

Центр социально-психологической и информационной поддержки  
«Семья и психическое здоровье»  
Региональная благотворительная общественная организация  
ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» РАМН

**«Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара»**

*Организационно-методическое пособие  
для профессионалов, работающих  
в сфере психического здоровья*



---

МОСКВА – 2012

УДК 616.89  
ББК 88.4 + 56.14  
С42

Утверждено директором НЦПЗ РАМН, акад. РАМН, проф. *А.С. Тигановым*  
*Издано при поддержке фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК SA*

Авторы:

докт. мед. наук, профессор *В.С. Ястребов*  
(разработка научно-методических основ проекта, научная редакция);  
докт. мед. наук *Т.А. Солохина*  
(разработка научно-методических основ проекта, общая редакция);  
канд. экон. наук *Л.С. Шевченко* (составление, обобщение, анализ);  
*А.М. Алиева, Н.С. Грачева, А.А. Рзаев*

Рецензент:

*Б.А. Казаковцев* – доктор медицинских наук, профессор

С42 **«Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара:** Организационно-методическое пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / В.С. Ястребов и др. – М.: МАКС Пресс, 2012. – 88 с. + [16 стр. вкл.]  
ISBN 978-5-317-04168-7

В пособии представлены организационно-методические аспекты проекта «Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара», целью которого является улучшение качества психиатрической помощи путем повышения квалификации работников психиатрических служб по вопросам психосоциальной реабилитации, клинической и социальной психиатрии, а также посредством проведения психосоциальной работы с пациентами и членами их семей.

В пособии также представлены структура лекционной программы, краткое содержание информации, полученной слушателями на семинарах и мастер-классах.

Пособие предназначено для специалистов психиатрических учреждений – психиатров, психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе, среднего медицинского персонала.

УДК 616.89  
ББК 88.4 + 56.14

В оформлении обложки использован рисунок  
члена РБОО «Семья и психическое здоровье» В. Енютина  
«Кораблик надежды»

ISBN 978-5-317-04168-7

© Коллектив авторов, 2012  
© РБОО «Семья и психическое здоровье», 2012

## Оглавление

Предисловие.....	4
Благодарности.....	7
Проект «Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара» .....	9
Программа повышения квалификации врачей-психиатров, психологов, специалистов по социальной работе .....	17
Программа повышения квалификации медицинских сестер и социальных работников .....	61
Программа психосоциальных вмешательств, предназначенных для пациентов, страдающих психическими расстройствами .....	64
Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами .....	74
Заключение.....	78
<i>Приложения:</i>	
Авторы и участники проекта.....	83
Фотографии участников проекта .....	89

## Предисловие

Психосоциальная реабилитация является важным видом психиатрической помощи, которое представляет собой самостоятельное направление в психиатрической службе. Национальный опыт многих стран показывает, что это направление является одним из наиболее активно развивающихся в современной психиатрии. Международные психиатрические организации (ВОЗ и др.) относят психосоциальную реабилитацию к приоритетному направлению помощи, приводя в качестве важного аргумента возможность позитивного корригирующего воздействия на многие области жизнедеятельности больного и его окружения. Этим обстоятельством объясняется комплексный характер психосоциальных и иных воздействий, в реализации которых в последнее время принимают все большее число специалистов различного профиля. Другой характерной особенностью современной реабилитации в психиатрии является опора на сообщество, которая предусматривает вовлечение в круг ресоциализирующих мероприятий различных общественных и государственных институтов. В последнее время одно из ведущих мест в работе с больным и его семьей стали занимать общественные организации пользователей психиатрической помощи, которые берут на себя большой объем помощи и общественной поддержки больных.

На основе накопленного 10-летнего опыта работы Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье», а также действующего на базе Московской городской клинической психиатрической больницы № 14 Реабилитационного центра клиники психиатрии НЦПЗ РАМН разработана и реализована программа психосоциальной реабилитации в условиях психиатрического стационара. Беря за основу программы «больничной» по Д.Е. Мелехову этап реабилитации, мы исходили из того, что психиатрическая больница до сих пор остается основной клинической базой, в условиях которой ведется разработка современных, наиболее эффективных методов диагностики и ле-

чения заболеваний, новых терапевтических подходов, проводится подготовка квалифицированных специалистов, повышение их квалификации.

С учетом этого обстоятельства, в перечень учреждений-исполнителей программы были включены 6 клинических психиатрических стационаров г. Москвы и Московской области, а в число её разработчиков – 9 научных клинических отделов НЦПЗ РАМН. На базе указанных учреждений и их подразделений были сформированы целевые группы пациентов разных возрастных и нозологических групп, членов их семей, а также группы разработчиков программы и ее исполнителей. Комплексное обследование пациентов проводилось с использованием современных методик и инструментов. В перечень терапевтических воздействий, наряду с медикаментозным лечением, были включены основные современные виды психосоциального лечения.

Структурно данное Пособие посвящено описанию цели и задач программы психосоциальной реабилитации в условиях психиатрических стационаров, детальной характеристике применяемых видов психосоциального лечения, конкретных методик, описанию программ повышения квалификации специалистов и медицинского персонала, а также повышения психиатрической грамотности родственников пациентов, оказывающих необходимую помощь в условиях семьи.

В ходе выполнения программы значительное внимание было уделено организационной и процедурной ее составляющей, поскольку в работе принимало участие большое число представителей психиатрической науки и практики, работающих в территориально отделенных учреждениях г. Москвы и Московской области, а также пациентов, время пребывания которых в стационаре было ограничено. Тем не менее, следует отметить слаженность в работе всех участников программ, их большую заинтересованность в проводимых мероприятиях, высокую ответственность, партнерские отношения, в связи с чем организаторы программы выражают всем искреннюю признательность.

Полученные в ходе обследования данные о социально-демографической, клинической и иных характеристиках включен-

ных в исследование пациентов, об оценке эффективности проведенных психосоциальных воздействий будут освещены в соответствующих развернутых журнальных публикациях.

Президент Региональной благотворительной общественной организации  
«Семья и психическое здоровье»,  
руководитель Центра по изучению систем поддержки  
психического здоровья НЦПЗ РАМН,  
председатель Общественного совета по вопросам психического здоровья  
при Главном психиатре МЗ РФ, д.м.н., профессор *В.С. Ястребов*

## Благодарности

Авторы проекта за *поддержку и административное обеспечение проекта* выражают признательность директору ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, академику РАМН А.С. Тиганову; главному врачу клиники ФГБУ «НЦПЗ» РАМН к.м.н. О.С. Румянцевой; заместителю главного врача клиники ФГБУ «НЦПЗ» РАМН д.м.н. В.Г. Калеле; главной медицинской сестре ФГБУ «НЦПЗ» РАМН Г.В. Демкиной; главному врачу ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3 Л.С. Лариной; заместителю главного врача ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3 А.В. Белову; главному врачу ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14 к.м.н. И.Г. Кожекину; заместителям главного врача ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14 Т.Б. Арсеньевой и О.М. Деревяшкиной; главной медицинской сестру ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14 В.С. Федоровой; главному врачу ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15 к.м.н. Н.П. Герасимову; заместителям главного врача ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15 Г.С. Трифионовой, Л.С. Журавлевой и Ж.М. Магомедовой; главной медицинской сестре ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15 Г.Н. Пашковской; главному врачу ГУЗ МО ПБ № 8 к.м.н. Г.И. Шурыгину; заместителю главного врача ГУЗ МО ПБ № 8 к.м.н. Т.Е. Шурыгиной; главному врачу ГУЗ МО ПБ № 22 А.Е. Новицкому; заместителю главного врача ГУЗ МО ПБ № 22 к.м.н. К.Д. Романову.

