы выражают сомнение в том, что планирование помощи должно ориентироваться на цели, диктуемые пользователями, поскольку они мало мотивированы и нереалистичны ввиду ограниченности ресурсов, а оценка удовлетворенности помощью лиц, страдающих психическими расстройствами, может отражать особенности реагирования пациентов, связанные с болезнью. Для преодоления этих трудностей субъективные оценки пациентов необходимо дополнять оценками членов их семей, ближайшего окружения и специалистов. Многолетнее наблюдение пациентов в ПНД и неоднократные госпитализации определяют тот факт, что родственники больных имеют большой опыт взаимодействия с психиатрической службой на протяжении длительного времени и могут составить обоснованное мнение о качестве психиатрической помощи.

Нередкими являются ссылки на *недостаточную репрезентативность* данных о запросах как индивидуальных пользователей, так и их организаций. Вариантом решения может быть организация определенных процедур избрания представителей групп пользователей, их по-

средников или, например, специальное обучение пользователей, вовлеченных в процесс оценки качества помощи. В любом случае, проблему «репрезентативности» не следует использовать как предлог для того, чтобы игнорировать критические оценки пользователей.

Методологические проблемы, возникающие при измерении степени удовлетворенности пациентов качеством помощи, прежде всего проблема определения «точки отсчета». По-видимому, в каждом социуме имеется свой уровень притязаний, социальной активности и состояния средовых факторов, который и определяет возникновение субъективного ощущения благополучия. В последние годы отечественными психиатрами предложен целый ряд методологических разработок по изучению мнения пользователей психиатрической помощи – отделом организации психиатрических служб НЦПЗ РАМН (В.С. Ястребов, Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко), Московским НИИ психиатрии (Н.М. Ривкина), НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид) и др.

В нашей стране участие пациентов и их родственников в оценке качества психиатрической помощи пока не получило широкого распространения, хотя, начиная с середины 1990-х годов, определенные шаги в этом направлении делаются, обычно в связи с проведением конкретных исследований.

Изучение потребностей пациентов и их родственников может стать основой для разработки целевых программ развития психиатрической помощи в регионах.

Примером такого рода может служить один из наиболее масштабных (600 респондентов) опросов, выполненный в рамках подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» Т.А. Солохиной и Л.С. Шевченко, охвативший пациентов психиатрических учреждений Москвы и Московской области. Целью работы было вовлечение пользователей помощи в оценку ее качества с использованием клинико-психометрического, клинико-социологического, социологического и статистического методов. В результате были разработаны опросники для изучения мнения пациентов и их родственников о качестве психиатрической помощи в различных типах психиатрических учреждений, а также для оценки возможности участия пользователей в улучшении финансового положения службы [2].

С аналогичной целью нами был проведен опрос (660 респондентов) о состоянии психиатрической помощи и перспективах ее развития в Санкт-Петербурге: наряду с сотрудниками и руководителями различных психиатрических учреждений города в число респондентов были включены пациенты и их родственники. Данные опроса с помощью анкет, разработанных сотрудниками Центра по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН и петербургскими специалистами, были обработаны с использованием метода иерархического анализа. Полученная информация позволила определить потребности лиц с психическими расстройствами в тех или иных видах психиатрической помощи [3].

Исследование мнения пациентов может быть использовано для изучения удовлетворенности качеством предоставляемого лечения – в стационарных либо амбулаторных психиатрических учреждениях.

Примером может служить совместное российско-норвежское изучение удовлетворенности пациентов качеством помощи в психиатрическом стационаре, проведенное в Санкт-Петербургской психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кашенко. Использовался опросник, разработанный Норвежским институтом здравоохранения (The Psychiatric Inpatient Experience Questionnaire – PIPEQ). Были установлены существенные различия в показателях удовлетворенности качеством помощи у пациентов психиатрического профиля разной нозологии в зависимости от их социально-демографических характеристик, что позволило выработать рекомендации по улучшению качества помощи [4].

Опросные методы могут использоваться и для определения потребности в тех или иных видах и формах психиатрической помощи различных групп населения в «зоне риска». Так, в 2019–2020 гг. впервые в России специалистами Санкт-Петербургской психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кашенко совместно с транс-инициативной группой Т-Действие было проведено масштабное (845 респондентов из большинства регионов страны) исследование «Социальная уязвимость и психическое здоровье трансгендерных людей». Его результаты позволили выявить проблемы адаптации у данной категории населения, определить палитру сопутствующих психологических и психиатрических проблем и формы медико-социальной поддержки этих лиц [5].

Таким образом, изучение всего спектра потребностей пользователей психиатрической помощи, пациентов и их родственников позволяет планировать и успешно развивать психиатрические службы различных

уровней. Их оценка психиатрической помощи является важным вневедомственным регулятором ее качества.

Список источников

1. **Солохина, Т.А.** Качество жизни родственников психически больных / Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко, Ю.В. Сейку, Э.Г. Рытик, Л.В. Беседина, Т.С. Вещугина // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1998. – № 98 (6). – С. 42–46.
2. **Солохина Т.А.** Вовлечение потребителей помощи в оценку ее качества и совершенствования / Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)». – М.: Медпрактика-М, 2008. – С. 538–539.
3. **Лиманкин О.В.** Система психиатрической помощи Санкт-Петербурга и направления ее совершенствования (клинико-статистические, клинико-эпидемиологические и организационные аспекты): автореферат диссертации доктора мед. наук / О.В. Лиманкин. – НЦПЗ. – М., 2016. – 46 с.
4. **Лиманкин, О.В.** Изучение удовлетворенности пациентов качеством помощи в психиатрическом стационаре / О.В. Лиманкин, Т.Н. Кишка, А.В. Ханько, Е.А. Голосов, Ю.В. Мухитова, Н.А. Климакова, А. Ферден, М.А. Кулыгина, О.О. Папсуев // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2001. – № 31(2). – С. 44–50.
5. **Chumakov, E.M.** Anxiety and Depression Among Transgender People / E.M. Chumakov, Y.V. Ashenbrenner, N.N. Petrova, M.S. Zastrozhin, L.A. Azarova, O.V. Limankin // *Cross-Sectional Online Survey in Russia. LGBT Health*. – 2021. – № 8 (6). – P. 412–419.

Любов Е.Б.¹, Зотов П.Б.²

СТРЕССОГЕННЫЕ И СУИЦИДООПАСНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия

² Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тюмень, Россия

Актуальность. Пандемия COVID-19 влечет рост психиатрической заболеваемости, провоцирующей суицидальное поведение (СП), и дополнительную нагрузку на медицинский персонал.

Цели: изучить распространенность и выраженность психосоциального дистресса и СП персонала многопрофильных больниц на фоне пандемии, выделить группы-мишени целевых лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Одномоментно (декабрь 2020 г.) анонимно не выборочно опрошен персонал городских многопрофильных больниц 11 регионов четырех федеральных округов (Северо-Западного, Центрального, Приволжского, Уральского) по оригинальной полуструктурированной анкете со шкалой психологического стресса PSM-25 (R. Lemyr – L. Tessier – L. Fillion, 1990, адаптация Н.Е. Водопьяновой, 2009 для измерения феноменологической структуры эмоциональных, когнитивных и соматизированных переживаний стресса. «Интегральный показатель психической напряженности» ≥ 155 баллов означает высокий уровень дистресса; 100–154 балла – средний уровень; ≤ 100 баллов – психологическую адаптацию к рабочим нагрузкам. Окончательную выборку составили 528 человек: 400 (75,8%) женщин и 128 мужчин $37,1 \pm 11,6$ (20–70) лет; среди них 299 (56,6%) врачей (3/4 терапевтов), 199 (37,7%) медсестер, 30 (5,7%) санитарок со стажем работы в целом $12,6 \pm 11,1$ года.

Результаты. Выборка типична для опросов отечественных медиков с преобладанием женщин: 64,3% врачей и 88,2% медсестер и санитарок, согласно кадровому составу работников здравоохранения России (79%); сформирована лицами среднего возраста (≥ 35 лет), сложившихся профессионалов (средний стаж ≥ 10 лет). Показатель психологического стресса в выборке $91 \pm 21,2$ балла. Выраженные соматические, поведенческие и эмоциональные симптомы дистресса у 32 человек (6,1%), но умеренные – у 194 (36,55%), суммарно 226 (42,6%), составившие группу 1. У 302 (57,4%) человек (группа 2) – низкий уровень дистресса. Средние показатели дистресса $126,74 \pm 21,13$ (100–208) и $64,80 \pm 22,22$ (24–100) баллов в группе 1 и 2 соответственно. По формальным социодемографическим и профессиональным показателям «полярные» группы сходны ($p = 0,05$). Уровни дистресса мужчин – 141 (110–208) и женщин – 141,3 (101–198) также сходны. У врачей более выражен дистресс ($81,2 \pm 31,0$ по шкале PSM) в сравнении со средним ($70,7 \pm 30,0$) и младшим ($62,8 \pm 26,1$) медперсоналом. «Депрессивные» («жизнь безрадостно монотонна») 43 (19%) и 19 (6,3%) в группах 1 и 2 соответственно. *Суициденты* ($n = 24$, или 4,5% суммарной выборки): 11 (4,9%) и 12 (4%) в группах 1 и 2 соответственно при соотношении мужчин/

женщин 7:17 (1:2,5), врачей – 7 (29,2%), медсестер – 8 (33,3%). Все отмечали «привычные» суицидальные мысли, но почти 20% планировали суицид (5 чел). Депрессивных достоверно больше с внутренними формами СП более в группе 1 ($p = 0,05$): 43 (19,1%) против 19 (6,4%) в группе 2. В подгруппе высокого уровня дистресса (1 группа) *все* депрессивны, $\frac{1}{2}$ – с мыслями о суициде. *Злоупотребляющие спиртным* (для «расслабления» ≥ 4 -х «порций алкоголя» не реже раза в неделю), 55 (24,4%) и 44 (14,7%) в группах 1 и 2 соответственно. Среди них 32 (25,4%) врачей и 21 (13,5%); 22 (22,2%) и 16 (12,5%) медсестер и санитарок в 1 и 2 группах соответственно. Итак, в группе 1 больше «депрессивных» и употребляющих спиртное ($p = 0,05$) при сходном количестве суицидентов. Лишь 28 (28,3%) чел. группы 1 готовы обратиться «когда-нибудь» по необходимости к специалисту, полагая описываемое состояние «привычным», и 183 (61,2%) в группе 2 («не сейчас»). Группы риска пересекаются, но позволяют указать обобщенный портрет медработника, испытывающего выраженный дистресс. Усредненный респондент с суицидальными мыслями: молодая ($31,9 \pm 9,8$ года) женщина (83,3%), медсестра (33,3%) с относительно малым стажем ($7,5 \pm 7,3$ года), с высоким уровнем стресса ($139 \pm 28,6$), злоупотребляет алкоголем (20,8%) по сравнению с остальной выборкой. *Работающие с ковидными пациентами*: 189 (35,8%) человек, или каждый третий респондент: 72 (32%) и 115 (38,3%) в группах 1 и 2. Разница с общей выборкой не отмечена: уровень стресса в группе 1 ($n = 72$, или 32%) $125,3 \pm 21,6$ (101–198) против группы 2 ($n = 115$, или 38,3%) $59,7 \pm 21,8$ (26–98). В подгруппе 28 (14,8%) «депрессивных» и 10 (5,3%) суицидентов, причем каждый пятый (35, или 21,1%) – «депрессивный суицидент». Респонденты отрицали ухудшение условий труда в связи с пандемией. Работавшие в «красной зоне» удовлетворены денежным поощрением: у 188 (35,6%) чел. выборки доход увеличен. Никто не внес предложений по улучшению условий труда. *Усредненный портрет респондента с высоким уровнем стресса*: женщина 26 (81,3%) и 218 (72,9%) в группе низкого стресса), молодая (≤ 35 лет), медсестра 17 (53,1%) против 128 (42,8%), с меньшим стажем работы ($7,9 \pm 8,5$ против $13,6 \pm 11,5$); с антивитальным настроением у 15 (46,9%) против 19 (6,4%) в группе 2; суицидальными мыслями 7 (21,9%) и 12 (4%), что втрое чаще, чем в группе низкого дистресса; 9 (28%) против 44 (14,7%) злоупотребляют алкоголем, 8 (25%) и 115 (38,5%) работали с ковидными пациентами.

Выводы. У каждого пятого медработника выражен «привычный» дистресс. Антивитальное настроение и СП не определены степенью дистресса. Опрошенны склонны избегать профессиональной помощи. Большинство воспринимают работу с ковидными больными как благо (повышение дохода) вне связи с уровнем дистресса. Детальный анализ уточнит «типовой портрет» коллег группы риска СП, требующей целевых лечебно-профилактических мероприятий для облегчения психической напряженности и повышения стрессоустойчивости и мотивации получения профессиональной и неформальной помощи.

Миняйчева М.В., Пуговкина О.Д.

ДИНАМИКА РУМИНАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ В ХОДЕ МЕТАКОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА (МКТ-Д)

Московский НИИ психиатрии

(филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ), Москва, Россия

Актуальность. Руминациями называют повторяющиеся бесплодные, непродуктивные, негативные размышления. Переживания затрагивают суждения о совершенных ошибках в прошлом или упущенных возможностях, что сопровождается чувством вины, скорби и безысходности. Возникает ложное ощущение, что, обдумывая по кругу свои переживания, пациент сможет разрешить сложившуюся ситуацию. При этом усиливается тревога, ощущение безысходности и проявления депрессии. Представляется, что руминации являются не только одним из факторов хронификации депрессии, но и могут рассматриваться в качестве первых признаков ее манифестации [1].

Метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией (МКТ-Д) является оригинальной структурированной групповой программой (8 занятий), которая нацелена на работу с широким спектром когнитивных и поведенческих паттернов, способов совладания с ними с акцентом на метакогнитивные механизмы. Центральным звеном тренинга выступает работа с когнитивными искажениями, которые играют важную роль в развитии и поддержании симптомов расстройства [2]. В процессе МКТ-Д пациентов обучают распознавать когнитивные ошибки, избегать возможных «ловушек мышления», происходит моти-

вирование к изменениям поведенческих паттернов и когнитивной оценки ситуаций, воспринимаемых в негативном ключе.

Сложность интуитивной борьбы пациентов с руминативными мыслями заключается в том, что активное сопротивление и игнорирование данных размышлений усиливает их интенсивность. Предложенные в рамках МКТ-Д тренинга способы совладания с руминациями лежат в рамках концепции осознанности (mindfulness). В ходе занятия, посвященного данной теме, помимо теоретической части пациенты знакомятся с навыком безоценочного отношения к мыслям, которые вызывают тревогу и дискомфорт в противовес желанию изменить неприятную мысль; учатся воспринимать свои мысли как субъективные и проходящие конструкторы, а не как факты; тренируются воспринимать мысли эмоционально отстраненно, без активации негативных эмоций [3]. На последующих занятиях затрагивается роль руминаций в снижении концентрации внимания, подчеркивается непродуктивность руминативного мышления и способов снижения его интенсивности.

В качестве обоснования актуальности исследования следует добавить, что эффективность интервенций, основанных на техниках когнитивной психотерапии, доказана в многочисленных исследованиях. Однако в данном случае речь идет о групповом структурированном тренинге, что может значительно повысить доступность психологической помощи пациентам.

Цель настоящего исследования – оценка динамики выраженности руминаций у больных депрессиями в ходе метакогнитивного тренинга.

Материал и методы. В исследование было включено 40 больных, прошедших МКТ-Д. Из них 19 имели диагноз «рекуррентное депрессивное расстройство», 11 – «депрессивный эпизод» и 10 пациентов с биполярным аффективным расстройством, текущим эпизодом депрессии (средний балл по опроснику депрессии А. Бека 28,8, что соответствует депрессии средней тяжести). Средний балл депрессии для всей группы пациентов составил 28,5. Для оценки состояния и выраженности депрессии использовалась Шкала депрессии А. Бека (Beck A.T., 1961; Тарабрина Н.В., 2001) и Клиническая шкала самоотчета SCL-90-R, (адаптация – Тарабрина Н.В., 2001). Для оценки динамики руминативного мышления нами была использована шкала RRS (Ruminative Response Scale, Treynor, Gonzalez, Nolen-Hoeksema, 2003; Пуговкина О.Д., 2021) [4], которая предполагает оценку руминаций по трем видам: мрачные размышления (brooding), рефлексивный (reflective) и навязчивые де-

прессивные переживания (depression-related). Оценка по предложенным шкалам проводилась перед участием и после прохождения тренинга. Все пациенты проходили стационарное лечение и получали медикаментозную терапию. Тренинг состоял из 8 занятий 4 раза в неделю, продолжительностью 60 минут.

Результаты. Описанная выше группа пациентов была разделена на респондеров и нон-респондеров по принципу редукции депрессивных симптомов более чем на 50% при втором тестировании, после прохождения МКТ-Д. Данные группы не различались по выраженности симптомов в самоотчетных шкалах: по шкале депрессии клинической шкалы самоотчета SCL-90-R, шкале депрессии Бека и шкале руминативного мышления ($p > 0,05$, критерий Манна–Уитни). Таким образом, можно предположить, что на момент включения пациентов в тренинговую программу группа была однородна по тяжести симптомов и выраженностью руминативных переживаний, а описанные ниже изменения руминаций в ходе МКТ-Д свидетельствуют о значимом улучшении состояния больных, а не с тем, что кто-то изначально был меньше подвержен ухудшению. Полученные результаты обследования до и после тренинга были оценены с помощью критерия Вилкоксона. Значимые изменения в силу снижения баллов были выявлены у следующих значений: подшкала депрессии SCL-90-R ($p < 0,001$), Шкала депрессии Бека ($p < 0,001$), Общий балл шкалы руминативного мышления ($p = 0,008$) и навязчивые депрессивные переживания (depression-related) ($p = 0,01$).

Ограничения данного исследования связаны неравномерной выборкой. Также нами не учитывалась динамика выраженности руминативного мышления у пациентов, не получающих психологических и психотерапевтических интервенций. Эти дополнения требуют дальнейшей экспериментальной проверки.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют снижение депрессивной симптоматики и выраженности руминативного мышления у пациентов с депрессией на фоне медикаментозной терапии и участия в МКТ-Д. Данные остаются неоднозначными за счет недостаточного понимания роли влияния МКТ-Д на снижение выраженности руминаций. Скорее данные стоит рассматривать как первичный задел, который нуждается в дальнейшей разработке и проверке гипотез.

Список источников

1. **Spasojevic, J.** Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression / J. Spasojevic, L.B. Alloy // *Emotion*. – 2001. – № 1. – P. 25–37. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
2. **Jelinek, L.** Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT) / L. Jelinek, S. Moritz, M. Hauschildt // *Results on acceptability. Journal of Affective Disorders*. – 2017. – № 221. – P. 17–24. DOI: 10.1016/j.jad.2017.06.003
3. **Миняйчева, М.В.** Метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией / М.В. Миняйчева, В.Е. Рубайлова, Л.Г. Мовина // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2021. – № 31 (3). – С. 85–90.
4. **Пуговкина, О.Д., Сыровквашина, А.Д., Истомин, М.А., Холмогорова, А.Б.** Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария / О.Д. Пуговкина, А.Д. Сыровквашина, М.А. Истомин, А.Б. Холмогорова // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2021. – № 29 (3). – С. 88–115. DOI: 10.17759/cpp.202129030

Митухин В.Г.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ И ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Основными задачами исследований в психиатрии являются: определение оптимальных условий для комплексного лечения лиц с психическими расстройствами, их интеграция в общество, разработка эффективных организационных форм и моделей психиатрической помощи. В рамках научной платформы медицинской науки «Психиатрия и зависимости» [1] были определены актуальные направления исследований. В первую очередь сюда следует отнести мониторинг состояния психического здоровья населения. Это направление является базовым и означает популяционный подход при изучении психической патологии с учетом медико-демографических и социально-экономических факторов. Популяционные модели болезненности и заболеваемости населения психическими расстройствами, с одной стороны, характеризуют масштаб явления, а с другой – отражают доступность психиатрической помощи, связанной, в первую очередь, с выявлением, терапией расстройств и последующей психосоциальной реабилитацией.

Глобальные социально-экономические и политические перемены в России, начавшиеся в последнее десятилетие XX века, оказали негативное влияние на состояние психического здоровья населения страны (см., например, [2] и соответствующие ссылки). С учетом текущих социально-экономических, медико-демографических и политических процессов в стране и мире можно уверенно прогнозировать дальнейшее неблагоприятное воздействие факторов этих процессов на психическое здоровье не только населения России, но и мира в целом.

Целью настоящей работы является оценка популяционных данных о психическом здоровье населения России для анализа связей между показателями психических расстройств и ресурсами психиатрической помощи с учетом медико-демографических и социально-экономических факторов в период 1992–2020 гг.

Материал и методы. В качестве источников информации использовались: 1) материалы российской медицинской статистики об основных показателях деятельности психиатрических служб в период 1992–2020 гг.; 2) данные государственной статистики о медико-демографическом и социально-экономическом положении населения России в указанный период. В работе использована методика системного анализа данных, корреляционный и регрессионный анализ. Все расчеты и статистические оценки значимости полученных моделей выполнялись в среде MS Excel.

Результаты. В современных социально-экономических условиях осознание необходимости реформ психиатрических служб должно опираться на *симбиоз концептуальных, описательных моделей* патогенеза расстройств, деятельности психиатрических служб (биопсихосоциальная модель, модель деинституционализации, модели реабилитации, диагностики и т. д.) *и соответствующих математических моделей.* Такой системный подход позволяет осуществлять объективный анализ и прогноз состояния психического здоровья населения, а также функционирования служб на основе статистической и экспертной информации с учетом условий жизни населения и ресурсов служб помощи.

В широком круге вопросов, связанных с проблемой охраны психического здоровья населения, значительное место занимают пограничные, непсихотические психические расстройства (НПР), рост которых в популяции отмечен в последние десятилетия как в России, так и в мире.

В структуре болезненности населения России в последние годы НПР занимает 51% всех психических расстройств, а в структуре забо-

леваемости, соответственно, около 75%. Таким образом, произошел отчетливый сдвиг в структуре психической болезненности и заболеваемости населения России в сторону НПП.

В качестве аналитического примера приведем построенную нами популяционную модель влияния социально-экономических факторов и ресурсов психиатрической помощи на психическое здоровье населения России (болезненность на 10 000 чел.). Линейная регрессионная модель получена на основе статистического анализа значений показателя болезненности и широкого круга медико-демографических и социально-экономических факторов и показателей (общий список факторов и показателей включает более 60 наименований) в период 1992–2020 гг.:

$$PR = 899.321 + 4.668 * Ps - 4.888 * Po + 1.466 * Mo - 0.089 * Mi, \quad (1)$$

где PR (prevalence) – модельное значение болезненности психическими расстройствами на 10 000 чел. населения, Ps – суммарное число занятых должностей психиатров и психотерапевтов на 100 000 населения, Po – численность населения в млн. человек, Mo – смертность населения на 1000 человек, Mi – миграционный прирост населения в десятках тысяч человек. Модель обладает высокой надежностью с показателем адекватности $R^2 = 0.986$ (т. е. объясняющая на 98,6% вариацию показателя болезненности).

Основным фактором следует считать Ps (число занятых должностей психиатров и психотерапевтов). Добавим, что коэффициент корреляции между показателем болезненности населения и основным ресурсным (кадровым) показателем службы психиатрической помощи устойчиво сохраняется на высоком уровне (порядка 0,9) на протяжении десятков лет [2]. Для рассматриваемого периода этот коэффициент равен 0,88. По данным ВОЗ [3], российская служба психического здоровья по кадровому ресурсу обеспечена в разы хуже по сравнению со странами с высоким уровнем доходов.

Необходимо учитывать, что модель (1) является линейной, на основе которой возможен качественный *краткосрочный прогноз* (1–2 года), но она не позволяет получать адекватные прогнозные оценки болезненности при существенных изменениях (в разы) значений основных факторов рассматриваемой зависимости. С учетом отмеченного обстоятельства была получена нелинейная регрессионная модель «роста с насыщением» для показателя болезненности в зависимости от основного фактора – кадрового ресурса службы помощи:

$$PR_H = 396,318 * \arctg(0,0568 * Ps) \quad (2)$$

Модель обладает достаточно высокой надежностью с показателем адекватности $R^2 = 0,769$ (т. е. объясняющая на 76,9% вариацию показателя болезненности в период 1992–2020 гг.). Соотношение (2) *позволяет получать прогнозные оценки показателя болезненности при существенном (в разы) изменении показателя кадрового ресурса службы (Ps).*

Модель (2) позволяет оценить *предельное значение для показателя болезненности* психическими расстройствами в России – равное 622,5 (на 10 000 населения), которое в 2,1 раза больше максимального зафиксированного уровня болезненности в 2007 г.

Увеличение показателя Ps в 2 раза может привести к росту показателя болезненности до величины порядка 420 (на 10 000 населения), т. е. в 1,6 раза по сравнению с настоящим уровнем.

Заключение. Приведенные в настоящей работе модели и методы могут быть использованы для сравнительного анализа и прогноза структуры и динамики психической патологии в зависимости от происходящих в стране социально-экономических, медико-демографических изменений и реформ системы психиатрической помощи.

Наблюдаемое в последние годы снижение показателей болезненности и заболеваемости населения России является следствием дефицита прежде всего кадрового ресурса службы помощи. Для повышения качества и доступности психиатрической помощи населению требуется как минимум удвоение кадрового ресурса службы.

Список источников

1. Научная платформа медицинской науки «Психиатрия и зависимости» / *Российский психиатрический журнал*. – 2016. – № 5. – С. 91–95.
2. **Митихин, В.Г.** Популяционные модели психического здоровья населения России: оценка влияния условий жизни и ресурсов психиатрической помощи / В.Г. Митихин, В.С. Ястребов, И.А. Митихина // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2017. – № 117 (11). – С. 5–12. DOI: 10.17116/jnevro20171171115-12.
3. *Mental health Atlas 2014*. World Health Organization. – Geneva, 2015.

Митихин В.Г., Солохина Т.А.

МЕТОД АНАЛИЗА ИЕРАРХИЙ – СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРИ ОБРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Современные подходы к решению основных проблем психиатрии, связанных с классификацией, диагностикой, лечением и психосоциальной реабилитацией (ПСР) психических расстройств, основаны на интеграции клинических, психометрических, социальных и нейробиологических характеристик пациентов [1]. Эти характеристики соответствуют шкалам измерения: категориальной (шкала названий), ранговой (психометрической) и шкале отношений. Только последняя шкала является числовой, поэтому невозможно (см., например, доказательные примеры в [2]) создать корректные модели оценки психопатологических состояний пациентов. Корректно интегрировать и согласовать данные, полученные в разнородных шкалах, мешают в настоящее время по крайней мере *два фундаментальных противоречия*. А именно: 1) для проведения научно-практических исследований в психиатрии *необходимы надежные классификации расстройств, но для создания надежных классификаций нужны данные нейробиологических исследований*; 2) некорректная обработка ранговой (порядковой, дименсиональной) информации, полученной в рамках нейропсихиатрических исследований, ведет к противоречиям при оценке тяжести и классификации расстройств [2, 3]. Это обстоятельство, очевидно, негативно отражается на эффективности соответствующего лечения и реабилитации.

Без устранения второго противоречия невозможно разрешить и первое противоречие. Действительно, при оценке состояния и поведения пациента необходимо принимать решения (оценка состояния, постановка диагноза и др.) на основе разнородной информации. Эта информация иерархически организована и включает как количественные характеристики (например, возраст, длительность заболевания, нейробиологические характеристики и др.), так и качественные (ранговые) (например, выраженность симптомов, характеристики эмоционального, когнитивного, социального поведения и др.). С учетом того факта, что эти характеристики (количественные и качественные) измеряются в разных шкалах (ранговые шкалы и шкалы отношений), решающим

обстоятельством будет использование предложенной нами [2] инновационной процедуры обработки разнородного набора данных (числовых и нечисловых) на основе метода анализа иерархий (МАИ) [2, 4].

Цель работы. Анализ проблем оценивания уровня тяжести психопатологических состояний пациентов и разработка алгоритмов формирования результатов обработки исходной ранговой информации в шкале отношений (в числовом виде) на основе МАИ.

Методы. Клинический, статистический, ранговый, алгоритмы метода анализа иерархий (МАИ).

Результаты. Основой квалифицированной клинико-функциональной и экспертно-реабилитационной диагностики пациентов служит биопсихосоциальный подход, основанный на системной, динамической оценке всей структуры триады: патологический процесс – пациент – социальная среда. Анализ проблем оценки психопатологических состояний на основе категориальных и психометрических шкал показывает, что эти проблемы могут быть представлены в виде соответствующих иерархий, структура которых должна учитываться при обработке исходной информации [2]. В настоящее время наиболее естественным и эффективным методом решения многокритериальных проблем, в которых должна обрабатываться разнородная информация (количественная и качественная), является метод МАИ (см., например, работы [2, 4] и указанную там литературу).

К основным достоинствам МАИ относится использование шкалы отношений (фундаментальной шкалы) для обработки разнородных данных на основе экспертной, клинической информации. Эта шкала была разработана на основе базовых соотношений модели нервного возбуждения (известный закон «стимул-реакция» – закон Вебера-Фехнера) и апробирована (в течение уже 50 лет) в разнообразных по сфере приложениях метода МАИ к проблемам принятия решений [2, 4]. Например, психометрическая шкала PANSS включает в себя такие подшкалы, как: шкала позитивных синдромов, шкала негативных синдромов, шкала общих психопатологических синдромов, шкала дополнительных признаков для оценки профиля риска агрессии. Эти подшкалы, в свою очередь, включают симптомы, оцениваемые по 7-балльной ранговой шкале. Всего в современной версии насчитывается 33 симптома. Согласно классификации иерархий, это 3-уровневая иерархия. Таким образом, проблемы оценки психопатологических состояний на основе психометрических шкал сводятся к анализу соответствующих иерархий и оценке элементов этих иерархий (синдромов и симптомов). Аппарат МАИ поз-

воляет получать веса этих элементов, выраженные в виде числовой информации.

Внедрение процедур МАИ для обработки информации о рангах основано на применении нормативного подхода МАИ. В работе [2], используя простейшие примеры общемедицинского значения, демонстрируется методика использования нормативного подхода МАИ. Нормативный подход в МАИ основан на использовании экспертных парных сравнений оценок ранговой шкалы для формирования *числовой* шкалы интенсивности ранговых оценок. На практике могут использоваться как индивидуальные оценки врача (персонализированный метод ведения пациентов), так и средние экспертные оценки бригады специалистов (бригадный метод).

Перспективность использования иерархических моделей для классификации и оценки тяжести психических расстройств показывает пример разработки «Иерархической таксономии психопатологий» (HiTOP) представительным консорциумом психиатров (см., например [5], и указанную там библиографию).

Выводы. *Фундаментальное отличие предлагаемого метода от ранговых методов обработки исходной клинико-социальной информации – это формирование результатов обработки экспертной информации в шкале отношений (числовой шкале), что позволяет получить корректную интеграцию психометрических, психосоциальных и нейробиологических характеристик при рассмотрении процедур диагностики, психосоциальной терапии и реабилитации.*

Список источников

1. **Cuthbert, B.** The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology / B. Cuthbert. – *World Psychiatry*. – 2014. – № 13 (1). – P. 28–35. DOI: 10.1002/wps.20087.
2. **Митихин, В.Г.** Обработка полученных при использовании психометрических шкал ранговых данных на основе метода анализа иерархий / В.Г. Митихин, Т.А. Солохина / *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2019. – № 119 (2). – С. 49–54. DOI: 10.17116/jnevro201911902149.
3. **Zimmerman, M.** The severity of psychiatric disorders / M. Zimmerman, T.A. Morgan, K. Stanton // *World Psychiatry*. – 2018. – № 17. – P. 258–275. DOI: 10.1002/wps.20569.
4. **Саати, Т.Л.** *Принятие решений при зависимостях и обратных связях: Аналитические сети* / Т.Л. Саати; пер. с англ. – М.: Изд. ЛКИ, 2008.
5. **Markon, K.E.** On hierarchically-informed measures of psychopathology / K.E. Markon // *World Psychiatry*. – 2021. – № 20 (1). – P. 66–67. DOI: 10.1002/wps.20812.

Митихин В.Г., Солохина Т.А., Кузьмина М.В., Тюменкова Г.В.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПОЗИЦИЙ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА И МЕТОДА АНАЛИЗА ИЕРАРХИЙ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Причинные факторы или факторы риска психической патологии могут возникать на многих уровнях: генетическом, нейрональном и средовом, вовлекая индивидуальные особенности людей, а также семейный и социальный контекст. Подобное понимание мультифакторной и многоуровневой природы психических расстройств вмещает в себя представления о том, что воздействия на каждом из этих уровней могут повлиять на начало и течение заболевания, а следовательно, должны учитываться при первичной профилактике, лечении и последующей психосоциальной реабилитации (ПСР) пациентов [1–3].

На современном этапе исследования психических расстройств используются размерные оценки, которые являются дополнением к диагностике категориальной. Размеры – это ранговые оценки, получаемые с помощью психометрических инструментов (шкал, опросников) и отражающие степень выраженности психопатологических симптомов. Эти оценки представляют собой *нечисловую (качественную)* информацию, которая пока *всегда некорректно обрабатывалась при разработке моделей оценки эффективности ПСР*. Известно, что *обработка ранговых данных возможна только методами непараметрической* (ранговой) статистики, которые не допускают классических математических операций, в частности нельзя использовать вычисление среднего, не говоря уже о классических методах корреляционного, дисперсионного, факторного и регрессионного анализа (доказательные примеры и необходимые ссылки приводятся в работе [4]).

Для психиатров соответствующие источники малодоступны, т. к. они ориентированы на профессионалов в области обработки данных. Отметим, что в 1978 г. М.М. Кабанов [1, с. 135] на основе качественного анализа «Оценочной шкалы основных клинико-психопатологических характеристик» сделал примечательный вывод о нечисловой природе ранговой информации, а также указал на важность учета весомости отдельных характеристик пациента. К сожалению, эти важные идеи не получили должного развития в психометрических методах вплоть до

21 века. Развитие этих идей, возникающие проблемы и их решение на основе метода анализа иерархий (МАИ), в частности для задач психиатрии, можно найти в работах [4, 5]. Дополнительно отметим, что в последние 10 лет в мировой психиатрии ведутся интенсивные исследования в рамках 2-х масштабных проектов (см., например, работы Cuthbert B., 2014; Krueger RF, Kotov R, Watson D et al., 2018-2020 и указанную там библиографию): 1) RDoC «Исследовательские критерии доменов»; 2) HiTOP «Иерархическая таксономия психопатологий». Как следует из результатов наших работ, оба проекта для своей успешной реализации также требуют использования средств МАИ.

Цели работы: 1) анализ проблем оценивания тяжести психических расстройств и эффективности последующей ПСР; 2) разработка алгоритмов обработки исходной экспертной информации с целью получения соответствующих *числовых оценок* эффективности ПСР на основе МАИ.

Материалы и методы. Совокупность публикаций отечественных и зарубежных авторов, результаты собственных исследований по проблемам оценки состояний пациентов, а также оценке эффективности комплексной программы ПСР для лиц с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в различных формах помощи. В качестве методов обработки информации использованы клинико-психопатологический, психометрический, а также методы системного анализа и МАИ.

Результаты. Анализ проблем оценивания состояний пациента на основе категориальных и психометрических данных и опросников показывает, что эти проблемы могут быть представлены в виде соответствующих иерархий [4], структуру которых необходимо учитывать при обработке экспертной клинической информации.

По результатам анализа данных предварительных исследований, проведенных в рамках унифицированной программы ПСР в различных формах помощи для пациентов, страдающих шизофренией (общественная организация, дневной стационар, стационар), а также полученных экспертных оценок выявлены основные области нарушения функционирования пациентов, подвергавшиеся оценке эффективности ПСР и влияющие на нее: О1 – мотивационная сфера; О2 – осознание болезни; О3 – отношение к лечению (комплаентность); О4 – принятие ответственности; О5 – ролевые нарушения; О6 – когнитивный дефицит; О7 – навыки; О8 – семья; О9 – ближайшее окружение; О10 – копинг-стратегии.

Изменения в указанных областях нарушения функционирования для каждого из пациентов после программы ПСР по сравнению с начальным уровнем являются основой вывода об эффективности компонент ПСР. В случае отсутствия изменений в этих областях (или отрицательных изменений), на которые было направлено вмешательство с учетом целей и выбранных мишеней, циклическое воздействие реабилитационной программы должно быть продолжено с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Предложена инновационная методология и алгоритмы на основе МАИ и средств системного анализа экспертной информации, позволяющие определять частные критерии и интегральный показатель эффективности ПСР для любых групп пациентов. *Фундаментальное отличие* предлагаемого подхода от ранговых методов обработки исходной информации – *формирование результатов обработки экспертной информации в числовой шкале*, что позволяет получить корректную интеграцию психометрических и психосоциальных характеристик (а в перспективе и нейробиологических характеристик) при рассмотрении процедур диагностики, психосоциальной терапии и реабилитации.

Выводы. Разработанная методология базируется на экспертных оценках для областей нарушений функционирования пациентов и соответствующих изменениях психосоциальных характеристик. Это обеспечивает универсальность подхода и алгоритмов МАИ для оценки эффективности любых реабилитационных вмешательств: от психосоциальных до физиотерапевтических (с учетом использования необходимых областей нарушений).

Получаемые при этом численные результаты обеспечивают широкое применение математических операций и корректное использование получаемых оценок в клинической практике, ПСР и научных исследованиях.

Список источников

1. **Кабанов, М.М.** Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – Л.: Медицина, 1978. – 232 с.
2. **Гурович, И.Я.** Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: Медпрактика, 2004. – 492 с.
3. **Cuthbert, B.** The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology / Cuthbert B. // *World Psychiatry*. – 2014. – № 13 (1). P. 28–35. DOI: 10.1002/wps.20087.

4. **Митихин, В.Г.** Обработка полученных при использовании психометрических шкал ранговых данных на основе метода анализа иерархий / В.Г. Митихин, Т.А. Солохина // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2019. – № 119 (2). – С. 49–54. DOI: 10.17116/jnevro201911902149.

5. **Солохина, Т.А.** Проблемы оценки эффективности психосоциальной реабилитации и лечения: область вмешательств, инструменты и критерии оценки / Т.А. Солохина, В.Г. Митихин, Г.В. Тюменкова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2019. – № 119 (12). – С. 154–161. DOI: 10.17116/jnevro2019119121154.

Пономарева Е.В.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕМЕНЦИЕЙ И ИХ РОДСТВЕННИКАМ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Во всем мире особую социальную значимость приобретает проблема болезни Альцгеймера. Это заболевание является наиболее частой причиной слабоумия в пожилом и старческом возрасте. В последнее десятилетие эта болезнь признана одной из четырех главных медико-социальных проблем современного общества. Это связано с неуклонным ростом численности населения пожилого и старческого возраста, а также с длительностью течения болезни и тяжелой инвалидизацией пациентов. По данным ВОЗ, деменцией страдает 47,5 млн человек в мире. По прогнозам предполагается, что к 2030 году количество больных будет не менее 75,6 млн человек, а к 2050 году – 135,5 млн. При этом 58% всех зарегистрированных случаев деменции наблюдаются в странах с низким или средним уровнем социального развития.

В последнее время особенно актуальной стала проблема состояния здоровья лиц, которые непосредственно опекают пациентов или ухаживают за ними в домашних условиях. Для этой группы лиц уход за больным не является профессиональной деятельностью; чаще всего это супруги или родственники первой степени родства (дети, реже сибсы). От помощи этих людей зависит эффективность лечения и качество жизни больных с деменцией, а также показатели их институционализации в учреждения для длительного пребывания (психиатрические больницы, интернаты психоневрологического профиля). Более того, поведение

и действия ухаживающих лиц влияют на психическое состояние самих пациентов. Ухаживающие лица испытывают постоянный стресс, подвергаются повышенным физическим и психологическим нагрузкам, среди них повышена распространенность депрессивных и тревожных расстройств по сравнению с общей популяцией того же возраста. По признанию родственников больных деменцией, самым трудным для них становятся даже не сами проявления болезни, а специфический эмоциональный вакуум, осознание брошенности и беспомощности. Во многих странах были разработаны специальные программы помощи лицам, ухаживающим за пациентами с деменцией.

Цель. Оценка новых возможностей медико-социальной помощи пациентам с деменцией и их родственникам или лицам, осуществляющим уход.

Материал. Научно-практические исследования последних лет российских и зарубежных специалистов по различным формам медико-социальной помощи пациентам с деменцией и их родственникам [1, 2].

Результаты. Особую форму внебольничной организации жизни пациентов представляют пункты дневного пребывания, клубы и кафе для них. Эти упрочившиеся во многих странах нововведения служат концепции улучшения качества жизни больных деменцией и членов их семей, уменьшая бремя болезни и обеспечивая достойное существование страдающих продолжительным неизлечимым в настоящее время заболеванием.

В России проводились школы для родственников пациентов с деменцией, в рамках которых в доступной форме сотрудники отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБНУ НЦПЗ рассказывали о деменции, о возможностях медикаментозной коррекции когнитивных и психотических расстройств деменции, об особенностях ухода за такими пациентами. В 2018 году был успешно реализован еще один формат помощи родственникам с деменцией – ассоциацией помощи пациентам с деменцией «АльцРус» был создан клуб «Незабудка». Этот клуб объединил пациентов с деменцией, их родственников, врачей, социальных работников, психологов и волонтеров. Клуб организует закрытые семейные мероприятия в кафе или клубе, во время которых пациенты с деменцией совместно с их родственниками и близкими собираются вместе, пациенты имеют возможность общаться, танцевать под мелодии прошлых лет, петь любимые песни, играть в настольные игры, участвовать в мастер-классах, слу-

шать старые песни, почувствовать любовь и заботу своих близких, сохранить свою социальную значимость.

Родственники получают возможность обмениваться информацией друг с другом, обсудить проблемы, связанные с особенностями ухода за пациентами с деменцией, получить помощь и совет, поддержку друг друга. Данный формат помощи показал свою эффективность во многих странах Европы и Америки [1]. Многолетний опыт работы амбулаторно-консультативного подразделения накоплен в отделении БА отдела гериатрической психиатрии Научного центра психического здоровья, что позволило разработать концепцию и организационные основы оказания современной амбулаторной помощи больным деменцией в Альцгеймеровском центре [2].

Выводы. Общая стратегия помощи лицам пожилого возраста нацелена на уменьшение инвалидизации и несостоятельности. В качестве приоритетных выдвигаются четыре направления активных действий: первое предполагает учет потребностей стареющих людей. Второе направление предусматривает создание системы длительного наблюдения и оказания помощи больным пожилого и старческого возраста, что делает неизбежным партнерство с семьями, учреждениями, сообществами, частным сектором и всеми производителями услуг. В качестве третьего необходимого элемента рассматривается доброжелательная позиция в обществе в отношении пожилых людей. Четвертое направление связано с созданием физической и социальной среды, отвечающей потребностям стареющих членов общества.

Почти 25-летний положительный опыт организации «Альцгеймер-кафе» позволяет рассматривать его как эффективный инструмент социализации и эмоциональной поддержки как пожилых пациентов с деменцией, так и их родственников, которые несут основную ношу, связанную с уходом за пациентами с деменцией.

Список источников

1. **Михайлова, Н.М.** Организация внебольничной геронтопсихиатрической помощи при деменции и когнитивном снижении. Часть II: Клиническая и экономическая эффективность деятельности клиник памяти и Альцгеймеровских центров / Н.М. Михайлова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2017. – № 117 (7). – С. 89–98. doi.org/10.17116/jnevro20171177189-98
2. **Михайлова, Н.М.** Альцгеймеровский центр – инновационная модель амбулаторной помощи пожилым больным с когнитивными расстройствами и деменцией / Н.М. Михайлова, С.И. Гаврилова // *Психиатрия*. – 2015. – № 3. – С. 42–51.

Рыбакова Т.В., Бубнов А.А., Малаховская К.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРИГАДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

*ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»,
Пенза, Россия*

Введение. Большое значение в работе с больными психиатрических отделений уделяется такой форме, как оказание качественной психиатрической помощи полипрофессиональной бригадой, в которую входят врачи-психиатры, врач-психотерапевт, психолог и социальный работник. Рациональное сочетание применения лекарственных препаратов и психосоциальной работы с активным вовлечением больного и его родственников в лечебный процесс способствует увеличению эффективности долгосрочной терапии, главным образом за счет улучшения показателей комплаентности и, таким образом, снижению частоты рецидивов. Именно психосоциальные методы работы с психически больными и их родственниками становятся реальной составляющей оказания психиатрической помощи. Мы используем различные формы и методы, направленные на восстановление нарушенных и формирование когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умения взаимодействовать, решать проблемы и прочее) у психически больных с нарушением социальной адаптации. Следует отметить, что наряду с проведением таких групповых методов, как арт-терапия, музыкотерапия, библиотерапия, танцтерапия, сказкотерапии, которые направлены на социализацию и активизацию пациента, осознание своих возможностей, в своей работе мы стали проводить комплексную диагностику с определением характера и степени социальной дезадаптации, конкретных проблем, формулированием целей, которые нужно достичь, опорой на активное участие самого пациента, использование его личного опыта с учетом психического состояния и выделением сохраненных сторон пациента, на которые надо опираться в групповой работе. В зависимости от выявленных потребностей формируются целевые программы, направленные на решение конкретных задач, в результате чего можно рассчитывать на результативность психосоциальной работы с пациентами и их родственниками.

Цель: оценка эффективности работы полипрофессиональной бригады с использованием психотерапевтических методов лечения больных с психическими расстройствами на этапе стационарной помощи.

Методы: использованы клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Клинико-психопатологическое обследование больных включало изучение анамнеза жизни и заболевания со слов больного (субъективный анамнез), со слов родственников или ближайшего окружения больного (объективный анамнез), клиническое динамическое наблюдение за больным, самоотчет больных и оценку психического статуса. Эффективность психообразовательной программы оценивалась с помощью опросника «Карта оценки эффективности психообразовательной программы». Сравнивалась также кратность и сроки госпитализаций за 1 год до и после проведения группы. Экспериментально-психологическое исследование: методика Люшера, опросник «Восстановление локуса контроля» (оценка уровня мотивации больного к выздоровлению). Среди психотерапевтических методов реабилитации в нашем отделении используются следующие: комплаенс-терапия, семейная терапия, арт-терапия, музыкотерапия, проективный рисунок, библиотерапия, тренинг социальных навыков, психодрама, Совет больных. В период 2018–2021 гг. нами было обследовано 255 больных. В 1-ю группу вошли больные, которым был проведен полный курс психотерапевтической реабилитационной программы, это 195 больных. Вторую группу в количестве 60 чел. составили больные, которым данная программа не проводилась. Все обследованные – лица мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 45 лет. В нашем отделении была использована следующая модель оказания психотерапевтической помощи. На первом этапе реабилитации при поступлении в стационар пациент оказывается в условиях так называемого психотерапевтического сообщества, где ему разъясняются его права, обязанности, особенности действия препаратов. В доступной форме сообщается информация о его заболевании, механизмах его развития, создается мотивация на психотерапевтическое взаимодействие. Вместе с пациентом во время первичной беседы присутствуют родственники, которым с согласия пациента также разъясняются развитие и течение заболевания, особенности взаимоотношений с пациентом. Далее, одновременно с назначением лекарств, больной вовлекается в психотерапевтический процесс.

Для реабилитации больных важнейшую роль играет групповая психотерапия, так как она воздействует на одну из самых значимых сфер человеческого существования – контакты в социуме. В группе прини-

мают участие 8–12 человек различного пола, возраста, клинической картины. Цикл терапии обычно включает 10 занятий в течение 3–4 недель. Длительность одного занятия – 1–1,5 часа. Занятия проводятся во второй половине дня 2–3 раза в неделю. Групповые занятия включают в себя проведение психообразовательных занятий, тренингов по социальным навыкам, коммуникативные тренинги, милаотерапию, эрготерапию.

Результаты. В годовом катамнестическом периоде среднее число госпитализаций снизилось в 1,5 раза, средняя длительность госпитализаций – в 2 раза. По завершении цикла занятий отмечалось увеличение доли пациентов, высоко оценивших уровень информированности о первых признаках обострения (с 10% до 47%), о способах предупреждения обострений (с 8% до 38,3%), о поведении при обострении (14,2% до 65,3%). Особое значение для эффективного управления болезнью имели рост уверенности в возможности распознавания болезненного поведения (75,4% при завершении цикла занятий против 32,2% в начале), а также расширение представлений о собственной роли в процессе лечения (67,2% высоких оценок при завершении цикла занятий против 17,9% в начале) и способах преодоления трудностей, связанных с болезнью (53,7% высоких оценок при завершении цикла занятий против 13,2% в начале).

Выводы. Таким образом, занятия в группе позволяют поддержать пациента на стабильном уровне, помогают ему лучше понимать характер и особенности психического заболевания и то, как оно влияет на больного и членов его семьи. Кроме того, групповая работа дает возможность обсудить полученную информацию с другими участниками, соотнести ее с собственным опытом, вместе искать пути решения проблем. В ходе обучения как пациенты, так и их родственники учатся распознавать болезненные переживания в самом начале их возникновения, проводить грань между болезненными и здоровыми проявлениями психики, начинают соблюдать сроки посещения и обращаться за медицинской помощью при появлении первых признаков болезни. Данная модель реабилитации позволяет максимально эффективно улучшить качество жизни больного, в первую очередь его независимость в обществе, трудовой деятельности, досуге, общении, улучшить качество ремиссий и их длительность путем создания адекватного отношения к болезни и ее лечению. Полученные данные подтверждают эффективность программы в комплексном восстановительном лечении больных с психическими расстройствами.

Савушкина А.И., Рощина И.Ф., Солохина Т.А.

ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Московский государственный психолого-педагогический университет,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
РБОО «Семья и психическое здоровье», Москва, Россия*

Актуальность. Модель психического или Theory of mind – это способность человека понимать свое психическое состояние и психическое состояние другого человека, его эмоции, чувства, мнения, желания, намерения.

Цель. Рассмотреть структуру модели психического и результаты ряда исследований по изучению этого феномена у больных шизофренией.

Материалы и методы. Материалом для сообщения служили публикации отечественных и зарубежных исследователей по изучению модели психического и ее особенностей у больных шизофренией. В качестве методов применялись анализ и обобщение.

Результаты и обсуждение. Модель психического включает когнитивный и аффективный компоненты. Когнитивный компонент отвечает за понимание мыслей, представлений и убеждений других и связан с деятельностью медиальной префронтальной коры и височно-теменной области. Аффективный компонент реализует понимание эмоционального состояния другого, проявление эмпатии и осуществляется за счет деятельности медиальной префронтальной коры и миндалевидного тела. М. Dennis (2013) выделяет также волевой компонент модели психического, связанный с реализацией попыток оказать влияние на психическое состояние другого [1].

При шизофрении деятельность мозговых структур, связанных с моделью психического, часто оказывается недостаточной. Е.А. Потехина (2019) при нейропсихологическом исследовании структуры дефекта больных шизофренией описала недостаточность следующих отделов головного мозга: префронтальная кора, заднелобные (премоторные) отделы, глубинные структуры, височные области обоих полушарий, теменные и теменно-височно-затылочные отделы, межполушарное взаимодействие на уровне мозолистого тела [2].

Уровневое развитие модели психического является необходимым компонентом для установления контакта с окружающими, общения и взаимодействия, а также установления с другими людьми определенных взаимоотношений.

Theory of mind и шизофрения. Недостаточность модели психического наряду с коммуникативными и эмоциональными особенностями, а также с трудностями саморегуляции у больных шизофренией, может оказывать негативное воздействие на количество и качество их коммуникаций. Для преодоления этих трудностей становится необходимым проведение исследований и использование их результатов при оказании психосоциальной поддержки больным шизофренией.

Е.Е. Румянцевой (2016) проведен обзор исследований о снижении модели психического у больных шизофренией. В исследованиях разных авторов были обнаружены следующие особенности модели психического у больных шизофренией: снижение модели психического вне зависимости от формы лечения заболевания (амбулаторная/стационарная); наличие похожих трудностей решения задач модели психического у родственников первой степени родства с пациентами; начало снижения модели психического после первого психотического приступа; заинтересованность лобных долей мозга пациентов в наличии трудностей решения задач модели психического [3]. В другом исследовании Е.Е. Румянцевой (2016) по изучению модели психического у больных шизофренией использовалось специально разработанное полуструктурированное интервью. Результаты исследования показали, что у больных наблюдаются трудности представления собственного внутреннего мира и понимания того, как его понимают другие люди. При этом также имеются сложности представления о внутреннем мире других и того, как другие понимают свой внутренний мир [4].

Метаанализ зарубежных исследований модели психического у больных шизофренией показал, что снижение способности понимания психического состояния другого человека связано с плохим функциональным исходом заболевания, с тяжестью симптомов, с негативными симптомами, с более высокими показателями таких расстройств мышления, как дезорганизация, формальное расстройство мышления и алогия. У больных шизофренией наблюдалась большая выраженность снижения модели психического по сравнению с биполярным расстройством [5].

Заключение. Особенности структуры модели психического могут являться важным фактором в адаптации и интеграции больных шизо-

френий в жизнь общества, о чем свидетельствуют результаты проведенных исследований. Эти особенности необходимо диагностировать на этапе первичного клинико-психологического исследования, и они должны являться мишенями в дальнейшей психосоциальной реабилитации пациентов.

Список источников

1. **Dennis, M.** Cognitive, affective, and conative theory of mind (ToM) in children with traumatic brain injury / M. Dennis, N. Simic, E.D. Bigler, T. Abildskov, A. Agostino, H.G. Taylor, K.O. Yeates // *Developmental cognitive neuroscience*. – 2013. – № 5. – P. 25–39. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.11.006>.
2. **Потехина, Е.А.** Нейропсихологическая структура дефекта при шизофрении / Е.А. Потехина // *Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум»*. – 2019. – № 10 (2). – С. 104–106.
3. **Румянцева, Е.Е.** Проблема снижения theory of mind (модели психического) у больных шизофренией. *Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (к 100-летию С.Я. Рубинштейн)* / Е.Е. Румянцева. – Московский государственный психолого-педагогический университет, 2011. – С. 127–130. ISBN: 978-5-94051-077-2.
4. **Румянцева, Е.Е.** Применение полуструктурированного интервью «Способность понимать модель психического» в норме и при шизофрении у лиц юношеского возраста / Е.Е. Румянцева // *Вестник Омского университета. Серия «Психология»*. – 2016. – № 1. – С. 15–21.
5. **Neerven, T.** Deficiencies in Theory of Mind in patients with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A systematic review of secondary literature / T. Neerven, D.J. Bos, N.E.M. van Haren // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2021. – № 120. – P. 249–261. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.011>.

Савушкина А.И., Солохина Т.А., Рощина И.Ф.

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА

*Московский государственный психолого-педагогический университет,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
РБОО «Семья и психическое здоровье», Москва, Россия*

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, шизофренией во всем мире страдает примерно 24 миллиона человек. По данным на 2018 год, в России за помощью в психоневрологиче-

ское учреждение обратилось 539 944 человека с этим диагнозом. Наиболее высокие показатели заболеваемости шизофренией отмечаются в возрасте 20–45 лет [1].

Период взрослости связан с проявлением и реализацией человека во многих сферах жизнедеятельности. В этот возрастной период человек отличается продуктивностью во многих сферах жизни за счет решения таких задач, как получение профессионального образования, организация трудовой деятельности, создание семьи, проявление себя в разных формах общественной активности.

Вследствие заболевания шизофренией, для которой характерны позитивные, негативные и когнитивные симптомы, осуществление важных для человека форм активности становится существенно затруднительным или почти невозможным, что влияет на степень его социальной и профессиональной продуктивности, а также на качество жизни в целом. Поскольку заболевание шизофренией может привести к полной или частичной утрате способности человека к самореализации, для предотвращения этого необходима организация разных форм поддержки и использование видов психосоциального лечения данной категории больных.

Цель. Рассмотреть возможности использования когнитивно-поведенческой психотерапии при работе с пациентами, страдающими шизофренией.

Материал и методы. Материалом для данной статьи послужили отечественные и зарубежные публикации, описывающие концептуальные основы и принципы проведения когнитивно-поведенческой психотерапии, виды вмешательств и особенности их проведения при работе с больными шизофренией. В качестве методов использовались анализ и обобщение.

Результаты и их обсуждение. В психиатрии и клинической психологии существуют различные формы и виды психосоциальной поддержки больных шизофренией для восстановления или компенсации дефицитов, возникших вследствие болезни. В рамках психосоциального лечения пациентов доказана эффективность применения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

Когнитивно-поведенческий подход к шизофрении исходит из положения о том, что основной источник психотических симптомов состоит в когнитивных искажениях. Провоцирующий фактор запускает нарушение когнитивного процесса у личности, предрасположенной к разви-

тию заболевания. Нарушенный когнитивный процесс приводит к аномалиям сознательных переживаний (например, бредовые идеи).

Когнитивно-поведенческая психотерапия шизофрении протекает в двух направлениях: когнитивно-поведенческая терапия психозов и работа с когнитивными убеждениями, лежащими в основе психотических переживаний.

Для работы с когнитивными убеждениями используется метакогнитивный тренинг, созданный S. Moritz и соавт. [2]. Метакогнитивный тренинг состоит из нескольких компонентов: психообразование, когнитивная реабилитация и когнитивно-поведенческая терапия. Данный метод ориентирован на коррекцию когнитивных нарушений при шизофрении. На занятиях повышается осведомленность пациентов о когнитивных отклонениях и искажениях, которые лежат в основе формирования и поддержания бреда, а также обогащаются и изменяются стратегии решения проблем, происходит стимулирование пациентов к критическому осмыслению когнитивных искажений в повседневной жизни.

Метакогнитивный тренинг прежде всего обращается к когнитивным процессам. При переходе на уровень симптомов этот вид тренинга направлен на позитивные симптомы, а также включает в себя работу над повышением самооценки пациентов с шизофренией. Эффективность данного вида работы в когнитивно-поведенческом подходе в отношении коррекции когнитивных искажений, снижения позитивной симптоматики и связанного с ней дистресса зафиксирована в ряде исследований [2].

В работе Мунина А.О., Акуловой А.А. и Белокрылова И.В. описываются основные подходы к работе с негативными симптомами шизофрении, одним из которых является когнитивно-поведенческий подход [3]. Данные об эффективности КПТ для снижения негативных симптомов отмечаются во многих исследованиях, при этом эти данные нельзя считать однозначными.

Некоторые исследования обращают внимание на эффективность применения КПТ при изначально высоком уровне негативных расстройств, что делает этот подход важным в работе с пациентами, имеющими выраженную степень негативных симптомов. Другие исследования говорят о меньшей эффективности воздействия КПТ на негативные симптомы при сохранности продуктивной симптоматики. При воздействии на негативную симптоматику шизофрении методами КПТ, ориентированными на снижение продуктивной симптоматики, эффек-

тивность работы будет недостаточной, и потребуются создание специфических приемов [3].

Заключение. Когнитивно-поведенческая терапия как научно обоснованный метод психотерапии с доказанной эффективностью используется в терапии различных расстройств, включая шизофрению. Одним из преимуществ когнитивной-поведенческого подхода для работы с пациентами с шизофренией является высокая структурированность занятий и тренировка навыков в условиях повседневной реальности, однако для комплексного оказания помощи этой группе пациентов необходимо использование и сочетание различных клинико-психологических методов работы.

Список источников

1. **Панюкова, А.С.** Статистика заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации / А.С. Панюкова // *Скиф. Вопросы студенческой науки*. – 2019. – № 11 (39). – С. 589–595.
2. **Кузнецов, С.Ю.** Метакогнитивный тренинг: теоретические основы, практические аспекты, эффективность / С.Ю. Кузнецов, М.В. Афан, М.Ю. Кожевникова, Л.Г. Мовина // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2020. – № 30 (1). – С. 97–101.
3. **Мунин, А.О.** Основные методы психотерапии негативных симптомов при шизофрении / А.О. Мунин, А.А. Акулова, И.В. Белокрылов // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. – 2020. – № 24 (3). – С. 262–268. DOI: <https://doi.org/10.22363/2313-0245-2020-24-3-262-268>.

Самойлова Д.Д.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЕТОМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» МЗ РФ,
Саратов, Россия

Актуальность. В настоящее время среди наиболее актуальных тенденций современной психиатрии выделяют психосоциальную реабилитацию, основанную на биопсихосоциальном подходе. Обзор подходов к проведению психосоциальной реабилитации в региональных психиатрических службах в отношении пациентов, страдающих параноидной

шизофренией, показал их многообразие, отсутствие единой регламентации и унифицированной системы оценки эффективности, проводимого психосоциального лечения [1, 2].

Цель. Изучить влияние психосоциальной реабилитации на эффективность комплексного лечения пациентов, страдающих параноидной шизофренией, разработать и научно обосновать современные принципы, оптимальную организационную модель психиатрической помощи на территории Саратовской области, а также алгоритм проведения реабилитационных мероприятий с учетом комплексной оценки психического состояния, уровня адаптационного потенциала для повышения качества оказания психиатрической помощи.

Пациенты и методы исследования. Была создана случайная выборка пациентов с параноидной шизофренией в стадии ремиссии с выраженным нарушением социальной адаптации в возрасте от 18 до 63 лет ($n = 420$), которая по длительности расстройства была подразделена на две группы: I – пациенты с первым психотическим эпизодом ($n = 196$), II – пациенты с длительностью расстройства более пяти лет ($n = 224$). В соответствии с получаемым лечением в каждой группе выделены подгруппы: Т – типичные нейролептики, А – атипичные, R – реабилитация (TR и AR). Таким образом было сформировано 8 подгрупп. Использованы следующие диагностические шкалы: шкала PANSS; методика понимания намека Hinting Task (HT), методика на распознавание эмоций «Лица Экмана» (ЛЭ), опросник для оценки социального функционирования и качества жизни (СФ и КЖ) психически больных, Шкала приверженности лечению Мориски-Грина (М-Г), Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы (КОУЗ), разработанная автором анкета участия родственников в проводимой терапии и реабилитации пациентов с параноидной шизофренией (анкета), стандартизированная шкала оценки интеллекта взрослых Векслера (компьютерный вариант WAIS 2.1.1). Методами психосоциальной реабилитации были: индивидуальная комплаенс-терапия, психообразовательная работа с пациентами и их родственниками в виде краткого психосоциального вмешательства с использованием пособия, разработанного автором, а также когнитивный тренинг в виде компьютерного варианта теста Векслера. Вариационно-статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты. Для комплексной оценки результатов лечения пациентов в исследуемых парах групп автором выделены три степени тяжести психического состояния больных параноидной шизофренией: «неудовлетворительное», «удовлетворительное», «хорошее». Каждой категории был присвоен балл: «1», «2» и «3» соответственно. Для каждой из шкал, согласно данной градации, предложены диапазоны баллов. Корреляционный анализ выявил тесные прямые (КЖ и СФ, «Лица Экмана», Мориски-Грина, Hinting Task) и обратные (PANSS P, N, G) связи с показателем «Результат лечения», что позволило применить регрессионный анализ для прогнозирования результата лечения по показателям диагностических шкал.

Множественный регрессионный анализ позволил вывести формулу регрессионного уравнения для прогнозирования результата лечения больных параноидной шизофренией по показателям диагностических шкал, служащих для оценки психического состояния пациентов ($R^2 = 0,76$):

$$\begin{aligned} \text{Результат лечения} = \\ = 1,431 + \text{КЖ и СФ} \times 0,334 + P \times -0,15 + N \times 0,079 + \\ + G \times 0,1 + \text{ЛЭ} \times 0,205 + \text{М-Г} \times 0,091 + \text{НТ} \times 0,082. \end{aligned}$$

Также выведена формула, по которой можно прогнозировать результат лечения и следить за психическим состоянием пациентов в динамике и по показателям психосоциальной реабилитации ($R^2 = 0,78$):

$$\begin{aligned} \text{Результат лечения} = \\ = -1,71 + \text{КОВЗ} \times 0,35 + \text{Анкета} \times 0,38 + \text{Векслер} \times 0,24. \end{aligned}$$

Таким образом, при результате лечения в 7–11 баллов прогноз неблагоприятный (психическое состояние «неудовлетворительное» и оценивается в 1 балл), в 12–16 баллов – прогноз и состояние «удовлетворительные» (оцениваются в 2 балла), в 17–21 балл – прогноз благоприятный (психическое состояние «хорошее», оценивается в 3 балла).

Факторный анализ показал, что наибольшую степень влияния на результат лечения оказывают такие факторы, как длительность расстройства (II и I группы) и реабилитация (NR и R группы), средний эффект в этих группах составил -0,9. В парах групп в зависимости от длительности лечения (I и IV этапы) результат лечения соответствовал эффекту -0,8. В парах групп в зависимости от вида фармакотерапии эффект был наименьшим -0,7. Как объективный фактор наибольшую степень влия-

ния на результат лечения оказывает наличие или отсутствие реабилитации (27,3%), такую же степень влияния оказывает длительность расстройства, эти два фактора обеспечивают более 50% (54,6%) благоприятного результата лечения. Длительность лечения обеспечивает практически четверть (24,2%) общего эффекта. Несколько меньше (21,2%) на результат лечения оказывает влияние такой фактор, как вид фармакотерапии. Максимальное количество пациентов с «хорошим» результатом лечения было отмечено лишь в реабилитируемых группах у пациентов с первым психотическим эпизодом: в IAR группе у 41 пациент (66,1%); в ITR – у 18 человек (51,4%). Данные результаты подтверждают положительное влияние на результат лечения факторов «Реабилитация» и «Длительность расстройства».

Выводы. Предложенная шкала комплексной оценки результата лечения позволяет определить тяжесть психического состояния в целом и в динамике, прогнозировать результат лечения с целью персонификации алгоритма ведения пациентов с параноидной шизофренией. Полученные данные демонстрируют степень влияния на результаты лечения и социальную адаптацию пациентов с параноидной шизофренией таких факторов, как длительность расстройства и лечения, вид фармакотерапии, наличие или отсутствие реабилитации, и доказывают необходимость создания центра психосоциальной реабилитации пациентов с шизофренией, а также детализируют принципы создания новой модели психиатрической помощи на территории Саратовской области.

Список источников

1. **Солохина, Т.А.** Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности / Т.А. Солохина, В.В. Ястребова, В.Г. Митихин, Г.В. Тюменкова // *Психиатрия*. – 2019. – № 17 (3). – С. 62–74. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-62-74>
2. **Лиманкин, О.В.** Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения / О.В. Лиманкин, С.А. Трущелёв // *Российский психиатрический журнал*. – 2019. – № 6. – С. 4–15.

Северина Ю.В.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»,*

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Актуальность. Суицид относится к сложным философским, культурологическим, социальным, психологическим и психопатологическим феноменам. Его причины, безусловно, далеко не исчерпываются психопатологией. Многие исследования показали, что в основе суицидального поведения может лежать сочетание биологических, психологических, микро- и макросоциальных факторов.

Мировая практика оказания помощи детям и подросткам с суицидальными проявлениями говорит о необходимости комплексного, полипрофессионального и этапного подхода к решению данной проблемы. Такой подход в полной мере реализуется на базе центра им. Г.Е. Сухаревой, где каждый пациент помимо врачебной помощи получает индивидуальную и групповую психологическую коррекцию, а также обязательный курс семейной терапии.

Результаты и обсуждение. С ноября 2018 года на базе центра работает Клиника кризисной помощи, которая специализируется на оказании помощи детям и подросткам 12–17 лет, находящимся в ситуации психологического кризиса, имеющим суицидальные тенденции, самоповреждающее поведение, переживающим горе, насилие, жестокое обращение. Это подразделение осуществляет сопровождение детей и подростков на всех этапах лечения – догоспитальном, госпитальном и постгоспитальном.

На догоспитальном этапе помощь детям и подросткам оказывается в Кабинете кризисной помощи. В нем осуществляется первичная диагностика, оценивается острота состояния, определяется дальнейшая маршрутизация пациентов. Пациентам, лечение которых возможно в амбулаторных условиях, назначается первичная психофармакотерапия, проводятся установочные индивидуальные и семейные психологические консультации. На догоспитальном этапе особое внимание также уделяется психопросветительским мероприятиям.

Стационарное лечение в среднем занимает 30–45 дней. Помимо медикаментозного лечения помощь детям в обязательном порядке включает семейную терапию, а также индивидуальную и групповую психологическую коррекцию (преимущественно в когнитивно-поведенческом подходе, диалектико-поведенческой терапии, арт-терапии и др.). Врач-психиатр наблюдает подростка с первого дня госпитализации. Именно этот специалист принимает все ключевые решения в дальнейшем ведении пациента. Задачей врача-психиатра является первичная оценка психического статуса подростка, сбор анамнестических данных у самого пациента и его родителей (опекунов), подбор психофармакотерапии, определение объема психологической помощи, а также регулярное наблюдение в динамике и коррекция лечения. Психиатр определяет примерные сроки госпитализации и дату выписки, дает рекомендации по лечению в амбулаторных условиях, помогает с определением дальнейшего образовательного маршрута.

После завершения стационарного этапа подросток может продолжить наблюдение в режиме дневного стационара, а затем посещать кабинет постгоспитального сопровождения. На этих этапах психиатр оценивает адаптацию пациента в домашних условиях, по необходимости корректирует фармакотерапию, оценивает риски рецидива. На постгоспитальном этапе необходимо обеспечить преемственность терапии, продолжение психологической реабилитации. Пристальное внимание должно быть обращено на пациентов, уже совершивших суицидальную попытку, т. к. каждая повторная суицидальная попытка повышает риск завершённого суицида.

Особое место в работе с суицидальными пациентами занимает использование реабилитационного потенциала семьи. По данным 2018 г., при проведении семейной терапии частота повторных госпитализаций детей и подростков в течение года оказалась меньше на 30% по сравнению с пациентами, получавшими только медикаментозное и индивидуальное сопровождение психолога-корректора.

Психологическая помощь суицидальным пациентам основывается с учетом многофакторной природы суицидального поведения, причин и механизмов нарушений психического и личностного развития на разных этапах онтогенеза. Эта помощь фокусируется на повышении эмоционального интеллекта, формировании эффективных копинг-стратегий, развитии навыков межличностного взаимодействия, совершенствовании способности к самоанализу и рефлексии и усилении позитивного самоприятия, выявлении и усилении антисуицидальных факторов.

Индивидуальная и групповая психокоррекционная работа играет важную роль на всех этапах госпитализации ребенка. Для ребенка, оказавшегося в больнице, первые дни адаптации являются решающими в его комплаентности к последующему лечению, поэтому для специалистов психиатров и психологов важно постараться установить с ребенком первые психотерапевтические связи, которые в дальнейшем смогут стать мостом к систематическому и успешному лечению и последующей реабилитации.

Первой линией выбора в работе с детьми и подростками с депрессивными расстройствами, самоповреждающим поведением и многократными суицидальными попытками является когнитивно-поведенческая терапия (КБТ).

Диалектическая поведенческая терапия (ДБТ) – еще один доказательный вид психотерапевтического вмешательства. Диалектическая поведенческая терапия в первую очередь рассчитана на поведенческие проблемы, связанные именно с суицидальным и самоповреждающим поведением, она призвана снизить уровень эмоционального напряжения, аутоагрессии, суицидального риска и повторных суицидальных попыток. Однако ДБТ требует от пациента не только механических изменений паттернов поведения и позитивного подкрепления результата, но и высокого уровня осознанности (*mindfulness*), т. е., принятия самого себя в переменах, которые происходят, и отказа от ограничивающих убеждений, которые сводятся к прямолинейным причинно-следственным отношениям. Данная направленность метода несколько ограничивает его использование у детей до 14–15 лет в связи с тем, что высокий уровень рефлексии им недоступен ввиду возрастных особенностей развития психики; также низкой рефлексивностью обладают пациенты с алекситимией.

Метод схемы-терапии включает в себя мощную базу когнитивно-поведенческой терапии, призванную ослабить ранние неадаптивные схемы, а также выработать адаптивные приемы для контроля поведения и функционирования личности, техники выражения и проживания эмоций, их легитимизацию, что подходит, например, для пациентов с тревожными переживаниями.

В качестве поддерживающих методик психотерапевтического вмешательства в подростковом возрасте достаточно эффективно использование арт-терапии, групповой терапии. Эти методы направлены на снижение тревоги, выработку навыков эффективной коммуникации,

стресс-менеджмент, выработку навыков заботы о себе, в том числе детализированного кризисного плана на случай повторения ситуации, в которой подросток оказывается один на один с собственными переживаниями и не находит поддержки.

Выводы. Таким образом, помощь детям и подросткам с суицидальными проявлениями по опыту Центра им. Г.Е. Сухаревой должна оказываться полипрофессиональной командой специалистов: врачами разных специальностей, психологами, семейными психотерапевтами, педагогами на основе системного подхода, включающего информационный, психодиагностический и психокоррекционный компоненты. При оказании помощи важно учитывать множество факторов: анамнез жизни ребенка, особенности его психического статуса, семейной и социальной ситуации, личностные характеристики. Такая организация помощи дает возможность комплексно подойти к оценке состояния детей и подростков с суицидальными проявлениями, рисков его безопасности, создает предпосылки для качественных изменений в профилактике, лечении, дальнейшей реабилитации и социальной адаптации.

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

ДЕМЕНЦИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ ПАЦИЕНТА

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», МГППУ, Москва, Россия

Введение. Одним из наиболее тяжелых заболеваний пожилого и старческого возраста, причиной которого являются нейродегенеративные церебральные изменения, является болезнь Альцгеймера (БА), приводящая к глобальному нарушению высшей психической деятельности. Заболевание имеет неуклонно прогрессирующий характер, когнитивные нарушения необратимы. Постепенно нарастают трудности запоминания текущих событий, утрачивается память на прошлое, нарушается понимание речи (импрессивная речь и чтение), прогрессируют трудности формирования собственных высказываний (устная экспрессивная речь и письмо), утрачиваются оптико-пространственные функции (конструктивная деятельность и счет), появляется комплексная апраксия. В связи с указанным синдромом когнитивных нарушений больной БА не способен существовать самостоятельно, ему требуется постоянная помощь в бытовой деятельности и осуществлении гигиенических процедур.

Важной задачей клиницистов и психологов, работающих с пациентами пожилого и старческого возраста, является оказание клинико-психологической помощи родственникам пациентов с нейродегенеративными заболеваниями [1].

Задачи исследования. В последние годы в отделе гериатрической психиатрии проводится комплексное мультидисциплинарное клинико-психологическое исследование когорты кровных родственников пациентов с БА. Обследовано 134 человека (49 мужчин и 85 женщин, дети и сибсы) родственников первой степени родства пациентов с БА. Одной из задач исследования было выявление комплекса эмоционально-личностных проблем у родственников пациентов с диагностированной БА.

Результаты. Одной из важных проблем, влияющих на оказание своевременной медицинской помощи пациентам с БА, является проблема выявления симптомов мнестико-интеллектуального снижения в рамках деменции у члена семьи (у родителя, у сибсы): близкие родственники часто не замечали ранних симптомов деменции в виде снижения памяти и других психических функций, так как считали эти симптомы проявлением процесса старения. У многих обследованных родственников отмечалось невнимание к поведению стареющих родственников.

Следующая проблема – принятие диагноза деменции у близкого родственника, которая часто влечет за собой альяцгеймерофобию, возрастание тревоги, приводит к депрессивным нарушениям. Астенические расстройства (пониженная работоспособность, повышенная утомляемость), обусловленные физической перегрузкой и стрессом и длящиеся от 1 до 10 лет, в группе в целом отмечались в 35,8% случаев. Симптомы раздражительной слабости обнаруживались у 53,7% обследованных (у 56,4% детей и 41,7% сибсов). Эмоциональная неустойчивость выявлена в 44,8% случаев, в т. ч. у 54,5% детей и у 41,7% сибсов. Симптомы депрессии встречались у 51,2% родственников (у 50,0% детей и 58,3% сибсов). Более чем в трети случаев (38,1%) обнаружена взаимосвязь этого симптома с неблагоприятной семейной ситуацией, обусловленной заболеванием пробанда. На готовность к тревожным реакциям указывали 44,0% обследованных из общей группы (45,4% детей и 37,5% сибсов). Фобии (в том числе альяцгеймерофобия) выявлены в общей группе у большинства (68,7%) обследованных (у 69,1% детей и 66,7% сибсов).

Среди проблем организации лечения пациента следует рассматривать экономические затраты на длительное лечение, вопросы, связанные с необходимостью терапевтического вмешательства, с выбором условий содержания и обустройством жизни больных БА, трудности самообслуживания которых имели нарастающий характер и др. Большинство родственников отмечали проблемы организации постоянного контроля и ухода за больными, что сужало возможности собственной свободы остальных членов семьи и вынуждало к дополнительным значительным материальным затратам. Деменция у члена семьи рассматривается как новое сложное травмирующее обстоятельство жизни, к которому личность должна адаптироваться.

Заключение. Проведенное исследование выявляет мишени для клиничко-психологической помощи родственникам пациентов с деменцией – проведения психообразования и психотерапевтической помощи.

Список источников

1. Селезнева, Н.Д. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников первой степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера / Н.Д. Селезнева, И.Ф. Рощина, С.И. Гаврилова, Я.Б. Фёдорова, М.В. Гантман, Г.И. Коровайцева, С.С. Кунижева, Е.И. Рогаев // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2012. – № 112 (10). – С. 8–13.

Сергиенко А.А., Зверева Н.В., Суркова К.Л., Строгова С.Е., Зверева М.В., Балакирева Е.Е.

О ЗНАЧЕНИИ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ (НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ЭКО)

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Развитие медицины, гуманизация общества, появление новых репродуктивных технологий наряду с проблемами негативного влияния экологии и цивилизации на детское развитие требует осмысления в контексте психолого-медико-педагогического и социального сопровождения современных детей, особенно детей с различными видами дизонтогенеза. Есть современные формы образования для осо-

бых детей и подростков, прежде всего инклюзия и варианты индивидуального обучения. Проблемный вопрос о необходимости широко распространенного нейропсихологического сопровождения ребенка: это для каждого? Только для нуждающихся (при наличии дизонтогенеза). Наш пример – дети, рожденные с помощью ЭКО (дети ЭКО), которые в настоящее время составляют примерно 1% всех рождающихся детей. Насколько психолого-медико-педагогическое сопровождение ребенка и семьи с целью профилактики нарушений развития и сохранения психического здоровья ребенка эффективно? В современной ситуации междисциплинарной практики и непростых форматов межведомственного взаимодействия стоит обеспечивать совместные действия специалистов разных ведомств при выполнении, казалось бы, внутриведомственных программ (ЭКО и выхаживание новорожденных с малым весом; инклюзивное образование; ориентация на индивидуальный дифференцированный подход к детям с ОВЗ и ООП и др.).

Дети ЭКО – всегда долгожданные и желанные, родители прикладывают максимум усилий и возможностей для их развития. Тем не менее в литературе есть противоречивые данные об особенностях психомоторного, когнитивного и речевого развития детей ЭКО, нет большого числа исследований «выросших» детей ЭКО, ранее акценты ставились преимущественно на психофизических и психомоторных показателях, не оценивалась степень развивающей поддержки и дополнительных занятий.