За *проведение психообразовательных программ и тренингов для пациентов, а также психообразовательных школ для родственников больных* хотим высказать слова благодарности врачам-психиатрам М.В. Аверкиной, Л.В. Гантман, М.В. Гаскиной, М.В. Дворниковой, Т.В. Деминой, Б.Ю. Иванову, И.Ю. Кондрашину, А.Ю. Коновалову; В.В. Красавиной, М.А. Маричевой, И.В. Медведевой, д.м.н. Н.М. Михайловой, А.Ю. Мясникову, С.И. Перминову, О.Н. Соколовой, Н.А. Темботовой, Л.А. Усейновой; психологам: Е.В. Аксеновой, А.В. Дульцеву, Д.Н. Ефремовой, М.А. Исаеву; Т.А. Кулик, И.А. Куликовой, Н.Ю. Новоселовой, Н.В. Остриковой, И.Ф. Рощиной, М.В. Тюбекиной, Г.А. Цикиной, О.А. Шторм; специалистам по социальной работе Т.В. Грашиной, О.В. Куваевой.

*За проведение лекций, семинаров, мастер-классов и Круглых столов* выражаем искреннюю признательность всем специалистам, участвовавшим в этой работе: академику РАМН А.С. Тиганову, профессору, С.И. Гавриловой, профессору А.Б. Холмогоровой, докт. философ. наук, профессору А.Я. Иванюшкину, И.В. Бирюковой, докт. психол. наук Н.Г. Гаранян, д.м.н. М.А. Морозовой, д.м.н. А.Г. Головиной, д.м.н. В.Г. Калеле, д.м.н. Н.Д. Букреевой, М.В. Гантман, к.м.н. В.В. Грачеву, к.м.н. В.Я. Евтушенко, к.м.н. И.В. Колыхалову, к.м.н. Н.Е. Кравченко, к.м.н. А.В. Куликову, научному сотруднику А.И. Цапенко, медицинским психологам Д.Д. Павловой и Н.Г. Грузе, медицинским сестрам О.М. Земляковой и К.А. Чебурашкиной.

Авторы проекта выражают особую признательность и благодарность фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК С.А. за поддержку и финансовое обеспечение проекта.

Президент РБОО «Семья и психическое здоровье»,  
руководитель Центра по изучению систем поддержки психического  
здоровья НЦПЗ РАМН, докт. мед. наук, профессор *В.С. Ястребов*;  
исполнительный директор РБОО «Семья и психическое здоровье»,  
руководитель отделения социально-демографических и экономических  
проблем психиатрии НЦПЗ РАМН, докт. мед. наук *Т.А. Солохина*



# Проект «Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара»

*В.С. Ястребов, Т.А. Солохина*

**Исполнители:** региональная благотворительная общественная организация «Центр социально-психологической и информационной поддержки психически больных и членов их семей «Семья и психическое здоровье» (президент – д.м.н., профессор В.С. Ястребов, исполнительный директор – д.м.н. Т.А. Солохина), ФГБУ «НЦПЗ» РАМН (директор – академик РАМН, д.м.н., профессор А.С. Тиганов), ГКУЗ психиатрические больницы г. Москвы № 3 им. В.А. Гиляровского (главный врач – Л.С. Ларина), № 14 (главный врач – к.м.н. И.Г. Кожекин), № 15 (главный врач – к.м.н. Н.П. Герасимов); психиатрические больницы ГУЗ Московской области № 8 (главный врач – к.м.н. Г.И. Шурыгин) и № 22 (главный врач – А.Е. Новицкий), главный врач клиники психиатрии НЦПЗ РАМН – к.м.н. О.С. Румянцева).

**Актуальность.** В настоящее время психосоциальная реабилитация является наиболее динамично развивающимся направлением психиатрии, она может проводиться практически на любом этапе лечения психически больных, в любом психиатрическом учреждении, а также непосредственно в сообществе. Зарубежными и отечественными научными исследованиями доказана эффективность многих видов и форм помощи, в которых оказывается психосоциальная реабилитация и психосоциальная терапия.

Среди причин, по которым отмечается возросший интерес к психосоциальной реабилитации и психосоциальной терапии в психиатрических больницах можно назвать следующие:

– наличие научных данных, свидетельствующих о том, что неблагоприятное развитие психического заболевания может быть обусловлено отрицательным влиянием институционализации, в частности, обедненной больничной средой, включающей не толь-

ко статический компонент (уют, комфорт и проч.), но и динамический компонент (система отношений между персоналом и пациентами в стационарных отделениях);

- потери пациентами психиатрических стационаров навыков независимой жизни, рост «симптомов дефицита», возникновение «госпитализма» при длительном нахождении в психиатрических больницах;

- повышение уровня осведомленности психически больных и членов их семей о своих человеческих и гражданских правах;

- смена взглядов на возникновение и течение психических заболеваний, в связи с чем стали иными представления о роли психосоциальных факторов в возникновении и течении эндогенных психических заболеваний.

В соответствие с современным подходом значимыми психосоциальными факторами, ответственными за рецидивы заболевания и повторные госпитализации, являются вызывающие стресс события в жизни психически больного человека, обедненная среда во внебольничных и стационарных условиях, отсутствие полноценных реабилитационных программ, изоляция, семейные факторы. Установлено, что у больных шизофренией, проживающих с критически настроенными и сверх вовлеченными в их болезнь родственниками, гораздо чаще наблюдались рецидивы, чем у тех, кто проживает с менее склонными к критике или к чрезмерной опеке близкими. Поэтому психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение должны быть направлены не только на пациента, но и на членов его семьи.

Несмотря на то, что основными тенденциями психиатрии является смещение акцента в оказании помощи больным на внебольничные формы помощи, в нашей стране стационары остаются важным звеном в лечении психически больных. Однако во многих психиатрических больницах сохраняется длительное пребывание пациентов на койке, высок удельный вес повторных госпитализаций, остается низким качество оказываемой помощи.

Стандартом современного лечения психически больных является сочетание медикаментозного лечения, психотерапии и пси-

хосоциальной реабилитации. Однако среди терапевтических методов преобладает медикаментозное лечение, а система отношений между врачом и пациентом, врачом и его родственниками строится на патерналистской модели, в рамках которой пользователи помощи не рассматриваются в качестве партнеров при ее оказании. Сложившаяся ситуация не способствует эффективному лечению больных, подготовке их к жизни в сообществе, в семье, порождает высокий процент повторных госпитализаций, приводит к нерациональному использованию кадровых и финансовых ресурсов.

Доказано, что внедрение в психиатрических стационарах эффективных видов психосоциального лечения, психотерапии, современных методов работы, основанных на партнерской модели взаимоотношений способствует повышению качества оказываемой помощи, формированию благоприятной терапевтической среды с атмосферой терпимости и сниженной эмоциональной экспрессии, внедрением демократичного типа отношений и разделением ответственности за результаты лечения между всеми членами коллектива, включая пациентов.

Помимо больных, которые нуждаются в стационарной помощи по медицинским показаниям, значителен удельный вес пациентов, поступающих в психиатрические больницы по социальным показаниям (у пациентов не развиты или утрачены навыки независимой жизни, отсутствуют альтернативные внебольничные формы помощи для их подготовки к жизни в семье, обществе, сохраняются конфликтные взаимоотношения с родственниками, бедность пациентов и их семей и проч.). Учитывая это, важным является, создание в психиатрических стационарах эффективной системы психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения.

Для развития этого направления лечения Минздравсоцразвития РФ подготовил ряд важных нормативных документов. В частности, разработаны проекты положения об организации деятельности реабилитационного отделения психиатрического стационара, штатных нормативах медицинского и иного персонала, перечень оборудования этого отделения. Определены основные виды психосоциального лечения и формы помощи, в которых

должна проводиться психосоциальная реабилитация. Однако отсутствие кадров, которые могли бы предоставлять эти услуги, системы их подготовки, недостаточное финансирование и иные причины тормозят реализацию мер, предложенных в указанных документах.