Цель: постановка проблемы психолого-медико-психологической помощи детям ЭКО.

Методы и описание материала. Оценка раннего развития и беседа с родителями по ЭКО-анамнезу; логопедическая оценка и комплексное психологическое обследование (IQ, нейропсихологическое).

Выборки: основная группа 80 детей (46 мальчиков) 3–15 лет, средний возраст $7,3 \pm 2,8$, зачатых с помощью ЭКО и ИКСИ; 11 пар близнецов (10 двоен и 1 тройня); группа сравнения (ГС) – естественное зачатие, 40 сверстников (21 мальчик) средний возраст $7,9 \pm 2,8$. Психиатрические диагнозы: около 25% детей ЭКО (диагнозы: шизотипическое расстройство личности; смешанное расстройство поведения и эмоций, РАС); ГС – около 10% (РАС, СДВГ).

По анамнезу: в группе детей ЭКО трудности родовой деятельности отмечались более чем в 70% случаев, наличие выраженной пре- и перинатальной патологии – около 50%. ГС – частота встречаемости перина-

тальной патологии немного ниже: трудности родовой деятельности 65%, наличие выраженной пре- и перинатальной патологии 41%.

Большинство детей ЭКО занимались с логопедом, нейропсихологом, дефектологом в д/с и в школе, в ГС – большинство, но не все.

Результаты. Речевое развитие: дети ЭКО – норма развития – 46%, расстройства речи (дизартрия, алалия, дислалия) – 54%. ГС – особенности речевого развития и общего развития: норма развития – 74% и расстройства речи (дизартрия, алалия, дислалия) – 26%.

Тест Векслера (детский вариант). IQ при ЭКО и в ГС: умственный дефект 4,6–0%, пограничный уровень 3–0%; средний 38–23%; хорошая норма 26–40%; высокий 28,1–37%. В нормативной выборке нет детей с грубой психической патологией, поэтому нет низких значений IQ. В группе ЭКО у 55% детей и подростков IQ выше среднего, и только 8% низкий интеллект (психическая патология).

Нейропсихологическая диагностика. Процент встречаемости (от 40%) грубой функциональной несформированности/дисфункции в группе ЭКО и ГС по основным нейропсихологическим факторам:

- энергетический (стволовой и диэнцефальный) 73–45%;
- слухоречевой памяти (тормозимость следов при гомогенной интерференции) – 64–36%;
- ингибция доминантного ответа – 53–27%;
- инертность–подвижность двигательных стереотипов) – 47–33%;
- межполушарного взаимодействия – 43–26%.

Казалось бы, частота встречаемости грубой дисфункции по выделенным нейропсихологическим факторам выше в группе ЭКО, однако есть «корковые» факторы со схожим процентом несформированности, например программирование деятельности (можно было в группе ЭКО ожидать худших результатов, учитывая процент дисфункции энергетического фактора и фактора тормозного контроля). Мы полагаем, у детей ЭКО позитивно влияют средовые составляющие (формирующее обучение, своевременная коррекция, отношение родителей к процессу развития ребенка).

Клинический пример. Мальчик X, 10 лет, из пары близнецов (сибс здоров). Ребенок рожден с помощью ЭКО, не первая подсадка, беременность протекала в период 2010 года – задымления в Москве. Плановое кесарево, 2800-48, Апгар 10. Поставлен диагноз РАС в 4 г, с 6 лет – инвалидность. Постоянно занимались со специалистами и в рамках госпомощи, и частно. Учится в школе по специально адаптированной программе,

закончил 4 класса. Психологическая диагностика не выявила грубых нарушений и отставаний по базовым психическим функциям (память, внимание, гнозис), но есть поведенческие особенности и своеобразие мышления, как у аутиста. Резюме – своевременная и многосторонняя нейропсихологическая коррекция, логопедическая и дефектологическая помощь существенно продвинули развитие ребенка с РАС, минимизировав многие негативные последствия этого типа дизонтогенеза.

Дети ЭКО с психической патологией демонстрируют более низкие результаты, степень их отличия от детей с психической патологией при естественном зачатии требует дальнейшего изучения.

Выводы. Сравнение детей ЭКО и ГС показывает успешность преодоления ряда дефицитов и отклонений развития детей ЭКО, в этом процессе позитивную роль играет активная коррекционно-развивающая работа со специалистами (психолог, логопед, нейропсихолог).

Изучение особенностей развития детей ЭКО показывает необходимость нейропсихологической коррекции и других видов помощи при перинатальной патологии, отягощенном акушерском анамнезе и выявлении нейропсихологических дефицитов, помощь должна оказываться как можно раньше.

Важна совместная работа медиков, психологов, логопедов, педагогов для полноценной помощи в развитии детей с разными отклонениями/особенностями психического развития и в группе детей ЭКО, и при естественном зачатии.

Необходимо работать в содружестве с семьей, чтобы родители были настроены на помощь и развитие и включены в работу.

Суетина О.А.¹, Кравченко Н.Е.¹, Сачук О.В.²

К ВОПРОСУ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ В ОНКОПЕДИАТРИИ

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

² НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», Москва, Россия

Актуальность. Остающаяся в прошлом медицинская тактика, имеющая своей целью только устранение заболевания, постепенно сменяется моделью, ориентированной на биопсихосоциальный подход. Подобная концепция подразумевает взаимодействие специалистов разного

профиля и имеет в виду не только восстановление биологической функции организма, но и нормализацию психологического и социального функционирования личности [1].

Цель: описание опыта полипрофессионального подхода в процессе курации детей и подростков с онкологической патологией на разных этапах противоопухолевой терапии.

Материал и методы: несовершеннолетние пациенты от 2 до 18 лет, страдающие солидными опухолями и онкогематологическими заболеваниями. Использовались клиничко-психопатологический, психологический, катамнестический методы исследования с привлечением данных медицинской документации, сведений от родителей, медперсонала.

Результаты и обсуждение. Одной из проблем, с которыми приходится иметь дело в онкопедиатрии, является недостаточная согласованность мероприятий, проводимых специалистами разного профиля. Онкопедиатры, углубленно занимаясь вопросами лечения злокачественного заболевания, не всегда учитывают необходимость решать сопутствующие задачи, связанные с развитием психогенных реакций (большая часть которых расценивалась нами в рамках нарушений адаптации согласно МКБ-10), нарушениями социального и психологического функционирования несовершеннолетних пациентов, их родителей или опекунов [2]. В связи с этим уже на ранних этапах могут возникать различные трудности, усложняющие лечение онкологического заболевания. Ведь уже в самом начале процесса уточняющих диагностических обследований и с первых дней госпитализации маленькие пациенты, а также члены их семей сталкиваются со стрессовой ситуацией, связанной с обнаружением смертельно опасной болезни. Кроме того, длительный срок пребывания в онкологическом отделении приводит к нарушению привычного жизненного уклада и развитию психологически понятных психогенных реакций, социальной дезадаптации. В связи с данными обстоятельствами как на этапах диагностики, так и в процессе активного лечения необходимым является быстрое включение в работу психолого-психиатрической службы, актуальными задачами которой прежде всего выступает психотерапевтическая поддержка болеющих детей, их родителей и членов семей, имеющая основной целью помощь в адаптации к сложившимся непростым условиям. Подключение психолого-психиатрической службы, согласно нашему многолетнему опыту, значительно облегчает достижение адекватного комплаенса с детьми, подростками и родителями больных.

Немаловажным при этом оказывалось и формирование в каком-то смысле партнерских отношений с несовершеннолетними пациентами и членами их семей. С этой целью понятным языком разъяснялись важность и особенности предстоящего лечения, вероятные побочные эффекты и последствия некоторых видов терапии, а также необходимость соблюдения режима, возможности современной онкологии. После выхода в ремиссию и по окончании терапии продолжалось взаимодействие сотрудников психолого-психиатрической службы с больными детьми и членами их семей. При этом обсуждались вопросы дальнейшей жизни, обучения, выбора специальности, разъяснялась необходимость продолжения наблюдения у онкологов, проведения периодических осмотров и соблюдения некоторых ограничений, предлагалась помощь в преодолении коммуникативных проблем и нарушений адаптации в коллективе сверстников, проводилось лечение весьма часто наблюдающихся у излеченных онкобольных затяжных или «отставленных» психогенных состояний и так называемых «поздних нейротоксических эффектов» противоопухолевой терапии, характеризующихся формированием непсихотических органических расстройств (астенических, легких когнитивных и т. п.). В задачи психологической реабилитации также включались устранение последствий психологической травмы, полученной ребенком, возвращение в социальную среду, адаптация семьи к сложившимся условиям жизни, обнаружение вариантов неконструктивного взаимодействия с членами семьи, преодоление страхов и ситуативной тревожности.

Выводы. Несомненно, важной составляющей успешного лечебно-реабилитационного процесса в онкопедиатрии является использование полипрофессионального подхода – с привлечением широкого круга специалистов (не только медицинского профиля, но и психологов, социальных работников, педагогов), а также их взаимопонимание, умение согласовать усилия для достижения общих целей – оказания полноценной помощи детям и подросткам с онкологической патологией, повышения уровня их социального функционирования, соответствующего возрастной этапности и индивидуальным возможностям.

Список источников

1. Данилов, Ал. Б. Междисциплинарная медицина / Ал. Б. Данилов, Ан. Б. Данилов, О.В. Крушина, А.Е. Барулин // *Терапия*. – 2017. – № 7 (17). – С. 6–7.

2. Гусева, М.А. Множественная психическая травма в онкопедиатрической клинике: диагностика, терапия / М.А. Гусева, Е.Т. Барчина // *Онкопедиатрия*. – 2015. – № 2 (3). – С. 259–260.

Трушкина С.В.

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТА И ЕГО СЕМЬИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Медицинская терминология последних десятилетий пополнилась понятием «комплаенс», которое обозначает согласие пациента с предложенным планом лечения и точное следование ему. Комплаентные пациенты готовы выполнять рекомендации врача по приему медикаментов и изменению повседневного поведения, принимают активное и осознанное участие в деле своего излечения, стремятся поддерживать с врачом отношения сотрудничества и готовы разделять ответственность за результаты лечения и возможные риски. Врач, работающий в условиях достаточной комплаентности пациентов, обычно бывает менее подвержен синдрому эмоционального выгорания, чаще обладает высокой профессиональной самооценкой и имеет субъективное ощущение своей профессиональной успешности [1].

Тем не менее низкий уровень пациентского комплаенса является распространенной проблемой во всем мире. Значительная часть причин отказов от терапии, в том числе и в психиатрии, лежит в сфере взаимоотношений врача и пациента. Умение грамотно выстраивать процесс общения с пациентами и членами их семей переходит из категории желательных личностных черт врача в разряд необходимых практических навыков. Коммуникативные навыки врача в значительной степени влияют на эффективность лечебно-диагностического процесса, удовлетворенность пациента оказанной помощью, его оценку профессионализма врача и экономическую эффективность медицинской помощи в целом [2].

Цель: анализ влияния коммуникативных навыков врача на эффективность оказанной помощи.

Результаты. Эмпирические исследования выявляют высокую степень несоответствия между ожидаемым пользователями психиатриче-

ской помощи коммуникативным поведением врача и поведением, с которыми они сталкиваются в реальности. Пользователями отмечается недостаточное предоставление и разъяснение врачами информации о болезни и лечении, использование ими непонятных медицинских терминов, незаинтересованность проблемами пациента, непризнание пациента и его семьи в качестве активных партнеров в лечении и др. [3].

Таким образом, освоение врачами принципов партнерства и конкретных приемов ведения профессиональной беседы выступает как актуальная задача. В современных российских программах профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала обучению навыкам профессионального общения не уделяется достаточного внимания. К коммуникативным умениям, важным для профессиональной деятельности врача, можно отнести целый ряд техник и приемов: технику активного слушания, приемы оказания эмоциональной поддержки пациенту или его родственнику, навыки конструктивного преодоления сопротивления собеседника, умение ограничить в беседе профессиональную лексику и эффективно предоставить пациенту необходимую информацию.

Техника активного слушания является базовым, универсальным навыком ведения профессиональной беседы. Она включает в себя вербальные и невербальные умения и направлена на создание у собеседника уверенности в том, что его внимательно слушают, стремятся понять, интересуются его мнением, испытывают к нему чувство уважения и заинтересованности в решении его проблем. Для достижения этих целей существуют конкретные приемы: «угу-реакция», повторение, обобщение, перефразирование. В качестве способов оказания эмоциональной поддержки пациенту могут выступать коммуникативные техники легитимации врачом негативных чувств пациента, комплимента и др. Очень ценным оказывается умение врача эффективно действовать в условиях явного либо скрытого сопротивления пациента, широко распространенного на практике. Врачу необходимо уметь вовремя распознать его и применить специальные техники преодоления сопротивления и избегания конфронтации, а также навыки разрешения конфликта. При формировании у больного приверженности лечению огромную роль играют факторы понимания и запоминания им даваемых врачом разъяснений. Для их усиления могут быть использованы специальные приемы подачи информации: прием *chunk and check*, широко освещаемый в зарубежных пособиях по профессиональному общению в меди-

цине, и другие коммуникативные техники, такие как ограничение разового количества информации, повторение сказанного, письменной фиксации информации и т. п. [4].

Эти и другие техники профессионального общения вошли в разработанную на основе исследований базовую программу коммуникативного тренинга для специалистов психиатрических учреждений [5].

Заключение. Владение практическими навыками в области профессионального общения способно сыграть существенную положительную роль в формировании терапевтического комплаенса, в повышении эффективности психиатрической помощи в целом, а также в предотвращении развития эмоционального выгорания и явлений профессиональной деформации у психиатров.

Список источников

1. **Данилов, Д.С.** Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации / Д.С. Данилов // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2014. – № 2. – С. 4–12. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-4-12>
2. **Трушкина, С.В.** Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача / Трушкина С.В. // *Медицинская психология в России*. [Электронный ресурс]. 2018;4(51). <https://doi.org/10.24411/2219-8245-2018-14090>
3. **Солохина, Т.А.** Современные подходы к обеспечению качества психиатрической помощи Солохина Т.А. // *Психическое здоровье*. – 2006. – № 3. – С. 32–36.
4. **Трушкина, С.В.** Коммуникативные техники повышения комплаентности пациентов в практике врача / Трушкина С.В. // *Медицинская психология в России*. [Электронный ресурс]. 2018;5(52). <https://doi.org/10.24411/2219-8245-2018-15070>
5. **Профессиональное взаимодействие с пользователями психиатрической помощи: повышение коммуникативной компетентности специалистов: Учебно-методическое пособие / С.В. Трушкина, Т.А. Солохина // Психическое здоровье. – 2019. – № 3. – С. 17–31. <https://doi.org/0.25557/2074-014X.2019.03.17-31>**

Шмакова О.П., Головина А.Г.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Рост заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков, подтверждаемый повышением показателей ранней инвалидности, определяет значимость поиска и внедрения новых форм социореабилитационной помощи, обеспечивающей больным оптимальный уровень функционирования [1, 2]. Именно для юных пациентов мультимодальный подход с интеграцией психосоциальных методов (включая психообразование) в стратегию курации признан наиболее эффективным, особенно с учетом возрастной ограниченности набора психотропных средств [3, 4].

Цель работы: анализ особенностей и роли психообразования в оказании помощи детям и подросткам в условиях первичного звена амбулаторной психиатрической службы.

Материал и методы. В ходе длительного проспективного изучения когорты из 1203 (м. – 914 – 76%, ж. – 289 – 24%) пациентов детско-подросткового возраста сформулированы особенности реализации психообразовательных методик в амбулаторных условиях. Диагностическое распределение по категориям МКБ-10 было следующим: у 43,3% (521 человек) выявлены органические психические расстройства; у 17% (205) – умственная отсталость; у 12,8% (154) – расстройства шизофренического спектра; 7,8% (94) – расстройства личности; у 7,6% (91) – невротическая патология; 6,8% (82) – нарушения поведения и эмоций в детском возрасте; 4,7 % (56) – иные психические заболевания.

В исследовании использовались клинико-катamnестический, статистический методы.

Результаты и их обсуждение. Длительность амбулаторной помощи детям и подросткам, осуществляемой в условиях психоневрологического диспансера, определяет специфику проводимых психообразовательных мероприятий. Родным больного давалась информация об особенностях психофизиологического развития на разных возрастных этапах, влиянии на нее психической патологии, симптоматике расстройств. В ходе занятий с родителями и подростками обсуждались назначенные

схемы лечения, их эффективность, возможные нежелательные явления, потенциальные результаты составляющих процесса курации. Разъяснялась необходимость соблюдения предписанного врачом режима терапии, последствия его нарушения, важность взаимодействия с психиатром в ходе лечения. Для этого рекомендовалось, в частности, ведение «терапевтического дневника» с фиксацией назначаемых препаратов их доз, длительности приема, возраста пациента; симптоматики, в связи с которой они назначались; результативности, наличия и характера побочных действий. На протяжении всего периода наблюдения при поддержке родителей мониторировалось функционирование больных в образовательных учреждениях для предупреждения/минимизации проявлений учебной и социальной дезадаптации. В случаях тяжелой хронической психической патологии, когда возникал вопрос о мерах социальной защиты – признании пациента инвалидом, родители информировались о критериях социальной несостоятельности в соответствии с возрастом больного, обсуждались последствия ранней инвалидности, значимость своевременного ее оформления. Родители пациентов обучались способам контакта с больными, методикам проведения психомоторной коррекции, тренинга повседневных навыков, поскольку многие из них было необходимо отрабатывать и закреплять в привычных условиях. Психообразовательные сессии предпринимались для обсуждения комплекса вопросов, включая разделы «знания о болезни», «развитие навыков управления медикаментозным лечением», «стратегии преодоления болезни», «внешние ресурсы поддержки». В отличие от методик, используемых для взрослых, а также для пациентов стационаров, при реализации психообразовательных программ в амбулаторных условиях предпочтение отдавалось индивидуальным занятиям, проводимым с родственниками больных, самими пациентами по достижении подросткового возраста. Темы чередовались в свободном порядке в соответствии с возникавшими проблемами, новыми жизненными ситуациями, оформление занятий адаптировалось к особенностям конкретного больного, включая его возраст, интеллектуальный уровень, аналогичный персонализированный подход использовался для работы с семьей. При отсутствии возможностей посещения врача пациентами и их семьями использовались иные способы коммуникации – выезд на дом, проведение бесед/занятий с использованием современных технологий (телефон, скайп, интернет-переписка). Психообразование для детско-подростковых контингентов не ограничивалось рамками семьи и

проводилось для всех категорий взаимодействующих с ними профессионалов – врачей-интернистов, педагогов, социальных работников. Если для занятий с пациентом и его семьей был предпочтителен индивидуальный формат, то в случае работы с помогающими специалистами работа была групповой – в виде лекций, конференций, в том числе и в онлайн-режиме.

Выводы. Проведение психообразовательных мероприятий способствовало повышению комплаентности больных и их родителей, обеспечивало оптимизацию социального функционирования больных на протяжении взросления.

Список источников

1. **Потапова, О.Н.** Динамика детской инвалидности в медико-демографическом контексте / О.Н. Потапова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2012. – № 1. – С. 26–29.
2. **Филиппова, Н.В.** Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте / Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник, Е.В. Бачило, А.С. Исмаилова // *Российский психиатрический журнал*. – 2015. – № 6. – С. 45–51.
3. **Nesvåg, R.** Antipsychotic treatment of children and adolescents is a double-edged sword / R. Nesvåg. – *Lancet Psychiatry*. – 2017 Aug; 4(8):576-577. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30289-4
4. **Stafford, M.R.** Efficacy and safety of pharmacological and psychological interventions for the treatment of psychosis and schizophrenia in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis / M.R. Stafford, E. Mayo-Wilson, C.E. Loucas, A. James, C. Hollis, M. Birchwood, T. Kendall. – *PLoS One*. – 2015 Feb 11;10(2): e0117166. DOI: 10.1371/journal.pone.0117166.

Шмелева К.М., Абрамов К.В., Рассушина А.П.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ЦЕНТРЕ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Психосоциальная реабилитация (ПСР) является важным компонентом на разных этапах лечения в Центре им. Г.Е. Сухаревой. В ходе реабилитации используются различные современные психотерапевтические и психокоррекционные методы и подходы, направленные на развитие интеллектуального и творческого потенциала ребенка, формирование необходимых навыков общения, саморегуляции, а также

адаптации и социализации в микро- и макросреде. Благодаря работе в мультидисциплинарной команде мы имеем возможность использовать многообразие психокоррекционных методов и охватывать все ближайшие зоны развития ребенка, реализуя максимальный реабилитационный потенциал на момент госпитализации. Большая часть подходов подразумевает активное участие родителей (законных представителей) и/или значимых лиц в процессе коррекционной работы, что позволяет поддерживать преемственность процесса вне госпитализации и в большей степени реализовать возможности каждого конкретного метода.

Цель. Оценка эффективности методов ПСР, направленных на развитие интеллектуального и творческого потенциала детей с ментальными нарушениями.

Материал. Описание подходов, методов и направлений ПСР, используемых для реализации индивидуальных, реабилитационных планов ПСР.

Результаты. В реабилитационный процесс включены индивидуальные и групповые формы занятий, индивидуальный план которых составляется с учетом рекомендаций и назначений врача, особенностей ребенка и течения заболевания (особенности поведения, эмоциональной сферы, степени социальной интеграции, интересов и увлечений).

В центре представлены несколько направлений психосоциальной реабилитации: арт-терапия, арт-педагогика, адаптивная физическая культура, нейропсихологическая и дефектологическая коррекция, АВА-терапия, профориентация, эрго-терапия, семейная терапия и коррекция детско-родительских отношений. Каждый метод подразумевает работу с определенными мишенями и задачами, в соответствии с чем составляется индивидуальная реабилитационная программа.

Для эффективной реализации потенциала представленных направлений коррекции многие кабинеты оснащены необходимым оборудованием и дополнительными материалами: паркетный зал, игровые комнаты, библиотека, кабинет песочной терапии, эрго-терапии и т. п.

Арт-терапевтический блок занятий в центре включает в себя танцевально-двигательную терапию, песочную терапию, изотерапию, библиотерапию, мифодраму, сказкотерапию, музыкальную терапию. В ходе занятий в психотерапевтическом ключе специалисты работают с психическим состоянием ребенка через развитие способности самовыражение и самопознания с использованием творческой активности и/или художественных материалов. Арт-терапия фокусируется не только на результате, но и

на процессе работы, что делает этот подход особенно гибким и внимательным к индивидуальным особенностям каждого конкретного ребенка.

Арт-педагогика в рамках реабилитации ориентирована на формирование основ культуры личности, необходимых социальных и прикладных навыков через художественную творческую деятельность. Основное преимущество метода – возможность вовлечь ребенка в коллективный коммуникативно-познавательный процесс средствами искусства, учитывая их воздействие на каждого ребенка. Примером арт-педагогических занятий в центре является театральная студия и мим-терапия.

Адаптивная физическая культура – комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к социальной среде людей с ограниченными возможностями. Это предполагает, что физическая культура формирует необходимые двигательные координации, физические качества и способности, направленные на жизнеобеспечение, развитие и совершенствование организма.

АВА-терапия охватывает большой спектр поведенческих нарушений в рамках различных нозологий. Подход подразумевает систематическую коррекционную работу с регулярной фиксацией и анализом динамики изменений. Основной упор делается на расширение репертуара поведения и взаимодействия, нивелирование или снижение частоты деструктивных стереотипов поведения и формирование новых, социально приемлемых.

Специалисты дефектологической службы и логопеды ставят перед собой задачи, связанные с развитием познавательных, учебных навыков и развитием речи, что в значительной степени увеличивает шансы на достаточный для дальнейшего развития уровень социальной активности ребенка и его адаптации к макросреде.

Нейропсихологи в центре оказывают как диагностическую, так и коррекционную помощь детям. Занятия направлены на реструктурирование и компенсацию нарушений функционирования структур мозга. Цикл нейропсихологических занятий является эффективным способом профилактики и коррекции школьной дезадаптации.

Эрго-терапия позволяет пациентам развить необходимые для жизни в обществе социально-бытовые навыки, научиться осуществлять процедуры по гигиене и заботе о себе, улучшить качество жизни ребенка как в домашних условиях, так и в условиях специальных учреждений. Формирование новых навыков в том числе снижает нагрузку на близ-

ких родственников и других специалистов, включенных в реабилитацию и уход за ребенком.

Профориентационный блок реабилитационных мероприятий подходит для учащихся в старшей и средней школе и колледжах. Специалисты по профориентации помогают пациентам определить свои сильные стороны и интересы, выстроить реалистичный план обучения и начать путь профессионального самоопределения. В дальнейшем образовательный маршрут с учетом возможностей и ограничений конкретного ребенка позволяет увеличить шансы на включение в общественно полезную деятельность, возможность финансовой независимости и самореализации.

Включенность родителей в реабилитационный процесс поддерживается в том числе активным вовлечением в семейную терапию. Родители получают возможность разрешить актуальные проблемы, влияющие на состояние и поведение ребенка, сформировать реалистичные представления об особенностях ребенка и скорректировать ожидания и представления о необходимости помощи специалистов с учетом актуальных трудностей и сильных сторон. В процессе семейной терапии создается возможность для более экологичной и продуктивной коммуникации внутри семьи, что в значительной степени влияет на общую атмосферу в отношениях и повышает эффективность совместной работы. Такой подход в том числе помогает укрепить мотивацию к продолжению реабилитационных мероприятий и профилактики вне больницы.

Выводы. Большой спектр возможностей по подбору методов и техник реабилитации позволяет работать одновременно с разными мишенями и достигать поставленных целей в максимально короткие сроки, используя большую часть доступных ресурсов. Важным компонентом многоступенчатого реабилитационного процесса является мультидисциплинарная команда, налаженная коммуникация, преемственность между специалистами, грамотное распределение задач и четко сформулированная последовательность этапов реабилитации.

Использование комплексного подхода в мультидисциплинарной команде позволяет раскрыть потенциал реабилитационных мероприятий, обеспечить их непрерывность и последовательность с целью закрепления результатов и планомерной адаптации реабилитационного процесса с учетом возникновения новых мишеней и возможностей.

Часть 2

СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРОЕКТЫ. ОПЫТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ТЕХНОЛОГИИ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОТРЕБНОСТИ

Вишняков А.В., Данилова А.Д., Злоказова М.В.

ВОЛОНТЕРСКОЕ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ СТУДЕНТОВ «ЯСНЫЙ ВЗГЛЯД»

*ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»,
Киров, Россия*

Актуальность. Волонтерская деятельность считается важным компонентом процесса социализации студенческой молодежи [1]. Работа в сфере профилактики наркомании и наркопреступности, осуществляемая волонтерами, обучающимися по медицинским специальностям, реализуется в том числе в рамках их профессиональных интересов и позволяет применять полученные теоретические знания на практике [2–3]. В период пандемии коронавируса важное значение в рамках организации волонтерской деятельности студентов наряду с оффлайн-встречами в образовательных учреждениях приобрела профилактическая работа в интернет-пространстве. В Кировской области волонтерская деятельность студентов медицинского вуза, распространяющих знания о здоровом образе жизни (ЗОЖ) в доступной форме, становится особо актуальной, так как продолжается рост числа наркозависимых, Число лиц, зарегистрированных с диагнозом «синдром зависимости от наркотических средств», в 2020 г. составило 42,0% на 100 тыс. населения, что на 1,4% выше по сравнению с 2019 г. [4].

Цель. Анализ деятельности волонтерского антинаркотического движения студентов Кировского ГМУ «Ясный взгляд».

Материалы и методы. Отчеты о работе антинаркотического объединения «Ясный взгляд» за 2020 и 2021 годы; информационные ресурсы Кировского ГМУ; интервью студентов-волонтеров.

Антинаркотическое объединение «Ясный взгляд» было создано в 2020 г. на добровольных началах из числа учащихся Кировского ГМУ для совместной работы с кафедрами университета по пропаганде и распространению правовой и естественно-научной информации по теме наркомании. Участниками объединения стали студенты 3–4 курсов (29 чел.) лечебного и педиатрического факультетов. Инициатором проекта и первым руководителем, согласно положению о работе объединения, был избран путем голосования среди участников студент лечебного факультета А. Вишняков, которого затем сменила студентка 4-го курса А. Данилова. Инициативу поддержало управление по воспитательной и социальной работе Кировского ГМУ. Были определены направления деятельности объединения: проведение мероприятий в образовательных организациях, участие в региональных акциях и проектах по профилактике употребления ПАВ, размещение профилактических материалов на странице объединения в социальной сети «ВКонтакте» [5].

Результаты. За 2021 год участниками объединения была подготовлена серия тематических видеороликов, размещенных на интернет-ресурсах университета и антинаркотического объединения: «За ЗОЖ!» (1300 просмотров), «Мы сильнее зависимости» (2000 просмотров), «Сделай правильный выбор!» (5200 просмотров), «Встретим Новый год без зависимости!» (5054 просмотра), получивший 54 отметки «Мне нравится». Ролик «Сделай правильный выбор!» был использован в рамках организованных участниками объединения виртуальных классных часов по пропаганде ЗОЖ в средней школе п. Юрья. С 19.04.2021 по 29.12.2021 волонтерами «Ясного взгляда» было проведено 19 профилактических занятий на тему «Механизмы формирования зависимости: у тебя есть выбор!» для учащихся МБОУ СОШ № 54 г. Кирова (участвовало 475 школьников); организовано 11 встреч со школьниками МБОУ СОШ № 2, 9, 33 и 70 (были использованы фильмы общественной организации «Общее дело», одобренные Департаментами здравоохранения и образования г. Москвы, целевая аудитория – 285 школьников). Обучающиеся активно участвовали в обсуждении заявленных проблем. Например, после занятия «Тайна едкого дыма» (против никотиновой зависимости) школьники оставили следующие отзывы: «Познавательно»; «В будущем я планирую стать врачом, и было интересно узнать эту информацию»; «Занятие понравилось тем, что все хорошо объяснили». С ноября 2021 г. в официальной группе «Ясного взгляда» в социальной сети «ВКонтакте» ведутся постоянные рубрики: «Кален-

дарь ЗОЖ», «Искусство о зависимостях», «Мифы о наркотиках», «Наркотики в прошлом и настоящем», «Зависимости знаменитостей» [5]. Были проведены три онлайн-конференции антинаркотического объединения «Ясный взгляд», последняя из которых («Психическое состояние здоровья подростка – актуальный вопрос современного здравоохранения») состоялась в формате круглого стола при участии преподавателей кафедр психиатрии и общественного здоровья, а также представителей органов здравоохранения. Для студентов вуза волонтерами отряда разработана интеллектуальная игра «100 к 1», посвященная борьбе с употреблением наркотиков, которая проводилась 21.12.2021, в ней приняли участие две команды студентов 3-го курса Лечебного факультета. Игра понравилась, участники выразили надежду на ее повторение.

Участие в региональных профилактических проектах реализуется волонтерами объединения «Ясный взгляд» в сотрудничестве с организациями «Общее дело» (Общероссийская общественная организация, основанная в 2012 г., занимающаяся профилактикой химических зависимостей, прежде всего в молодежной среде, укреплением морально-нравственных ценностей и популяризацией ЗОЖ) и «Открытая встреча» (межрегиональный интерактивный проект в Кировской области, посвященный профилактике употребления психоактивных веществ в молодежной среде, реализуемый с 2015 г. при поддержке Управления по делам молодежи, физической культуре и спорту администрации г. Кирова, Управления по контролю за оборотом наркотиков УМВД РФ по Кировской области, КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» и др. учреждений).

Выводы. Волонтерская деятельность студентов медицинского вуза в сфере охраны психического здоровья эффективна и востребована в современных условиях. Использование волонтерами современных научных знаний по формированию ЗОЖ в сочетании с интерактивными формами работы в режимах offline и online способствует профилактике химических зависимостей в молодежной среде.

Список источников

1. Подхомутникова, М.В. Волонтерское движение как важный компонент процесса социализации студенческой молодежи (на примере Кубанского государственного университета) / М.В. Подхомутникова // ИСОМ. 2012;3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/volonterskoe-dvizhenie-kak-vazhnyy-komponent-protsesta-sotsializatsii-studencheskoy-molodezhi-na-primere-kubanskogo-gosudarstvennogo> (дата обращения: 06.02.2022).

2. **Борискова, И.В.** Особенности организации волонтерской деятельности в медицинском колледже / И.В. Борискова // Инновационные процессы в современном образовании: от идеи до практики: Материалы I международной научно-практической конференции с использованием дистанционных технологий. Ярославль: ООО «Цифровая типография». – 2021. – С. 187–190.

3. **Новикова, А.С.** Организация работы по профилактике наркомании и пропаганде здорового образа жизни в среде высокообразованной молодежи / А.С. Новикова, А.А. Михайлова // *Интеллектуальный потенциал XXI века: ступени познания*. – 2010. – № 4 (1). – С. 173–176.

4. Антинаркотическая комиссия в Кировской области, 2021. Доклад о наркоситуации в Кировской области по итогам 2020 года. Утвержден на заседании АНК 22.03.2021.

5. ЯСНЫЙ ВЗГЛЯД (Антинаркотическое объединение). DateViews 06.02.2022 /vk.com/antinarkokirovgmu.

Гебель К.М.^{1,4}, Ханько А.В.¹, Ляшко С.В.², Гезер А.Э.^{1,3}

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: САОООЦЕНКА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

¹ СПб ГБУЗ ПБ №1 им. П.П. Кащенко,

² Социологический Центр СЗИУ РАНХИГС,

³ ОООИ «Новые возможности»,

⁴ СПб РО ОООИ «Новые возможности»,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования. Зарубежные и российские исследования показывают, что рассмотрение психической патологии должно проводиться с привлечением не только клиничко-психопатологических, но и социально-средовых и личностных показателей. Учитывая это, расширяется полипрофессиональное ведение больных с участием психиатров, психологов, социальных работников и других специалистов [1, 2, 3]. В качестве диагностических критериев наряду с клиническими данными активно используются показатели социального функционирования. Наиболее полно эти показатели рассматриваются как в медико-социальных, так и в социологических исследованиях в рамках парадигмы качества жизни, предполагающей изучение субъективных и объективных параметров жизнедеятельности индивида. При этом в совре-

менных работах исследователи акцентируют внимание на тех посреднических и модулирующих эффектах, которые отдельные параметры индивидуального состояния или условия среды оказывают на здоровье и качество жизни в целом. Параметрами, оказывающими значимое влияние на самооценку состояния здоровья и его восстановление, являются психологические ресурсы личности и ее социальный капитал, позволяющие распознавать и переживать ситуацию болезни и поддерживать здоровье [4]. Поддержка окружающими людьми, связанными, а также не связанными узами родства, оказывает влияние на здоровье и рассматривается в социологии здоровья с позиции теории социального капитала [5, 6, 7], а в ряде случаев способствует сокращению социальных неравенств, обусловленных различиями социально-экономического статуса [8, 9].

ОООИ «Новые возможности» в партнерстве с СЗИУ РАНХиГС и СПб ГБУЗ ПБ № 1 им. П.П. Кащенко в сентябре-декабре 2021 г. организовали и провели социологическое исследование, имеющее междисциплинарный характер.

Цель исследования: выявить структуру субъективных и объективных параметров жизнедеятельности потребителей психиатрической помощи, влияющих на качество их жизни, измерить интенсивность влияния отдельных параметров на качество жизни пациентов.

Материал и методы. В выборку исследования были включены 235 пациентов, проживающих в различных регионах России. В основу эмпирической части проекта легла методика оценки качества жизни, разработанная ВОЗ (ВОЗЖ-100). Респонденты оценили удовлетворенность 16-ю основными параметрами их жизнедеятельности. При этом оценивались как объективные, так и субъективные факторы.

Результаты и их обсуждение. В исследовании были получены следующие результаты. В списке параметров по удовлетворенности пациентов лидирующее место занимают бытовые условия, в которых проживает респондент, личные взаимоотношения, а также лекарственная терапия. При этом наша изначальная гипотеза о высокой доле неудовлетворенных лиц своим лечением антипсихотиками старого поколения нашла лишь частичное подтверждение в количественном стандартизированном модуле проекта. Вместе с тем отдельные респонденты, с которыми проводились глубинные интервью, указывали на тот факт, что они «буквально возвращались к жизни» после смены препаратов на антипсихотики последних поколений: пропадали апатия, сонливость,

возрастала мотивация. Пациент Виктор, 36 лет, г. Санкт-Петербург: «Раньше совсем не мог встречаться с друзьями, не было желания, все время чувствовал неловкость, спать все время хотелось. Сейчас хочу идти в спортзал, буду работу искать». По всей видимости, большая часть опрошенных пациентов не имела опыта использования препаратов нового поколения, не знакома с их действием, в том числе со спектром побочных явлений, который намного меньше, чем у препаратов предыдущих поколений. В пользу данного утверждения говорит и тот факт, что 68,5% опрошенных затруднились с ответом на вопрос «К какому поколению лекарственных препаратов относятся Ваши лекарства?». В ходе исследования удалось выявить, что 33,3% респондентов получают информацию о своем заболевании и методах лечения из интернета, еще 10,3% – из справочной и научной литературы. И только 1,4% опрошенных указали на то, что получают информацию на курсах психообразования. Полученные результаты в очередной раз показывают актуальность усиления работы по организации психообразовательных программ как для самих пациентов, так и их родственников.

Для более полной картины влияния отдельных факторов на удовлетворенность качеством жизни нами был проведен «квadrант-анализ», а также множественный регрессионный анализ. В ходе квадрант-анализа удалось выявить, что такие параметры, как доступность медицинского обслуживания, поддержка друзей и бытовые условия проживания при высокой их удовлетворенности, не оказывают существенного влияния на качество жизни пациентов. Важность данных параметров является скорее декларируемой, нежели реальной. Вместе с тем реальное влияние на качество жизни оказывают такие параметры, как лекарственная терапия, личные взаимоотношения, удовлетворенность сном и способность выполнять в быту повседневные обязанности. Наиболее пристального внимания заслуживает параметр «психологическая помощь в ПНД». При низкой удовлетворенности (2,69 балла из 5) этот параметр имеет положительную корреляцию с удовлетворенностью качеством жизни в целом ($r = 0,456$).

Таким образом, множественный регрессионный анализ подтвердил наибольшее влияние лекарственной терапии на качество жизни пациентов, а также установил влияние на этот параметр таких факторов, как поддержка друзей, трудоустройство респондента, удовлетворенность своей жизнью в целом.

Список источников

1. **Бабин, С.М.** Психотерапия психозов: практическое руководство / С.М. Бабин. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 335 с.
2. **Гурович, И.Я.** Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
3. **Кириянова, Е.М.** Социальное функционирование и качество жизни психически больных важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е.М. Кириянова, Л.И. Сальникова // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2010. – № 20 (3). – С. 73–75.
4. **Matthews, K.A.** Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health / K.A. Matthews, L.C. Gallo // *Annual review of psychology*. – 2011. – № 62. – P. 501–530.
5. **Berkman, L.F.** Social integration, social networks, social support, and health / L.F. Berkman, T. Glass // *Social epidemiology*. – 2000. – № 1 (6). – P. 137–173.
6. **Kawachi, I.** Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology*. L.F. Berkman, I. Kawachi eds // New York: Oxford university press. – 2000. – P. 174–190.
7. **Rostila, M.** Social capital and health inequality in European welfare states / M. Rostila. – Springer, 2013.
8. **Русинова, Н.Л., Сафронов, В.В.** Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // *Социологический журнал*. – 2015. – № 4. – С. 34–60.
9. **Русинова, Н.Л.** Социальные неравенства в здоровье и психологические ресурсы личности: проект сравнительного исследования в странах Европы и России / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // *Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований*. – 2018. – № 1. – С. 21–29.