Региональной благотворительной общественной организацией «Семья и психическое здоровье» накоплен опыт проведения психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения в стационарах. На протяжении шести лет на базе психиатрической больницы № 14 г. Москвы действует реабилитационный центр, созданный этой организацией. Команда специалистов – психиатров, психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения - оказала помощь более 500 пациентам и их родственникам. Кроме этого, постоянно ведется подготовка кадров в области психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения.

На основе собственного опыта, а также результатов отечественных и зарубежных исследований, РБОО «Семья и психическое здоровье» (председатель Правления – д.м.н., профессор В.С. Ястребов) разработан проект «Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара», который реализован совместными усилиями этой организации, девяти научных клинических отделов и клиники психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, психиатрическими больницами № 3, 14, 15 г. Москвы, психиатрическими больницами №№ 8 и 22 Московской области.

**Цель проекта** – разработка комплексной программы, способствующей улучшению качества оказываемой психиатрической помощи, а также ресоциализации, повышению качества жизни и социального функционирования различных контингентов госпитальных больных с психическими расстройствами и членов их семей.

**Задачи проекта:**

1. повышение квалификации работников психиатрических учреждений в области психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения;
2. проведение психосоциального лечения пациентов и членов их семей, включающего психиатрическое просвещение, про-

ведение тренингов по освоению навыков общения, развитию навыков независимой жизни, когнитивных функций и оценка его эффективности;

3. организация компьютерных классов для обучения пациентов новым профессиональным (трудовым) навыкам;

4. издание популярной литературы и иных пособий по вопросам психического здоровья, психосоциальной реабилитации, методике проведения психосоциального лечения.

**Целевые группы, на которые направлен проект:** психически больные, страдающие шизофренией, пограничными психическими расстройствами, деменцией и болезнью Альцгеймера, дети и подростки с психической патологией, члены семей, указанных групп пациентов, работники психиатрических стационаров г. Москвы (психиатры, психологи, социальные работники, специалисты по социальной работе, медицинские сестры и проч.).

**Сроки и этапы реализации проекта:** сентябрь 2010 г. – апрель 2012 г.

**Принципы организации и проведения проекта:**

– участие в программе повышения квалификации всех категорий медицинского персонала (врачей-психиатров, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер и проч.) пяти психиатрических больниц г. Москвы и Московской области, а также клиники психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН;

– использование разнообразных форм работы с персоналом по повышению его квалификации: лекции, круглые столы, семинары, мастер-классы, работа в группе и др.;

– участие в проекте ведущих специалистов в области клинической и социальной психиатрии, психосоциальной реабилитации и психосоциальных вмешательств;

– комплексный подход, включающий психосоциальную реабилитацию не только самого пациента, но и членов его семьи;

– специализированный подход, позволяющий охватить психосоциальными вмешательствами контингенты психически больных, дифференцированные по возрасту и основным нозологи-

ческим формам (дети, подростки, страдающие психическими расстройствами, лица трудоспособного возраста, страдающие шизофренией, пациенты трудоспособного возраста с пограничными психическими заболеваниями, пациенты старших возрастов с деменцией и динамическая оценка эффективности психосоциальных вмешательств, проведенных в рамках проекта;

- отражение методологии и методических принципов работы, а также результатов работы, в соответствующих методических рекомендациях и организационно-методических пособиях; распространение этих рекомендаций среди работников психиатрических служб и пользователей помощи;

- обсуждение болезнью Альцгеймера);

- результатов проекта на научно-практических конференциях, съездах, симпозиумах, посвященных вопросам психосоциальной реабилитации.

**Эффективность.** Эффективность и качество, проведенной с пациентами психосоциальной работы, оценивались в динамике с использованием следующих психодиагностических методик:

1. Шкала общего клинического впечатления о тяжести нарушений (CGI-S, CGI-I).

2. Шкала позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) по С.П. Кею, Л.А. Ослеру, А. Фицбейну (1987).

3. Шкала оценки осознания болезни при психозе (Insight Scale for Psychosis) М. Birchwood et al. (1994).

4. Шкала оценки отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory, DAI) Т.Р. Hogan, А.Г. Awad, R. Eastwood (1983).

5. Шкала социальной адаптации для выявления дистресса, вызванного проблемами социальной адаптации (The Social Adjustment Scale-Self Report) М. Weissman и S. Bothwell (1976). Адаптирована в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко (2009).

6. Шкала исследования дистресса вследствие межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems, ИП) L. Horowitz (2000). Адаптирована в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко (2009).

7. Опросник копинговых стратегий (Ways of Coping Questionnaire) S. Folkman, R. Lazarus (1998), адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой (2004).

8. Шкала самооценки (M.Rosenberg, 1965).

9. Опросник участника психообразовательной программы по оценке уровня знаний о психической болезни.

10. Опросник по оценке удовлетворенности пациента участием в программе психообразования, тренингах.

Для оценки эффективности и качества психообразовательной работы с родственниками пациентов использовался следующий комплекс методических инструментов:

1. Анкета участника образовательной программы для родственников пациентов, страдающих психическими заболеваниями.

2. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised) L. Derogatis et al.(1976). Адаптирован Н.В. Тарабриной (2001).

3. Шкала исследования дистресса, вследствие межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems, ИП) L. Horowitz (2000). Адаптирована в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко (2009).

4. Шкала социальной адаптации для выявления дистресса, вызванного проблемами социальной адаптации (The Social Adjustment Scale-Self Report) M. Weissman и S. Bothwell (1976). Адаптирована в отделе клинической психологии НЦПЗ РАМН С.Н. Ениколоповым, А.И. Цапенко, 2009.

5. Шкала оценки осознания болезни при психозе (Insight Scale for Psychosis) M. Birchwood et al., 1994.

6. Шкала оценки отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory, DAI) Т.Р.Ноган, А.Г. Авад, Р. Eastwood (1983)

7. Опросник копинговых стратегий (Ways of Coping Questionnaire) S. Folkman, R. Lazarus (1998), адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой (2004).

8. Карта участника психообразовательной программы для оценки уровня знаний о психической болезни.

9. Опросник по оценке удовлетворенности участием в психообразовательной программе для родственников психически больных.

**Внедрение результатов проекта:** разработаны методические и организационные основы комплексной психосоциальной помощи пациентам разных возрастов и членам их семей, реализованные в психиатрических стационарах г. Москвы и Московской области; подготовлены методические пособия и рекомендации для внедрения в психиатрических учреждениях страны.



# **Программа повышения квалификации психиатров, психологов, специалистов по социальной работе**

## ***Лекционная программа*** **«Современные вопросы клинической, социальной, организационной и общественной психиатрии»**

*Цель:* повысить уровень информированности и компетенции работников психиатрических служб высшего звена по вопросам клинической и социальной психиатрии, психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения, а также ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Темы лекций.*

- 1) Актуальные вопросы клинической психиатрии – А.С. Тиганов.
- 2) История развития психофармакотерапии психозов – М.А. Морозова.
- 3) Сравнительная эффективность антипсихотических средств – М.А. Морозова.
- 4) Полипрагмазия: обоснованные и необоснованные терапевтические схемы – М.А. Морозова.
- 5) Проблемы долгосрочной курации больных шизофренией – М.А. Морозова
- 6) Психосоциальная реабилитация: современный подход – Т.А. Солохина.
- 7) Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных – Т.А. Солохина.
- 8) Актуальные проблемы этики в психиатрии – А.Я. Ивановкин.
- 9) Когнитивно-бихевиоральная психотерапия психических расстройств – А.Б. Холмогорова.
- 10) Когнитивно-бихевиоральная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств – Н.Г. Гаранян.

11) Современная система организации психиатрической помощи – В.С. Ястребов.

12) Общественное мнение о психически больных, психиатрах, психиатрии – В.С. Ястребов.

13) Обеспечение качества в психиатрии: стандартизация оказываемой помощи – Н.Д. Букреева.

14) Закон о психиатрической помощи и охрана прав работников психиатрических учреждений – В.Я. Евтушенко.