Егорова И.В., Толмачев В.А.

УЧИТЬСЯ ДРУЖИТЬ, РАБОТАТЬ, ЖИТЬ

*Нижегородское региональное отделение ООО «Новые возможности»,
Нижний Новгород, Россия*

Актуальность. В последнее десятилетие в России и во многих зарубежных странах происходит формирование мощного общественного движения в психиатрии, в котором важное место занимают различные общественные организации, ассоциации больных и их родственников, благотворительные фонды. Основной задачей этого движения является оказание различных видов помощи, поддержки психически больных, защиты их прав и интересов. Кроме того, деятельность непрофессио-

нальных общественных организаций направлена на изменение устоявшихся в общественном сознании взглядов на психиатрию и психически больных, привлечение общественного внимания к злободневным проблемам психиатрии, укрепление социальных позиций психически больных в обществе, развитие различных форм общественной поддержки этих больных. Эта деятельность приобретает особую значимость в условиях социальной нестабильности государства, экономического кризиса, резкого снижения финансирования психиатрических служб. Из сказанного становится очевидной необходимость объединения совместных усилий профессиональных и непрофессиональных общественных организаций в психиатрии, интеграции их деятельности с традиционными психиатрическими учреждениями и службами.

Результаты и обсуждение. Нижегородское региональное отделение ОООИ «Новые возможности» – это мостик между психиатрической службой, сообществом и неотъемлемая часть психосоциальной абилитации для людей с инвалидностью вследствие психического расстройства, а также молодых людей без инвалидности (первый эпизод), включая социально-психологическую работу с семьей и родственниками.

В настоящее время потребителями поддержки организации является 50 человек с инвалидностью вследствие психического заболевания и без инвалидности (старше 18 лет) и 50 человек, являющихся членами их семей.

Социальная поддержка целевой группы осуществляется вне стен государственного психиатрического учреждения. Абилитация, социализация, восстановление социальных связей данной целевой аудитории – это длительный по времени индивидуальный процесс. Основным критерием данной поддержки является бытовая, творческая, культурная, трудовая формы занятости.

Команда специалистов НРО ОООИ «Новые возможности» создала для людей с ментальными расстройствами безопасное, дружелюбное клубное пространство, позволяющее осуществлять социально-творческую реабилитацию (клуб «Я шагаю»), поддерживаемое трудоустройство и развитие трудовой реабилитации (клуб «Столяр», клуб «Бисер»), оказывать психологическую помощь и поддержку людям с психическими расстройствами и членам их семей (клубы «Лидер» и «Надежда»), проводить культурно-просветительские программы (клуб «Краеведения»).

Помимо клубной работы большое внимание уделяется психопросвещению населения и психообразованию пользователей психиатрической

помощи. В тесном взаимодействии с Министерством внутренней региональной и муниципальной политики, Министерством здравоохранения (профильными психиатрическими больницами), городским центром занятости, другими государственными и общественными структурами Нижегородской области организация проводит социально значимые проекты, в том числе творческие выставки, конференции для преодоления стигмы в психиатрии, интеграции в общество людей с психическими расстройствами и членов их семей, их поддержки.

Помимо клубной работы в настоящее время организация разрабатывает новое направление в своей деятельности – развитие добровольческого движения в психиатрии (ДДвП) с вовлечением новых партнеров. В центре социально-психологической поддержки «Новые возможности» еженедельно проходят «встречи за обедом», которые наши благополучатели посещают всей семьей. Встречи проходят в кругу 3–4 семей, при этом родители сами становятся волонтерами во время проведения занятий в клубе. Заранее составляется меню данного субботнего обеда, совместно делаются закупки, что позволяет развивать социальное общение. Сам процесс приготовления блюд намеренно отдан членам организации с ментальными особенностями, а их родители являются только помощниками, на них же возлагается уборка комнаты для обеда. Результатом такого взаимодействия является уход от привычной всепоглощающей опеки родителями своих особенных членов семьи. Следует отметить, что подопечные организации успешно справляются с приготовлением такого семейного обеда, приобретая/восстанавливая навыки социальной бытовой адаптации вне дома.

Кроме того, нашими волонтерами успешно проводятся занятия по нейрогимнастике. Эти занятия не только интересны, но и полезны для ума и тела. Регулярные занятия нейрогимнастикой помогают улучшить состояние нервной системы, улучшить восприятие и запоминание новой информации, избавиться от тревог и улучшить настроение. В теплое время года занятия проводятся на природе, вблизи водоемов.

Организация тесно взаимодействует с другими волонтерами Нижнего Новгорода, участвуя в работах по благоустройству города. Данная форма деятельности способствует созданию дружелюбной и безопасной среды, а также созданию эффективной модели сопровождения подопечных в социуме.

Выводы. Таким образом, вся деятельность НРО ОООИ «Новые возможности» направлена на то, чтобы люди с психическими расстрой-

ствами поверили в свои силы, свой ресурс, повысили качество жизни и социальное функционирование. Главный результат – снижение количества и продолжительности госпитализаций, повышение мотивации к трудовой занятости, приобретение трудовых навыков и умений, расширение общего кругозора.

Список источников

1. **Толмачев, В.А.** Роль общественной организации в развитии внебольничной абилитации и адаптации людей с психическими расстройствами / В.А. Толмачев, Н.И. Расторгуева // XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», 15–18 мая 2021 года, Санкт-Петербург [Электронный ресурс www.psychiatr.ru/events/833]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 1925–1927.

Кузнецова О.Г.

МОДЕЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ «ГАРМОНИЗАЦИЯ ЖИЗНИ»

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина ДЗМ»,
Москва, Россия*

Актуальность. Длительное непрерывное сопровождение психически больных успешно апробировано в некоммерческих организациях (НКО) и обществах взаимопомощи, но недостаточно разработано и оценено в государственных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

Цель. Описание структуры и функции, определение результативности модели длительного психосоциального сопровождения психически больных ЛПУ.

Материалы и методы. Пациенты ПНД города Москвы и Московской области и их близкие. За июнь 2018 – декабрь 2021 гг. теоретические и практические занятия проекта посетили 375 человек, среди них 52% женщины, 48% мужчины в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст участников $35,0 \pm 10,2$); большинство участников имели высшее (49%) или среднеспециальное (29%) образование; 77,5% участникам выставлен диагноз «шизофрения» (F 20.0).

Проект «Гармонизация жизни» – пример комплексной длительной внебольничной психосоциальной и трудовой реабилитации психически больных с привлечением специалистов ЛПУ, а также государственных и негосударственных партнеров по межведомственному взаимодействию.

В проекте используется групповая (онлайн-трансляции, теоретические и практические занятия для налаживания режима дня и активности), индивидуальная (проработка маршрута реабилитации, обучение лидеров и наставников), организационная/координационная (межведомственное взаимодействие, сотрудничество с поставщиками услуг) работа. В нем реализуются холистический, индивидуальный (каждый пациент уникален), длительный (формирование независимости, самостоятельности, повышение приспособляемости, помощь в психологическом взрослении – «психосоциальная реабилитация как университет»), межведомственный (выход за пределы психиатрической матрицы), экзистенциально-феноменологический (идет в глубину переживаний и сознания, уважение к пациенту, контакт личность – личность), семейно ориентированный (включение ближайшего социального окружения), полипрофессиональный (совместное ведение группы медицинским психологом и специалистом по социальной работе, тесное сотрудничество с психиатрами и средним медицинским персоналом), биопсихосоциальный (оценка факторов, влияющих на формирование психического расстройства и на процесс реабилитации) подходы [1]. В подсистемах «Лидерство» и «Наставничество» реализуется инклюзивное волонтерство, при котором участники проекта становятся руководителями определенных направлений активности. В рамках данных подсистем созданы дизайн-студия, клуб «Компьютерный гений», кулинарный клуб/домоводство. В подсистеме «Наставничество» проводятся занятия по оздоровлению, а одной из наработок подсистемы «Лидерство» в период санитарных ограничений, ставшей регулярной (еженедельно по выходным), является самоорганизованный выход в город. Еженедельно медицинским психологом и специалистом по социальной работе для участников проекта проводятся одно теоретическое и два практических занятия. Кроме того, в проекте активное участие принимают волонтеры, регулярно проводятся тематические занятия стилистом по одежде и стилист-парикмахером. Базой обмена информацией и поддержки участников служит Чат платформы WhatsApp. Бесплатное участие делает психосоциальную реабилитацию доступной для всех.

Включение в проект осуществляется руководителем проекта на основании рекомендаций специалистов, работающих в сфере психического здоровья (психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов и специалистов по социальной работе), а также желания самого пациента и его близких.

Результаты. В результате участия в проекте 23% участников включились в трудовую деятельность (официальное трудоустройство, самозанятость, волонтерство, работа при ЛТМ, мастерских при НКО). Половина (49%) участников продолжают обучение в проекте. Оценка результативности проводится прежде всего на качественном уровне: в расчет берется повышение хотя бы на одну ступень по критерию «трудовая занятость», например от волонтерства до неофициальных подработок или от самозанятости до официальной частичной занятости. Благодаря длительному сопровождению и всесторонней подготовке участники проекта выходят на открытый рынок труда. К занятиям проекта подключаются участники организаций-партнеров по межведомственному взаимодействию. Уникальность каждого занятия, необходимость регулярно создавать новые активности и развивать межведомственное взаимодействие, живая групповая динамика становятся главными факторами профилактики профессионального и эмоционального выгорания руководителей проекта. Разнообразие маршрутов для посещения занятий – важное условие психосоциальной реабилитации. В результате межведомственного взаимодействия организации, занимающиеся психосоциальной реабилитацией, начинают представлять собой сеть взаимодополняющих учреждений.

Курс «тренинг занятости и трудоустройства» доступен в интернете.

Выводы. Длительное и непрерывное сопровождение, постоянная психопрофилактика, доступность за счет межведомственного сотрудничества профориентации и переквалификации, включение членов семьи и ближайшего социального окружения в реабилитационный процесс создают надежный базис для постепенного формирования мотивации, повышения качества жизни, снижения числа повторных госпитализаций, повышения уровня социального функционирования, уровня самостоятельности, социальной адаптации и личностно-социального восстановления, что позволяет говорить об экономических выгодах для государства в целом и каждой семьи и отдельной личности в частности. Требуется доработка оценка эффективности проекта – учет не только официального трудоустройства, но улучшения по разным аспектам: активность человека, его качество жизни и ее гармоничность [2]. Форма

работы может реализоваться через создание Государственного центра по психопрофилактике, профориентации и психосоциальной реабилитации.

Список источников

1. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2015. – 418 с. ISBN 978-5-98803-328-8

2. **Лиманкин, О.В.** Реабилитационные подходы в отечественной и зарубежной психиатрии: Различия и общность проблем и решений / О.В. Лиманкин // *Психиатрия*. – 2018. – № 79. – С. 30–36. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-30-36>

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОБЩЕСТВЕННО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЯ И ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО

*Самарский государственный медицинский университет,
Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова,
Самара, Россия*

Актуальность. Один из основных вопросов философии и психологии: что такое человек? Но, не зная ответа на этот вопрос, человек давно понимает главную ценность своего бытия – жизнь и здоровье.

Существует множество попыток ответа на этот вопрос: homo sapiens – «человек разумный», animal rationale – «животное рациональное», a tool making animal – «животное, производящее орудия», animal symbolicum – «человек как символическое животное», «человек – существо, делающее выбор», «человек – это животное, способное обещать», «размышляющий человек – это просто испорченное животное». Всё это указывает на необходимость дальнейшего системного подхода к человеку как познающему окружающий мир и самого себя. П.И. Сидоров и И.А. Новикова [1], анализируя цивилизационные тренды развития ментальной медицины, идут дальше и считают, что в XXI веке человек познающий станет человеком понимающим. Зададимся еще одним вопросом: что такое здоровье, точнее, психическое здоровье? Согласно ВОЗ: *здоровье – физическое, психическое и социальное благополучие.*

В статье 2 п. 1 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», повторяя предыдущее, добавляется: «при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма».

Исходя из этого определения, в обществе складывается убеждение, что, если ребенок родился желанным, в полной семье, которая будет удовлетворять его потребности, то вырастет здоровый человек. К сожалению, это так в отношении физического здоровья, но совершенно не так в отношении психического. Ясно одно: человек рождается и умирает как организм (тело), частью организма является головной мозг, который может приобрести психическую функцию.

Цель. Анализ основных концепций, использующих понятия: психическое здоровье, общественно-ориентированная психиатрия, для описания задач охраны ментального здоровья населения, стоящих перед гражданским обществом.

Материал. Результаты исследований ведущих отечественных психиатров и психологов, опирающихся на системный анализ связей психического здоровья человека и общественно-ориентированной психиатрии.

Результаты. Организм человека – сложнейшая функциональная система, которая позволяет ему приспособиться к окружающей среде, осуществлять и сопереживать действительность настоящего, осознавать и осуществлять будущее.

Организм человека – открытая саморазвивающаяся система: энергия, вещества и информация потребляются, сохраняются, трансформируются, что завершается к 19–21 годам. По мнению А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского [2], психика выступает в контексте общего хода развития жизни на Земле как один из ее факторов, от самых простейших, зачаточных ее проявлений. Психика формируется как своего рода инструмент ориентации организма в среде, различения свойств среды с целью возможно более эффективной адаптации к ней посредством двигательной активности. Следовательно, психика (психическое, ментальное, разумное) формируется, обучается, воспитывается в семье (группе), в учебе, труде, коллективе, обществе.

Гражданское общество и особенно его представители, занимающиеся воспитанием и обучением молодого поколения, должны четко понимать и действовать по формированию психической жизни от рождения до смерти.

В качестве иллюстрации приведем основные этапы развития сознания человека [3]. Еще Г.К. Ушаков выделял 5 этапов (периодов) формирования (развития) сознания: 1) бодрствующее сознание (до 1 года), преимущественно на физиологическом уровне; 2) предметное сознание (от 1 года до 3 лет), выделение предметов, их речевое обозначение, овладение ими и т. д.; 3) индивидуальное сознание (от 3 до 9 лет), выделение себя во внешнем мире и формирование внутреннего мира и т. д.; 4) коллективное сознание (от 9 до 16 лет); 5) рефлексивное, высшее общественное, социальное сознание (от 16 до 22 лет). Этап бодрствующего сознания характеризуется первыми реакциями ребенка на внешний мир и изменения внутреннего состояния организма. Предметное сознание проявляется в известной активности отражения, т. е. в дифференцированном выборе отражаемых объектов. Индивидуальное сознание характеризуется выделением себя из объектов внешнего мира. Этап развития коллективного сознания – формирование взаимоотношений между личностью и коллективом (семья, школа). Социальное сознание – это осознание своей социальной роли в обществе. И все эти виды сознания должны углубляться и совершенствоваться в процессе жизнедеятельности, в которой происходит дальнейшее улучшение процессов познания, дифференциации эмоций и высших чувств и поведения. Последние формируются преимущественно в процессе воспитания, т. е. развития морально-нравственных, гуманистических и этических ценностей, которые приняты в нашей стране, у ее народов, в Конституции РФ (нравственное и правовое сознание).

Для этого необходимо изменить детское, подростковое сознание перестройкой содержания образования в школе и высших учебных заведениях, включая медицинские, в которых психологии и психиатрии уделяются часы. Современное гражданское общество обязано вернуть в учебные заведения воспитание, так как не бывает обучения без воспитания, так же как и воспитания без обучения в процессе общения индивида, субъекта деятельности, личности. Если этого не сделаем мы, то за нас это сделают недоброжелатели, внешние и внутренние.

Выводы. Общественно-ориентированная психиатрия не должна ограничиваться пациентом и его окружением, а должна привлекать гражданское общество во всех проявлениях. Для этого она должна избавиться от политических «обвинений» советского периода и дать им четкую профессиональную, правовую и политическую оценку, бороться со стигматизацией и дискриминацией, широко участвовать в дискус-

сиях СМИ. Психиатрия должна выйти из «тени» и активно определить-ся со своих отечественных позиций против западных либеральных тенденций.

Список источников

1. **Сидоров, П.И.** Ментальная медицина: руководство / П.И. Сидоров, И.А. Новикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 728 с.
2. Психология / словарь; под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. 2-е изд. М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
3. Психология и психопатология сознания. Учебное пособие / Г.В. Акопов, Г.Н. Носачев. – Самара: Изд-во СГПУ, 2019. – 178 с.

Палин А. В., Бурыгина Л.А., Голубев С. А.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ ПРОЕКТЫ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ: ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ, Москва, Россия

Актуальность. Одним из важных направлений работы современной психиатрической службы является профилактика психических расстройств среди здорового населения. Психопросвещение, касающееся механизмов возникновения и способов лечения тревожных и депрессивных состояний, позволяет слушателям распознавать отдельные симптомы заболевания уже на ранних этапах и, таким образом, своевременно обращаться за помощью к специалистам. Проведение психопросветительских мероприятий за пределами психиатрической системы, а также использование онлайн-формата, в том числе в условиях пандемии, повышают интерес и вовлеченность населения в подобные проекты.

Цель. Опыт психопросветительских проектов, проводившихся специалистами ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ» в период с 2017 по 2021 год, и оценка их эффективности.

Материалы и методы. Скрининговое обследование посетителей психопросветительских проектов на различных площадках города Москвы, число участников проектов превышало 1900 человек. Для определения уровня тревоги использовалась Шкала тревоги Бека.

Результаты. Анализ результатов скринингового обследования посетителей просветительских проектов, проводившихся специалистами больницы в течение 2017–2019 гг. среди населения с возрастным диапазоном от 18 до 45 лет, показал достаточно высокий уровень тревоги среди здоровых людей. Так, по данным 100 самоопросников, по Шкале тревоги А. Бэка среднее число было равно 25 баллам при норме до 21 балла, что соответствует показателю среднего уровня тревоги. Такие данные позволили сделать вывод о высоких показателях тревожности среди населения и о наличии потенциально высоких рисков формирования тревожно-депрессивных расстройств. В связи с этим одним из важных проектов больницы стал проект «Только без паники!», стартовавший в мае 2019 года. Основными задачами проекта является психопросвещение населения о состояниях тревожного и фобического спектра, механизмах их возникновения и способах психотерапевтического и медикаментозного лечения. Проект проводился на базе различных площадок г. Москвы – в библиотеках, социальных и культурных центрах, что позволяло охватить посетителей в количестве около 500 человек. В период пандемии проект продолжил свою активность в режиме онлайн на официальных страницах социальных сетей больницы Facebook и Instagram с охватом аудитории около 1000 слушателей. В 2019 году больница стала победителем XII Всероссийского конкурса «За подвижность в области душевного здоровья» имени академика РАМН Т.Б. Дмитриевой в номинации «Просвещение населения о психическом здоровье». Помимо этого проекта молодежным советом больницы был организован совместный проект с центром социальной помощи для детей и подростков «Западное Дегунино» под названием «Наркотики. NET», ориентированный на профилактику злоупотребления психоактивных веществ среди детей и подростков из неблагополучных семей. Проект проводится регулярно сотрудниками больницы с 2018 года, его посетили – около 200 подростков и 100 членов их семей. В условиях пандемии важным проектом по психопросвещению стал проект «PSY-грамота», в котором специалисты больницы рассказывали о новых современных способах диагностики и профилактики различных психических нарушений, а также способах их лечения. При анализе участников психопросветительских проектов за 2018–2021 годы было отмечено, что средний возраст слушателей составил 22 года, что позволило организовать в 2021 году новый проект, ориентированный на молодежную аудиторию, на площадке Российской государ-

ственной библиотеки. Среди актуальных для молодых людей тем были определены такие, как конфликтология, стрессоустойчивость, методы совладания с прокрастинацией и психоэмоциональным напряжением.

Выводы. Таким образом, в настоящее время психопросветительские проекты становятся важным направлением работы по профилактике психических расстройств среди здорового населения, способствуя дестигматизации психиатрической службы. Применение современных инновационных проектов позволяет уменьшить страх перед посещением специалистов в области охраны психического здоровья и мотивировать своевременное обращение за помощью.

Список источников

1. **Данилова, С.В.** Всероссийский конкурс за подвижничество в области душевного здоровья им. Академика РАМН Т.Б. Дмитриевой в 2010 г. / С.В. Данилова, Г.В. Тюменкова // *Российский психиатрический журнал*. – 2011. – № 2. – 80–88. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17049592>.
2. **Шмилович, А.А.** Психогигиена, психопрофилактика и психопросвещение всех участников образовательного процесса в вузах / А.А. Шмилович // Сборник материалов научно-практической конференции «Психическое здоровье: социальные, клинко-органizationalные и научные аспекты» / под редакцией Г.П. Костюка. – 2017. – С. 515–518. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29793845>
3. **Шмилович, А.Л.** Концепция психопрофилактики: перспективные пути ее реализации / А.Л. Шмилович // научно-практическая конференция «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы»; сборник материалов / под редакцией Г.П. Костюка. Издательство: КДУ, 2018. – С. 726–731. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36381151>
4. **Haggerty, R.J.** Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research /, R.J. Haggerty, P.J. Mrazek eds. – *National Academies Press*. – 1994. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144015>

Полунова М.А., Алиева Л.М.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ДИСТАНЦИОННОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА, СВЯЗАННОГО С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19: ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
РБОО «Семья и психическое здоровье», Москва, Россия*

Актуальность. Люди, страдающие тяжелыми психическими заболеваниями, являются наиболее социально уязвимой частью общества с вынужденным ограничением социальной активности, присущим им чувством отчужденности, невозможностью самореализации, часто приводящими к инвалидности. Все перечисленное существенно снижает качество жизни не только самих пациентов, но и их семей. Поэтому чрезвычайно важной составляющей терапии пациентов и их родственников является комплексное длительное и непрерывное, в том числе дистанционное, психосоциальное вмешательство, включающее долгосрочную социальную поддержку, создание круга общения. В период социального стресса этот вид помощи особенно актуален, так как семьи пациентов с ментальными расстройствами испытывают более глубокий стресс по сравнению с популяцией в целом [1, 2].

Цель. Анализ эффективности дистанционных психосоциальных вмешательств и удовлетворенности помощью пациентов и их семей, реализованных РБОО «Семья и психическое здоровье» в период социального стресса, связанного с пандемией COVID-19.

Пациенты и методы. Целевые группы программы дистанционной психосоциальной реабилитации: люди с тяжелыми психическими заболеваниями, в большинстве своем с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, их возраст от 18 до 55 лет, преимущественно инвалиды; родственники психически больных. Всего в дистанционных занятиях приняли участие 106 пациентов и 40 родственников пациентов с психическими расстройствами.

В реализации проекта наряду со специалистами принимали участие пользователи психиатрической помощи и их родственники, которые проводили обучение членов организации с психическими расстройствами дистанционным технологиям, работали с информационным сайтом, в мессенджерах и проч.

Результаты. РБОО «Семья и психическое здоровье» с момента своего создания в 2002 году осуществляет долгосрочную комплексную программу психосоциальной реабилитации людей с психическими расстройствами, проводит исследования по оценке эффективности этой программы [3, 4], разрабатывает новые модели помощи и виды психосоциальных вмешательств, в том числе в дистанционном формате.

С октября 2020 г. по декабрь 2021 г. специалистами РБОО «Семья и психическое здоровье» осуществлялся проект «Социально-психологический клуб «АНИМА (душа)»: развиваем дистанционные технологии реабилитации», ставший победителем специального конкурса Фонда президентских грантов.

Предпосылками для разработки этого проекта послужило показавшее свою эффективность использование дистанционных технологий в первые месяцы пандемии COVID-19, а также анализ потребностей членов организации в условиях ограничений, вызванных COVID-19. Члены организации получали помощь психологов и психиатров в ZOOM и в мессенджерах, оказывали в них друг другу взаимную поддержку.

Программа дистанционной психосоциальной реабилитации была нацелена на преодоление социальной отчужденности, повышение качества жизни людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, а также гармонизацию отношений в семьях и создание благоприятного климата, способствующего поддержанию психического здоровья всех членов семьи в непростой период.

Организация и проведение дистанционных психосоциальных вмешательств включали решение ряда административных, методических, технических и иных задач. К их числу относились обучение членов организации пользованию современными дистанционными технологиями, планирование и составление расписания дистанционных занятий, адаптация методик проведения занятий к дистанционному формату, выбор платформ для видеоконференций, информирование участников о занятиях, контроль посещаемости, оценка эффективности проводимых занятий.

Члены организации принимали участие в мероприятиях с учетом личного выбора. Каждый мог выбрать от одного до семи видов групповых занятий с числом участников не более 10 человек. Программа включала следующие мероприятия:

- психообразование для пользователей психиатрической помощи, школа психиатрической грамотности для родственников;

- тренинги навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции;
- индивидуальное и семейное психологическое консультирование для пользователей психиатрической помощи и для родственников;
- библиотерапия («Дискуссионный книжный клуб»);
- групповые занятия по музыкотерапии;
- психотерапия духовной направленности («Беседы о духовности»);
- групповой чат взаимной поддержки в WhatsApp.

Реализованный проект дистанционной психосоциальной реабилитации, проходивший в условиях ограничений и самоизоляции в связи с пандемией COVID-19, способствовал достижению следующих результатов:

- профилактике обострений заболевания и повторных госпитализаций;
- повышению приверженности лечению лиц с тяжелыми психическими заболеваниями и членов их семей;
- вовлечению в социальную жизнь, нацеленность на творческую самореализацию, учебу и общественно полезный труд;
- расширению дневной занятости участников реабилитационной программы в период самоизоляции;
- развитию навыков общения и навыков жизни в семье и обществе;
- гармонизации психологического климата в семьях, обретению надежды на выздоровление;
- повышению качества жизни как самих пациентов, так и членов их семей.

Была проведена оценка эффективности психосоциальных вмешательств посредством мониторинга до и после проведенных занятий, в частности оценивались удовлетворенность каждым видом занятий (заполнено 300 самоопросников по всем видам занятий) и оценка качества жизни пациентов и членов их семей (240 самоопросников).

В целях распространения информации об опыте дистанционной реабилитационной работы и ее результатах проведен вебинар «Опыт реабилитационной дистанционной работы РБОО «Семья и психическое здоровье»: организационно-методические аспекты и результаты работы» для специалистов службы психического здоровья, членов Общественного совета по вопросам психического здоровья при главном специалисте-психиатре Минздрава России, представителей некоммерческих организаций, работающих в сфере психического здоровья.

Заключение. Оказанная дистанционная психосоциальная помощь в период социального стресса, связанного с COVID-19, показала свою эффективность, о чем свидетельствуют устойчивое психическое состояние и недопущение рецидивов и госпитализаций у участников дистанционной программы, повышение их комплаентности, высокая удовлетворенность занятиями. У родственников пациентов после участия в программе наблюдалось улучшение психологического статуса, снижение стресса и тревоги, нормализация сна; они дали высокую оценку занятиям.

В ходе реализации проекта дистанционной психосоциальной помощи накоплен существенный опыт работы в указанном формате, проведена оценка эффективности мероприятий, что используется для дальнейшего развития дистанционных методов психосоциальной реабилитации людей с психическими заболеваниями и их родственников.

Список источников

1. **Солохина, Т.А.** Телетехнологии в период пандемии COVID-19: помощь пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями и членам их семей / Т.А. Солохина, М.В. Кузьмина // *Психическое здоровье*. – 2021. – № 11. – С. 46–53. <https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.11.46-53>
2. **Солохина, Т.А.** Телепсихиатрия и телепсихология: возможности и ограничения дистанционной работы / Т.А. Солохина, М.В. Кузьмина, В.Г. Митихин // *Психиатрия*. – 2021. – № 19 (3). – С. 68–79. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-3-68-79>
3. **Солохина, Т.А.** Инновационно-реформаторский потенциал общественной организации «Семья и психическое здоровье» / Т.А. Солохина, В.В. Ястребова, Л.М. Алиева // *Психиатрия*. – 2018. – № 79. – С. 13–22. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-13-22>
4. **Ястребова, В.В.** Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности / В.В. Ястребова, Т.А. Солохина // *Психиатрия*. – 2018. – № 79. – С. 51–60. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>

Попова Н.Т.

АНАЛИЗ БАЗОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ РАЗВИТИЯ УЧАСТНИКОВ ИНКЛЮЗИВНОГО КОЛЛЕКТИВА. ИНТЕГРИРОВАННАЯ ТЕАТРАЛЬНАЯ СТУДИЯ ИТС «КРУГ»

*РОО СТР «Региональная общественная организация социально-творческой реабилитации детей и молодежи с отклонениями в развитии и их семей «Круг»,
Москва, Россия*

Актуальность. Одной из насущных задач современного общества, в котором разворачиваются глобальные процессы, является задача включения в него ранее маргинализированных лиц, поиск равноправных оснований для диалога различных социальных групп. Современная культура ориентирована на нормотипичных людей, и в ней отсутствуют культурные формы, которые могли бы поддерживать и развивать активность, а также возможное социальное участие членов сообщества, не овладевших индивидуально-рациональными способами саморегуляции или утративших их. Среди них – лица с ментальными нарушениями.

Цель. Представить деятельность инклюзивной театральной студии в качестве модели включающего сообщества, спектакль – как результат аутентичной культурной деятельности нормотипичных и инклюзивных актеров, продукт их совместного культурного творчества. Отразить опыт тридцатилетней работы по поиску «обходных путей» в культуру в соответствии с идеей Л.С. Выготского для лиц с ментальными и интеллектуальными нарушениями, аутизмом, церебральным параличом, Даун-синдромом и другими генетическими заболеваниями.

Обсуждение. В постановочной работе предпочтение отдается пластическим спектаклям, развитию феноменального, а не инструментального тела актера и здоровью сберегающим технологиям. Тренинги и комплексы упражнений в этом случае выполняют функцию культурных практик, поддерживающих становление субъектности и культурной идентичности актеров.

Работа по разработке тренингов опирается на теорию построения движения Н.А. Бернштейна как на основу для «замещающего онтогенеза» и для развития культурного символического творчества лиц с ментальными нарушениями. Каждый уровень построения движения представляет собой определенный тип восприятия, принципиально возможное к освоению жизненное пространство, характер активности (например, обще-

ние). Так, уровень А – пространство своего тела, В – ближайшего окружения, С – пространственного поля, D – поля культуры, Е – индивидуальной рефлексии [1].

Уровень А (руброспинальный, палеокинетический, уровень тонической организации) является самым древним, базовым для организации движения. На этом уровне мы формируем тонус, развиваем проприоцептивную чувствительность и вестибулярный аппарат. В норме это происходит у детей шести месяцев от роду. По нашему опыту, практически у всех людей он нуждается в коррекции. Даже незначительные дисфункции на данном уровне могут накапливаться и перерастать в серьезные соматические или психологические проблемы. Практически у всех людей с инвалидностью есть нарушения уровня А. Так, для людей с Даун-синдромом, детским церебральным параличом (ДЦПЗ), аутизмом показательны дистонии, гипо- или гипернарушения.

Кроме того, данный уровень отвечает за восприятие себя целостным существом, сформированная целостность является основой такого базового чувства, как «доверие к миру», помогает в работе со страхами и таким симптомом, как деперсонализация. Физический тонус связан с эмоциональным тонусом, его коррекция дает стабильный фон для терапии любых психических заболеваний. Это важные эффекты в нашей работе, но терапевтический аспект не является ее существом. Самое главное, что, скорректировав телесный тонус, мы получаем шанс пережить целостность тела, его представленность в нашем сознании, обращенность «на себя» и активность по отношению к жизненной среде. На этой основе формируются выразительное движение, символическая деятельность, возможность управлять своим поведением, т. е. начинается путь в культуру.

Нами разработаны упражнения и тренинги, стимулирующие успешную компенсацию особенностей формирования каждого из этих уровней. Результатом их освоения является появление активности у человека на этом уровне. В театральной работе это, как правило, проявляется в способности к импровизации. Например, на уровне А – это импровизация в тесном контакте с партнером в партуре, где партнер является то продолжением тела, способным усиливать даже минимальную активность нарождающегося субъекта, то окружающей средой, активно реагирующей на проявляемую активность. Люди с инвалидностью являются людьми ближнего пространства. Часто только из пространства близкого контакта можно увидеть простые события и ситуации, важные

для них, и эти события и ситуации ложатся в основу новых тренингов и будущих спектаклей.

Важной составляющей является выразительное движение – один из трех источников символотворчества [2]. Два других (речь и графическая деятельность) широко используются специалистами в реабилитационных практиках. Потенциал выразительного движения как символической формы становления субъектности еще не раскрыт. Производимое актером выразительное движение по своей природе двунаправленно: вовнутрь (как регулятор поведения самого актера) и во вне (серия выразительных движений становится невербальным нарративом, обращенным к зрителям, и представляет ценности и смыслы создающих их актеров).

Подобную работу, но в чисто терапевтических целях, совершают специалисты, опирающиеся на метод «замещающего онтогенеза» [3, 4] или сенсорного синтеза [5, 6].

Выводы. Таким образом, наша работа происходит в инклюзивной группе и должна быть актуальной для нормотипичных участников, а не в системе терапевт – клиент для поиска индивидуальной телесной выразительности, становления собственной символически выразительной субъектности каждого актера. В процессе подготовки спектакля знаково-символическое поле культуры актерами не только присваивается, но и обогащается за счет их уникальных вкладов.

Список источников

1. **Бернштейн, Н.А.** О построении движений / Н.А. Бернштейн. – М.: Книга по требованию, 2012. – 254 с.
2. **Кассирер, Э.** Философия символических форм / Э. Кассирер. – Т. 1. Язык. – М., СПб.: Университетская книга, 2002. – 272 с.
3. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учеб. пособие / А.В. Семенович. – 9-е изд. (эл.). М.: Генезис, 2017. – 476 с. <https://rucont.ru/efd/703535>
4. **Архипов, Б.А.** Нарушения восприятия себя, как основная причина формирования искаженного психического развития особых детей / Б.А. Архипов, Е.В. Максимова, Н.Е. Семенова // Сборник статей. – М.: Диалог-МИФИ, 2016. – 64 с.
5. **Айрес, Э.Дж.** Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; пер. с англ. Юлии Даре. – М.: Теревинф, 2009. – 272 с.
6. **Кислинг, У.** Сенсорная интеграция в диалоге. Понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие / У. Кислинг. – М.: Теревинф, 2018. – 240 с.

Солохина Т.А.

ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО СЕКТОРА В ПСИХИАТРИИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ 20-ЛЕТНЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
РБОО «Семья и психическое здоровье», Москва, Россия*

Актуальность. Современной моделью психиатрической службы, признанной в мире, является общественно-ориентированная психиатрия, которая предполагает наряду с традиционной структурой специализированной службы использование других многочисленных государственных и негосударственных институтов для улучшения социального функционирования и качества жизни людей с психическими расстройствами. При этом существенное развитие должна получить психосоциальная реабилитация, в том числе оказываемая в некоммерческих организациях (НКО).

В настоящее время общественный сектор психиатрии признан значимым элементом общей системы охраны психического здоровья (ВОЗ, 2004). Анализ литературы свидетельствует, что изучением различных аспектов деятельности НКО и добровольчества за рубежом занимается не менее 20 тысяч представителей науки в таких дисциплинах, как история, экономика, социология, психология, менеджмент из 130 стран [1].

Необходимо отметить, что и в нашей стране общественный сектор активно развивается – в последние два десятилетия число входящих в него некоммерческих организаций (НКО) многократно выросло. Значительный вклад в развитие общественного сектора, продвижение социальных инноваций, оказание социальных услуг вносят НКО, работающие в службе психического здоровья [2]. Существуют сферы, где достичь заметных изменений в системе психиатрической помощи без привлечения некоммерческого сектора просто невозможно. Именно представители НКО были инициаторами создания многих уникальных форм поддержки и реабилитации психически больных, включая формы сопровождаемого проживания и трудоустройства, тренировочные квартиры, творческие мастерские, развивали межведомственное взаимодействие, привлекали внимание власти и общества к проблемам людей с тяжелыми психическими заболеваниями, в том числе, проживающих

в ПНИ, способствуя улучшению качества их жизни. В настоящее время общественные объединения оказывают такие виды помощи, которые официальная психиатрическая служба выполнять не может в силу разных причин (экономических, кадровых и др.).

Анализ деятельности НКО, работающих в этой области, показал, что многие из них обладают инновационно-реформаторским потенциалом, к критериям которого относятся поддержка реформ, проходящих в службе, устойчивость в обществе (длительность работы), формы взаимодействия внутри общественных объединений, гибкая коррекция деятельности в соответствии с потребностями и интересами лиц, имеющих проблемы с психическим здоровьем, использование эффективных методов работы, этические нормы и правила, сформированные в общественном объединении, выполнение функции посредника между обществом и государством. Региональная благотворительная общественная организация «Семья и психическое здоровье» (РБОО «Семья и психическое здоровье»), отмечающая в 2022 г. 20-летие своего создания и успешно работающая в социуме на протяжении всего этого периода, в полной мере соответствует указанным критериям инновационно-реформаторского потенциала. Членами организации являются пользователи помощи – пациенты и члены их семей (более 120 чел.) и специалисты службы психического здоровья (более 20 чел.).

Цель. Анализ состояния общественного сектора в психиатрии, его достижений и проблем, обсуждение мер, необходимых для повышения его эффективности, в контексте рассмотрения этих вопросов сквозь призму деятельности РБОО «Семья и психическое здоровье».

Материал и методы. Отечественные и зарубежные публикации, сведения государственной статистики о некоммерческом секторе, каталоги организаций, предоставляющих помощь людям с особенностями психического здоровья, составленные Союзом охраны психического здоровья, доклады о состоянии гражданского общества в РФ за 2017–2021 гг., сообщения средств массовой информации, результаты научных исследований отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, а также результаты социологического исследования об уровне организационного развития НКО «Пульс НКО» по программе Центра оценки общественных инициатив Института прикладных политических исследований НИУ ВШЭ, участником которой являлась РБОО «Семья и психическое здоровье». Методы: аналитический, социологический.

Результаты и их обсуждение. Особенностью деятельности РБОО «Семья и психическое здоровье» является тесное сотрудничество с государственными (НИИ, ПНД, психиатрические больницы, учреждения культуры и др.) и негосударственными (общественные организации, фонды) учреждениями, а также фармацевтическими компаниями. Инновационная и научная деятельность организации включает разработку и внедрение новых форм помощи, эффективных реабилитационных технологий, предназначенных для пользователей и специалистов службы, издание тематической научной и научно-популярной литературы, предусмотренной для разных категорий читателей, реализацию проектов по повышению квалификации медицинского и иного персонала, проведение динамических клинико-психологических и биологических исследований, направленных на выявление факторов, влияющих на комплаентность пациентов и членов их семей, их адаптацию в социуме, эффективность психосоциальной реабилитации. К важному направлению научных разработок, которые проведены РБОО «Семья и психическое здоровье» совместно с сотрудниками отдела организации психиатрических служб и психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кашенко (Санкт-Петербург), относится формирование методологических подходов и создание инструментов для оценки эффективности психосоциального лечения. Совместно с отделом организации психиатрических служб, лабораториями нейроиммунологии и клинической генетики проводятся клинико-биологические исследования по поиску биологических механизмов, обуславливающих уровень социально-психологической адаптации больных шизофренией, и биологических маркеров как критериев оценки эффективности психосоциальной реабилитации [3].

В 2003 в РБОО «Семья и психическое здоровье» была разработана и внедрена в практику модель комплексной психосоциальной реабилитации, в структуру которой входит социально-психологический клуб для пациентов, действующий в сообществе, а также реабилитационные программы, реализуемые в психиатрических учреждениях г. Москвы. Комплексная долгосрочная программа психосоциального лечения для лиц с психическими расстройствами включает консультации психиатров, психосоциальные и психотерапевтические вмешательства, к числу которых относятся психообразование, комплаенс-терапия, тренинги навыков, терапия средой, арт-терапия, музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия, групп-анализ, группы поддержки, досуговые и культурно-просветительские программы, семейная терапия и проч.

Результаты исследований свидетельствуют, что в рамках действующей модели наиболее полно удовлетворяются потребности пользователей психиатрической помощи в информации, психосоциальном и психотерапевтическом лечении, досуге, социальных контактах, снижаются социально-психологические тяготы и экономическое бремя семьи, возрастает приверженность лечению, уменьшается число рецидивов болезни и госпитализаций [4]. За 20-летний период существования этой программы оказана долгосрочная социально-психологическая помощь более 250 пациентам с психическими расстройствами (средняя длительность участия в реабилитационной программе 3,5 года) и более 500 родственников пациентов.

Многолетний опыт участия РБОО «Семья и психическое здоровье» в общественном движении позволяет очертить круг проблем, с которыми сталкиваются общественные объединения. К проблемам, которые тормозят развитие общественного сектора в сфере психического здоровья, можно отнести низкую информированность общества о деятельности НКО в психиатрии и традиционное, связанное со стигмой отношение общества, государственных органов, властных структур к психиатрии и психически больным людям; скепсис в отношении эффективности деятельности НКО в психиатрии, поскольку большинство из них не обладает достаточными ресурсами, включая низкое финансирование, а порой его полное отсутствие; недостаточная поддержка общественных организаций профессионалами службы психического здоровья; установка граждан на самостоятельное разрешение своих проблем и лица, страдающие психическими расстройствами, члены их семей полагаются больше на собственные, традиционные технологии выживания, что часто делает невостребованными социальные инновации, предлагаемые НКО; значительные трудности вовлечения родственников и пациентов в общественное движение, программы психосоциальной реабилитации, психотерапевтическую работу, что связано с низкой мотивацией, стигматизацией, семейным бременем; нежелание отдельных организаций пользователей психиатрической помощи сотрудничать со специалистами, что связано с опасением излишнего контроля, боязнью лишения их самостоятельности, свободы действий; недостаточное количество дискуссионных площадок для обсуждения НКО актуальных проблем при оказании психиатрической помощи.

Среди проблем общего характера можно назвать несовершенство нормативно-правовых актов и официальной статистики о некоммерче-

ском секторе; отсутствие четких механизмов финансирования для исполнения закона о социальной рекламе, что не позволяет распространять в полной мере информацию о деятельности НКО. Представители НКО часто не обладают достаточными навыками «продвижения» своего позитивного опыта и ряд других проблем [5].

Результаты социологического исследования об уровне организационного развития НКО «Пульс НКО» по программе Центра оценки общественных инициатив Института прикладных политических исследований НИУ ВШЭ, проведенного в ноябре-декабре 2021 г. [6], позволили выявить сильные и слабые стороны НКО, участвовавших в этом исследовании (377 респондентов), а специалисты РБОО «Семья и психическое здоровье», также являющиеся участниками этого исследования, смогли сравнить результаты своей организации со средними показателями всех респондентов [6].

В анализ было включено 12 параметров: стратегия и планирование, управление организацией, организационная культура, проекты и мероприятия, сотрудники, волонтеры, финансовая устойчивость, внешние коммуникации, адвокация, работа с рисками, открытость изменениям, оценка и мониторинг.

Так, если общий уровень организационного развития опрошенных НКО 3,57 из 5, то для РБОО «Семья и психическое здоровье» этот показатель выше и составляет 4,0. Полученные данные свидетельствуют, что развитие НКО находится на среднем уровне и по многим параметрам они могут стать более эффективными и устойчивыми.

По ряду параметров показатели РБОО «Семья и психическое здоровье» превышали средние показатели по всем НКО: стратегия и планирование – 5 против 3,91 соответственно; управление организацией – 4,6 против 3,57; организационная культура – 5 против 4,15; проекты и мероприятия – 4,88 против 4,11; волонтеры – 4,67 против 3,33; открытость к изменениям – 4,5 против 4,01; оценка и мониторинг – 4,5 против 3,56. Ниже средних показатели РБОО «Семья и психическое здоровье» оказались по адвокации, финансированию и внешним коммуникациям.

Результаты проведенного исследования «Пульс НКО» чрезвычайно важны, поскольку позволяют оценить деятельность некоммерческого сектора в целом и наметить план действий по совершенствованию работы НКО.

Заключение. НКО активно действуют, разрабатывают и внедряют эффективные реабилитационные программы. При благоприятных социально-экономических условиях, поддержке государства, местных со-

обществ и общества в целом общественный сектор в психиатрии может преобразоваться во влиятельную структуру, способную участвовать в обеспечении достойной жизни лиц, имеющих проблемы с психическим здоровьем, и их семей, повышении качества и эффективности оказываемой психиатрической и социальной помощи.

Список источников

1. **Smith, D.H.** The Palgrave Handbook of Volunteering, Civic Participation and Nonprofit Associations / D.H. Smith, R.A. Stebbins, J. Grotz // Palgrave Macmillan UK. – 2016. LXXXVI:1413.
2. **Лиманкин, О.В.** Роль общественных организаций пользователей психиатрической помощи в повышении ее качества / О.В. Лиманкин // *Журнал психиатрии и психотерапии им. П.Б. Ганнушкина*. – 2013. – № 15 (6). – С. 59–63.
3. **Солохина, Т.А.** Инновационно-реформаторский потенциал общественной организации «Семья и психическое здоровье» / Т.А. Солохина, В.В. Ястребова, Л.М. Алиева // *Психиатрия*. – 2018. – № 79. – С. 13–22. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-13-22>
4. **Ястребова, В.В.** Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности / В.В. Ястребова, Т.А. Солохина // *Психиатрия*. – 2018. – № 79. – С. 51–60. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>
5. Доклад о состоянии гражданского общества в Российской Федерации за 2017 год. М.: Общественная палата Российской Федерации, 2017. – 100 с.
6. Оценка уровня организационного развития НКО [Электронный ресурс] / Центр оценки общественных инициатив Института прикладных политических исследований НИУ ВШЭ: Ю. Скокова, И. Краснопольская, И. Корнеева / Электрон. текстовые дан. / режим доступа: Оценка оргразвития НКО (ВШЭ + НП).pdf – Google Диск

Степунина Н.Е.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЦЕНТРЕ АДАПТАЦИИ И РАЗВИТИЯ «ИЗУМРУДНЫЙ ГОРОД»

РБООИ «Изумрудный город», Москва, Россия

Актуальность. Организация процесса психосоциальной реабилитации (ПР) людей с психическими расстройствами в нашей стране сталкивается с рядом проблем, в числе которых сохраняющийся патерналистский подход специалистов при взаимодействии с пациентами,

отсутствие комплексной поддержки и индивидуального сопровождения пациентов на амбулаторном этапе оказания помощи, дороговизна организации такой поддержки.

Цель. Осветить принципы работы РБООИ «Изумрудный город», а также особенности комплексной программы социальной и трудовой реабилитации лицам с психическими расстройствами в сообществе в условиях некоммерческой организации.

Методы. На протяжении 7 лет (с 2015 по 2018 год – как инициативная группа, с 2018 г. – некоммерческая организация) команда центра адаптации и развития «Изумрудный город» работает над решением проблем ПР, привлекая к реабилитационному процессу социальных тренеров – людей с личным опытом преодоления социальных последствий психических расстройств. Изначально они обращаются в центр за поддержкой как подопечные, проходят свой путь восстановления, а затем при желании и возможности пробуют себя в роли волонтеров-тренеров и далее становятся частью команды.

Преимущества такого пути организации реабилитационного процесса в том, что одновременно реабилитацию проходят и тренер, и подопечный, тренер является для подопечного вдохновляющим примером, они общаются практически на равных, поскольку у каждого из них есть опыт социальных и личностных потерь, связанных с расстройством. Услуги самозанятых социальных тренеров стоят дешевле услуг специалистов, которые здесь привлекаются в основном в роли кураторов, супервизоров социальных тренеров. Но самое важное, на наш взгляд, состоит в том, что данный подход стимулирует возникновение случаев личностно-социального выздоровления (recovery) у благополучателей.

Сотрудничество благополучателей с центром начинается со встречи-знакомства с психологом, в течение которой специалист оценивает потребности, возможности, мотивацию и трудности подопечного, они вместе определяют первые шаги. Подопечный начинает посещать мастерские/группу поддержки/волонтерские встреч/пробует себя в проекте «Курьеры для своих» или становится участником проекта «Тренировочная квартира». Если ни один из видов предлагаемой активности получателю помощи не подходит либо требуется дополнительная поддержка, мы направляем его в дружественные организации. Индивидуальный реабилитационный маршрут подопечного начинает выстраиваться при первичном знакомстве, а далее уточняется в зависимости от результатов его активности, планов, желаний, сильных сторон и слабостей. При необходимости участникам проектов оказывается индивиду-

альная поддержка психолога. Кто-то, поучаствовав в проектах трудовой занятости, далее трудоустраивается на внешнем рынке. Кто-то становится тренером. Кто-то просто находит устраивающие его занятость и общение и на какое-то время остается с тем, что нашел, развивая свои трудовые и социальные навыки.

Динамика каждого подопечного оценивается с помощью опросников – бытовых, коммуникативных и трудовых навыков, заполняемых при включении в проект и на различных этапах участия в проекте, обратной связи от подопечных и их близких, а также оценки уровня социального функционирования.

Результаты. Из 42-х человек, пришедших в инклюзивные мастерские в прошлом году и удержавшихся в них в течение не менее 2-х месяцев, 9 человек (21,4%) стали социальными тренерами (членами команды), отмечали, что в их жизни появился новый смысл. При этом 4 человека из них с расстройствами шизофренического спектра обнаруживают признаки становления личностно-социального выздоровления. Кроме того, 5 человек (11,9%) трудоустроились на внешнем рынке труда, 18 человек (42,8%) зарегистрировали самозанятость и стали изготавливать продукцию на заказ. Оставшиеся 15 человек (35,7%) получили регулярную трудовую занятость, улучшили свои навыки трудовой дисциплины и коммуникации в рабочем коллективе, расширили круг общения.

Выводы. Таким образом, комплексная социально-трудовая реабилитация в центре при индивидуальном сопровождении социальными тренерами под руководством специалистов позволяет существенно повышать уровень социального функционирования благополучателей, а в ряде случаев запускает процесс личностно-социального выздоровления.

Список источников

1. **Гурович, И.Я.** Выздоровление при шизофрении. Концепция Recovery / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов, Я.А. Сторожакова // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2008. – № 18 (2). – С. 7–14.
2. **Гурович, И.Я.** Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2003. – № 13 (1). – С. 5–10.
3. **Любов, Е.Б.** Экономическое бремя шизофрении в России / Е.Б. Любов, В.С. Ястребов, Л.С. Шевченко // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2012. – № 22 (3). – С. 36–42.

Трущелёв С.А.

КЛУБНЫЕ ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»,
Москва, Россия*

Актуальность. Психические расстройства в структуре хронических болезней имеют значительную долю. Максимальное бремя психических расстройств приходится нести наиболее продуктивной группе населения – людям молодого возраста [1]. Эксперты ВОЗ предполагают, что в ближайшие десятилетия многие страны, скорее всего, столкнутся с непропорционально резким увеличением бремени психических расстройств у населения [2].

Признавая высокую значимость охраны психического здоровья населения, правительство Российской Федерации (РФ) отнесло психические расстройства и расстройства поведения к социально значимым заболеваниям (постановление правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715). Показатели, связанные с этими болезнями (заболеваемость, инвалидность, уровень смертности, в том числе от самоубийств), причислены к важным индикаторам социально-экономического развития страны. В этой связи доступность и качество психиатрической помощи могут играть заметную роль в улучшении удовлетворенности населения медицинской помощью.

Медико-социальная помощь населению представляет собой междисциплинарную систему, включающую медицинские, социальные, психологические, юридические, педагогические и иные аспекты взаимодействия [3].

По определению ВОЗ, каждый нуждающийся должен иметь доступ к базовым услугам в области охраны психического здоровья [4]. Однако уровень жизни больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения значительно уступает по сравнению с прочими социальными группами больных. Отмечается, что больные имеют серьезные проблемы с трудоустройством, самообслуживанием, часто теряют социальные связи. Более 50% всех больных шизофренией находятся в социально активном возрасте. В связи с этим возникает особая социальная значимость их медико-социальной реабилитации. По сравнению с другими формами патологии психические расстройства и расстройства поведения имеют одни из наиболее высоких показателей инвалидности [5, 6].

В современных условиях выявилась необходимость поиска новых путей организации социально-трудовой адаптации людей с ментальными нарушениями здоровья. Одним из наиболее перспективных направлений представляется образование негосударственных благотворительных фондов, клубов социальной поддержки психически больных, ассоциаций их родственников и других общественных организаций, заинтересованных в социальной реинтеграции [7].

Согласно Европейской декларации по охране психического здоровья, медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения является средством интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум и становится механизмом создания и реализации равных возможностей для больных [8]. Целью медико-социальной реабилитации принято считать полное или частичное восстановление или сохранение личностного и социального статуса больного. В ее непосредственные задачи входят медицинская реабилитация, направленная на достижение максимально возможной клинической компенсации, купирования проявлений болезни и профилактику нежелательных последствий или их уменьшение, профессиональная и социальная реабилитация. В настоящее время в психиатрической практике все более распространены интегративные подходы, которые определяют современный стандарт помощи больным. Реабилитация в психиатрии достигается сочетанным применением реабилитационных мероприятий: медицинских, психологических, физических, педагогических, социальных, правовых и иных, составляющих единый комплекс.

Распространенные формы социокультурной реабилитации: посещение театров, кинотеатров, музеев, концертных залов, просмотр телепередач, читательские встречи, а также специальные методы: арт-терапия, библиотерапия, эстетотерапия, музыкотерапия, гарденотерапия, туротерапия, иппотерапия и др. [9].

В соответствии с современными подходами к проблеме ресоциализации больных при хронических психических расстройствах медико-социальная реабилитация должна стать звеном в общей структуре психиатрической помощи, необходимым для реализации комплексного вмешательства. С введением Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в 1992 г. все актуальнее стали звучать вопросы, связанные с преодолением закрытости психиатрических учреждений, развитием общественно-ориентированной психиатрии (психиатрической службы с опорой на сообщество).

Цель обзора состоит в изучении практического применения клубных форм социальной реабилитации больных с психическими расстройствами.

Обсуждение. *Клубные формы социальной реабилитации: истоки, понятие, содержание.*

В конце 1950-х годов появились первые фармакологические препараты для лечения психических расстройств, и с ними были связаны большие надежды и психиатров, и людей с психическими расстройствами. Однако очень скоро пришло осознание того, что для самостоятельной и продуктивной жизни в обществе людей с проблемами психического здоровья только медикаментозного лечения недостаточно и нужны программы и службы, которые помогали бы им адаптироваться к жизни в обществе, решать постоянно возникающие в самостоятельной жизни проблемы, помогали получить посильную работу и образование, организовать свою жизнь. Психиатрам хорошо известен феномен «вертушки» (revolving doors) – повторные госпитализации пациентов, недавно прошедших лечение, если на выходе из больницы их не охватывали социальными и реабилитационными мероприятиями. Напротив, качественная и своевременная социальная и трудовая реабилитация, а также индивидуальное социальное сопровождение позволяли улучшить как медицинские, так и социальные показатели, стабилизировать их, или, в наиболее тяжелых случаях, существенно замедлить негативные процессы социальной и трудовой деградации и дезадаптации. В связи с этим в поддержку медицинским программам лечения стали создавать различные программы, оказывавшие психологическую и социальную поддержку людям с проблемами психики [10].

Одной из самых пионерских в этом направлении и наиболее признанной считают комплексную программу социальной и трудовой реабилитации и адаптации взрослых людей с психическими расстройствами, созданную в США в конце 1950-х – начале 1960-х годов. Автором и инициатором стал социальный работник Джон Бирд (John Beard). Посещая и оказывая социальную помощь пациентам, недавно вышедшим из психиатрической больницы или из крупных учреждений интернатного типа, он заметил, что такие люди очень часто нуждаются не только в поддержке со стороны общества, но и в восстановлении утраченных навыков самостоятельного проживания. Именно он заложил основы и создал первый в мире клубный дом Fountain House (Нью-Йорк). Впоследствии эта форма социальной реабилитации определена моде-

лью социальной реабилитации. В 1970-х годов в США было проведено 5-летнее сравнительное исследование эффективности разных программ, которое установило, что реабилитационная модель клубного дома является одной из наиболее эффективных [11].

Данный подход соответствует всем рекомендациям Всемирной организации здравоохранения и Всемирной психиатрической ассоциации в сфере психосоциальной реабилитации. Опыт работы на основе этой модели распространился по всему миру. Создан Международный центр развития программ Clubhouse International, который выполняет координирующую и методическую функции. Клубные дома успешно работают в 33 странах мира, среди которых США, Канада, Европейские страны, Австралия, Япония, Китай, страны Африки. Во многих странах данный подход социальной реабилитации вошел в реестр лучших доказательных практик в области психического здоровья. В Финляндии программа «Клубный дом» на государственном уровне признана основной программой реабилитации людей с проблемами психического здоровья. Необходимо особо подчеркнуть, что подавляющее большинство клубных домов в мире являются негосударственными некоммерческими организациями (НКО).

В России на основе зарубежного опыта этот подход в середине 1990-х годов одним из первых внедрил психиатр И.Е. Доненко, создав клубный дом на базе общественной организации «Дом «Душа человека». К сожалению, в 2001 году эта организация прекратила свою деятельность. Однако по этой модели в настоящее время в России успешно функционируют два клубных дома: АНО «Центр социальных инициатив «Русский дом» (Москва) и ОО «Ангарский клубный дом» (г. Ангарск, Иркутская область). Обе организации являются членами Международного центра развития программ Clubhouse International. «Русский дом» имеет международный сертификат качества, который подтверждает, что его реабилитационные программы полностью соответствуют международным стандартам реабилитационной модели «Клубный дом».

АНО «Центр социальных инициатив «Русский дом» реализует следующие компоненты модели «Клубный дом»: программу дневного посещения; программу обучения, начиная с тренингов навыков повседневной жизни, социальных и трудовых навыков и заканчивая помощью в получении доступа к обучению на разнообразных курсах, а также помощью в получении образования в среднеспециальных и даже высших учебных заведениях (в том числе поддерживаемое образова-

ние); программу трудовой терапии и трудовой адаптации с последующим трудоустройством (в том числе поддерживаемое трудоустройство); программу индивидуального социального сопровождения; программу социализации и досуга; бесплатное питание в течение дня для участников программы дневного посещения. К реабилитационному центру этой организации прикреплены на пожизненной основе 68 человек, в основном это люди с инвалидностью 1–2 групп по психическому заболеванию [12].

Общероссийская общественная организация инвалидов «Новые возможности» основана группой родителей больных с тяжелыми психическими расстройствами в 1990-х годах в Москве и длительно функционировала на базе Московского научно-исследовательского института психиатрии. Особенность «Новых возможностей» в том, что она состоит их пациентом и их родственников. В настоящее время эта общественная организация в своем составе имеет более 50 представительств (филиалов) в регионах России. За этот период было много интересных проектов: созданы клубные дома, в том числе как часть клубной деятельности была создана типография для молодых инвалидов, компьютерные курсы и курсы иностранных языков. Благодаря инициативам «Новых возможностей» в список льготных лекарств был включен ряд современных лекарственных препаратов. Организация активно сотрудничает с Европейской ассоциацией семей потребителей психиатрической помощи (EUFAMI). Зарубежные коллеги изучали опыт деятельности организации, а отдельные компоненты заимствовали во внебольничной реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств. Так, по модели «Новых возможностей» в Швейцарии была открыта общественная организация [13].

Региональная благотворительная общественная организация «Семья и психическое здоровье» функционирует с 2002 года. Инициаторами ее создания стали родственники пациентов и сотрудники Научного центра психического здоровья РАМН (ныне ФГНУ «Научный центр психического здоровья»). В рамках этой организации на базе городской библиотеки им. М.А. Волошина (Москва) функционирует социально-психологический клуб ANIMA. В настоящее время в клубе проводятся реабилитационные программы: танцевально-двигательная терапия; арт-терапия; театральная студия; музыкотерапия; культурно-просветительская программа «Москововедение»; досуговая программа и др. [14].

Общественный совет при главном психиатре Минздрава России регулярно рассматривает опыт деятельности государственных, коммерческих и общественных организаций. Основной целью Общественного совета является оказание содействия государственной психиатрической службе в разработке мер по улучшению качества психиатрической помощи, привлечение внимания государственных и общественных структур к актуальным проблемам в психиатрии, преодоление существующих в обществе стереотипных негативных социальных представлений о психиатрии, психиатрах и пациентах, развитие общественного движения, консолидация членов общественных организаций и специалистов государственных учреждений. В рамках деятельности Общественного совета проводится ежегодный всероссийский конкурс «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. В декабре 2021 г. конкурс прошел уже в 14-й раз.

Традиционно в рамках конкурса оцениваются достижения конкурсантов в области психиатрии по номинациям «Психосоциальная реабилитация», «Просвещение населения о проблемах психического здоровья», «Психосоциальная реабилитация детей и подростков», «Трудоустройство инвалидов вследствие психических расстройств», «Лучшая общественная организация», «Медицинская и социальная реабилитация в наркологии», «За особые заслуги в сфере охраны психического здоровья» и др. [15]. Большое внимание в конкурсе придается региональным проектам психосоциальной реабилитации больных с психическими расстройствами [16].

Закключение. Для преодоления стремительного нарастания социального бремени психических болезней многие органы управления здравоохранением и руководители лечебно-профилактических учреждений вынуждены обратиться к общественности с предложением социального партнерства. В сообщении приведен опыт успешной деятельности некоторых общественных объединений, действующих в области охраны психического здоровья и социальной реабилитации. Отмечена заинтересованность структур государственного управления в эффективном развитии этого сектора социальной деятельности [17].

Клубные формы – известная и всемирно признанная модель социальной реабилитации людей после перенесенных болезней. Всемирная организация здравоохранения поддерживает клубную модель психосоциальной реабилитации и определяет как пример правозащитного подхода, ориентированного на социальную адаптацию людей после пере-

несенного психического расстройства [18]. Клубный дом – это больше, чем программа или социальная услуга, это прежде всего сообщество людей, которые совместно работают для достижения общей цели – стать равноправным и социально признанным членом общества [19].

Однако в научных публикациях редко анализируются практики участия НКО в решении проблем социальной политики в отношении реабилитации больных с психическими расстройствами. Так, авторы из Санкт-Петербурга, изучая системы грантовой поддержки в России, отметили проблемы и несовершенство формирующейся системы взаимодействия государственной власти и НКО, в том числе в вопросах финансирования проектов, а также в необходимости создания условий для тиражирования успешных проектов [20].

При обзоре результатов научных исследований установлено, что абсолютно неизученными направлениями остаются такие, как создание эффективных моделей проживания больных в приемных семьях, сельскохозяйственных общинах, приютах религиозных общин, о занятости на производстве. В научной печати слабо освещаются результаты вовлечения больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения в клубные формы поддержки, группы людей по интересам, физкультурные секции, спортивные кружки и т. д. Мало данных о деятельности общественных объединений инвалидов вследствие психических расстройств [21].

Обобщение научных публикаций свидетельствует о широких возможностях ресоциализации больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Опыт, накопленный мировым сообществом за последние десятилетия, свидетельствует о ценности и большой эффективности комплексных видов помощи и поддержки лиц с психическими расстройствами, обучения их бытовым, профессиональным, социальным и иным навыкам, интеграции этих лиц в сообщество. Полученный результат научного анализа предметной области «психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения» может быть использован в практической деятельности медицинских специалистов по организации психиатрической помощи населению, в образовательных программах по совершенствованию профессиональной квалификации психиатров и медицинских психологов. Обзор обосновывает актуальность и новизну исследовательских направлений для дальнейшей разработки проблемы совершенствования организации и содержания практической деятель-

ности медицинских работников, специалистов по социальной работе и психологов при оказании помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения [21].

Список источников

1. Контекст психического здоровья. Всемирная организация здравоохранения. Женева. – 2007. – 64 с.
2. **Качаева, М.А.** Стратегические направления деятельности ВОЗ по охране психического здоровья населения / М.А. Качаева, С.В. Шпорт, С.А. Трушелёв // *Российский психиатрический журнал*. – 2017. – № 6. – С. 10–23.
3. **Гурович, И.Я.** Состояние психиатрической службы в России и направления ее развития к психиатрии с опорой на сообщество / Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи // под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. – С. 44–56.
4. Mental health care law: ten basic principles. World Health Organization. Geneva. – 1996. – 11 p.
5. **Портнова А.А.** Инвалидность детей с психическими расстройствами в Москве / А.А. Портнова, С.А. Трушелёв, О.В. Серебровская и др. // *Российский психиатрический журнал*. – 2018. – № 2. – С. 4–9.
6. **Трушелёв, С.А.** Инвалидность вследствие психических расстройств в Российской Федерации / С.А. Трушелёв, З.И. Кекелидзе, Н.К. Демчева // *Российский психиатрический журнал*. – 2019. – № 3. – С. 4–10. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11922
7. **Молчанов, С.Н.** Социальное партнёрство в психиатрии / С.Н. Молчанов, М.Т. Шакирова // *Наука и Здравоохранение*. – 2018. – № 5 (20). – С. 184–187.
8. Повышение качества охраны психического здоровья. Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2006. – 92 с.
9. **Демина, Э.Н.** Формы социальной работы с пожилыми гражданами (обзор литературы) / Э.Н. Демина, Л.З. Портова // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2017. – № 1 (53). – С. 1–7 DOI:10.21045/2071-5021-2017-53-1-4
10. Что такое Клубный дом? Центр социальных инициатив «Русский дом». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://russiahouseclubhouse.ru> (дата обращения: 29.03.2022).
11. **Raeburn T., Halcomb E., Walter G., Cleary M.** An overview of the clubhouse model of psychiatric rehabilitation / T. Raeburn, E. Halcomb, G. Walter, M. Cleary // *Australas Psychiatry*. – 2013. – № 21 (4). – P. 376–378. DOI: 10.1177/1039856213492235. Epub 2013 Jul 1. PMID: 23817899.
12. Реабилитационный центр. Центр социальных инициатив «Русский дом». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://russiahouseclubhouse.ru/reabilitaczionnyj-czentr/> (дата обращения: 29.03.2022).
13. Новые возможности. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://newchoices.ru/history/> (дата обращения: 20.12.2021).
14. Семья и психическое здоровье. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.familymh.ru/history> (дата обращения: 20.12.2021).

15. **Солохина, Т.А.** Консолидирующая и информационно-консультативная роль общественного совета по вопросам психического здоровья / Т.А. Солохина, Г.В. Тюменкова, С.В. Данилова // *Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению* / Сборник тезисов. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 1962–1963.

16. **Данилова, С.В.** Региональные проекты психосоциальной реабилитации (по итогам всероссийского конкурса) / С.В. Данилова // *Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы* / Сборник материалов научно-практической онлайн-конференции. – Москва, 2021. – С. 9–15.

17. **Трушелёв, С.А.** Социальное партнерство при оказании психиатрической помощи / С.А. Трушелёв // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2010. – № 2. – С. 40–44.

18. Community mental health centres: promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization. [Электронный ресурс]. 2021. – 265 p. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341642> (дата обращения: 20.12.2021).

19. How Clubhouses Work. Clubhouse International. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://clubhouse-intl.org/resources/how-clubhouses-work/> (дата обращения: 20.12.2021).

20. **Gebel, K.M.** Grant Support as an Option for the Solution of Specific and Systemic Problems in the Activities of Non-Profit Organizations / K.M. Gebel, A.E. Geger // *Consortium Psychiatricum*. – 2021. – № 2 (4). – P. 69–76. DOI: 10.17816/CP104

21. **Лиманкин, О.В.** Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения / О.В. Лиманкин, С.А. Трушелёв // *Российский психиатрический журнал*. – 2019. – № 6. – С. 4–15. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11949

Тюменкова Г.В.¹, Гебель К.М.², Иванова Е.А.², Канакова Е.В.²

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЕГО ОКАЗАНИЯ

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

² Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница № 1
им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация получают все большее распространение и признание в отечественной психиатрии в качестве неотъемлемой составляющей современного подхода к лечению психически больных. Особенно важной

становится роль психосоциальной реабилитации (ПСР) при внедрении модели общественно-ориентированной психиатрии, в рамках которой акцент делается на оказании помощи психически больным людям непосредственно в социуме, максимально близко к месту жительства, при использовании всех возможностей государственных медицинских и немедицинских институтов, а также общественных форм помощи [1]. На современном этапе разработаны принципы и этапы психосоциальной реабилитации, развивается полипрофессиональный подход [2, 3]. Отмечается рост общественного сектора и волонтерства в психиатрии. Вместе с тем в настоящее время встают новые проблемы, связанные с необходимостью внедрения психосоциальных вмешательств с доказанной эффективностью, определением объемов психосоциальной работы на разных этапах лечения, внедрением системы оценки эффективности ПСР. Исследование в ПФО показало, что унифицированной системы оценки эффективности результатов психосоциальной реабилитации с едиными подходами нет. Это относится не только к выбору конкретных вмешательств, низкой степени стандартизации психосоциальных вмешательств, определению целей, мишеней, оценочных критериев, большого числа инструментов измерения результатов вмешательств, но также к используемой терминологии (отсутствие единого определения психосоциальной реабилитации), дефициту нормативной базы и ряду других причин, что определяет актуальность исследований по дальнейшему продолжению методических разработок по развитию системы ПСР [4–6].

Цель. Совершенствование методических основ проведения реабилитационных вмешательств и разработка инструмента для оценки их эффективности у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на разных этапах оказания психиатрической помощи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, составившие 3 группы по 30 человек в каждой, получающие лечение на разных этапах оказания психосоциальной и психотерапевтической помощи: в сообществе – члены РБОО «Семья и психическое здоровье» г. Москва (1-я группа, НКО), средний возраст пациентов группы равнялся $39,7 \pm 9,6$; пациенты, находящиеся на стационарном лечении в Санкт-Петербургской городской психиатрической больнице № 1 им. П.П. Кащенко (2-я группа, ПБ), средний возраст пациентов группы равнялся $39,6 \pm 11,5$; пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении

в дневном стационаре Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кащенко (3-я группа, ДС), средний возраст пациентов группы $41,1 \pm 9,3$. Группы НКО, ПБ и ДС не различались по возрастному составу, группы НКО и ДС были схожи по гендерному составу (14 женщин и 16 мужчин), в группе ПБ преобладали мужчины (23 человека).

Критериями исключения были острая психопатологическая симптоматика на момент участия в реабилитационной программе, выраженные сопутствующие органические и соматические заболевания в состоянии декомпенсации, злоупотребление алкогольными напитками и психоактивными веществами.

Оценка состояния пациентов осуществлялась до и после реабилитационной программы на основе комплексного подхода к диагностике, предусматривающего оценку клинических, психологических и социальных характеристик. Для оценки клинических параметров применялся клинико-психопатологический и психометрический методы (PANSS, CGI). Психологический статус оценивался с использованием батареи опросников: осознания болезни (Birchwood et al., 1994), отношения к лекарственным препаратам (Hogan et al., 1983), качества жизни SF-36 (Ware et al., 1993), определения уровня мотивации (URICA, McConaughy et al., 1983), копинг-стратегий (Amirkhan, 1990), тестов для количественной оценки когнитивных функций, ряда других шкал. Социальная адаптация определялась с помощью Шкалы автономии (Морозова, Рупчев, 2015). Для статистической обработки использовались методы параметрической и непараметрической статистики.

В комплексную программу вошли вмешательства с доказанной эффективностью, а также собственные разработки, имеющие научное обоснование. Программа включала психообразование, тренинги (мотивационный, когнитивных и социальных навыков, по развитию самоуправления психоэмоциональным состоянием и др.), арт-терапевтические методы, среди которых танцевально-двигательная терапия, арт-терапия, музыкотерапия, театротерапия. Важное значение придавалось терапии средой, партнерскому стилю взаимоотношений.

На каждого участника программы составлялся индивидуальный реабилитационный план, который учитывал результаты обследования, личностные особенности пациента, цели и мишени психотерапевтических воздействий. Обозначались долгосрочные цели, отражающие будущую перспективу (улучшение социального функционирования, интеграция в общество, трудоустройство, учеба и проч.), и краткосрочные

(конкретные) цели, обусловленные определенным психотерапевтическим вмешательством. Например, при проведении психообразования конкретными целями работы являлись разъяснение биопсихосоциальной модели психических расстройств, обучение распознаванию симптомов – предвестников рецидива, совладанию с остаточной симптоматикой, выявление источников стресса и совладание с ними и др.

Важным аспектом исследования были выявление терапевтических мишеней (клинико-психотерапевтический феномен (характеристика), изменение которого являлось задачей воздействия) [7]. Терапевтическими мишенями, на которые в процессе реабилитационной программы были направлены психотерапевтические вмешательства, были сниженные когнитивные функции, неадаптивные копинг-стратегии, низкая комплаентность, отрицание болезни, неумение распознавать симптомы рецидива, отсутствие навыков совладания с остаточной симптоматикой, высокий уровень самостигматизации, низкая стрессоустойчивость, дисфункция семейной системы и ряд других мишеней, точно воздействовать на которые позволял комплексный подход.

Результаты. Установлено существенное улучшение показателей по шкале PANSS у пациентов всех трех групп. Суммарный балл шкалы редуцировался более чем на 10 баллов в группах ПБ и ДС, причем наиболее выраженной динамике подверглась подшкала общепсихопатологических симптомов (с $42,1 \pm 9,1$ до $35,0 \pm 7,5$ в ПБ и с $36,0 \pm 9,1$ до $30,0 \pm 6,8$ в ДС, $p < 0,001$). В группе НКО средний балл психопатологической симптоматики снизился с $69,0 \pm 9,9$ до $61,2 \pm 8,8$, $p < 0,05$. Положительная динамика была достигнута при таких негативных симптомах, как притупленный аффект, эмоциональная отгороженность, трудности общения, нарушения спонтанности, плавности речи и мышления (стереотипного и абстрактного). Отмечалось снижение выраженности таких показателей, как волевые нарушения, аутизация и активная социальная отгороженность во всех исследуемых группах. В результате прохождения реабилитационной программы у пациентов трех групп в большинстве случаев улучшилось осознание болезни, понимание необходимости медикаментозного лечения. Однако статистически значимое улучшение комплаентности наблюдалось у пациентов группы ДС (с $0,0 \pm 4,1$ до $4,0 \pm 3,2$ баллов, $p < 0,05$), группы НКО и ПБ характеризовались достаточно высокой исходной комплаентностью этих пациентов. Кроме того, повысилась мотивация, появилась тенденция к улучшению ряда когнитивных функций. Большинство участников программы продемонстрировали высокий уровень активности и целе-

направленности деятельности, способность осваивать новые социальные навыки и реализовывать их.

Заключение. Включение реабилитационных программ в общий лечебный процесс на разных этапах оказания помощи способствует улучшению состояния пациента, замедлению патологических процессов болезни, освоению новых навыков и повышению его социальной активности. Полученные данные будут использованы при разработке методического инструментария для оценки эффективности психотерапевтической/психосоциальной помощи больным шизофренией в психиатрических учреждениях и некоммерческом секторе.

Список источников

1. **Ястребов, В.С.** Системно ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В.С. Ястребов, Т.А. Солохина, В.Г. Митихин, И.И. Михайлова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2008. – № 108 (6). – С. 4–10. <http://dx.doi.org/10.17116/jnevro2016116914-12>
2. **Солохина, Т.А.** Инновационно-реформаторский потенциал общественной организации «Семья и психическое здоровье» / Т.А. Солохина, В.В. Ястребова, Л.М. Алиева // *Психиатрия*. – 2018. – № 79. – С. 13–22. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-13-22>
3. **Ястребова, В.В.** Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности / В.В. Ястребова, Т.А. Солохина // *Психиатрия*. – 2018. – № 79 (3). – С. 52–61. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>
4. **Лиманкин, О.В.** Реабилитационные подходы в отечественной и зарубежной психиатрии: различия и общность проблем и решений / О.В. Лиманкин // *Психиатрия*. – 2018. – № 79. – С. 30–36. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-30-364>
5. **Солохина, Т.А.** Психосоциальная реабилитация и оценка ее эффективности в системе психиатрической помощи и НКО: дети, подростки, взрослые (на примере исследования в Приволжском федеральном округе) / Т.А. Солохина, О.В. Лиманкин, В.Г. Митихин, Г.В. Тюменкова, В.В. Ястребова // *Дети. Общество. Будущее: сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века»: сборник статей*. – Т1. – Москва: КНОРУС, 2020. – С. 307–310. ISBN 978-5-406-02938-1 DOI: 10.37752/9785406029381-96
6. **Исаева, Е.Р.** Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы / Е.Р. Исаева, Ю.В. Мухитова // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2017. – № 27 (1). – С. 83–90.
7. **Солохина, Т.А.** Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности / Т.А. Солохина, В.В. Ястребова, В.Г. Митихин, Г.В. Тюменкова // *Психиатрия*. – 2019. – № 17 (3). – С. 62–74. DOI: [org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-62-74](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-62-74)

Фоминых О.М.

НЕОЖИДАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

АНО «Аутсайдервиль», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. К настоящему моменту некоммерческий сектор имеет ключевое значение в цикле оказания психиатрической помощи в России: от стационарного лечения к амбулаторному этапу, от психофармакологии к психосоциальным и социокультурным программам. Государственные психиатрические службы как никогда нуждаются в «перехватывающих» общественно-ориентированных моделях сопровождения клиентов. В условиях уязвимой отечественной системы социального обслуживания именно общественные организации становятся незаменимым связующим звеном этой цепи, способным заполнить зияющие пробелы между здравоохранением и социальной службой.

Обсуждение. Функциональные особенности НКО позволяют решать множество глобальных задач одновременно: восполнение дефицита социальных услуг, предлагаемых государством, индивидуальные или групповые программы сопровождения подопечных, гибкие возможности в апробации новых моделей оказания помощи, возможность взаимодействовать с различными секторами экономики, формировать общественное мнение, участвовать в законотворческих процессах, взаимодействовать с медиа и СМИ и т.д.

В этой связи опыт АНО «Аутсайдервиль» выглядит более чем убедительным – при гармоничном взаимодействии НКО с медицинскими учреждениями и специалистами можно отметить высокую эффективность такого подхода. В ходе реализации постоянно действующих программ значительно сокращается число госпитализаций среди подопечных, наблюдается восстановление утраченных социальных связей, уход из неблагоприятной среды, разрешение длительных конфликтных ситуаций с родственниками и окружением, появляется устойчивая мотивация, целеполагание, повышается стрессоустойчивость, способность к адаптации, стремление к благополучию и новому качеству жизни, нередко именно благодаря непрерывному сопровождению у подопечных наблюдается длительная устойчивая ремиссия.

На примере АНО «Аутсайдервиль» можно утверждать, что тесное сотрудничество с учреждениями медицинского профиля и социального типа, другими некоммерческими организациями, реабилитационными

центрами и клубными домами, правительственными и медийными структурами, музейными и культурными институтами приводит к реализации максимально эффективных проектов и программ, нацеленных на профилактику расстройств психического здоровья граждан и зарождению актуальных общественно-полезных инициатив.