## **Семинары, мастер-классы**

### *Семинар*

#### **Клинико-психопатологические, социальные, профилактические и реабилитационные аспекты у больных с расстройствами аутистического спектра в детстве**

*Н.В. Симашкова*

*Цель:* повысить уровень информированности врачей-психиатров, специалистов смежных специальностей по проблеме расстройств аутистического спектра в детстве, подходам к абилитации и социализации, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* расширить объем знаний специалистов о причинах возникновения расстройств аутистического спектра (РАС), клинических проявлениях, диагностике; ознакомить врачей-психиатров и специалистов смежных специальностей с ведущими реабилитационными программами по абилитации РАС; осветить основные методы преодоления инвалидизации у больных РАС.

*Краткое содержание.* Проблема расстройств аутистического спектра является ключевой в современной психиатрии, многоплановой, значимой с медицинской и социальной точек зрения, в ряде аспектов нерешенной, нуждается в разработке мультидисциплинарных клинико-биологических исследований, новых реабилитационных подходов, создании стандартов оказания помощи.

Частота встречаемости аутистических расстройств за последние 30–40 лет поднялась до 0,5–1% (Gillberg С.,2004; Kogan S.J., Blumberg L.A., et al 2009). Это связано не только с более точной диагностикой, но и в связи с включением атипичных форм аутизма при различных заболеваниях – шизофрении, умственной отсталости, синдроме Ретта, синдроме дефицита внимания и гиперактивности, признав его многофакторность.

Аутизм в детстве является проблемой, актуальность которой не вызывает сомнения на современном этапе развития общества во всем мире. Общеизвестной концепции этиологии и патогенеза РАС в мире не существует, причины могут быть разными – от эндогенно-наследственных до экзогенно-органических и психогенных. Большинство исследователей склоняются к тому, что аутизм в детстве имеет нейробиологическую основу и является результатом общемозговых нарушений. При диагностике РАС мы опираемся на МКБ-10, адаптированную для практики в Российской Федерации (1999).

РАС характеризуются нарушениями психического развития, аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи, моторики, стереотипностью деятельности и поведения, которые приводят к стойкой социальной дезадаптации. Аутистические расстройства за счет диссоциации в развитии высших психических функций с асинхронией, за счет влияния положительных тенденций онтогенеза вне обострений болезни поддаются коррекции при эффективной фармакотерапии и реабилитации. Именно поэтому РАС необходимо диагностировать как можно раньше, чтобы вовремя приступить к абилитационным мероприятиям, не упустить сензитивные периоды развития ребенка, когда аутистические расстройства закрепляются и прогрессируют.

Специалисты едины в том, что терапия должна быть «мультимодальной»: в разработке лечебно-реабилитационных программ должны активно участвовать врачи, психологи, учителя, социальные педагоги, реабилитологи, родители пациентов. Более экономичные амбулаторные формы помощи, на основе полипрофессионального подхода, занимают ведущее место в абилитации.

Клинико-биологическое направление с использованием мультидисциплинарного подхода, социореабилитации, профилактики является ведущим в решении проблемы аутизма в детстве.

## ***Семинар***

### **Гипердинамический синдром с поведенческими расстройствами у детей и подростков**

*А.В. Куликов*

*Цель:* повысить уровень информированности работников психиатрических служб по проблеме гипердинамического синдрома с поведенческими расстройствами у детей и подростков, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* представить специалистам данные по этиологии, патогенезу, клинике синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, осложнённого поведенческими расстройствами; осветить вопросы психосоциальной реабилитации.

*Краткое содержание.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) или гиперактивность и дефицит внимания, как называет это расстройство Н. Н.Заваденко (2005), – это патологическое состояние, которое имеет нейробиологическую природу и не является результатом распущенности или плохого воспитания. СДВГ – основная причина нарушений поведения, трудностей обучения в дошкольном и школьном возрасте, а также школьной дезадаптации, что определяет актуальность данной темы. Распространённость СДВГ – высокая, в среднем около 5% детей школьного возраста страдают СДВГ. У мальчиков это расстройство встречается чаще в связи с более высокой уязвимостью их мозга под влиянием пре- и перинатальных патологических факторов.

Л.С.Чутко с соавт. (2004, 2005) приводит данные о возрасте возникновения первых проявлений СДВГ: до 5 лет – 20% детей, 5–6 лет – 40% детей, в 7 лет, вскоре после поступления в школу –

40% детей. Таким образом, расстройство преимущественно начинается проявляться и распознаваться с началом регулярного обучения.

К основным диагностическим критериям СДВГ по МКБ-10 относят нарушения внимания, гиперактивность и импульсивность, которые не соответствуют нормальным возрастным характеристикам и свидетельствуют о недостаточных адаптационных возможностях. Первые симптомы развиваются в возрасте до 7 лет и эти симптомы постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптации ребёнка; недостаточная адаптация проявляется в различных ситуациях дома и в школе. Несмотря на нормальное интеллектуальное развитие, также должна быть очевидной клиническая выраженность нарушений социального, академического или профессионального функционирования.

Выделены ассоциированные с СДВГ нарушения (Н.Н. Заваденко, 2005), к которым относят нарушения когнитивных функций (нарушения внимания, памяти, недостаточная сформированность управляющих функций), двигательную неловкость (нарушения координации движений, несформированность тонкой моторики и праксиса), тревожные расстройства, ночной энурез, речевые нарушения (задержка в развитии речи, дислалия, дизартрия). В школьном возрасте ассоциированные с СДВГ нарушения проявляются в нарушении способности к речевому общению с окружающими, нарушении понимания выраженных в речи эмоций, реакций, инструкций, юмора, трудностях формирования школьных навыков (письма, чтения и счёта).

Н.Н. Заваденко (2005) считает, что в патогенезе СДВГ играет роль многомерное и комплексное взаимодействие различных механизмов: нейроморфологических, генетических, биохимических, нейрофизиологических (дисфункция дофаминергической и норадренергической нейромедиаторных систем мозга), социально-психологических факторов. В основе формирования в 100% случаев лежат биологические факторы – генетические механизмы и раннее органическое повреждение ЦНС. При этом значение биологических факторов имеет решающее значение в первые годы

жизни ребёнка, затем возрастает роль социально-психологических факторов и, прежде всего, семейной обстановки, а также нарушений, возникающих после начала школьного обучения.

Для возрастной динамики СДВГ в подростковом возрасте характерны низкая самооценка, низкая успеваемость в школе, нарастание нарушений поведения, плохие взаимоотношения со сверстниками, безрассудное поведение, сопряжённое с риском, трудности в соблюдении правил поведения, подчинении общественным нормам и законам, трудности в завершении выполнения длительных заданий.

Поведенческие расстройства или девиантное поведение (нежелательное или опасное для общества отклонение поведения от принятых нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм) имеют стереотип развития: 1) СДВГ, обуславливающий в младших классах школы неусидчивость, расторможенность и плохую успеваемость, заставляет педагогов выделять детей из общего плана, принижая их личный статус; 2) неблагоприятная семейная обстановка формирует их привычки и систему ценностей; 3) в последующем, обычно с 5–6 класса (пик 7–8 классы) нарастает хроническая школьная неуспешность, дублирование классов, пренебрежение уроками, антидисциплинарное и противоправное поведение, как способ своего рода самовыражения; 4) в подростковом возрасте – усиление противоправного поведения за счёт группирования с такими же подростками.

СДВГ является самой частой причиной развития синдрома школьной дезадаптации, основными критериями которой являются: 1) неуспешность в обучении по программам, соответствующим возрасту и способностям ребенка, (включая такие формальные признаки, как хроническая неуспеваемость, второгодничество и качественные признаки в виде недостаточности общеобразовательных знаний и навыков) – когнитивный компонент школьной дезадаптации; 2) нарушения эмоционально-личностного отношения к обучению, учителям, жизненной перспективе, связанной с учебой (пассивно-безучастное, негативно-протестное, демонстративно-пренебрежительное и другие значимые, активно проявляе-

мые ребенком отношения к школе и учебе) – эмоционально-личностный компонент школьной дезадаптации; 3) повторяющиеся, некорригируемые нарушения поведения – отказные реакции, стойкое антидисциплинарное поведение с активным противопоставлением себя соученикам, учителям, демонстративное пренебрежение правилами школьной жизни, школьный «вандализм» – поведенческий компонент школьной дезадаптации (Н.В. Вострокнутов, 1995).