АНО «Аутсайдервиль» систематически и адресно сопровождает людей с ментальными особенностями посредством программ психосоциальной и социокультурной реабилитации, оказывает консультационную и методическую помощь специалистам в области психического здоровья и арт-терапии, социальной сферы и культуры, оказывает материально-техническую помощь арт-студиям при учреждениях и других НКО. Для населения реализуются программы в области психопросвещения, повышения психологической культуры. Для различных целей применяются всевозможные, часто комбинированные форматы мероприятий и проектов (арт-терапевтические сессии и мастер-классы, студийные и выездные занятия, выставочная деятельность – сборные и персональные выставки, российские и международные проекты, научно-просветительские и образовательные мероприятия, лекции, паблик-токи, кинопоказы, фото- и видеопроекты, культурно-досуговые программы), а также спецпроекты (например, «Арт-экспедиция», «АртПоток» и т. д.).

К основным направлениям деятельности АНО «Аутсайдервиль», которая уже более 12 лет поддерживает людей с ментальными особенностями в сложной жизненной ситуации и содействует их социальной реабилитации, относятся следующие проекты:

- ведущие арт-проекты с опорой на ресурсы творчества, аутсайдерское искусство и арт-терапия;
- индивидуальные социокультурные маршруты для резидентов проекта (от инструментов монетизации результатов творческой продуктивности в пользу автора до социализации и ресоциализации);
- психообразование и психопросвещение;
- проект «Арт-Экспедиция» (исследование инклюзивных и арт-терапевтических практик, творческих ресурсов людей с ментальными особенностями, поиск художников-самоучек в государственных учреждениях психиатрического профиля, учреждениях социальной защиты, общественных организациях и культурных институтах в регионах РФ);
- роль волонтерского движения и формирования профессионального сообщества. Проект «АртПоток. Новое поколение профессио-

налов. Художественная практика и арт-терапия в психиатрии» (массовая подготовка первого поколения квалифицированных специалистов в области арт-терапии и реабилитации творчеством, осуществляющих профессиональную деятельность на основе единых подходов, теоретических и практических знаний, освоения полного цикла сопровождения людей с психическими особенностями в рамках арт-терапевтической деятельности на базе государственных учреждений и НКО, формирование добровольческого движения среди студентов, заинтересованных в сопровождении лиц с ментальными особенностями средствами арт-терапии и поддержке художников-аутсайдеров);

- роль медиа и СМИ;
- художник-аутсайдер – фигура будущего («художник-аутсайдер – часть общественного передового отряда, он живет и трудится так, как должен трудиться человек в соответствии со своей свободной природой». В нашем понимании, художник-аутсайдер – фигура будущего, в которой проявляют себя возможности, предоставленные прогрессом науки и техники. Резиденты «Аутсайдервилля» не «беспомощные» благополучатели, а активные участники социальных процессов, волонтеры и кураторы, инициаторы новых проектов, инноваторы и изобретатели, являющиеся огромным ресурсом для общества, экономики и культуры).

Выводы. Многолетний опыт деятельности АНО «Аутсайдервилль» и совокупность реализованных проектов показали эффективность данной модели.

Список источников

1. **Вавулин, Н.В.** Безумие, его смысл и ценность / Н.В. Вавулин. – Санкт-Петербург: тип. Ф. Вайсберга и П. Гершунина, 1913. – 232 с.
2. **Хайкин, Р.Б.** Художественное творчество глазами врача / Р.Б. Хайкин. – Санкт-Петербург: Наука, 1992. – 232 с.
3. **Гаврилов, В.В.** Аутсайдер арт: коллекция «ИНЬЕ» / В.В. Гаврилов. – М.: ИД «Городец», 2017. – 504 с.
4. **Гурович, И.Я.** Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: ИД Медпрактика-М, 2004. – 491 с.
5. **Карпов, П.И.** Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусства и техники / П.И. Карпов. – Л.: Государственное издательство, 1926. – 140 с.

Шницберг И.Л.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С РАС В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОПЫТ ЦЕНТРА «НАШ СОЛНЕЧНЫЙ МИР» И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫХ НКО

*АНО «Центр реабилитации инвалидов детства «Наш солнечный мир»,
Москва, Россия*

Актуальность. Проблема социальной адаптации, получения образования и выбора дальнейшего жизненного маршрута для людей с расстройством аутистического спектра (РАС) является в России одной из острейших. По данным ВОЗ, сегодня каждый 160-й ребенок в мире имеет признаки данного заболевания, статистика распространенности данного нарушения развития человека за последние пять лет выросла на 78% (например, в 1990 году диагностировался 1 на 1600 детей). Согласно данным Центра по контролю и профилактике заболеваний США (2021 год), аутизм встречается у каждого 44-го ребенка, причем у мальчиков в среднем в 4,2 раза чаще, чем у девочек. Фактически, создавая условия для максимального развития и социальной адаптации людей с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями в ментальной сфере, государство получает в результате высокоэффективных граждан, способных приносить огромную пользу своей стране. В обратном случае, при отсутствии таких условий, люди с аутизмом и синдромом Дауна оказываются в социальной изоляции, и забота о них ложится на плечи государства. Немаловажным также является и тот факт, что в изоляции и в неработоспособном состоянии оказываются и матери таких детей, будучи вынужденными осуществлять круглосуточную заботу о своих социально неадаптированных детях. Государство в таком случае теряет и их возможности приносить пользу обществу. В нашей стране сейчас прикладываются значительные усилия к созданию условий для качественного развития и полноценного существования таких людей.

Обсуждение. В результате длительной и качественной работы в декабре 2021 года правительством Российской Федерации была принята Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной

реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, направленная на выполнение этой задачи. В процессе создания концепции был использован многолетний успешный опыт как государственных, так и общественных организаций, в том числе и в области организации и проведения коррекционно-развивающих занятий. АНО «Центр реабилитации инвалидов детства «Наш солнечный мир» была одной из первых в России общественной организацией, которая начала создавать систему комплексной абилитации и реабилитации детей с аутизмом еще в 1990 году. 30-летний успешный опыт коррекционно-педагогической работы и социальной адаптации детей и взрослых с РАС позволил выступить в роли инициаторов и авторов системы непрерывного межведомственного сопровождения детей и взрослых с РАС в нашей стране. Данная система была впервые принята в ХМАО-Югре в 2017 году, получила поддержку правительства РФ в 2018-м, была принята в Нижегородской области в 2019-м, в Республике Чувашия в 2020-м и продолжает развиваться во многих регионах нашей страны. В основе системы – сочетание коррекционно-развивающих занятий и мероприятий по социальной адаптации в соответствии с возрастом и уровнем развития человека с РАС. Безусловно, выбор наиболее эффективных методов коррекции и реабилитации детей и взрослых людей с РАС опирается не только на наш многолетний успешный опыт, но и на представление о необходимости выбора методов с доказанной эффективностью [1, 2].

В мире существует много эффективных методов коррекционной работы с детьми и взрослыми людьми с РАС. Среди них ABA, DIR-Floortime, TEACCH, ESDM, Miller method, множество методик развития речи, двигательной коррекции, сенсорной интеграции и многие другие. Наиболее эффективным считается комплексный подход к организации коррекционной работы, включающий достаточное количество правильно подобранных методов коррекции в необходимом сочетании. Методы коррекции подбираются в соответствии с возрастом и актуальным уровнем развития ребенка или взрослого человека с РАС. Огромный потенциал знаний как в научной, так и в практической сфере накоплен и в отечественной дефектологической, логопедической, нейропсихологической школе. Необходимо сочетать коррекционное воздействие с созданием условий для адаптации детей с РАС в среде обычных детей, ориентируясь на зону ближайшего развития. Важно помнить, что ни один самый гениальный педагог не может научить ребенка детскому поведению. Обучение социальным навыкам более эффективно происходит в среде нейротипичных детей, только от ребенка к ребенку.

В некоторых случаях ребенок может эффективно обучаться социальным навыкам, находясь и в коррекционном учреждении, но при обязательном условии соблюдения принципов зоны его ближайшего развития. Необходимо реализация программ повышения родительских компетенций. Программ много, необходимо реализовывать достаточное количество моделей, чтобы родители могли выбрать то, что им больше подходит.

Многолетний анализ разнообразных методов коррекции, применяемых в международной и отечественной практике, дает возможность условно разделить их на подгруппы. Некоторые методы ориентируются на инициирование процессов саморазвития у ребенка, делая основной акцент на создание развивающей среды. В этом случае возникающие у ребенка навыки более устойчивы, но процесс может требовать значительно больше времени по сравнению с другими подходами. Другие методы в большей степени ориентированы на приведение поведения ребенка к установленным нормам за счет постоянных тренировок, закрепляющих позитивное и редуцирующих нежелательное поведение. Такие методы дают значительно более быстрый и хорошо измеряемый результат, однако сформированные таким образом навыки, как правило, менее устойчивы, часто возникают проблемы в их генерализации. Тем не менее и те и другие подходы дают успешный результат, и к ним относятся многие методики с доказанной эффективностью. Необходимо помнить о том, что принятые в науке уровни доказательности разные, от установленного консенсуса или авторитетного мнения (самый низкий из принятых уровней доказательности) до систематических обзоров нескольких рандомизированных клинических исследований (РКИ) или трех и более РКИ со схожими результатами (самый высокий уровень доказательности). Всего уровней 6, и в реабилитационной практике используются методики всех уровней. Также важно помнить о том, что с каждым годом методик с доказанной эффективностью становится все больше и больше в результате роста числа проводимых исследований и стремления специалистов показать эффективность своих подходов с использованием принципов доказательности.

Список источников

1. **Шпицберг, И.Л.** Коррекция нарушений развития сенсорных систем у детей с расстройствами аутистического спектра / И.Л. Шпицберг // *Аутизм и нарушения развития*. – 2013. – № 2. – С. 33–45.
2. **Portnova, G.V.** EEG correlates of tactile perception abnormalities in children with autism spectrum disorder / G.V. Portnova, F.P. McGlone, O.A. Tankina, I.V. Skorokhodov, I.L. Shpitsberg, A.A. Varlamov // *Modern Technologies in Medicine*. – 2019. – № 11 (1). – P. 169–176.

Ягина О.М.^{1,2}, Мартусова Е.В.³, Фоминых О.М.⁴

СТУДЕНЧЕСКОЕ ВОЛОНТЕРСТВО В ПСИХИАТРИИ. ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ

¹ *Союз охраны психического здоровья, Москва, Россия*

² *ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва, Россия*

³ *ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 ДЗМ», Москва, Россия*

⁴ *АНО «Аутсайдервиль», Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Основой добровольческого движения традиционно принято считать студенчество. В психиатрии наиболее эффективно волонтерский ресурс в лице студентов медицинских, психолого-педагогических, общих вузов может использоваться в социально-реабилитационной деятельности, а также в профилактических мероприятиях. О необходимости создания условий для развития волонтерства, повышения мотивации граждан к ведению здорового образа жизни говорится в Указе президента «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7.05.2018 [1], что подтверждает актуальность волонтерских проектов, в том числе в сфере охраны психического здоровья. Однако специалисты отмечают, что несмотря на достаточно активное привлечение студентов-волонтеров некоммерческими организациями и лечебными учреждениями, на сегодняшний день «институт медицинского добровольчества все еще находится в процессе своего становления» [2. с. 24]. В наибольшей мере это касается волонтерских проектов в области психиатрии, которые носят, как правило, единичный характер, а ресурс добровольцев используется малоэффективно.

Положительному изменению ситуации, на наш взгляд, может способствовать разработка межсекторных социальных волонтерских проектов в области психиатрии, их масштабирование при поддержке государства. Команда организаторов таких проектов должна включать в себя представителей высших учебных заведений, лечебных учреждений и организаций социальной защиты и, безусловно, социально ориентированных НКО как главных организаций – операторов волонтерской деятельности.

За последние 2 года Союзом охраны психического здоровья совместно с партнерами было разработано и реализовано два межрегиональных

добровольческих проекта в психиатрии, к которым был привлечен ресурс студенческого волонтерства *«Здоровое поколение»* и *«АртПоток. Художественная практика и арт-терапия в психиатрии»*.

Актуальность проекта *«Здоровое поколение»* связана с высокими показателями раннего потребления ПАВ среди молодежи [3]. Так, на основании отчетов Росстата, к раннему потреблению склонны в среднем 5–7% студентов. Одной из важных причин наркотизации является снижение у большинства молодежи превентивной психологической защиты и низкий ценностный барьер, способствующие приобщению к психоактивным веществам. Зачастую проблема низкой эффективности просветительской деятельности в студенческой среде связана с менторством или агитацией со стороны лиц, далеких от молодежи специалистов старшего поколения, что, как правило, дает минимальные результаты. Часто студенты идут на такие мероприятия без желания, из-под палки, что усложняет работу специалистов и снижает эффективность проводимых профилактических мероприятий.

Проект *«АртПоток. Художественная практика и арт-терапия в психиатрии»* разработан Союзом охраны психического здоровья совместно с АНО «Аутсайдервиль» и поддержан грантом Президентского фонда культурных инициатив [4]. Его актуальность связана с необходимостью развития и внедрения творческих видов психосоциальных вмешательств в психиатрических учреждениях и НКО, подготовкой кадров, владеющих этим видом психотерапии. Проект *«Здоровое поколение»* был разработан совместно с ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 ДЗМ».

Цель публикации: проанализировать результаты реализации студенческих добровольческих проектов в психиатрии и эффективность межсекторного сотрудничества при их выполнении.

Материал. Более 500 студентов медицинских, психолого-педагогических и иных вузов ЦФО, СЗФО, Забайкальского края приняли участие в проектах *«Здоровое поколение»* и *«АртПоток. Художественная практика и арт-терапия в психиатрии»*.

Результаты и их обсуждение. Целью проекта *«Здоровое поколение»* является противодействие формированию у студенческой молодежи зависимого поведения путем вовлечения в волонтерскую деятельность и обучения проведению тренинговых занятий по технологии «равный равному».

В проекте приняли участие студенты ведущих медицинских вузов и вузов общего профиля – партнеров Союза охраны психического здоровья: ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», ГОУ ВО МО «Московский государственный областной университет» (г. Москва); ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», ФГБОУ ВО «Забайкальский государственный университет» (г. Чита); ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (г. Санкт-Петербург).

Тренерами и консультантами проекта выступили врачи-психиатры и клинические психологи, имеющие большой опыт в проведении тренинговых программ. Проект был реализован в несколько этапов, в структуру проекта входил комплекс мероприятий, направленных на профилактику потребления психоактивных веществ.

В рамках первого этапа были осуществлены отбор и обучение 36 студентов-медиков из вышеперечисленных вузов. Отбор проводился с помощью дистанционных технологий в ходе собеседования, направленного на определение мотивации, лидерских качеств, а сами тренинги проводились в очном формате в течение 3–5 дней. Во время тренингов студенты получили знания по теме «Профилактика потребления ПАВ», а также овладели навыками групповой работы, ведения тренинговых программ, самопрезентации, ораторским искусством и технологией soft-skills.

На втором этапе все студенты-медики, прошедшие тренинг, были объединены в пары и самостоятельно провели тренинг по разработанной программе для 216 студентов вузов общего профиля в своем регионе, разделенных на группы. Важным моментом, отличающим программу от других, стало использование технологии «равный обучает равного». Выбранная нами технология позволила сформировать «лидеров мнения» в самой молодежной среде. Такой подход обретает особую ценность и легче интерпретируется молодежью без отторжения.

Третьим этапом стало проведение студентами-волонтерами, прошедшими тренинг, информационно-просветительских встреч в своих вузах.

В проекте участвовали более 350 студентов. Успех проекта – это мотивированные волонтеры, а также чаты, созданные для регулярных бесед, функционирующие и после завершения проекта, для обсуждения вопросов, связанных с увеличением знаний по профилактике потребления ПАВ.

В результате проведенной работы волонтеры-медики г. Москвы выразили желание выступить полноценными тренерами в рамках продолжения проекта, а волонтеры г. Читы организовали движение по профилактике потребления ПАВ в своем городе.

Планируется дальнейшее пилотирование проекта в других регионах, расширение тематических блоков по профилактике зависимого поведения, включение темы эмоционального выгорания волонтеров, а также проведение тренингов не только для студентов, но и для специалистов, занятых воспитательной работой в вузах.

Реализация проекта позволит выстроить понимание важности формирования приверженности здоровому образу жизни через выстраивание системы ценностей, личностного развития и выработки с использованием технологии soft skills необходимых знаний и навыков для повседневной жизни и будущей профессиональной деятельности. Участники проекта будут выступать в качестве лидеров по формированию общественного мнения о ценностях ведения здорового образа жизни. Участие в проекте окажет положительное влияние на социально-психологическое благополучие как самих участников, так и их окружения.

Главная цель проекта «АртПоток. Художественная практика и арт-терапия в психиатрии» – формирование добровольческого движения среди студентов вузов по проведению арт-терапии в психиатрических учреждениях и НКО на основе единых подходов, теоретических и практических знаний, освоения полного цикла сопровождения людей с психическими особенностями и художников-аутсайдеров.

Реализация проекта предполагает несколько этапов.

В рамках теоретического этапа проекта студенты прошли онлайн-программу, которая включала в себя следующие образовательные блоки: «Основы психотерапии. Базовые подходы и новейшие методы», «Реабилитационные и социокультурные программы. Роль некоммерческого сектора», «Арт-терапия и психическое здоровье», «Искусство аутсайдеров». Успешно завершили теоретический курс более 200 студентов.

Реализация *практического этапа проекта* также завершена. Более 150 студентов были распределены в волонтерские группы, каждая из которых разработала и провела в течение 2 месяцев цикл из 8 арт-терапевтических занятий на одной из практических площадок проекта. Партнерами полевого этапа проекта выступали ведущие психиатриче-

ские учреждения (ПНД и ПБ), некоммерческие организации (НКО), психоневрологические интернаты (ПНИ) Москвы и Санкт-Петербурга, среди которых Центр лечебной педагогики, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», РБОО «Семья и психическое здоровье», Городская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко, ГКУЗ ЛО «Дружносельская психиатрическая больница», инклюзивные мастерские «Простые вещи» и ряд других организаций.

На завершающем этапе проекта будет проведен комплексный анализ его результатов, однако уже в настоящее время можно обозначить потенциальные позитивные возможности для всех категорий участников.

Студентам участие в проекте позволяет получить глубокий и всесторонний теоретический материал от ведущих экспертов и лекторов в этой области по взаимодействию с людьми с ментальными особенностями, пройти практическую подготовку на базе психиатрических учреждений, ПНИ и НКО с получением базовых навыков работы с указанной группой в рамках реабилитационной деятельности учреждения, реализовать новые арт-терапевтические направления, освоить полный цикл создания и налаживания эффективной работы арт-студий, получить удостоверение о профессиональной переподготовке, привилегии при обучении в ординатуре.

Высшие учебные заведения получили возможность дополнить образовательную программу еще одним направлением, связанным с реабилитацией людей с ментальными особенностями, предоставить студентам привлекательные условия обучения, а также способствовать их самоопределению на профессиональном пути.

Люди с ментальными особенностями стали участниками комплексного сопровождения по направлению «арт-терапия и реабилитация творчеством».

ПНИ, ПБ, ПНД и НКО смогли увеличить количество и улучшить качество предоставляемых услуг в области терапии искусством, тем самым повысив статус организации и ее привлекательность для специалистов высокого класса и получателей услуг, а культурные институции получили возможность внедрить инклюзивные практики и арт-терапевтические программы для людей с ментальными особенностями, в настоящее время мало обеспеченных социокультурной поддержкой.

Заключение. Социально значимые проекты в психиатрии, бесспорно, являются важным направлением студенческого волонтерского дви-

жения, и разрабатывать их должна межсекторная команда специалистов. В этом случае студенчество можно рассматривать как важный фактор добровольческого движения, способный эффективно решать многие задачи, в том числе в психиатрии.

Список источников

1. Официальный сайт администрации Президента РФ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/57425>
2. Белокопытова Н.В., Пашин М.М., Салагай О.О. и др. Феномен медицинского волонтерства в Российской Федерации / Н.В. Белокопытова, М.М. Пашин, О.О. Салагай и др. // *Профилактическая медицина*. – 2018. – № 21 (6). – С. 23–25. DOI 10.17116/profmed20182106123.
3. Официальный сайт проекта «Здоровое поколение». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://volunteers.mental-health-russia.ru/>
4. Официальный сайт проекта «АртПоток». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://artpotok.mental-health-russia.ru>

Часть 3

ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В СЕМЕЙНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Владимирова Т.В., Копейко Г.И., Борисова О.А.

О РЕЛИГИОЗНЫХ ФОРМАХ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Вопросы взаимосвязи религии, психического здоровья и психических заболеваний привлекали внимание зарубежных и отечественных исследователей многие десятилетия [1; 2; 3], и только с 1980-х годов стали появляться научные системные исследования в этой области с использованием современных методов доказательности [4]. К настоящему моменту накоплено свыше 3 тыс. научных исследований, касающихся влияния религии или духовности на здоровье [5]. При этом более чем в 72% исследований последних лет показана положительная взаимосвязь между религиозностью и психическим здоровьем [4].

Религия и духовность являются частью человеческого существования. Часто религия является важным и одним из первых ресурсов, к которым обращаются пациенты и их родственники, когда сталкиваются с тяжелой, хронической или неизлечимой болезнью. В многочисленных работах указывается на то, что религиозные верования помогают пациентам облегчить тяжесть симптомов как соматического заболевания [6], так и психических болезней, стресса [7].

В контексте взаимосвязи психиатрии и религии в последние годы религиозность и духовность пациента рассматриваются исследователями как важная составляющая биопсихосоциальной модели психических заболеваний, так называемая «расширенная биопсихосоциальная модель» [8; 9].

Накоплено много исследований, демонстрирующих, что уровень религиозности обратно пропорционален уровню депрессий, в особен-

ности среди людей, сталкивающихся с серьезными жизненными ситуациями [10], коррелировал с меньшим уровнем тревоги среди пациентов с паническими расстройствами [11]. Убедительно показано положительное влияние религиозности на снижение потребления наркотиков, уменьшение делинквентности и преступности [12]. Исследования самых последних лет демонстрируют положительную роль религии и духовности в совладании с такими серьезными, угрожающими жизни ситуациями, как пандемия Covid-10 [13]. Наряду с этим необходимо отметить относительную малочисленность публикаций, посвященных взаимосвязи религиозности, духовности и тяжелых психических заболеваний, таких как шизофрения, шизоаффективные психозы и другие эндогенные расстройства. Эти исследования последних лет посвящены преимущественно анализу психопатологии и течению тяжелых эндогенных заболеваний у религиозных пациентов [14; 15; 16].

Анализируя положительное влияние религиозности на психическое здоровье, один из ведущих исследователей в области психиатрии и религии профессор Н. Koenig выделяет следующие факторы:

- 1) религиозность предоставляет ресурсы для борьбы со стрессом, влияя на когнитивную оценку негативных жизненных событий. Она формирует оптимистическое мировоззрение, помогает справиться с потерей;
- 2) являясь законченной ценностно-нормативной системой, религия помогает людям выстраивать свое поведение так, чтобы избегать стрессовых событий (развод, лишение свободы, проблемы с детьми, финансовые трудности);
- 3) большинство религий поощряют «просоциальное» поведение человека, его коммуникативность на основе альтруистической любви – встречи и забота о близких, взаимопомощь – увеличивают положительные эмоции и отвлекают от собственных проблем [17].

Вместе с тем исследователи подчеркивают, что хотя религиозность пациента оказывает значительное положительное влияние при депрессии, в профилактике суицидов, алкоголизма и злоупотребления психоактивными веществами, необходимо учитывать возможное негативное влияние религиозности, особенно в случаях биполярных расстройств, хронических бредовых нарушений и при шизофрении [5]. К таким случаям прежде всего относятся так называемые формы «патологической духовности», которые препятствуют здоровому развитию индивидуума в частности и внутри сообщества и могут наносить вред пациенту и обществу. К таким случаям относятся связь с различными сектами,

окультизмом, «новомодными религиозными движениями» и другие формы так называемой «агрессивной или оскорбительной духовности», когда в отношении человека используются средства принуждения со стороны духовного лидера [18].

Ряд авторов определяет патологическую религиозность как «психические расстройства, лежащие в основе или искажающие принятие и усвоение традиционных религиозных убеждений, ведущие к измененному этими расстройствами религиозному поведению и образу жизни больных» [19]. Проявления такой «патологической религиозности», связанной прежде всего с остротой психопатологических расстройств, выявляющимися бредом греховности, отчаянием, антивитальными размышлениями и явлениями богоставленности, могут оказывать прямое негативное влияние на состояние пациента и течение его заболевания [20].

По мнению исследователя и религиозного психиатра П. Верхагена, «Религия и духовность являются частью психологического функционирования человека... религия и духовность при положительном опыте способствуют психической стабильности, и напротив, иногда могут наблюдаться противоположные эффекты, когда религиозные представления воспринимаются как пугающие и репрессивные» [4]. Именно поэтому, по мнению автора, религия является значительным ресурсом пациента для совладания с психическим заболеванием, однако использование ее должно основываться на здоровом ресурсе пациента, с учетом всех особенностей как его духовных проблем, так и психических болезненных расстройств.

В психологической и психотерапевтической практике эффективным способом выхода из патологического состояния являются копинг-стратегии, которые предполагают преодоление кризисного состояния личности и постепенную адаптацию к новым условиям жизни. Слово *coping* происходит от английского «*sore*» (преодолевать). Этот термин был использован впервые Л. Мёрфи в 1962 году и был принят научным сообществом, занимающимся проблематикой стресса. Термин «копинг» используют в понимании адаптивного совладающего поведения в ответ на стрессовую ситуацию и устранение проблем, мешающих продолжению полноценного существования личности [21].

Основными инструментами копинг-стратегий являются личностные особенности и ресурсы, а также ресурсы среды. Эта форма помощи пациенту основывается на данных анализа базовых свойств личности, та-

ких как мировоззрение, религиозный опыт, ценности, духовные идеалы, состояние морального и нравственного сознания и др.

Религиозный копинг/совладание чаще всего определяют как «...использование религиозных убеждений или практик с целью фасилитации решения проблем для устранения или смягчения негативных эмоциональных последствий стрессовых жизненных ситуаций» [22]. Термин «духовное совладание» также часто упоминается в контексте религиозного копинга, но при этом имеется обращение не к религии, а к духовной сфере. Религиозную и духовную сферу принято считать различными, но взаимосвязанными сферами. Исследователь и психотерапевт К. Pargament в начале 1990-х гг. инициировал масштабную программу по изучению религиозных и духовных форм совладания. Полученные данные и дальнейшие разработки в настоящее время являются одними из ведущих в области психологии религии [23;24].

В понимании роли религиозности и духовности человека в поддержании психического здоровья и влияния на психическое заболевание значительную помощь может дать анализ ценностно-смысловой сферы личности человека в ее отношении с религиозной верой. По мнению отечественных и зарубежных исследователей, ценностно-смысловые ориентации, обусловленные религиозной верой, становятся важным элементом сознания людей и действенным регулятором поведения [25].

Результаты и их обсуждение. В отделении особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ было проведено исследование по анализу ценностно-смысловых образований у больных с эндогенными психическими расстройствами [26]. Изучаемые ценности охватывали как общие ценности (творчество, общение с другими людьми, материальные блага, профессиональный успех), так и ряд ценностей, исключительно свойственных верующему человеку (стремление к Богу, стремление к развитию в себе духовных качеств, реализации смысла своего существования).

Анализ ценностно-смысловой сферы религиозных пациентов с психической патологией в сравнении с неверующими пациентами показал, что у больных с религиозным мировоззрением имели место высокие показатели деятельного духовного стремления к реализации смысла своего существования наряду с бережным и чутким отношением к другим людям и стремлением к Богу. В отличие от этого больные, не имеющие религиозного мировоззрения, в основном демонстрировали наибольшую значимость ценностно-смысловых образований в сфере общения с родными и близкими.

Лица с религиозным мировоззрением существенно отличаются от групп неверующих по своему отношению к изучаемым ценностям, особенно к здоровью и к духовной сфере. Так, у больных с религиозным мировоззрением в отличие от неверующих пациентов по-разному осмысливаются отношения к миру, понятия «здоровье» и «болезнь». У больных, не имеющих религиозного мировоззрения, отсутствие здоровья влечет за собой потерю базовых ценностей и утрату смысла жизни. У верующих пациентов оказывался выше уровень самоконтроля, а также социального общения за счет сохранения из вовлеченности в жизнь церковной общины. Творчество занимало значительное положение в иерархии ценностей в группе верующих пациентов. Сравнительный анализ показал значительную стабильность, устойчивость ценностно-смысловой структуры у верующих православных больных – тяжелая психическая болезнь принципиально не меняла ее структуру. Эти особенности необходимо учитывать при выборе и проведении психокоррекционных действий в процессе терапии и реабилитации.

В амбулаторном отделении особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ в течение многих лет оказывается психиатрическая и психокоррекционная помощь пациентам с религиозным мировоззрением, страдающим различными формами эндогенных заболеваний, включая шизофрению, шизотипическое расстройство, биполярное расстройство. При планировании и проведении лечебно-реабилитационной работы с психически больными необходимо подчеркнуть, что на первом месте стоит терапия психофармакологическими препаратами с использованием широкого арсенала психотропных препаратов, современных атипичных нейролептиков, которые позволяют уменьшить негативные проявления шизофренического процесса.

Вместе с тем крайне важной составляющей работы с пациентами и его родственниками является психокоррекционная работа, направленная на преодоление кризиса, вызванного психической болезнью, совладанием с болезненными переживаниями, а также адаптацию к новым условиям существования. Это так называемая копинг-работа на основе религиозного копинга, который включает в себя совладание при помощи собственной системы ценностей и убеждений, укрепления связи между людьми в общине единоверцев, а также за счет развития отношений между человеком и Творцом.

Копинг-работа с верующими пациентами является прежде всего конфессионально ориентированной с учетом особенностей ценностно-смысловых структур этих больных и опорой на сохраненные духовно-

ориентированные ценности пациентов, а также особенности верования и религиозности пациентов, в понимании и в соответствии с рекомендациями Prof. K. Pargament (2013).

В практической работе отделения особых форм психической патологии использовались следующие религиозные копинг-стратегии (стратегии совладания): 1) сохранения базовых ценностей жизни – консервация традиционных ценностей и смыслов; 2) религиозная поддержка через общину – стратегия социальной поддержки; 3) стратегия обретения эмоционально-комфортного состояния, которое дает религиозная вера (утешение, успокоение, прощение, примирение) и 4) методы религиозного трансформационного копинга – религиозное переосмысление ситуации, переосмысление собственной личности и так называемый объединенный религиозный копинг.

Сохраняющий копинг позволяет сохранить базовые ценности жизни, защитить смысл жизни перед лицом серьезной болезни или потери. Он направлен на консервацию традиционных ценностей и может проявляться и в религиозной переоценке негативных событий с благоприятной точки зрения, то есть негативным событиям придается потенциально благотворное и благоприятное значение как допущенным от Бога для исправления, усовершенствования, ограждения от ошибок и падений. В мировоззрении верующих больных в общий контекст их духовной, душевной и телесной жизни включены понятия о болезни так же, как и о здоровье, и поэтому факт появления психического заболевания не приносит столь критических изменений в картину мира этих больных. Помогает вера в то, что Бог имеет власть изменить стрессовую ситуацию на благоприятную.

Стратегия религиозной поддержки через общину, стратегия социальной поддержки оказывается ведущим занятием в христианской православной общине и помогает больным с религиозным мировоззрением не чувствовать свою ущербность. Ранее описанное исследование качества социальных связей показало [19], что общее количество связей и плотность социальной сети достоверно выше у больных с религиозным мировоззрением, принадлежащих к общине, чем у больных с секулярным мировоззрением, что дает больше ресурсов для адекватного выбора социальной поддержки. Более сильная система межличностных взаимодействий во многом обусловлена единым религиозным мировоззрением и канонами христианства. Таким образом, религиозная община – это эффективный способ поддержки больных.

Важной составляющей психокоррекционной работы с пациентами являются методы так называемого *религиозного трансформационного копинга*, который заключается в переосмыслении с религиозной точки зрения негативных событий, которые могут получить новое измерение и иное значение, и что может предотвратить более ужасную ситуацию. В любом случае, считается, что *Бог не посылает страданий сверх меры возможного для человека*. Важным является переосмысление себя и своих несчастий, которые воспринимаются как трагедия, однако они приписываются не самому человеку, а божественным силам. *Бог предоставляет возможность посмотреть на себя и свою жизнь, предоставляет возможность духовного роста*.

Переосмысление священного – это объединенный религиозный копинг, который состоит в поиске контроля через отношения с Богом в решении проблем (Erich Fromm, 1950). Даже так называемая *религиозная капитуляция* – активная передача контроля Богу, отдаться в руки Божии, позволяет больным справиться с чувством напряжения и тревоги, принять психическую болезнь как промысел Божий, согласиться с необходимостью лечения у врачей, приема лекарств, госпитализации в психиатрический стационар. Этот путь совладания идет через принятие болезни, через осмысление и вычленение ее в общей ценностно-смысловой структуре личности; через нахождение смысла существования в условиях болезни. Болезнь рассматривается в контексте всего пути человека – пути цельного, неразрывного (до, во время и после болезни), имеющего смысл.

Несмотря на отсутствие должного критического отношения к своему состоянию, вызванному шизофреническим процессом, наши пациенты принимают оценку духовником проявлений их болезни как патологических с духовно-религиозной точки зрения (ложная мистика, прелесть), дисциплинированно относятся к приему поддерживающей терапии и даже госпитализацию в психиатрический стационар воспринимают как послушание. Это позволяет осуществлять длительную многолетнюю поддерживающую терапию современными антипсихотическими средствами, влияющими на негативные расстройства, предупреждать рецидивы болезни даже в случаях хронического непрерывного течения, а также улучшать социальное функционирование больных и повышать качество их жизни.

Различные методы копинга использовались психологом и священником как в индивидуальной работе с пациентами, так и в групповой психокоррекционной работе. В течение двадцати лет проводились вы-

ездные православные лагеря с длительным сроком пребывания, объединявшие пациентов, окормлявшихся священником, врачей и психологов. Работа в выездных лагерях была направлена на формирование и развитие социальных и коммуникативных навыков больных, сохранение базовых ценностей и обретение смысла жизни в ситуации хронического психического заболевания, а также возможности переосмысления своего заболевания с позиций православной веры.

Заключение. В настоящее время психокоррекционная работа продолжается, осуществляется отработка форм реализации религиозного копинга через индивидуальную и групповую работу, включение в копинг-работу не только священников, работающих в ФГБНУ НЦПЗ, но также привлечение к сотрудничеству священников из приходов и монастырей Москвы и Подмосковья, которые направляют в отделение особых форм психической патологии пациентов и продолжают окормлять их по месту жительства после выписки из отделений или при проведении амбулаторного психиатрического лечения.

В этом контексте нельзя не упомянуть слова, сказанные в 1992 году Патриархом Алексием II при освящении больничного Храма иконы Божией Матери «Целительница» в ФГБНУ НЦПЗ: «Вера является величайшей святыней человеческой души, она есть главная ценность жизни, без которой жизнь и смерть теряют смысл, становятся унижением и бесславием. В состоянии безнадежности, обреченности, одиночества человек открывает для себя веру и обретает в ней источник полноценного осмысления бытия. Находясь в обладании веры, личность способна преодолеть присущие человеческой природе немощи и болезни, осознать свою самобытную ценность и осуществить свое индивидуальное предназначение. Смысл человеческих скорбей и страданий находит свое оправдание в вере, которая является самой глубокой и таинственной основой каждой человеческой личности».

Крайне актуальными являются высказывания православного психиатра Д.Е. Мелехова, который еще в 1977 г. писал: «Императивным требованием становится рассмотрение человека как целого во всей полноте его физических, психологических и духовных проявлений. В ряде случаев необходимо поставить пациенту духовный диагноз, который является более ответственным, чем психиатрический диагноз. Диагноз духовного кризиса личности является правомерным и служит дополнением к психиатрическому диагнозу. Духовное выздоровление может привести к психиатрическому и физическому выздоровлению» [27].

Список источников

1. **Bergin, A.** Religiosity and Mental Health / A. Bergin // *Critical Reevaluation and Meta-Analysis, Issues in Religion and Psychotherapy*. – 1983. – № 9 (3). – P. 5–12.
2. **Peeteet, J.** Christianity and Psychiatry / J. Peeteet // in *Religion and Psychiatry, Beyond Boundaries*, ed. P. Verhagen, van Praag et al. – Oxford, UK, 2010. – P. 105–118.
3. **Каледа, В.Г.** Религия и психиатрия: проблема взаимоотношения в трудах отечественных психиатров / В.Г. Каледа с соавт. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2018. – № 6. – С. 102–110.
4. **Verhagen, P.** Psychiatry and Religion. Controversies and Consensus / P. Verhagen // *Matter of Attitude*. – Duren-Germany, 2019. – P. 3–37.
5. **Koenig H.** Religion and psychiatry: recent developments in research / H. Koenig et al. // *BJ Psych Advances*. – 2020. – № 26. – P. 262–272.
6. **Pargament, K.I.** The religious Dimensions of Coping: Advances in Theory. Research and Practice / K.I. Pargament // *Handbook of the psychology of religion and spirituality*: 2nd ed. by R.P. Paloutzian, C.L. Park. – NY: Springer, 2013. – P. 560–578.
7. **Neeleman, J.** Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a groups of medical controls / J. Neeleman, G. Lewis // *Int J Soc Psychiatry*. – 1994. – № 40. – P. 124–34.
8. **Marks, L.** Religion and Bio-Psycho- Social Health / L. Marks // A Review and Conceptual Model. *Journal of Religion and Health*. – 2006. – № 44. – P. 173–186.
9. **Hefti, R.** Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care / R. Hefti // *Psychiatry and Psychotherapy Religions*. – 2011. – № 2. – P. 611–627.
10. **Smeth, T.B.** Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events / T.B. Smeth, M.E. McCullough, J. Poll // *Psychol Bull*. – 2003. – № 129. – P. 614–36.
11. **Bowen, R.** Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder / R. Bowen, M. Baetz, C. D’Arcy // *Depress Anxiety*. – 2006. – № 23. – P. 266–73.
12. **McCullough ME, Willoughby BLB.** Religion, self-regulation, and self-control: associations, explanations, and implications / M.E. McCullough, B.L.B. Willoughby // *Psychol Bull*. – 2009. – № 135. – P. 69–93.
13. **Thomas, J.** Positive Religious Coping and Mental Health among Christians and Muslims in Response to the COVID-19 Pandemic / J. Thomas, M. Barbato // *Religions*. – 2020. – № 11 (10). – 498 с.
14. **Grover, S.** Religion, spirituality, and schizophrenia: a review / S. Grover, T. Davuluri, S. Chakrabarti // *Indian Journal of Psychological Medicine*. – 2014. – № 36 (2). – P. 119–24. DOI: 10.4103/0253-7176.130962
15. **Копейко, Г.И.** Клинико-психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, Е.В. Гедевани, И.С. Самсонов, В.С. Каледа // *Психиатрия*. – 2019. – № 17 (3). – С. 24–29.
16. **Копейко, Г.И.** Психическое здоровье и религиозный мистический опыт / Г.И. Копейко, О.А. Борисова // Материалы международной конференции. – Санкт-Петербург, 2020. – С. 123–132.
17. **Koenig, HG.** Handbook of religion and health, 2nd ed. / H.G. Koenig, D. King, V. Carson. New York: Oxford. 2012.

18. **Crowley, N.** Pathological spirituality / N. Crowley, G. Jenkinson // In *Spirituality and Psychiatry* (eds Cook, CHC, Powell, A, Sims, A). – RCPsych Publications, 2009. – P. 254–72.

19. **Борисова, О.А.** Спектр патологической религиозности у больных с эндогенными психическими заболеваниями. Религиозность и клиническая психиатрия / Борисова О.А. // Материалы Первой московской международной конференции, 20–21 апреля 2017 года / Сборник научных трудов. – Москва, 2017. – С. 111–119.