Помощь детям с СДВГ должна носить комплексный характер и начинаться с обследования и уточнения диагноза. Оптимальным является сочетание немедикаментозных и медикаментозных методов: работа с родителями, методы модификации поведения, психолого-педагогическая коррекция, психотерапия и медикаментозное лечение.

Успех (ре)абилитации детей с подобными нарушениями зависит от учёта как клинико-биологических, так и психосоциальных факторов. Мишенями психосоциальной работы в отношении пациентов могут быть нарушенные когнитивные, мотивационные, эмоциональные функции личности, повышение качества социальных навыков с обучением оптимальным способам взаимодействия с окружающими, повышение мотивации к достижению более высокого уровня функционирования в значимых сферах жизнедеятельности.

Мишенями психосоциальной реабилитации в отношении семьи могут быть отсутствие либо искажённые представления о болезни, причинах, симптомах, течении, прогнозе и методах лечения, отсутствие навыков совладания с остаточными расстройствами, позиция семьи в отношении расстройства (отрицание болезни, противодействие лечению, дефекты воспитания (гипоопека, амбивалентное, потворствующее воспитание), дефицит социальных навыков (эффективного общения, адаптации), позиция семьи в отношении воспитателей, учителей, сверстников ребёнка с расстройством, стремление к компенсации психического расстройства и отсутствие мотивации к психосоциальному лечению.

В заключение хотелось бы остановиться на основных проблемах при оказании медицинской помощи подросткам с гиперди-

намическим синдромом и поведенческими расстройствами. Прежде всего, это трудности получения лечебно-диагностической помощи в должном объеме вследствие различных причин, часто возникающая невозможность динамического наблюдения и контроля регулярного приёма лекарственных препаратов после их назначения врачом из-за сохраняющейся безнадзорности таких подростков, а также отсутствие должного междисциплинарного взаимодействия.

## **Семинар**

### **Суицидальное поведение у детей и подростков**

*А.В. Куликов*

*Цель:* повысить уровень информированности работников психиатрических служб по проблеме суицидального поведения в детско-подростковом возрасте, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* дать определение понятию «суицидальное поведение», ознакомить с особенностями суицидального поведения у детей и подростков и с наиболее «суицидогенными» психическими заболеваниями, осветить вопросы лечения и профилактики.

*Краткое содержание.* Актуальность проблемы суицидального поведения (СПВ) в детско-подростковом возрасте определяется высокой распространённостью различных форм СПВ в данной возрастной группе, в том числе суицидальных попыток и завершённых самоубийств. Так, по данным В.Ф. Войцеха (2007) за год в РФ совершают суицид около 3000 детей и подростков. По последним данным читинских психиатров (Т.П. Злова с соавт., 2010), сплошное обследование подростков выявило сформированные суицидальные тенденции в 61% случаев, при этом у 16,5% подростков на момент исследования отмечен высокий риск совершения суицида, а у 7% старших подростков в анамнезе уже были суицидальные попытки.

К СПВ относят любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя



жизни. Внутренние формы – это этапы антивитаальных переживаний, суицидальных мыслей, суицидальных тенденций – замыслов и намерений, высказываний и угроз. К внешним формам относят суицидальные жесты, суицидальные попытки и завершённые самоубийства. Важно помнить о многообразии проявлений СПВ в подростковом возрасте, а также о необходимости учитывать весь спектр суицидоопасных реакций, всё многообразие проявлений этого феномена у подростков.

К особенностям СПВ в детско-подростковом возрасте (по А.Г. Амбрумовой и Л.Я. Жезловой, 1978) относят: 1) недостаточно адекватную оценку ими последствий аутоагрессивных действий вследствие несформированности представления о необратимости смерти. В практических целях это заставляет рассматривать все виды аутоагрессии в этом возрасте как разновидности СПВ; 2) несерьёзность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети и подростки объясняют свои попытки самоубийства; 3) суицидальные попытки в этом возрасте, в отличие от взрослых, не имеют прямолинейной зависимости от наличия и характера психопатологической симптоматики. В соотношениях этих двух факторов чрезвычайно важная роль принадлежит опосредующему влиянию окружающей среды; 4) взаимосвязь самоубийств и попыток детей и подростков с некоторыми видами девиантного поведения.

Можно сказать, что в большинстве случаев непсихотических форм СПВ речь идёт не о желании детей и подростков умереть, а о нежелании «так жить», что соответствует представлениям, как отечественных, так и зарубежных авторов о том, что в большинстве случаев можно отметить явное или замаскированное стремление детей и подростков с СПВ обратить на себя внимание окружающих, что позволяет относиться к суицидам как своеобразному «крику о помощи». Это, однако, не снижает потенциальной опасности таких действий.

Одним из важнейших факторов риска СПВ являются психические расстройства. Наиболее «суицидогенными» формами психической патологии являются депрессия и шизофрения. Как отме-

чали Н.М. Иовчук и А.А. Северный (1999), суицидальные идеи являются «барометром тяжести» детско-подростковой депрессии. Аутоагрессивное поведение возникает, как правило, на фоне достаточно продолжительного нераспознанного депрессивного состояния, иногда не первого по счёту. При этом, в большинстве случаев, задолго до совершения попытки самоубийства имеют место отрывочные антивитальные или суицидальные высказывания.

Важно заметить, что по данным Л.Я. Жезловой (1974), для детей, больных шизофренией, психотравмирующие ситуации патогенетически имеют высокое значение. Однако подобные ситуации возникают у них чаще всего в связи с неадекватной, патологической оценкой событий и отношений, преломляясь через призму процессуальных расстройств мышления и эмоционального реагирования. Й. Пурич-Пейакович и Душан Й.Дуньич (2000) отмечают, что значение психических травм проявляется в том случае, если они упадут на плодородную почву, которой является диспозиция – готовность к суицидальной реакции. Диспозиция к суицидальной реакции имеет два источника – генетическую готовность к душевным расстройствам или заболеваниям (депрессия или шизофрения) и неблагоприятные условия, которые в критический период развития нарушают гармоничное формирование личности. Диспозиция не означает ничего, кроме большей вероятности того, что жизнь закончится самоубийством. Психическая патология у подростков является одним из важных факторов, изменяющих восприятие, оценку и переработку жизненных событий, расширяющих круг потенциальных стрессовых факторов (О.Н. Суетина, 2004).

Риск самоубийства следует рассматривать как неотложное состояние. К любым угрозам самоубийства, включая демонстративные, следует относиться серьёзно: необходимо оказать больному адекватную помощь, что в большинстве случаев осуществляется в условиях психиатрического стационара (А.Б. Смулевич, 2003).

К основным направлениям реабилитации детей и подростков с суицидальным поведением относятся медикаментозная терапия и психотерапия, гармонизация внутрисемейных отношений, стиля воспитания, принятие родственниками болезни и мотивация на

лечение и реабилитацию. Это также воздействия, направленные на улучшение социальной, школьной адаптации, развитие коммуникативных навыков.

Основной принцип медикаментозной терапии – широко используемый в психиатрии синдромальный, принцип лечения (А.Г. Амбрумова, 1995). Применяется комбинированная терапия с активным использованием антидепрессантов, нейролептиков, нормотимиков и транквилизаторов. Среди антидепрессантов предпочтение отдается препаратам со сбалансированным или седативным действием для исключения стимулирующего эффекта.