20. **Попович, У.О.** К вопросу о патологической религиозности в контексте клинической психиатрии / У.О. Попович, Н.В. Романенко, В.Г. Каледя // *Психиатрия*. – 2020. – № 18 (4). – С. 114–121.

21. **Lazarus, R.** Psychological stress and the coping process / R. Lazarus. – N.Y.: McGraw-Hill, 1966. – 257 p.

22. **Koenig, H.** Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults / H. Koenig, K. Pargament, J. Nielsen // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1998. – № 186 (9). – P. 513–521.

23. **Pargament, K.I.** The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE / Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. // *Journal of Clinical Psychology*. – 2000. – № 56 (4). – P. 519–543.

24. **Шаньков, Ф.М.** Духовное и религиозное совладание. Обзор западных исследований / Ф.М. Шаньков // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2015. – № 5. – С. 123–152.

25. **Двойнин, А.М.** Ценностно-смысловые ориентации личности в контексте религиозной веры: автореферат на соискание ученой степени кандидата психологических наук / А.М. Двойнин. – Москва, 2007.

26. **Борисова, О.А.** Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением / О.А. Борисова, В.В. Гусев, А.М. Двойнин, Г.И. Копейко // *Культурно-историческая психология*. – 2019. – № 15 (4). – С. 56–67.

27. **Мелехов, Д.Е.** Психиатрия и проблемы духовной жизни / Д.Е. Мелехов // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. – М., 1997. – 56 с.

Зоричич З.

КОМПЛЕКСНАЯ СЕМЕЙНАЯ АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ: МИРОВОЙ ОПЫТ

Загребская госпитальная больница «Сестры милосердия», Загреб, Хорватия

В научной литературе имеется описание специальных методов реабилитации больных, включающих индивидуальные и групповые занятия. Наиболее распространенными и популярными формами работы среди них являются тренинги, направленные на развитие социальных навыков, самоуважения, уверенности в себе, самостоятельной жизни.

Больных учат справляться с остаточными симптомами психоза, проводится семейная терапия.

Применение реабилитационных мероприятий помогает больным ощутить свою самодостаточность и ответственность за свое состояние. В случае возникновения каких-либо трудностей или обострения заболевания поддержка, оказываемая со стороны семьи, врачей и многопрофильной команды специалистов, поможет пациентам выстроить собственный стиль поведения, максимально приближенный к полноценному здоровому образу жизни.

Изучение различных современных реабилитационных программ и форм психиатрической помощи в разных странах показывает, что широкое распространение получили внебольничные подходы. Изучение передового мирового опыта психосоциальной реабилитации привело ряд специалистов к заключению, что применение групповых методов психосоциального лечения и когнитивной реабилитации способствует совершенствованию системы социальной адаптации пациентов и дальнейшему развитию психосоциальной реабилитации. Приобрели большую важность и социально ориентированные виды психиатрической помощи. Их внедрению способствовали доказательство негативного влияния на больных с психическими расстройствами длительного содержания в стационарных условиях (социальная депривация), осознание необходимости развития системы оказания психиатрической помощи с учетом разнообразных потребностей больных и социальной поддержки, желание больных выбирать и контролировать оказываемую им помощь при условии самостоятельного проживания в обществе. Доказано, что психосоциальная терапия и реабилитация, реализуемые некоммерческими организациями в рамках деятельности по охране психического здоровья, эффективны благодаря возможности использования разнообразных ресурсов социальных сообществ на этапе выздоровления и ресоциализации пациентов.

Эволюция европейской и мировой концепций исследования в области охраны психического здоровья предполагает наличие у пациентов с психическими расстройствами внутренних ресурсов личности, для того чтобы терапевтические усилия могли быть направлены на изменение образа мыслей и поведения пациентов и, в конце концов, на изменение всего их образа жизни. Мы видим это и при использовании широко распространенной методики мотивационного консультирования, и при экосоциальном подходе [1], получившем развитие в амбулаторной семейно ориентированной программе помощи больным с расстрой-

ствами поведения [2]. Для формирования навыков здоровой семейной жизни следует использовать семейную психотерапию.

Главными условиями реабилитационной программы являются:

- 1) индивидуальный подход в процессе оказания реабилитационной помощи. Данный подход обеспечивается сопутствующей работой многопрофильной команды специалистов: психиатр и нарколог должны сотрудничать с клиническим психологом, священником, социальным работником;
- 2) восстановление социального статуса, связанного с возвращением профессионального и семейного благополучия, что достигается за счет участия больных и членов их семей в работе терапевтического сообщества в амбулаторных условиях;
- 3) переход на семейный тип общения и установление социальной поддержки в рамках существующей социальной сети в процессе реабилитации через механизмы группового общения даже при отсутствии всех членов семьи больного;
- 4) применение помимо амбулаторно-групповой работы широкого спектра социально-реабилитационных мероприятий, таких как спортивные и творческие мероприятия, летние лагеря, встречи участников реабилитационной программы на фестивалях и форумах.

В организационном плане основным координатором помощи эндогенным психическим больным с коморбидными аддиктивными расстройствами на основе духовно-ориентированного подхода в России является некоммерческая организация «Межрегиональное общественное движение клубов семейной трезвости, в Хорватии – Хорватская ассоциация «Клубы лечащихся больных с алкоголизмом» (HSKLA). В мировом сообществе успешно функционирует Всемирная ассоциация клубов семейной трезвости (WACAT).

Преимуществом такой формы организации реабилитационной деятельности является активное участие волонтеров, прошедших специальную подготовку, использование ресурса конфессионального сообщества, повышение мотивации к лечению и реабилитации за счет улучшения социального функционирования и терапии окружающей средой и постоянное взаимодействие пациентов с многопрофильной командой экспертов.

Современные реабилитационные программы, всесторонне рассматривающие природу коморбидных расстройств, основаны на принципах терапевтического сообщества, системного семейного подхода, концеп-

ции копинг-поведения или копинг-стратегий, а также духовно-ориентированных моделях помощи пациентам.

Христианское религиозное преодоление, основанное на внутреннем присутствии живого Слова и Святого Духа, использует религиозную веру и практики для поддержки религиозных копинг-стратегий. Одновременно с этим используются религиозные доктрины для обсуждения иррациональных убеждений и оспаривания неблагоприятных знаний, подчеркивается важность молитвы и христианского содержания в процессе терапии и применяются христианские духовные рассуждения в ходе когнитивно-поведенческой терапии для борьбы с иррациональными идеями. Религиозно ориентированная стратегия прощения может применять модель REACH. Покаяние становится результатом ценностного преобразования личности в соответствии с христианством в результате духовной жизни, религиозной веры и учения [3].

В России с 1992 года реализуется мультидисциплинарная программа амбулаторной помощи эндогенным психическим больным с коморбидными аддиктивными расстройствами, включающая духовно-ориентированную терапию. В программе используются ресурсы государственной системы помощи психическим больным в условиях ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», методика клубов семейной трезвости по методу Владимира Худолина и опыт пастырского окормления в приходах Русской православной церкви [4]. Сочетание биологической терапии, психосоциотерапевтических процедур и духовно-ориентированной терапии определяет эффективность помощи коморбидным больным с аддиктивными расстройствами.

Список источников

1. **Hudolin, V.** Social psychiatry. Springer Science & Business / Vladimir Hudolin, ed. – Media, 2013.
2. **Zoričić, Z.** Comparison of the Development and Functioning of Addiction Treatment Systems in Croatia / Z. Zoričić // *Interdisciplinary Description of Complex Systems*. – INDECS 18.1. – 2020. – P. 15–25.
3. **Nation, J.A.** Evaluation of an online self-help version of the REACH forgiveness program: Outcomes and predictors of persistence in a community sample / Jennifer A. Nation, Eleanor H. Wertheim and Everett L. Worthington Jr. // *Journal of Clinical Psychology* 74.6. – 2018. – P. 819–838.
4. **Magay, A.** Spiritually-oriented therapy for endogenous mental patients with comorbid addictive disorders. ZBORNIK SAŽETAKA / A. Magay, A. Baburin, Z. Zoričić // *ŠESTI HRVATSKO–RUSKI PSIHIJATRIJSKI KONGRES s međunarodnim sudjelovanjem*, 2021.

Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедеван Е.В.

МЕСТО ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

В последнее время становится все более очевидным, что отдаленные результаты лечения эндогенных заболеваний зависят не только от проводимой психофармакологической терапии, но и от реабилитационных мероприятий в период реконвалесценции и ремиссии [1, 2]. Если в выборе медикаментозно-лечебных подходов главенствующими являются клиническая картина заболевания, синдромологическая оценка психического статуса, динамика продуктивной симптоматики, то в разработке реабилитационных мероприятий на первый план выступает качество ремиссии, особенности личности и религиозности больных, страдающих психическими расстройствами [3–6].

Проведенное исследование позволило выделить несколько направлений реабилитационной работы, которые, взаимно дополняя друг друга, способствуют предоставлению всесторонней и адекватной помощи больным с психическими расстройствами с учетом их психопатологических, психологических и мировоззренческих особенностей. По нашим представлениям, отдельный пациент нуждается одновременно в мероприятиях, относящихся к каждому из выделенных направлений, но комбинация используемых методик на разных стадиях заболевания должна быть индивидуальной.

Одним из важнейших направлений реабилитации психических больных является устранение психотических проявлений психической патологии, редуцирование резидуальной симптоматики, стабилизация состояния ремиссии, профилактика эксацербации процесса с помощью психофармакологических препаратов. Условно это направление реабилитационного процесса было названо медицинским. В НЦПЗ была разработана комплексная оценка ремиссии, которая включала как клинические, так и иммунологические показатели, что позволило получить объективное представление об особенностях патологического процесса, протекающего в головном мозге, на определенном временном отрезке развития заболевания, дополнить персонифицированные данные клинического обследования пациентов, с учетом степени ак-

тивности (остроты) психотического состояния. Корреляция между психическим статусом и иммунологическими показателями является предиктором эффективности терапии, что позволяет осуществлять мониторинг проводимого лечения, на практике провести коррекцию психотропной терапии, определить ее интенсивность и длительность, ориентируясь на объективные результаты нейроиммунологических показателей.

Целью второго, психологического, психокоррекционного направления является минимизация инвалидизирующих факторов, предотвращение или уменьшение стойких психических последствий заболевания, развитие адекватных индивидуальности пациента компенсаторных механизмов и стратегий адаптивного поведения, способствующих ауторегуляции его отношений с окружающей средой и с самим собой.

Третье направление мероприятий, необходимых для реабилитации психических больных, – это восстановление прежнего или становление нового социального и трудового статусов.

На первом, медицинском, направлении реабилитации психических больных значение духовно-ориентированных подходов в комплексной реабилитации находило свое выражение в формировании особой комплаентности верующих больных, приверженности к проводимому длительному поддерживающему лечению по благословлению духовника. Это позволяло добиваться максимально выраженной редукции продуктивной симптоматики и профилактики новых экзacerbаций процесса.

Наиболее существенным являлось влияние религиозности на этапе становления ремиссии, когда продуктивная симптоматика редуцировалась и на первый план выступали личностные особенности больных и их ценностно-смысловые ориентации. В период становления ремиссии поведение больных и восприятие ими действительности определялось не продуктивной симптоматикой, а базисными личностными ценностями. Именно в этот период формировалось отношение пациентов к болезни и к своим страданиям.

В ходе исследования была установлена взаимосвязь типа ремиссии после перенесенных бредовых приступов с религиозной фабулой в рамках приступообразного течения шизофрении с религиозностью больных в доманифестном или преморбидном периоде; выделены клинические факторы, влияющие на процесс формирования ремиссий с преобладанием позитивной симптоматики либо негативных расстройств. Из обследованных 68 пациентов, перенесших бредовые приступы с рели-

гиозной фабулой в рамках приступообразной шизофрении, были выделены 2 группы больных, различавшихся по типу ремиссий и по типу преобладания негативных расстройств или позитивной резидуальной симптоматики. Выявленная корреляция между данными группами больных и вариантом патологической религиозности позволила более дифференцированно подойти к подбору комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий с учетом как медицинских, так и религиозно-психологических особенностей пациентов.

Духовно-ориентированные подходы при психокоррекционном воздействии использовались при учете результатов психодиагностической работы, осуществляемой совместно психологами и врачами-психиатрами. На первом этапе проводился первичный отбор больных для участия в групповой психотерапии и первичное психодиагностическое обследование. Первичный отбор больных для психокоррекционной работы проводил лечащий врач. Врач также предварительно формулировал задачи этой работы, определял ограничения, связанные с особенностями проявлений и течения заболевания и состоянием больного. Первым критерием отбора пациента для психокоррекционной работы являлась мотивация самого пациента к участию в такой работе. Первичная психодиагностика определяла наличие у больного ряда психологических характеристик, необходимых для включения его в психокоррекционную работу. Сюда входили относительная сохранность интеллектуальной и эмоционально мотивационной сфер, достаточный уровень регуляции социального поведения и возможностей развития социальных навыков. Кроме того, для решения вопроса о возможности включения больного в психокоррекционную работу проводилось интервью для определения его основных психологических проблем, основных зон психологического дискомфорта и особенностей его религиозности.

В ряде случаев предпочтительным, а иногда и единственно возможным направлением психокоррекционной работы являлся то, в котором в наибольшей степени учитывались особенности религиозности. В этом случае психотерапевт помогал больным совладать с болезнью, опираясь на религиозное мировоззрение. Этот путь совладания предполагал принятие болезни через осмысление для включения ее в общую ценностно-смысловую структуру личности через нахождение смысла существования в условиях болезни, через нахождение путей реализации этого смысла и через поддержку на выбранном пути.

Третье направление реабилитации психических больных – ресоциализация и восстановление сниженной или утраченной трудоспособности. В этом случае значение духовно-ориентированных подходов в комплексной реабилитации заключалось в особом процессе приобретения новых социальных качеств взамен утраченных, в восстановлении разрушенных взаимоотношений индивида с макро- и микросредой. Сравнение мировоззрения в группах религиозных и нерелигиозных психически больных позволило указать на следующие особенности [7–9]: большая сохранность структуры ценностно-смысловой сферы у верующих больных (сохранность у верующих больных религиозных ценностей), различное отношение к здоровью у верующих и неверующих больных. Эти моменты учитывались при выборе и осуществлении конфессионально ориентированной реабилитационной работы. У верующих больных (в отличие от больных неверующих) сохранялась основная структура и состав ценностно-смысловой сферы, что позволяло утверждать: психическое заболевание принципиально не изменяет аксио-семантическую сферу у пациентов, являвшихся верующими людьми до манифестации болезни.

Реабилитационная работа проводилась путем создания группы пациентов, которая основывалась на конфессиональном единстве и формировалась вокруг общины больничного храма, ядром которой были врачи, психологи, другие сотрудники отдела и их родственники. Одним из ведущих методов работы являлись реабилитационные поездки паломнической направленности. Организация участия в паломнических поездках требовала активной, но посильной включенности пациентов в этот вид деятельности, способствовала естественному развитию социальных навыков, стимулировала активирование когнитивных резервов и благоприятствовала закреплению навыков конструктивного межличностного взаимодействия и совладания со стрессовыми ситуациями, а также укреплению целостности внутреннего мира больных.

Предложенные подходы по выбору различной тактики оказания психиатрической помощи больным, страдающим эндогенными психическими расстройствами и имеющим различные варианты патологической религиозности, были апробированы в отделении по изучению особых форм психической патологии НЦПЗ РАМН. Разработанные методы усовершенствовали диагностические критерии распознавания и прогностической оценки бредовых расстройств с религиозной фабулой, способствовали своевременному назначению психофармакологиче-

ского лечения, позволили обосновать принципы духовно-ориентированных подходов к профилактике рецидивов, психокоррекционной и социально-трудовой реабилитации больных, имеющих религиозное мировоззрение и могут быть использованы в системе здравоохранения и социальных структурах.

Список источников

1. **Van Duin, D.** The effect of rehabilitation combined with cognitive remediation on functioning in persons with severe mental illness: systematic review and meta-analysis / van Duin D, de Winter L, Oud M, Kroon H, Veling W, van Weeghel J. *Psychological Medicine*. – 2019. – № 49. – P. 1414–1425. <https://doi.org/10.1017/S003329171800418X>
2. **Лиманкин, О.В.** Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения / О.В. Лиманкин, С.А. Трущелёв // *Российский психиатрический журнал*. – 2019. – № 6. – P. 4–15. <https://doi.org/10.24411/1560-957X-2019-11949>
3. **Копейко, Г.И.** О возможности использования религиозных способов совладания с депрессивными состояниями / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, О.Ю. Казьмина, А.И. Магай // *Смоленский медицинский альманах*. – 2019. – № 4. – С. 100–105.
4. **Pečečnik, T.M., Gostečnik C.** Use of Spirituality in the Treatment of Depression: Systematic Literature Review / T.M. Pečečnik, C. Gostečnik // *Psychiatric Quarterly*. – 2022. – P. 1–15. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09881-9>
5. **Hefti R.** Integrating religion and spirituality into clinical practice / R. Hefti, A. Büssing (ed.) // MDPI-Multidisciplinary Digital Publishing Institute. – 2018. <https://doi.org/10.3390/rel2040611>
6. **Ouwehand, E.** Prevalence of religious and spiritual experiences and the perceived influence thereof in patients with bipolar disorder in a Dutch specialist outpatient center / E. Ouwehand, A.W. Braam, J.W. Renes, J.K. Muthert, H.A. Stolp, H.H. Garritsen, T.H. Zock // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2019. – № 207 (4). – P. 291–299. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000965>
7. **Борисова, О.А.** Опыт конфессионально ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения / О.А. Борисова, В.В. Гусев, Т.Г. Дробашенко, Л.Н. Пятницкая, Ю.А. Слоневский, С.А. Комиссарова // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2010. – № 18 (3). – С. 176–187.
8. **Копейко, Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю.** Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, О.Ю. Казьмина // *Психиатрия*. – 2016. – № 2. – С. 40–49.
9. **Борисова, О.А.** Структура и содержание ценностно-смысловой сферы психически больных с религиозным мировоззрением / О.А. Борисова, В.В. Гусев, А.М. Двойнин, Г.И. Копейко // *Культурно-историческая психология*. – 2019. – № 15 (4). – С. 56–67. <https://doi.org/10.17759/chp.2019150406>

Магай А.И.

СТРУКТУРА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Возможность получения профессиональной медицинской и реабилитационной помощи на всех этапах течения болезни оказывает значимое влияние на качество жизни пациента с психическим заболеванием и расстройствами поведения. Данная помощь включает в себя в остром периоде и на этапе становления ремиссии мероприятия терапевтического блока – диагностику состояния, психофармакологическое лечение, а также психотерапевтическое сопровождение. В целях поддержания устойчивой ремиссии необходимо участие пациента в реабилитационных программах. Системная помощь позволяет оценить ресурсы личности для поддержания ремиссии, определить мишени для дальнейшего личностного изменения, а также предоставляет возможности для реализации целей реабилитационного процесса в долгосрочной перспективе.

Эффективное сочетание терапевтического и реабилитационного модулей обеспечивает высокое качество помощи при психических расстройствах и должно рассматриваться в целостной последовательности, а не отдельно друг от друга [1].

Классические исследования У. Джеймса, Э. Фромма, Г. Олпорта свидетельствуют, что духовность обладает важнейшим ресурсом для больного, столкнувшегося со страданием в широком смысле, а в случае хронического заболевания обращение к духовным смыслам способствует ценностному преображению личности и помогает в выработке навыков эмоциональной регуляции. Г. Кениг и К. Паргамент описывают типы религиозных копинг-стратегий, используемые у психически больных с религиозным мировоззрением. Отечественные (религиозные) психиатры считают, что религиозное проживание психической болезни в ряде случаев помогает положительному осмыслению своего состояния, создает для личности своего рода аксиосемантический фундамент, предотвращая дальнейшее разрушительное действие болезни [2].

Целью настоящего исследования является описание организационно-методических подходов и структуры реабилитационного процесса с духовно-ориентированным компонентом для пациентов с психическими заболеваниями и расстройствами поведения.

Материал и методы. Совокупность статей и собственный опыт научных сотрудников группы особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты и их обсуждение. Реабилитационный процесс должен включать духовно-ориентированный компонент на более ранних стадиях помощи больному, являться частью общего реабилитационного процесса, включать широкий набор процедур и подходов. Опыт пастырского попечения душевнобольных в психиатрическом стационаре свидетельствует о целесообразности использования духовно-ориентированных подходов у больных с религиозным мировоззрением даже на основном терапевтическом этапе, когда формируется комплаентность больного человека, а также устанавливается терапевтический альянс пациента и специалистов, участвующих в оказании помощи. Основными требованиями к реабилитационному процессу является соблюдение принципов мультидисциплинарности и вовлеченность в процесс всех участников семейной системы [3].

Широкое толкование мультидисциплинарного подхода представлено в тех случаях, когда один специалист обладает различными компетенциями, включающими опыт врачебной психиатрической деятельности, наличие современных знаний и навыков психотерапевтической поддержки, способность осмысливать человеческое существование в традиции религиозного мировоззрения. Однако на практике такое встречается крайне редко, поэтому плодотворное и взаимодополняющее взаимодействие различных специалистов – психиатра, психолога и священника, от которых зависит полнота психического здоровья пациента, является важным компонентом комплексного реабилитационного процесса.

На примере реализации комплексной духовно-ориентированной реабилитационной программы на базе ФГНУ НЦПЗ в общей структуре реабилитации выделяются терапевтический и реабилитационный модули [4]. Терапевтический этап осуществляется на базе лечебно-профилактических учреждений и научно-исследовательских организаций в области охраны психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ, ПНД и ПБ города Москвы). Положительным результатом терапевтического этапа является осуществление психофармакологической поддержки,

выстраивание механизмов долгосрочной курации пациентов специалистами медицинского профиля. Уже на первом этапе могут осуществляться мероприятия реабилитационного модуля. В большинстве случаев воздействия реабилитационного модуля осуществляются на базе общественных организаций и конфессиональных учреждений (приходы Русской православной церкви).

Реабилитационные мероприятия включают в себя мероприятия краткосрочного и долгосрочного порядка, могут носить регулярный характер или осуществляться периодически. К краткосрочным и периодическим событиям могут быть отнесены индивидуальные психокоррекционные и групповые психообразовательные занятия, долгосрочным и регулярным мероприятием становится работа в формате терапевтических сообществ конфессиональной направленности. Групповые встречи направлены как на личностное развитие, так и на развитие навыков социального взаимодействия. На групповых занятиях пациент ощущает себя в кругу единомышленников, может получать как вербальные, так и невербальные формы поддержки. Изменения в процессе реабилитации затрагивают психосоциальный уровень пациента, способствуя выработке новых форм коммуникации и общения. Благодаря использованию различных техник положительное влияние на биологическом уровне происходит опосредованно в результате изменений в нейромедиаторном обмене.

В группе духовно-ориентированного общения в результате структурированного взаимодействия происходит преобразование базовых ценностей и личностных смыслов, а положительные эмоциональные переживания способствуют закреплению полученных ориентаций и дальнейшей интеграции в личностную структуру.

К основным этапам беседы необходимо отнести период разотождествления с болезненными переживаниями, этап ценностной трансформации, а также последующее закрепление в позитивной жизненной позиции [5]. Участие пациента в групповой работе в долгосрочном периоде способствует формированию устойчивых представлений, сопряженных с переживанием личностного опыта и влияющих на изменяющийся жизненный стиль поведения.

В зависимости от динамики реабилитационного процесса элементами духовно-ориентированной программы могут быть проведение просветительских и психопедагогических мероприятий, включающих религиозное содержание, арт-терапевтические формы поддержки духовной направленности (духовный киноклуб, творческие мастерские),

организация и проведение культурно-массовых мероприятий, спортивных событий, творческих концертов, паломнические поездки и лагеря. Эти мероприятия могут носить как регулярный, так и периодический характер. Непосредственной частью духовно-ориентированной программы является участие пациента в жизни церковной общины, которая может быть организована в том числе на базе приходского больничного храма. На богослужениях пациенты принимают участие в церковных таинствах, а опытные священники осуществляют пастырское душепопечение душевнобольных и членов их семей.

Заключение. Таким образом, сочетание биологических методов лечения, психосоциальных форм поддержки, использование духовно-ориентированного компонента позволяет добиться наиболее положительного результата в комплексной реабилитации.

Список источников

1. **Солохина, Т.А.** Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности / Т.А. Солохина, В.В. Ястребова, В.Г. Митихин, Г.В. Тюменкова // *Психиатрия*. – 2019. – № 17 (3). – С. 62–74. DOI 10.30629/2618-6667-2019-17-3-62-74.
2. **Копейко Г.И.** Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, О.Ю. Казьмина // *Психиатрия*. – 2016. – № 2. – С. 40–49.
3. **Копейко, Г.И.** Выявление и профилактика социально значимых нарушений поведения у больных малопрогредиентной шизофренией с бредом религиозного содержания. Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, Е.В. Гедевани, В.Г. Каледа // Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 12 марта 2020 года / под редакцией Г.И. Копейко. – М.: МАКС Пресс, 2020. – С. 89–93.
4. Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением: Коллективная монография / под ред. Г.И. Копейко, О.А. Борисовой, А.Н. Бабурина, Т.А. Солохиной, А.И. Магая. – Москва: МАКС Пресс, 2020. – 88 с. ISBN 978-5-317-06481-5.
5. **Копейко, Г.И.** Опыт конфессионально ориентированной реабилитации эндогенных психически больных с алкогольной зависимостью / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, А.Н. Бабурин, А.И. Магай // Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию научного центра психического здоровья «Психиатрическая наука в истории и перспективе». 07 июня 2019 года, Москва. Материалы Юбилейной конференции, Москва: Научный центр психического здоровья, 2019. – С. 308–311.

Магай А.И.¹, Устинов Н.В.², Копейко Г.И.¹

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ С ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫМ КОМПОНЕНТОМ

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

² Сретенская духовная семинария

Актуальность. В рамках комплексных краткосрочных и долгосрочных интервенций реабилитационные мероприятия духовно-ориентированного направления являются необходимой частью помощи людям с религиозным мировоззрением и могут осуществляться на приходах Русской православной церкви. Использование ресурсов конфессиональной организации при поддержке институциональных учреждений в области охраны психического здоровья позволяет задействовать механизмы комплексной реабилитации, использующие волонтерские возможности в работе полипрофессиональной команды специалистов [1].

К основным механизмам поддержки пациентов с психическими заболеваниями и расстройствами поведения относятся своевременная психофармакологическая терапия, создание терапевтической среды на базе религиозного прихода, жизнь пациента в условиях приходской общины. Исследования в области духовно-ориентированных программ реабилитации отмечают, что в ходе реабилитации у пациентов наблюдается изменение личностных представлений и ценностно-смысловых ориентаций. Изменения являются результатом прояснения места и роли человека в мире, осознанного понимания смысла собственной жизни и универсальных принципов взаимоотношений с ближним кругом людей в традиции религиозной духовности. Наблюдается структуризация и иерархизация смысложизненных ориентаций [2].

Цель. Оценка изменений на различных уровнях функционирования пациентов в ходе комплексной реабилитации, включающей духовный аспект.

Материалы и методы. Было проведено пилотное исследование двух групп верующих пациентов с различной психической патологией общей численностью 20 человек. Все пациенты находились под наблюдением в отделе особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ и получали психофармакологическое лечение, а также принимали участие в работе терапевтических сообществ в рамках комплексного ду-

ховно-ориентированного модуля на базе Душепопечительского центра имени священномученика Владимира (Богоявленского) при одном из храмов города Москвы. Семейная специфика работы терапевтических сообществ предлагала возможность оценивать изменения в ходе реабилитации и со стороны родственников.

Первую группу составили 10 человек с эндогенными психическими заболеваниями ($n_1 = 10$) с диагнозом: F25.x, F21.3-21.4, F33.4, F31.7, F32.2 (по МКБ-10); возраст пациентов от 23 до 52 лет, среди которых 5 мужчин и 5 женщин. Вторая группа – 10 больных с эндогенными психическими заболеваниями с коморбидными наркологическими расстройствами ($n_2 = 10$, F10.2 x 1 – F10.2x2 по МКБ-10), возраст от 21 до 55 лет, среди которых 5 мужчин и 5 женщин. Контрольную группу составили 10 пациентов, среди которых 5 пациентов имели схожие с основной группой эндогенные психические расстройства, а у других 5 пациентов наблюдалась сочетанная патология ($n_3=10$). Больные контрольной группы в реабилитации участие не принимали. Также была обследована группа родственников, состоящая из 5 родственников пациентов первой группы и 5 родственников пациентов 2 группы для объективной оценки изменений в рамках семейной системы в процессе реабилитации.

В исследовательских целях использовались: шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), оценивающая уровень тревожности в данный момент, а также личностную тревожность; опросник SF-36 (The Short-36), позволяющий произвести комплексную оценку качества жизни, связанного со здоровьем; тест смысловых ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева (адаптированная версия «Purpose-in-Life Test», PIL), диагностирующий осмысленность жизни в различных контекстах (прошлое, настоящее и будущее), а также представление человека о контроле своей жизни; модификация опросника Хубера (Huber 2012), представляющая вопросы о различных аспектах духовной жизни (очевидность существования Бога, опыт молитвы и др.); методика «Шкала религиозности» (адаптированный вариант О.Ю. Казьминой), представляющая возможность дифференцировать внешние и внутренние аспекты религиозной жизни; адаптированная модифицированная шкала созависимости Спенн-Фишер (The Spann–Fischer Codependency Scale (SF CDS), позволяющая измерять степень выраженности созависимости.

Согласно исследовательской гипотезе предполагалось, что в результате комплексной реабилитации у пациентов будет наблюдаться сни-

жение показателей уровня тревожности, а повышение психосоциальных показателей жизни будет благотворно отражаться на их качестве жизни. Качественные характеристики изменений в области духовной сферы оценивались по результатам оценки религиозной ценностно-смысловой ориентации. Недостаточные или маловыраженные изменения свидетельствовали бы о низкой эффективности программы или интактности личности пациента к проводимым действиям.

Обследование (психологическое, клинический опрос) пациентов и их родственников проводилось дважды: на этапе включения в реабилитационную программу (сентябрь 2021 года) и спустя 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. При сравнительном анализе результатов клинического и психологического обследования была выявлена положительная корреляция участия в реабилитации и снижения уровня личностной тревожности ($r = 0,54$ при $p \leq 0,001$, по данным шкалы Спилбергера-Ханина), при этом наибольшая динамика отмечалась у тех пациентов, которые регулярно участвовали во всех мероприятиях программы и не пропускали еженедельные встречи, при этом пациенты n1 продемонстрировали более низкий уровень тревожности, чем пациенты n2, что по-видимому, связано с более сложной клинической картиной у пациентов с коморбидной патологией [3].

Анализ *качества жизни* (КЖ по SF-36) у больных n1 и n2 выявил более высокий уровень «удовлетворенностью жизнью в целом» и «ощущение благополучия» по сравнению с пациентами контрольной группы (по физическому компоненту здоровья – $88,8 \pm 43,55$ в n1 и $76,5 \pm 34,3$ в n2 vs. $55,4 \pm 28,5$ в n3 ($p < 0,05$); по психологическому компоненту – $72,4 \pm 36,4$ в n1 и $64,8 \pm 35,8$ в n2 vs. $35,4 \pm 15,2$ в n3 ($p < 0,05$).

Религиозная ценностно-смысловая ориентация пациентов как основной, так и контрольной группы продемонстрировала, что основные жизненные смыслы определяются религией. В группах n1 и n2 в ходе реабилитации формировалась более осмысленная религиозная ориентация, которая определяла обращение к вере как «ресурсу» и «пути ко спасению», со временем наблюдалась более высокая степень значимости духовных и религиозных ценностей, а также гармонизация внутренней и внешней форм религиозности (внутренняя религиозность n1/n2 – 12/10 в первой точке и 17/16 во второй; внешняя религиозность n1/n2 – 18/16 и 14/15). В то же время в группе n3 отмечалось меньшее единодушие в степени выраженности религиозной ориентации, вера оценивалась как «убежище от бед и болезней», преобладала ее «протек-

торная» функция, а по шкале религиозности была выражена внешняя, обрядовая религиозность.

Оценка *созависимости* по шкале Спенн-Фишер продемонстрировала значимое снижение эмоциональной вовлеченности родственников в отношения с пациентами 1 и 2 групп, а также желание контролировать поведение значимых других [4].

Необходимо отметить, что в ходе реабилитационного комплекса пациенты и их родственники участвуют в психокоррекционной работе, при которой усилия специалистов направлены на выработку новых навыков совладающего поведения, происходит овладение технологиями социальной коммуникации, наблюдается трансформация ценностно-смысловых ориентаций в традиции православного мировоззрения.

Заключение. В процессе духовно-ориентированной реабилитации у пациентов наблюдается изменение функционирования, проявляющееся в снижении уровня тревожности, улучшении качества жизни и трансформации религиозных ценностно-смысловых ориентаций по сравнению с пациентами контрольной группы. Результатом подобных изменений становится увеличение продолжительности ремиссии и улучшение социального функционирования. Участие в реабилитационном комплексе родственников приводит к снижению проявления созависимого поведения. Используемые методы диагностики позволяют определять реакцию личностной структуры на реабилитационные интервенции, благодаря чему могут быть определены мишени для дальнейшего психотерапевтического воздействия. Изучение влияния духовно-ориентированных реабилитационных технологий представляет интерес и должно быть продолжено в последующих исследованиях.

Список источников

1. Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением: Коллективная монография / под ред. Г.И. Копейко, О.А. Борисовой, А.Н. Бабурина, Т.А. Солохиной, А.И. Магая. – М.: МАКС Пресс, 2020. – 88 с. ISBN 978-5-317-06481-5.
2. **Двойнин, А.М.** Смысложизненные ориентации религиозной личности / А.М. Двойнин // *Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета*. – Серия 4: Педагогика. Психология. – 2011. – № 3 (22). – С. 139–151.
3. **Бабурин, А.Н.** Технология конфессионально ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью / А.Н. Бабурин и др. // Первая московская международная конференция «Религиозность и клиническая психиатрия», 20–21 апреля 2017 года, Москва // Сборник научных трудов. М.: «Сам Полиграфист», 2017. – С. 20–21.

4. **Бердичевский А.А.** Апробация модифицированной версии методики «Шкала созависимости Спенн–Фишер» / А.А. Бердичевский, М.А. Падун, М.А. Гагарина // *Клиническая и специальная психология*. – 2019. – № 8 (1). – С. 215–234.

Машкова И.Ю.

ТРАДИЦИИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, Москва, Россия

Духовный компонент все шире внедряется в реабилитационную практику конфессионально ориентированных программ, эффективность которых подтверждается результатами научных исследований. Наряду с религиозной составляющей большое значение для успешной реализации этих программ придается актуализации семейного типа общения и активной деятельности терапевтических сообществ с привлечением волонтеров. В этих условиях представляет актуальность дальнейшее совершенствование помощи семьям пациентов с психическими расстройствами на основе изучения традиций, определения проблем и перспектив проектирования духовно-ориентированных программ.

Гуманистические традиции отечественной психиатрии находят свое воплощение в такой форме организации помощи душевнобольным, как «посемейное призрение» или «деревенский патронаж» [1]. Эта система практиковалась в России с конца 80-х годов 19-го века, а ее опыт был представлен Н.Н. Баженовым на международном конгрессе общественного призрения в 1889 году и получил высокую оценку, внедрялся во Франции. В организации психиатрической помощи Н.Н. Баженов пропагандировал принципы «моральной терапии» (*traitement moral*) порой в ущерб другим лечебным мерам, что в дальнейшем стало предметом критики такого подхода. Глубоко погружаясь в душевный мир пациентов, Н.Н. Баженов рассматривал психопатологию на линии между «страданием и наслаждением», «добродетелью и грехом», в его работах внимание уделяется человеку в его отношениях с болезнью.

Уникальным отечественным опытом стала клиника психиатра Ф.А. Усольцева. По замыслу ее создателя, душевнобольной попадал

в уютный семейный дом. Члены семьи, активно общаясь с больными и апеллируя к сохранным элементам личности, вовлекали их в творческую деятельность, помогая справляться с болезнью. Теплая атмосфера, совместные трапезы, доброе общение оказывали большое психологическое влияние. Однако создание такой атмосферы требовало больших усилий от все членов семьи и порой неблагоприятно сказывалось на их собственном здоровье. Изучая этот опыт семейного призрения, мы видим, что он хорошо принимался обществом, творческими людьми, а благотворители жертвовали немалые средства на содержание клиники.

Вместе с тем патронатные семьи не получали достаточной помощи в решении психологических проблем общения с душевнобольными. Можно предположить, что основным механизмом исцеления больных в опыте психиатров-гуманистов является качественный диалог и обращение к здоровым сторонам личности пациента. Основанное на принципах диалогического общения уважение к личности как наивысшей ценности, признание духовного начала в человеке позволяет рассматривать недуги в их духовном преломлении.

Рост потребности в разработке духовно-ориентированных программ психосоциальной реабилитации больных с опорой на семью пациента определяется как со стороны изучения патологизирующих механизмов семейной системы (Рычкова О.В., Холмогорова А.Б., 2014; Гетманенко А.А., 2021) и концепции эндофенотипов (Алфимова М.В., 2013; Марютина Т.М., 2013), так и со стороны развития средовых реабилитационных механизмов с учетом потребностей членов семьи (Солохина Т.А., Ястребов В.С., 2012) и понимания «семьи пациента с психическим расстройством как многофункционального адаптационного фактора» (Петров Д.С., 2012). Реализация уникальной технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением «семейные клубы трезвости» показывает целесообразность применения методологии диалогического и системного семейного подхода в эффективной работе с семьями [2].

Расширению возможностей семьи по ресоциализации и социальной интеграции пациента, преодолению бремени стигмы способствует задействование ресурсов общественного сектора и волонтерского движения, а также разработка и внедрение программ социально-психологической и психотерапевтической помощи семьям, в которых имеются близкие с тяжелыми психическими заболеваниями [3]. Однако при этом еще недостаточно широко используется семейный подход, долгосрочные модели и профессионализация волонтерской помощи в вопросах

охраны психического здоровья. Опыт социального проектирования показывает, что включение в программы долгосрочной волонтерской деятельности имеет скрытые психологические мотивы и оказывает неоднозначное влияние на внутрисемейные отношения самого волонтера [4]. В связи с этим представляется перспективным развитие и оценка программ семейного волонтерства и наставничества. Это будет способствовать не только повышению эффективности помощи семьям психически больных, но и укреплению роли семьи, межпоколенческих связей в формировании культуры волонтерства и благотворительной деятельности [5]. Участие религиозных организаций в развитии таких форм помощи позволит привлечь неоценимый духовный ресурс в ценностно-смысловом преобразовании и укреплении семейной общности всех ее участников.

Список источников

1. **Егорышева, И.В.** Организация психиатрической помощи в земской медицине (к 150-летию земской реформы) / И.В. Егорышева // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2015. – № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-psihiatricheskoy-pomoschi-v-zemskoy-meditsine-k-150-letiyu-zemskoy-reformy> (дата обращения: 30.03.2022).
2. **Магай, А.И.** Духовно-ориентированный диалог в практике семейной трезвенной работы на приходах русской православной церкви / А.И. Магай, А.Н. Бабурин, Г.И. Копейко, О.А. Борисова // *Гуманитарное пространство*. – 2018. – № 7 (5). – С. 960–967. <https://elibrary.ru/item.asp?id=36388799>
3. **Солохина, Т.А.** Модель социально-психологической и психотерапевтической помощи родственникам больных, страдающих шизофренией, и оценка ее эффективности. Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода / Т.А. Солохина // Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 12 марта 2020 г. / под ред. Г.И. Копейко. – М.: МАКС Пресс, 2020. – С. 196–201. ISBN 978-5-317-06375-7.
4. **Двойнев, В.В.** Подготовка волонтеров в сфере охраны психического здоровья (опыт социологической оценки эффективности мероприятий в рамках социального проекта «Здоровье души») / В.В. Двойнев, Е.Е. Сухова, А.С. Сидорова, И.Ю. Машкова // *Бюллетень науки и практики*. – 2020. – № 6 (8). – С. 244–250. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/57/27>
5. **Мерсиянова, И.В.** Роль семьи в качестве канала межпоколенческой передачи традиций волонтерства в современной России / И.В. Мерсиянова, Д.И. Малахов, Н.В. Иванова // *Экономическая социология*. – 2019. – № 3. – С. 66–89. <https://doi.org/10.17323/1726-3247-2019-3-66-89>

Немцев А.В.