Для реабилитации и профилактики повторных суицидальных действий важна нормализация семейной и социальной обстановки. Для этого проводится: а) разъяснение родственникам причин и особенностей психического состояния больного; б) формирование у родственников пациента адекватного отношения к его расстройствам; в) оказание семье помощи в отказе от негативного отношения к больному, (когда это необходимо); г) ориентация родителей пациента на длительную поддерживающую и профилактическую терапию; д) определение оптимальной формы обучения.

С целью профилактики СПВ у детей и подростков в первую очередь надлежит привлечь внимание педагогов, родителей к особенностям реагирования детей и подростков на ситуации, вызывающие отрицательные эмоции, к особенностям их восприятия конфликтов и поведения в коллективе (Э.А. Чомарян, 1983). Необходимо сокрытие случаев самоубийств в детских коллективах для недопущения подражательных тенденций, чрезвычайно важно обращать внимание на связь самоубийства с алкоголизмом и правонарушениями.

Возникающие у детей и подростков любые проявления аутоагрессивного поведения требуют к себе повышенного внимания со стороны специалистов, а угрозы самоубийства следует рассматривать как показатель повышенного риска. Коррекция возникающих расстройств настроения и поведения, социальной и учебной неуспешности должна быть своевременной. На практике же дети и подростки с суицидальным поведением нередко остаются без

должного внимания и помощи. Так посмертный анализ состояния психического здоровья детей подростков, совершивших суицид, показал, что лишь 12,0% из них находились до этого под психиатрическим наблюдением, что свидетельствует о низком уровне выявления психических расстройств у детей и подростков (А.И. Лазебник, 2000).

## **Семинар**

### **Подростковая психиатрия на современном этапе развития науки**

*В.В. Грачев, А.Г. Головина, Н.Е. Кравченко*  
Дискутант: *Н.А. Мазаева*

#### **1. Психические расстройства при эпилепсии у подростков**

*В.В. Грачев*

*Цель:* представить слушателям картину современного состояния проблемы психических расстройств ассоциированных с эпилепсией в подростковом возрасте, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* дать информацию о структуре и клиническом разнообразии психической патологии у подростков, страдающих эпилепсией; продемонстрировать основные особенности эпилепсии в подростковом возрасте, обсудить основные диагностические и дифференциально-диагностические проблемы; возникающие при квалификации психического состояния у больных с эпилепсией и изменениями ЭЭГ по эпилептическому типу; проинформировать о современных подходах к лекарственной терапии и реабилитационных стратегиях в этой группе больных

*Краткое содержание.* Последние годы наблюдается заметный интерес к психическим расстройствам, ассоциированным с эпилепсией, что определяется изменившимися терапевтическими подходами к этому заболеванию. В основе современной стратегии

лечения эпилепсии лежит направленность не только на скорейшее купирование приступов, но и на обеспечение больным высокого «качества жизни», которое во многом определяется психическим состоянием больных. В ряде работ было убедительно продемонстрировано, что психические нарушения дезадаптируют больных в значительно большей степени, чем собственно эпилептические приступы. Отмечается, что больные с коморбидными эпилепсии психическими нарушениями подвергаются двойной стигматизации.

Даже при отсутствии клинических эпилептических припадков эпилептические разряды в мозге могут существенно нарушать функциональное состояние ЦНС, являясь причиной психозов, аутистических расстройств, когнитивных и речевых нарушений.

Повышенный риск развития психической патологии сохраняется и при достижении устойчивой ремиссии. Недавнее катамнестическое исследование больных подросткового возраста с эпилепсией, манифестировавшей в детстве, проведенное в США, выявило высокую распространенность психической патологии у больных с устойчивой 5-й ремиссией: у 30% больных был установленный психиатрический диагноз.

Психические расстройства встречаются у больных эпилепсией значительно чаще, чем в общей популяции. По данным современных эпидемиологических исследований, психические нарушения выявляются у 30–40% подростков, страдающих эпилепсией, причем у больных с симптоматической эпилепсией, при наличии верифицированного органического поражения ЦНС – в 50–60%. Больные с этим заболеванием во всем мире составляют значительную часть контингента психиатрических стационаров, по данным суммарным данным литературы, 10–15% от общего числа больных.

Несмотря на значительную распространенность, выявленную в эпидемиологических исследованиях, на практике психические нарушения у больных эпилепсией часто просматриваются и недооцениваются. По данным исследования депрессивных состояний у больных с резистентной к терапии эпилепсией, в 37% случаях тяжесть депрессивных проявлений была недооценена, только

20% больных с коморбидной эпилепсии депрессией получали адекватную антидепрессивную терапию. Группа исследователей в США обнаружили, что только половина детей с коморбидными эпилепсии психическими нарушениями получает необходимую психиатрическую помощь. Эта ситуация, по-видимому, объясняется тем, что основное внимание врачей уделяется диагностике и терапии эпилептических приступов, а психическое состояние оценивается недостаточно. Отсутствие адекватной психиатрической помощи может приводить к хронизации психической патологии и возможно является одной из причин высокой частоты суицидов у взрослых больных эпилепсией, в разы превышающей частоту суицидов в популяции.

Наряду с недооценкой психических расстройств у больных эпилепсией существует и проблема гипердиагностики. Нередко больным с различными психическими нарушениями при выявлении изменений в ЭЭГ неоправданно устанавливается диагноз эпилепсия и назначаются противоэпилептические препараты. Последнее связано с чрезмерным расширением границ «эпилептической энцефалопатии». В основе этой концепции лежит представление о нарушении функционального состояния мозга и развитии различных психических расстройств под влиянием эпилептической активности, вне зависимости от клинических приступов.

По данным большинства исследователей, аномалии личности, наряду с аффективной патологией, являются наиболее часто встречающимся типом психических нарушений в подростковом контингенте больных эпилепсией. Достоверные данные о распространенности патологии личности отсутствуют. С целью уточнения особенностей формирования личности у подростков страдающих эпилепсией в нашем отделе было обследовано 87 больных с симптоматической эпилепсией в возрасте 15–18 лет.

Исследование показало, что наиболее часто встречающимся типом нарушений формирования личности у подростков с симптоматической эпилепсией является психический инфантилизм, отмечавшийся у 87% больных. Причем наличие и выраженность черт психического инфантилизма не зависели от локализации фо-

куса эпилептической активности и клинических характеристик эпилептических приступов. Психический инфантилизм с эмоционально-волевой незрелостью, несформированностью чувства долга, ответственности, преобладанием игровых интересов во многих случаях служил основным фактором социальной дезадаптации. Распространенность инфантильных черт психики была отмечена и другими группами исследователей и при различных формах эпилепсии с манифестацией в детском и подростковом возрасте.

Высокая распространенность психического инфантилизма и связанной с ним социальной дезадаптации у подростков страдающих эпилепсией указывают на необходимость учитывать эти явления в повседневной врачебной практике и важность разработки адекватных методов их коррекции для успешной социальной реабилитации этой группы больных.

## **2. Фобические расстройства в структуре психической патологии подросткового возраста**

*А.Г. Головина*

*Цель:* дать работникам психиатрических служб современные представления о сути и вариантах фобических расстройств у подростков, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* представить специалистам новые данные относительно распространенности, нозологической принадлежности, психопатологических и динамических особенностей, структуры коморбидности, механизмов развития фобий периода adolescence, а также представить слушателям модели психореабилитационных вмешательств.

*Краткое содержание.* В последние годы заметно возрастает распространенность фобических расстройств в детстве и периоде adolescence, что определяет значимость данной проблемы, как для общей клинической, так и для подростковой психиатрии. Кроме того, возрастной патоморфоз клинической картины и особое реагирование на фармакотерапию обуславливают трудности при выборе оптимальной терапевтической тактики. Наряду с этими

аспектами необходимо отметить, что фобические нарушения, реализующиеся в подростковом возрасте, нередко неправильно оцениваются и со значительным запаздыванием диагностируются.

Несмотря на относительно легкий регистр расстройств, их существование может приводить к заметному ухудшению актуальной социальной адаптации подростка, искажать психосоциальное развитие личности в будущем, снижать потенциально возможный для интеллектуальных и личностных ресурсов конкретной личности уровень академических и профессиональных достижений.

Фобические расстройства у пациентов пубертатного возраста, обращающихся за специализированной психиатрической помощью в ПНД №21 и в Подростковый центр ГКПБ №15 выявлены у 15,2% от всех обратившихся за специализированной психиатрической помощью, что заметно выше соответствующих показателей для этого возраста в населении.

Анализ нозологической принадлежности состояний, в рамках которых обнаруживались фобические нарушения, показал, что треть из них представлена органическими непсихотическими расстройствами, треть составляют расстройства круга шизофрении (манифестные и неманифестные формы), шизотипическое личностное расстройство, шизоидное расстройство личности. Лишь чуть больше десяти процентов относится к тревожно-фобическим, обсессивно-компульсивным и расстройствам адаптации.

Показано доленое распределение и иерархия сюжетов фобических образований у подростков. Речь идет о монофобиях как изолированном симптомокомплексе (или даже феномене), с одной стороны, и синдромально очерченных тревожно-фобических, обсессивно-фобических и других состояниях – с другой. Прослежен предпочтительный возраст появления и дальнейшая динамика выявленных в обследованной когорте фобических образований, исходя из их фабулы. Все фобические нарушения, обнаруженные у обследованных подростков, по критерию возраста манифестации разделены на три группы: впервые появившиеся в дошкольном возрасте; на этапе начала школьного обучения; в препубертате и пубертате.



Все фобические феномены, выявленные у обследованных подростков, по механизму развития подразделены на следующие варианты:

1) возникшие как конституционально обусловленные психопатологические образования, отражающие «архаические» филогенетические закономерности, не несущие особой клинико-динамической нагрузки;

2) развившиеся как реактивные психопатологические формы и соответствующие клинико-динамическим стереотипам расстройств адаптации симптомокомплексы;

3) сформировавшиеся в рамках различных клинических форм по невротическому механизму и, соответственно, отражающие закономерности невротогенеза;

4) являющиеся невротоподобными симптомами шизофренического процесса, протекающего на сравнительно нетяжелом, непсихотическом/субпсихотическом уровне.

Фобический синдром определяет клиническую картину примерно у 15 % пациентов (доминирующий тип); выступает в виде моносимптома вне связи с доминирующими проявлениями – у 21 % (изолированный тип); наиболее часто (в 64% случаев) регистрируется как аксессуарный симптомокомплекс в структуре сложного (или нескольких) синдрома/синдромов (аксессуарный тип).

Анализ коморбидных соотношений между фобическими нарушениями у подростков и другими расстройствами показал, что предпочтительным симптомокомплексом, сосуществовавшим с фобическими нарушениями, оказался астенический (88,9% больных). Личностные аномалии сочетались с фобиями примерно у 50% подростков, лишь у пятой части достигая уровня расстройства личности. Превалировали сензитивно-шизоидные, тревожные и истеро-возбудимые черты при практическом отсутствии ананкастного радикала. У 20% подростков фобии сочетались с аффективными расстройствами депрессивного полюса. Панические атаки у подростков с фобиями выявлялись лишь в 1,5% случаев, соматоформные нарушения – у 2% больных, моторные навязчивости – у 3%.

В качестве общих особенностей, характерных для фобических расстройств в подростковом возрасте, можно выделить сле-

дующие: высокий удельный вес нарушений, свойственных детскому возрасту, наличие элементов детского фантазирования в фобической фабуле, предпочтительная подверженность фобиям лиц мужского пола, возрастная динамика, отражающая процесс созревания, особая структура коморбидности. Фобические образования подросткового возраста отличались сравнительно нетяжелым течением, психопатологической пластичностью, тяготением к регрессиентности, их наличие не являлось предиктором неблагоприятного прогноза состояния.

Проблема патоморфоза фобий в период adolescence. Выделены аспекты социогенного патоморфоза фобических нарушений у подростков: появление новых фобических объектов, потенциальные угрозы, порожденные широким использованием достижений научно-технического прогресса в повседневной жизни современного мегаполиса, популяризация сведений о строении Вселенной, происхождении жизни и опасностях окружающего мира, возникновение новых потенциально опасных социальных феноменов, изменения сюжетов фобий (замена фокусов опасений с одних заболеваний на другие), изменения частоты отдельных видов фобий по отношению к их общей структуре (стремительный рост распространенности школьной фобии).

Вклад патологически измененной почвы (невропатия) и некоторых составляющих социального (антиципация) и эмоционального (алекситимия) интеллекта, участвующих в механизмах, ответственных за формирование фобических расстройств периода пубертата.

Научно обоснованные подходы к созданию комплексных программ, позволяющих оптимизировать лечебно-реабилитационный процесс, дифференцированных для каждого из предварительно выделенных вариантов расстройств.

Терапия фобических расстройств у подростков опирается на следующие принципы:

1) использование комплексных стратегий – сочетание медикаментозной терапии, психотерапевтических, психокоррекционных и психообразовательных вмешательств;

- 2) приоритет амбулаторных видов помощи;
- 3) проведение терапии, дифференцированной в соответствии с типологией.

Фобии изолированного типа требуют корригирующей психотерапии и психообразовательных воздействий; фобии акцессорного типа – купирующей терапии основного симптомокомплекса; фобии доминирующего типа – активной патогенетической терапии в соответствии с возрастом пациентов.

С учетом органической стигматизации, частоты астенических нарушений, высокого риска побочных эффектов психофармакотерапии рекомендована адъювантная медикаментозная терапия ноотропными, сосудистыми, мочегонными, противоастеническими средствами вне зависимости от механизма формирования и типа фобий.

### **3. Современные представления о депрессиях в подростковом возрасте**

*Н.Е. Кравченко*

*Цель:* предоставить работникам психиатрических служб новую информацию об этиологии, патогенезе и клинических проявлениях депрессивных расстройств у подростков, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* уточнить представления о частоте данной патологии, факторах, определяющих ее развитие, включая хронобиологическую составляющую, проинформировать о современных терапевтических и реабилитационных подходах к ведению подростков с подобными расстройствами.

*Краткое содержание.* Депрессивные расстройства считаются одним из распространенных видов психической патологии не только у взрослых, но и у больных подросткового возраста. Депрессии детского и подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем в связи с тем, что соотносятся с большей вероятностью возникновения психических нарушений во взрослой жизни, а также ассоциируются с тяжелыми социальными последствиями, к числу которых, прежде всего, причисляют

*самоубийства*, а также насилие, наркоманию и поведенческие девиации.

По свидетельству многих исследователей, занимающихся этой проблемой, депрессивные состояния у подростков возникают значительно чаще, чем диагностируются, и могут длительно оставаться нераспознанными.

Вероятность развития этих нарушений принято объяснять сочетанным воздействием различных факторов: конституционально-генетических, определяющих predisposition к болезни, разнообразных стрессовых, психогенных, средовых, действующих по типу триггерных механизмов. Кроме того, согласно современным воззрениям, сам подростковый период с присущим ему особенным психобиологическим фоном также представляет собой благоприятную почву, «облегчающую» развитие аффективных нарушений.

В настоящее время считается, что патогенез депрессий связан: 1) с нарушением баланса нейротрансмиттеров; 2) с особенностями межполушарной асимметрии; 3) с дисфункцией тормозных систем в коре головного мозга; 4) с нарушением биологических ритмов.