РЕЛИГИОЗНОСТЬ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ

Томская духовная семинария, Томск, Россия

Религиозность человека традиционно является одной из самых волнующих тем психологии. Большинство отцов-основателей психологии внесли вклад и в развитие психологии религии. Тема религии для клинической психологии так же важна: в этой области решается вопрос о соотношении психической болезни и религии. Позиции сразу обозначились как крайне полярные: религия – источник исцеления (В. Джемс), религия – сама по себе болезненна (З. Фрейд).

«Патологизация и игнорирование религии и духовности повлекло за собой невнимание клинических специалистов к людям, предъявляющим религиозные и духовные проблемы и запросы» [1]. Психологи-исследователи утратили интерес к этой области, и с середины 20-х гг. до середины 60-х гг. XX века фиксируется спад количества работ по религии.

Возрождение психологии религии было связано с Г. Олпортом, который рассматривал различия в мотивационном аспекте религиозности: «...внешне мотивированный человек использует свою религию, в то время как внутренне мотивированный живет ею» [2, с. 192]. Шкала религиозной ориентации Олпорта стала «становым хребтом» эмпирического исследования религии и духовности, бум которого начался в последнее десятилетие XX века. Во многих исследованиях было показано, что религиозные люди более здоровы и меньше нуждаются в лечебной помощи, а совокупная прибавка в возрасте может достигать от 7 до 14 лет. Были выявлены отрицательная связь между религиозностью и повышенным кровяным давлением, первичным инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, депрессией, тревожностью, злоупотреблением психоактивными веществами, суицидом. Перед учеными встал вопрос об интерпретации полученных данных. Большинство моделей, объясняющих вышеупомянутые связи, фокусируется на биопсихосоциальных факторах, которые могут служить промежуточным звеном между религиозностью человека и здоровьем. Наиболее очевидные из этих медиаторных факторов следующие [3]:

- 1) эффекты «релаксационного ответа», вызываемого многими религиозными практиками, приводят к улучшению здоровья;
- 2) религия способствует меньшей вовлеченности во вредное для здоровья поведение;
- 3) люди, включенные в религиозную практику, имеют большую социальную поддержку, которая играет значительную роль в психическом и физическом здоровье;
- 4) с другой стороны, показано, что негативные, конфликтные отношения с руководством и членами общины связаны с плохими исходами заболеваний;
- 5) есть свидетельства, что религиозные люди более комплаентны к врачебным назначениям;
- 6) религия также способствует чувству ясности и переживанию жизни как имеющей смысл, так же как и оптимистичному взгляду на жизнь, что, в свою очередь, связано с большим физическим и психическим здоровьем;
- 7) внутренняя религиозность коррелирует с более высокой самооценкой, с меньшим уровнем тревоги и депрессии, которые связаны с пониженным функционированием иммунной системы и повышенной восприимчивостью к заболеваниям;
- 8) религиозность также является мощным копинг-механизмом и может служить буфером против вредоносного влияния стресса на тело;
- 9) существует взаимосвязь между психическим и физическим благополучием, основанная во многом на нейроэндокринных процессах. Влияя на одну сторону здоровья, религия косвенно влияет и на другую.

Религия, тем самым, представляется мощным ресурсом, усиливающим саногенные биопсихосоциальные факторы. Это может воодушевить специалистов, желающих учитывать религиозность при оказании помощи людям с психическими расстройствами. Но, к сожалению, данный количественный подход изучения религиозности (основан ли он на изучении религиозной ориентации, религиозного копинга и пр.) мало дает для процесса оказания психологической помощи в содержательном плане. Его польза может ограничиваться психообразовательным компонентом: «вот, мол, такая религиозная ориентация/копинг здоровее». Но причины принятия человеком той или иной религиозной ориентации могут лежать вне контекста психологической помощи. Поэтому

количественный подход к изучению религиозности должен дополняться качественным.

Цель качественного подхода – изучить смысл религиозной жизни для человека, установить ее взаимосвязь со смысловой сферой человека, в том числе ее частью, которая затрагивается болезнью. Например, в исследовании Дж. Суинтона показывается, что духовные переживания и переживание депрессии связаны на содержательном уровне [4]: депрессия, часто характеризующаяся чувством безнадежности, отсутствием смысла и цели в жизни и низкой самооценкой, по самой своей природе связана с духовностью, как ее понимают большинство людей.

На основе герменевтико-феноменологического анализа выделено несколько центральных тем, одна из которых – «депрессивная бездна бессмысленности». Для участников исследования смысл, его утрата и восстановление в контексте депрессии были ключевыми в переживании как духовности, так и депрессии: «Я не рассчитываю на то, что существует прямой, личный смысл в моей конкретной ситуации или во всех плохих вещах, происходящих со мной. Я достаточно счастлив жить с мыслью, что в падшем мире есть вещи, происходящие с людьми, которые являются всего лишь разновидностью простой случайности или обстоятельств. Но во что должен верить человек – это то, что все это происходит в системе координат, наполненной смыслом» [4, р. 112].

Список источников

1. **Lukoff, D.** DSM-IV religious and spiritual problems. URL / D. Lukoff <http://www.spiritualcompetency.com/dsm4/dsmrsproblem.pdf> (дата обращения: 01.03.2022)
2. **Олпорт, Г.** Личность в психологии / Г. Олпорт. – СПб., М.: «Ювента», «КСП+», 1998. – 345 с.
3. **Jones, J.W.** Religion, health, and the psychology of religion: how the research on religion and health helps us understand religion / J.W. Jones // *Journal of Religion and Health*. – 2004. – № 43 (4). – С. 317–328. <https://doi.org/10.1007/s10943-004-4299-3>
4. **Swinton, J.** Spirituality and Mental Health Care / J. Swinton // *Rediscovering a Forgotten Dimension*. – London: Jessica Kingsley, 2001. – 22 с.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

РОЛЬ И МЕСТО ДУХОВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ В ОБЩЕСТВЕННО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИИ

Самарский государственный медицинский университет

*Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова,
Самара, Россия*

Актуальность. Несмотря на все усилия либерального Запада по разрушению семьи, она была, есть и будет оставаться не только ячейкой гражданского общества, закрепленной в Конституции РФ, но и личностной ценностью. Теоретической основой отечественной психиатрии в текущий период является биопсихосоциальный подход (БПС-модель) оценки пациента на всех этапах реабилитации. Подход к новой системе антропологически ориентированных наук, включая медицину, в частности психиатрию с общественно-ориентированным, социальным разделом, должен основываться на антропологической философии, психологии, этике и принадлежать, по нашему мнению, к биопсихосоциальной модели человека как индивида, субъекта деятельности, личности.

Цель. Привлечь внимание и обосновать необходимость добавления в БПС-модель духовную составляющую личности.

Материал. Результаты исследований ведущих отечественных психиатров и психологов, опирающиеся на системный анализ связей компонент БПС-модели при оценке функционального потенциала пациента и общественно-ориентированной психиатрии.

Результаты. Именно вокруг личности в норме и патологии во времена преобладания философии постмодерна в политике и социологии идет информационная война за мировоззрение (духовность) личности, включая психиатрию (в МКБ-11, например, исчезла «зрелая личность»). Но это тема отдельного дискурса. Несомненно одно – именно в личности среди системы ценностей можно и нужно отыскать духовность, которая в первую очередь воспитывается в семье.

Биопсихосоциальная концепция (модель) человека в норме и патологии, отдельные религиозные духовные практики достаточно широко вошли в современную отечественную психиатрию, в психологию, в психотерапию. Однако вопрос «духовности», «духовного», «духа» в психологии, а особенно в психотерапии, далеки от разрешения.

По мнению С.К. Бондыревой и Д.В. Колесова, «духовность – это мера владения индивида информационными ресурсами своего внутреннего мира, а также и содержательность (богатство и разнообразие элементов это мира)» [1, с. 19].

Е.Б. Фанталова, предлагая многоуровневый подход к клинико-психологическому исследованию, выделяет три уровня психологической реальности: «Индивид», «Личность», «Душа». Под уровнем «Душа» ею понимается «глубинный, давно сложившийся, интериоризованный, автономный внутренний мир человека с присущей ему системой ценностей, «внутренних опор», [2, с. 251].

Э.Г. Эйдемиллер, разбирая становление психотерапии как специальности, считает, что «психотерапия представляет собой синтез искусства, ремесла и является одновременно древней интегративной духовной практикой, основанной на естественнонаучной и гуманитарной парадигмах».

Духовная практика – это формулирование и выдвижение идей, реализация которых способствует благополучию каждого отдельного человека и всего человечества в целом. Духовная практика – своеобразный компромисс искусства и науки. Психотерапия как духовная практика включает в себя различные духовные практики, которые возникали в разные периоды развития человечества (медицина, религия и этика, философия, педагогика, психология и политика) [3, с. 85].

Личность чаще всего рассматривается как субъект, взятый со стороны его социальных взаимоотношений. Но для индивида личность предстает как виртуальный объект, образуемый нашим мышлением (самопознанием) путем проекции некоторых («лично значимых») особенностей самосознания, включая комплекс «я», поведения на самого себя и «отзеркаливания» себя от других. Иными словами, личность – это устойчивый комплекс «я», включающий богатый и зрелый внутренний мир в его единстве с внешним миром. Несомненно, что нельзя рассматривать личность либо как что-то навсегда застывшее, либо как изменчивое, меняющееся, например в болезни или дезинформации. Дух, в частности универсум, иногда понимается как бессмертное (т. е. необходимое всему человечеству) ядро личности. Между тем в светском понимании дух – устойчивые основы, высшие способности человека, т. е. его личностное богатство внутреннего мира, что, собственно, и является мерилем его духовности. А через личность – мерилем духовности группы, ближайшего окружения и общества.

Встречаются и плохо функционирующие личности с нестабильной саморефлексией, невысоким и неустойчивым уровнем самооценки и обилием внутренних и внешних противоречий, не развитыми психологическими защитами. В процессе психотерапии, общения с представлением двух потоков информации: происходит работа с личностью и надличностной структурой, к которой следует относить духовную составляющую. По мере становления и развития внутреннего мира человек приобретает все большую возможность проецировать его на внешний мир, проявляя активность и возможность приспосабливать его под свои запросы и потребности.

Выводы. В процессе жизнедеятельности (удовлетворения потребностей) человека сталкиваются два потока информации: информация из внешнего мира формирует его внутренний мир по векторам потребностей, а индивидуальные свойства мира внутреннего проецируются на внешний мир, определяя его поведение и виды деятельности. Таким образом, возникает многовекторность внутреннего мира человека, и чем богаче внутренний мир, тем духовнее личность. Нам представляется, что если психолог будет готов к распознаванию этого уровня заранее и сможет быстро его дифференцировать, то и оказание психологической помощи будет в этом случае более эффективным как с точки зрения выбора психотерапевтической техники, так и последующего общения, направления содержания беседы, диалога.

Против страны и ее граждан идет информационная (ментальная) война, которой может противостоять только цельная, зрелая, духовная личность и сплоченное общество.

Список источников

1. **Бондырева, С.К.** Внутренний мир, сознание, духовность / С.К. Бондырева, Д.В. Колесов. – М., 2007.
2. **Фанталова, Е.Б.** Многоуровневый методологический подход к клинико-психологическому исследованию / Е.Б. Фанталова // Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова)». – М.: МГППУ, 2013. – С. 249–252.
3. **Эйдемиллер, Э.Г.** Становление психотерапии как специальности – становление психотерапевта как специалиста / Эйдемиллер Э.Г. // *Российский психиатрический журнал*. – 2012. – № 4. – С. 83–87.

Ребенок П.В.

ОЦЕНКА РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Учреждение «Гомельский областной наркологический диспансер»,
Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность. Психические расстройства и несчастные случаи в результате злоупотребления алкоголем представляют серьезную опасность для системы здравоохранения Республики Беларусь. В Гомельском районе республиканской наркологической службой осуществляется разнообразная деятельность, направленная на профилактику расстройств поведения. Некоторые итоги проводимой работы в 2021 году представлены в настоящем сообщении.

Результаты и обсуждение. Согласно статистическим данным, смертность от случайных отравлений алкоголем в Гомельском районе за 2021 составила 4 человека или 7,9 на 100 тыс. населения, снижение на 42,9% (2020 году – 7 человек или 10,7 на 100 тыс. населения), из них трудоспособного возраста – 2 человека (2020 году – 3). Среднеобластной показатель составил 12,0 на 100 тыс. населения, а для города Гомель – 7,1 на 100 тыс. населения.

Первичная выявляемость алкоголизма составила по итогам 2021 года 148,3 на 100 тыс. населения или 104 чел. (за аналогичный период 2020 года 160,1 на 100 тыс. населения, или 113 чел.). Это меньше по сравнению со среднеобластным уровнем на 1,5% (150,5 на 100 тыс. населения).

Показатель впервые диагностированных алкогольных психозов по Гомельскому району составил 18,5 на 100 тыс. населения или 13 случаев (5,7 на 100 тыс. населения в 2020 году, 4 случая). Это выше среднеобластного уровня в 2,2 раза (8,4 на 100 тыс. населения). Низкая первичная выявляемость обусловлена отсутствием в настоящее время правовых механизмов для первичного наркологического освидетельствования лиц группы риска в связи с изменением законодательной базы в 2020 году [1].

Вместе с тем активизирована работа по наркологической помощи лицам, у которых ранее установлен диагноз «алкоголизм». Охвачено наркологическим наблюдением 1459 пациентов, или 2081,0 на 100 тыс.

населения, что больше на 11%, чем в аналогичном периоде 2020 года (1323 чел., или 1875,0 на 100 тыс. населения) и на 19,4% лучше, чем среднеобластной показатель.

За 2021 год с диспансерного наркологического наблюдения было снято 140 человек, из них в связи со стойким улучшением – 98 (эффективность диспансеризации составила 6,7%). В аналогичном периоде 2020 года было снято по стойкому улучшению только 69, показатель эффективности диспансеризации составлял 5,2%. Данное обстоятельство свидетельствует об улучшении качества и доступности наркологической помощи и улучшении приверженности пациентов наркологическому наблюдению. Среднеобластной показатель составляет 8%. В группе диспансерного наблюдения от отравления алкоголем смертей не было.

За 2021 год посещаемость пациентами врача – психиатра-нарколога составила 29,4 на 100 т. н. (прирост на 36,7%). В сравнении со среднеобластным показателем – 109,6 на 100 т. н., показатель по Гомельскому району ниже в 3,7 раза.

Для проведения профилактических мероприятий с целью предупреждения развития алкогольной зависимости под амбулаторное наблюдение взято 177 человек, или 252,5 на 100 тыс. населения. Данный показатель лучше среднеобластного (235,1 на 100 тыс. населения) на 7,4%. В целом же, к сожалению, правовые механизмы для более активной работы с лицами, употребляющими алкоголь с высоким риском для здоровья, законодательством не предусмотрены.

Профилактическим наблюдением по итогам 2021 года по Гомельскому району охвачено 993 человека, что составляет 1416,3 на 100 тыс. населения и что выше среднеобластного показателя (1070,8 на 100 тыс. населения) на 32,3%, вместе с тем эти показатели несколько ниже по сравнению с аналогичным периодом 2020 года (профилактическим наблюдением было охвачено 1012 человека).

В 2021 году охват стационарной и полустационарной формой помощи ниже уровня прошлого года – 18,8% состоящих на диспансерном учете (33,2%) по области 25%. Кроме того, произошло снижение объема амбулаторного лечения в 2 раза, что связано с продолжающейся неблагоприятной эпидемиологической ситуацией. Количество обратившихся за анонимной помощью также остается низким, всего 14 человек. Необходимо активизировать информирование населения о возможности прохождения анонимного лечения в учреждении «Гомельский областной наркологический диспансер» (У «ГОНД»).

По итогам 2021 года ремиссия (воздержание) от употребления спиртных напитков более 2 лет наблюдается у 31,2% лиц, состоящих на диспансерном учете, это немного больше уровня прошлого года (30,3%).

На постоянной основе проводится работа по госпитализации лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения в стационары города Гомеля. Данная информация ежемесячно направляется в У «ГОНД» для дальнейшего учета в работе при необходимости первичного осмотра врачом – психиатром-наркологом, осуществления последующего диспансерного наблюдения.

С целью профилактики расстройств поведения проводится разнобразная деятельность совместно с общественными объединениями в Республике Беларусь и международным сообществом. Совместно с Межрегиональным общественным движением в поддержку семейных клубов трезвости (Москва, Россия) и Итальянской ассоциацией семейных клубов трезвости (AICAT, Италия) осуществляются международные контакты по развитию профилактических программ семейного типа, проводятся научно-практические конференции, происходит обмен опытом и его последующая реализация в практической работе.

Заключение. Следует отметить, что предикторами тяжелой алкоголизации являются низкая общая культура, незанятость, отсутствие семьи, наличие хронического алкоголизма. Чаще всего умирают от отравлений алкоголем мужчины зрелого трудоспособного возраста, не занятые в экономике, не имеющие полноценной семьи, спивающиеся на фоне утраты ценностей, привязанностей, стабильности и смысла жизни, о чем свидетельствуют отставленные во времени, соответствующему срокам формирования brutального пьянства (7–10 лет), пики смертности от отравлений алкоголем (40–60 лет) по отношению к пикам разводов (30–50 лет).

Профилактические мероприятия способствуют снижению уровня алкоголизации, восстановлению социального функционирования и предотвращению смертности от отравлений алкоголем как лиц, страдающих алкоголизмом, так и употребляющих нелегальный или кустарно изготовленный алкоголь.

Список источников

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – URL: www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/ssrd-mvf_2/natsionalnayastranitsa-svodnyh-dannyh/vvp-rasschitannyi-proizvodstvenny (дата обращения: 22.03.2022).

Смирнова Е.В.

ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫЕ СОСТОЯНИЯ С РЕЛИГИОЗНЫМ КОНТЕНТОМ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И РЕЛИГИОЗНОЙ ПОДДЕРЖКИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Важность изучения эндогенных депрессивных состояний с бредовыми идеями религиозного содержания определяется их высокой распространенностью [1], а также трудностями выявления этих расстройств и дифференциальной диагностики на ранних этапах заболевания. Кроме того, исследование религиозности на различных этапах заболевания имеет важное значение для определения терапевтической тактики и построения социально-реабилитационных мероприятий [2].

Многочисленные исследования свидетельствуют о комплексном многогранном влиянии религиозного фактора как на улучшение общего психологического благополучия, так и на специфическую защиту от депрессивных расстройств в виде так называемых копинг-стратегий (стратегий преодоления) при вышеупомянутых состояниях [3–5]. Многие авторы указывают на связь между религиозной вовлеченностью или личным участием в религиозных обрядах с меньшей выраженностью депрессивных расстройств, депрессогенных эффектов стрессовых жизненных событий, а также с меньшим числом суицидальных попыток и самоубийств. При этом отмечено наличие статистически значимой обратной взаимосвязи между религиозностью и депрессией: систематический обзор литературы выявил, что почти в 10% исследований описывалась связь большей религиозности с менее выраженным проявлением депрессии [6].

В настоящее время в религиозной среде депрессивные состояния часто расцениваются как проявления греха уныния и печали, в результате чего такие состояния не диагностируются и пациент не получает необходимую медицинскую помощь. Трактовка проявления болезни как личной греховности приводит к духовным терзаниям больных, что еще более ухудшает психическое состояние пациентов. При этом обращение за квалифицированной медицинской помощью происходит лишь при выраженном депрессивном состоянии, нередко сопровождающемся суицидальными проявлениями.

Большинство исследователей рассматривали депрессивный бред как «вторичное» образование по отношению к депрессивному аффекту, который определял содержание бредовых идей [7, 8]. Бредовые расстройства, не соответствовавшие по фабуле аффекту, рассматривались как «первичные» ввиду того, что ни по содержанию, ни по механизмам бредообразования не являлись ему конгруэнтны. В некоторых психопатологических исследованиях взаимосвязь между аффектом и бредовыми депрессивными идеями не постулировалась, однако особое внимание исследователей было направлено на особенности взаимоотношений конкретной фабулы депрессивного бреда с аффектом [9, 10].

Цель исследования: изучение особенностей психопатологии и феноменологии проявлений религиозных переживаний у депрессивных больных для разработки способов ранней диагностики, усовершенствования методов терапии и предотвращения суицидальной активности.

Материал и методы. Отделением по изучению особых форм психической патологии отдела юношеской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ в период с 2012 по 2022 год было обследовано 103 пациента (35 мужчин, 68 женщин) от 18 до 45 лет (в среднем $32 \pm 7,8$ года), госпитализированных по поводу депрессии с религиозными переживаниями, формирующейся в рамках эндогенных заболеваний аффективного круга и шизофрении; F31.3, F31.4, F32.1, F32.2, F33.1, F33.2 и F20.0, F20.4, F21 по МКБ-10.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования в зависимости от психопатологической структуры выделяются следующие типы депрессий [11]: меланхолические, тревожные, апато-адинамические, депрессивные состояния с деперсонализационным и анестетическим компонентами, ипохондрические – «духовная ипохондрия. Описаны психопатологические феномены, характерные для депрессивных состояний с религиозным контентом: депрессии с бредом греховности, с ощущением богооставленности; с навязчивыми сомнениями в правильности выбора веры, со сверхценно-бредовыми проявлениями, т. н. «духовной ипохондрии» [12].

Рассматривая депрессивные состояния с религиозным бредом греховности, отмечалось более частое появление таких идей при меланхолических депрессиях, характеризовавшихся тоскливым настроением, с образованием идей виновности и депрессивным толкованием предшествующих и настоящих событий – больные переоценивали свои прошлые поступки, обвиняя себя в том, что жили не по церковным кано-

нам, события настоящей жизни также толковались через призму своего депрессивного состояния. В таких случаях выраженное снижение настроения сопровождалось постепенным учащением высказываний о собственной греховности, больные говорили о том, что совершили страшные, непростительные грехи, что Бог их никогда не простит. Характерно, что «представления о греховности», подкрепленные реальными бытовыми факторами, например самоупреками о невыполненных обязанностях, недостаточной заботе о своей семье, получали дальнейшее развитие при распространении чувства вины на прошлое время со значительным преувеличением «фактических, давно совершенных проступков». При дальнейшем углублении состояния возникали бредовые идеи, отличающиеся фантастическим характером бредовых построений. Идеи греховности выражались в убежденности больных в совершении смертного и непрощаемого греха, «греха против Святого Духа, которому не будет прощения во веки веков». При фантастической трансформации бредовых построений психические расстройства приобретали мегаломанический характер, больные были убеждены, что заслуживают вечного наказания за совершенный «грех», «вечного проклятия», пребывания в аду, пациенты ощущали себя «антихристом во плоти», «злым врагом», обвиняли себя в несчастье всего мира или в мировой войне, повлекшей за собой катастрофу.

У таких пациентов наравне с ощущением греховности имели место проявления так называемой «бogoоставленности». Пациентами в этих состояниях особо остро ощущалась потеря чувства милости Божией, больные говорили, что исповедь более не приносит облегчения, не избавляет от содеянного греха, заявляли о недоступности покаяния или об отсутствии полноты чувства покаяния, не возвращающего душевной гармонии и чувства прощения. При этом Бог воспринимался как жестокий, неумолимый, немилосердный. Изменения в идеаторной сфере сопровождалась нарушением чтения молитв. Пациенты высказывали жалобы, что «уже не могут молиться ревностно», не способны вычитывать молитвенные правила, испытывали чувство безрезультатности молитвы и «религиозное опустошение». Кроме того, часть больных говорили о тягостном чувстве присутствия некой «стены», отделяющей их от Бога, когда значительная потребность в духовной помощи словно бы оставалась нереализованной. Больные испытывали особую «пустоту в душе», тягостное неверие, потерю постоянного «живого упования на Бога».

Проведенный анализ показал, что наиболее часто подобные религиозные переживания отмечались при депрессиях, сопровождающихся преобладанием расстройств деперсонализационного круга, в том числе с анестетическим компонентом.

В клинической практике одним из вариантов развития депрессивно-бредового состояния было присоединение навязчивых сомнений в истинности исповедуемой ими религиозной веры. Сомнения в правильности выбора вероисповедания приобретали доминирующее значение в жизни больных, имели сверхценный характер и в последующем переходили на уровень сверхценного бреда, определяя поведение пациентов. Такие больные испытывали чувство вины за «ошибку в выборе веры» и были убеждены, что не смогут спастись. Под влиянием бредовых идей больные неоднократно меняли свою конфессиональную принадлежность. Подобные расстройства возникали на фоне подавленного настроения с преобладанием тоскливого аффекта, с суточными колебаниями настроения.

Ряд больных отмечал особую озабоченность состоянием своей души и веры, высказывал убежденность в собственной духовной неполноценности, недостаточно глубокой и искренней вере, неправильном чтении молитв. Пациенты испытывали мучительные страдания из-за недостаточности и «некачественности» своей веры, находя признаки ее «испорченности». Такая озабоченность своим духовным состоянием, убежденность в существовании «изъяна веры» приводила фактически к ипохондрически стигматизированному бредовому поведению. Любая новая информация, связанная с верой, отражалась на ощущении своего духовного недуга и подтверждении его. Пациенты постоянно перепроверяли соответствие своей религиозности принятым канонам, обращались за консультациями к духовникам в монастырях, после чего обрели успокоение на некоторое время. По мере усугубления бредовых расстройств больные убеждались уже в изъяне религиозности самих духовников что, соответственно, возвращало их к дальнейшему духовному поиску. Через некоторое время больные отправлялись к еще более авторитетным священникам, совершая тяжелые поездки в труднодоступные и уединенные места. Ипохондрическая одержимость своим духовным недугом приводила к чрезмерному потреблению временных и финансовых ресурсов самих больных, их родных и знакомых. Исследование выявило, что подобные расстройства чаще всего отмечались на фоне подавленного настроения с апато-адинамическими расстройствами.

ми. Также особенностями такого состояния было сравнительно позднее обращение к врачу, так как болезненное состояние трактовалось как маловерие, признак греховности; отсрочка получения медицинской помощи, так как для начала терапии требовалось благословение духовника, которое могло быть получено далеко не во всех случаях и было связано с отсутствием должного понимания со стороны священника; быстрое развитие порочного круга и усугубление психического состояния.

Стоит отметить, что в активном периоде болезни пациентам с депрессивно-бредовыми расстройствами прежде всего требуется стационарная медикаментозная помощь, при этом религиозная поддержка важна для создания устойчивого комплаенса при подборе адекватной психофармакотерапии. В период становления ремиссии при подобранной медикаментозной терапии религиозным пациентам в качестве реабилитационных и поддерживающих мероприятий, рекомендовано посещение различных групп по духовной поддержке и получение дополнительной психотерапевтической помощи.

Заключение. Депрессивные состояния, имеющие «религиозный фасад», нередко остаются нераспознанными ввиду специфического содержания переживаний у больных. Особенности поведения больных депрессией с религиозными переживаниями не позволяют вовремя выявить заболевание за счет позднего обращения пациентов за медикаментозной помощью, в связи с чем происходит углубление депрессивных переживаний и возрастает риск суицидальных попыток.

Список источников

1. **Miller L.** Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten- year prospective study / L. Miller, et al // *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(1):89-94. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121823>
2. **Копейко, Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю.** Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, О.Ю. Казьмина // *Психиатрия*. 2016;(70):40-49.
3. **Koenig, H.G.** The Duke University Religion Index (DUREL) / H.G. Koenig, A. Büssing // A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*. 2010;1:78-85. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
4. **Zinnbauer, B.J.** Religion and spirituality / B.J. Zinnbauer, K.I. Pargament, B. Cole, M.S. Rye, E.M. Butfer, T.G. Belavich, K. Hipp, A.B. Scott, J.L. Kadar // *Unfuzzifying the fuzzy. Sociology of Religion*. 2015;36(4):29-34.
5. **Lee, Y.H.** The mediating effect of spiritual well-being on depressive symptoms and health-related quality of life among elder / Y.H. Lee, A. Salman // *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018;32(3):418-424. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.008>

6. **Bonelli, R.** Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research / R. Bonelli, et al // *Depression Research and Treatment*. 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/962860>

7. **Coryell, W.** Phenomenology and family history in DSM-III psychotic depression / W. Coryell, J. Endicott, M. Keller, N.C. Andreasen // *J Affect Disord.* – 1985 Jul. – № 9 (1). – P. 13–8. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(85\)90004-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(85)90004-7). PMID: 3160743.

8. **Нуллер, Ю.Л.** Аффективные психозы / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. – Л.: Медицина, 1988.

9. **Юматова, П.Е.** Депрессивные бредовые идеи в структуре эндогенных бредовых депрессий (клинико-психопатологические особенности, прогноз, вопросы лечения): автореф. дис. кан. мед. наук / П.Е. Юматова. – Москва: 2019. – 24 с.

10. **Bürgy, M.** Die wahnhafte Depression / M. Bürgy // *Diagnostik, Phänomenologie und Therapie Nervenarzt.* – 2017, May. – № 88 (5). – P. 529–537. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0149-2>. PMID: 27357450.

11. Аффективные синдромы: Руководство по психиатрии / А.С. Тиганов; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 2012. – № 1. – С. 40–46.

12. **Копейко, Г.И.** Эндогенные депрессивные состояния с религиозными переживаниями / Г.И. Копейко, Е.В. Гедевани, О.А. Борисова, Ф.М. Шаньков, Б.В. Смирнова, В.Г. Каледя // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Спецвыпуски.* – 2021. – № 121(5–2). – С. 55–60. <https://doi.org/10.17116/jnevro202112105255>

Сорко Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РИТУАЛОВ И ПОЗИТИВНЫХ СООБЩЕНИЙ В СИСТЕМЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ У КЛИЕНТОВ С ПРОБЛЕМАМИ ЗАВИСИМОСТИ

Терапевтическое сообщество «Луч надежды», Любляна, Словения

В результате психотерапевтической работы с людьми, имеющими проблемы с алкоголем, и их родственниками разработан и реализован комплекс различных методик, направленных на активное разрешение текущей семейной ситуации. Целью такой работы с семьей является укрепление семейной динамики и стабилизация семейных отношений, а также восстановление баланса в семейных отношениях и усиление позитивного опыта, который влияет на взрослых (родителей) и, следовательно, на растущих детей, что особенно важно в семьях с проблемами алкоголизма. При работе с такими семьями особенно важно установление стабильности и предсказуемого будущего. Одним из способов стабилизации семейных отношений является введение ритуалов, которые дают семье ощущение стабильности и большей сплоченности.

Э. Дюркгейм (1995) определил ритуал как способ выражения коллективных религиозных убеждений, который укрепляет отношения внутри социальной группы, то есть семьи. Социологи Д. Боссард и Э.С. Болл (1949) описали нерелигиозные ритуалы и подчеркнули их важность в семейной жизни. Они определили ритуалы как заранее определенное целевое поведение, имеющее особое значение для семьи. И. Рейсс (1981) определяет семейные ритуалы как основной механизм сохранения семейной идентичности. Ритуалы укрепляют связи между членами семьи и способствуют ее сплочению.

Результаты многочисленных исследований показывают положительную связь между важностью ритуалов и сбалансированной работой семьи (например, Бакстер и Кларк, 1996; Креспо, Килпиковски, Прайор и Хосе, 2011; Фиезе, 1992; Фиезе, Хукер, Котари и Шваглер, 1993; Фиезе и Клайн, 1993; Малакиас, Креспо и Франциско, 2015). В исследовании 115 пар родителей в Соединенных Штатах Б.Х. Фиезе и др. (1993) обнаружили, что важность ритуалов положительно связана с удовлетворенностью от партнерства.

В своей непрерывной психотерапевтической работе с клиентами с проблемами алкоголя в течение длительного времени мной были отслежены эффективность использования ритуалов и позитивных сообщений и их влияние на семьи, сталкивающиеся с важными жизненными проблемами и ситуациями. Установлено влияние проведенных вмешательств на удовлетворенность клиентов собой и другими до введения ритуалов и в то время, когда они включили ритуал в свою повседневную жизнь. Получены различия в восприятии клиентом самого себя, своих чувств, удовлетворенности собой, другими и жизнью, опыте взаимоотношений с самим собой и другими.

Установлены эффекты разработанных вмешательств, их влияние на изменение восприятия реальности клиентом, а также определено, как процесс психотерапевтической работы влияет на изменение восприятия клиентом самого себя и других.

Устинов Н.В.

ПРАКТИКА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ С РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ПРАВОСЛАВНОЙ АНТРОПОЛОГИИ

Сретенская духовная академия, Москва, Россия

В настоящее время исследования в области психиатрии способны дать ответ на многие вопросы, связанные с течением психических заболеваний. Основываясь на биопсихосоциодуховной концепции, научное сообщество с каждым днем находит более эффективные методы диагностики, профилактики и лечения психических расстройств [1–4]. В настоящее время возникает необходимость в мультидисциплинарном подходе, профилактика психических расстройств у людей с религиозным мировоззрением должна осуществляться в рамках сотрудничества команды специалистов [5].

В контексте такого мультидисциплинарного подхода ведет работу Душепопечительский центр (ДПЦ) имени сщмч Владимира (Богоявленского) при храме прп Евфросинии, Вел. кн. Московской. Одним из направлений деятельности ДПЦ является амбулаторная реабилитация психически больных людей с религиозным мировоззрением. Работа ДПЦ основывается на принципах биопсихосоциодуховного подхода. Профилактическая работа проводится при поддержке специалистов в области психиатрии, клинической психологии и пастырского душепопечения. Врач-психиатр оказывает консультативную помощь, помогает в дифференциальной диагностике заболевания, а также направлении на лечение в профильное медицинское учреждение в случае необходимости. Клинический психолог исходит из текущего психического статуса верующего, проводит индивидуальное психологическое консультирование или направляет на групповую социально-психологическую поддержку. Деятельность священнослужителей реализуется в пределах пастырского душепопечения душевнобольных с религиозным мировоззрением.

В рамках ДПЦ проводится комплексная реабилитация, включающая в себя организацию терапевтической среды по принципу работы терапевтических сообществ, действуют два семейных клуба трезвости, проводится группа поддержки для родственников зависимых от психоактивных веществ, а также группа для психически больных людей

с религиозным мировоззрением. Реализуется проектная и досуговая деятельность: организуются различные культурные и спортивные мероприятия, экскурсии, паломнические поездки, крестные ходы.

В рамках психопросветительской и психообразовательной работы на базе ДПЦ проводятся циклы лекций при участии специалистов в области охраны здоровья. Значительное место занимает духовно-ориентированный компонент помощи – на регулярной основе члены ДПЦ принимают участие в богослужениях, особенно в таинствах исповеди и евхаристии. Помимо общей профилактической работы участники реабилитационной программы вовлекаются в жизнь церковной общины, тесно взаимодействуют с другими прихожанами, устанавливают социальные связи, имеют возможность получения конкретной помощи (бытовые просьбы, материальная поддержка), а также сами активно помогают другим верующим.

Результатом профилактической деятельности в рамках комплексного мультидисциплинарного подхода, направленного на физическое восстановление и духовное возрастание участников реабилитационной программы, реализуемой ДПЦ при участии мультидисциплинарной команды специалистов, является улучшение психического функционирования и духовно-нравственное совершенствование верующих больных. Опыт комплексной реабилитационной программы на приходе Русской православной церкви свидетельствует о том, что использование принципа синергии при добровольном сотрудничестве человека и Бога в деле христианского спасения [6] оказывает благотворное влияние на личность и помогает достичь положительных результатов в реабилитации психически больных людей с религиозным мировоззрением.

Список источников

1. **Дамаскин, Иоанн, прп.** Точное изложение православной веры / Иоанн Дамаскин, прп. – М.: Сибирская Благовонница, 2020. – 138 с.
2. **Основы православной антропологии: Учебное пособие / Вадим Леонов, прот.** – М.: Издательство Московской патриархии Русской православной церкви, 2013. – 104 с.
3. **Ларше, Жан-Клод.** Исцеление психических болезней: Опыт христианского Востока первых веков / Жан-Клод Ларше. – М.: Изд-во Сретенского монастыря; 2007. – 36 с.
4. **Ларше, Жан-Клод.** Болезнь в свете православного вероучения / Жан-Клод Ларше. – М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2016. – 176 с.

5. Семейные клубы трезвости: современные технологии психосоциальной реабилитации людей с религиозным мировоззрением: коллективная монография / под ред. Г.И. Копейко, О.А. Борисовой, А.Н. Бабурина, Т.А. Солохиной, А.И. Магая. — Москва: МАКС Пресс, 2020. — 88 с.

6. Основы православной антропологии: Учебное пособие / Вадим Леонов, прот. — М.: Издательство Московской патриархии Русской православной церкви, 2013. — С. 306–308.

Community-oriented psychiatry: scientific and practical aspects and vectors of development : materials of the All-Russian scientific and practical conference with international participation, dedicated to the 20th anniversary of the creation of the public organization «Family and Mental Health», June 9, 2022 / Ed. by T. A. Solokhina, M. V. Kuzminova, V. G. Mitikhin, G. V. Tyumenkova. – Moscow : MAKS Press, 2022. – 252 p.

ISBN 978-5-317-06796-0

<https://doi.org/10.29003/m3017.978-5-317-06796-0>

This digest includes materials of the All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation «Community-oriented psychiatry: Scientific and Practical Aspects and Vectors of Development», dedicated to the 20th anniversary of the creation of the non-profit organization «Family and Mental Health». It presents scientific research in the field of organization of mental health services in Russia and abroad, considers modern technologies of psychosocial rehabilitation, including on the basis of a spiritually-oriented approach; the experience of the public sector in the domestic mental health service is reflected. It is recommended for researchers, psychiatrists, psychotherapists, psychologists, social work specialists, as well as representatives of non-profit organizations, volunteers working in the field of mental health, clergy and students of religious institutions.

Keywords: psychiatry, mental health services, public organizations, prevention of mental disorders, psychosocial rehabilitation, psychotherapy, spiritually-oriented approach.

Научное издание

ОБЩЕСТВЕННО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЯ:
научно-практические аспекты и векторы развития

Материалы Российской научно-практической конференции
с международным участием, посвященной 20-летию создания
общественной организации «Семья и психическое здоровье»
9 июня 2022 г.

Под редакцией *Т. А. Солохиной, М. В. Кузьминовой,*
В. Г. Митихина, Г. В. Тюменковой

Подготовка оригинал-макета
Издательство «МАКС Пресс»
Главный редактор: *Е. М. Бугачева*
Верстка: *Н. С. Давыдова*
Корректор: *С. А. Кеньшенская*
Обложка: *М. А. Еронина*

Подписано в печать 30.05.2022 г.
Формат 60х90 1/16. Усл.печ.л. 15,75.
Тираж 200 экз. Изд. № 068.

Издательство ООО «МАКС Пресс»
Лицензия ИД N00510 от 01.12.99 г.

119992, ГСП-2, Москва, Ленинские горы,
МГУ им. М. В. Ломоносова, 2-й учебный корпус, 527 к.
Тел. 8(495) 939–3890/91. Тел./Факс 8(495) 939–3891

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленных материалов в ООО «Фотоэксперт»
109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42,
корп. 5, эт. 1, пом. I, ком. 6.3-23Н.