Биологические часы – это сложный генетический механизм, настроенный на 24-часовой регулярный цикл смены света, темноты и сна, они структурно связаны с СХЯ гипоталамуса. Информация о световом дне поступает в супрахиазматические ядра из сетчатки, далее по ретино-гипоталамическому тракту – в ствол мозга – в шейный отдел спинного мозга – и, наконец, через симпатические ганглии обратно в головной мозг – в шишковидную железу (эпифиз), которая участвует в процессе регуляции биологических ритмов. Установлено, что клетки эпифиза (пинеалоциты) продуцируют ферменты, участвующие в синтезе «гормона сна» – мелатонина. Уровень мелатонина – низкий днем и самый максимальный – ночью. Кроме того наблюдаются сезонные колебания уровня мелатонина – максимум отмечается в темное время года (ноябрь-январь), а минимум в светлое время года, когда продолжительность светового дня наиболее велика (май-июнь). В период полового созревания наблюдается резкое снижение синтеза мела-

тонина и уменьшение объема эпифиза, увеличение синтеза гормонов гипофиза, стимулирующих половой метаморфоз (гонадолиберина), и гормонов роста.

Считается, что у больных депрессией нарушены процессы согласования различных биологических ритмов и имеет место десинхроз. Явления десинхроза соотносят с такими клиническими параметрами депрессии, как суточный ритм настроения, преждевременное утреннее пробуждение и нарушение ритма сна, нередко нарушаются биологические циклы и с более длительными периодами. В качестве примера можно назвать сезонные аффективные расстройства (САР). Предполагается, что возникновение САР связано с генетически обусловленной функциональной недостаточностью механизмов, синхронизирующих внутренние и внешние ритмы.

Депрессии у подростков характеризуются:

- неразвернутостью, незавершенностью аффективного синдрома,
- диссоциацией между относительной выраженностью гипотимии и незначительной – идеаторной и моторной составляющими синдрома,
- неравномерностью степени выраженности депрессивного состояния на протяжении дня и депрессивного состояния в целом.

Изучение аффективных расстройств у подросткового контингента больных ПНД показало, что депрессивные состояния наблюдались примерно у четверти (23,5%) из них.

Депрессивные симптомокомплексы неспецифичны и могут выявляться чаще или реже в клинической картине разных нозологий. Они представлены симптомокомплексами разной степени тяжести – от минимально выраженных и маскированных проявлениями пубертатной лабильности, до развернутых, отчетливых депрессивных эпизодов и затяжных аффективных состояний с элементами крепелиновской аффективной триады.

Однако большая часть (4/5) представлена непсихотическими депрессиями и стертymi депрессивными состояниями с субклиническим уровнем аффективных проявлений.

*Гендерные особенности.* Доля депрессивных расстройств у девушек, наблюдающихся в ПНД, составляла значительную часть – 40,6%, и почти в 2 раза превышала таковые у юношей, депрессивная симптоматика у которых имела место примерно в одной четверти случаев.

Чем более стертными были депрессивные проявления, тем чаще у юношей они выступали под «маской» расстройств поведения, либо в виде субаффективных состояний с дефицитом психической активности. Депрессии с психопатоподобными «масками» по нашим наблюдениям, хотя и выявлялись у девушек, все же чаще отмечались у подростков мужского пола (соотношение юношей и девушек составляло 6,1 : 1).

Для девушек типичным было сочетание с невротическими симптомами, отражающими специфическую возрастную проблематику (озабоченность внешним обликом, школьные фобии, социофобии, тревожность, связанная с формированием межличностных отношений).

Свойственными девушкам оказываются *утрированные эмоциональные проявления*, возникающие вне прямой корреляции с глубиной и выраженностью тимического компонента, и характеризующиеся обусловленной внешней ситуацией потерей самообладания, невозможностью сдерживать проявления чувств, истероформным поведением, которые могут объясняться незрелостью систем мозга, отвечающих за формирование эмоций.

*Лечение.* Эффективность лечебной помощи подросткам определяется рациональным соотношением методов медикаментозного, психотерапевтического и социально-педагогического воздействия.

В настоящее время имеются данные, что клинические симптомы депрессии являются следствием не только функциональных, но и структурных изменений в определенных областях головного мозга. При депрессиях нарушается нейропластичность, т.е. равновесие между процессами нейрогенеза (синтез нейронов) и апоптоза (гибель нейронов). Изменения нейропластичности происходит при участии нейротрансмиттерных систем. Таким обра-

зом, целями антидепрессивной терапии должны быть процессы, приводящие к восстановлению нарушенного нейрохимического баланса. В современных работах указывается, что депрессии подростково-юношеского возраста являются серотонинозависимыми, Видимо этим фактом объясняется благоприятное влияние лечения препаратами нового класса (СИОЗС) депрессивных нарушений подросткового возраста.

В лечении необходимо учитывать плохую переносимость подростками психотропных препаратов, объясняющуюся нестабильностью нейрогормонального фона и повышенной чувствительностью к фармакологическим воздействиям. Медикаментозное лечение должно включать в себя и нейропротективную терапию.

Не менее важным является процесс формирования терапевтической мотивации, так как нерезко выраженные психические нарушения (стертые депрессивные расстройства) далеко не всегда критически расцениваются, как самими подростками, так и их родителями. Некоторые поведенческие расстройства и эмоциональные нарушения могут купироваться нелекарственными (социально-педагогическими, психотерапевтическими) методами.

## ***Семинар***

### **Геронтопсихиатрия на современном этапе развития науки**

#### **1. Диагностика и терапия болезни Альцгеймера**

*С.И. Гаврилова*

*Цель:* повысить уровень информированности работников психиатрических служб о современных подходах к терапии болезни Альцгеймера и других атрофических заболеваний мозга, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* предоставить современные знания по проблеме болезни Альцгеймера – ее распространенности, патогенезу, клиническим проявлениям, дифференциальному диагнозу с другими деменциями и атрофическими заболеваниями мозга (болезнь Пика);

ознакомить специалистов с новыми подходами к лечению болезни Альцгеймера.

*Краткое содержание.* Эпидемиология болезни Альцгеймера. Проблема гиподиагностики деменции. Способы обеспечения комплаенса. Парадигма мультимодальной терапии болезни Альцгеймера, других атрофических заболеваний мозга. Рекомендации по оптимизации терапии болезни Альцгеймера.

## **2. Поведенческие и психотические расстройства при деменции: клиника и терапия**

*И.В. Колыхалов*

## **3. Родственники пациентов с деменцией: строим партнерские отношения**

*М.В. Гантман*

### ***Семинар***

## **Методические и организационные подходы к психиатрическому просвещению (психообразованию) пациентов, страдающих психическими расстройствами**

*Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко, Н.А. Темботова*

*Цель:* повысить уровень информированности работников психиатрических служб по вопросам проведения психообразовательных программ для пациентов, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* ознакомить слушателей с целями и задачами психообразования как одного из видов психосоциальной терапии пациентов, страдающих психическими расстройствами, основными организационно-методическими подходами к его проведению, сведениями по оценке эффективности данного вмешательства.

*Краткое содержание.* Программа психиатрического просвещения направлена на систематизированное предоставление па-



циентам знаний в области психиатрии и терапии психических расстройств с целью улучшения приверженности к лечению, развития партнерских отношений с родственниками и профессионалами службы психического здоровья, уменьшения социального отчуждения и изоляции.

Задачи программы психиатрического просвещения: привитие правильного представления о психическом заболевании, освоение навыков отслеживания рецидива болезни, обучение лекарственному режиму, развитие навыков совладания с болезнью и вызывающими стресс жизненными событиями, дестигматизация, создание естественной сети социальной поддержки, поиск душевного равновесия через знание и взаимную эмоциональную поддержку, создание для каждого участника атмосферы соперничества и информированного оптимизма.

Для лучшего понимания и запоминания излагаемого материала рекомендуется разбить программу на несколько блоков: 1) знания о болезни; 2) навыки управления медикаментозным лечением; 3) стратегии преодоления болезни; 4) внешние ресурсы поддержки.

*Блок 1 «Знания о болезни» (3–4 занятия).* На занятиях этого блока следует остановиться на причинах возникновения психического заболевания, его течении, симптомах, прогнозе. Для объяснения причин болезни рекомендуется использовать модель «стресс-уязвимость». Следует определить стресс-факторы, которые могут вызывать развитие психического заболевания или его обострение (например, конфликты в семье или другие события в жизни человека), а также положительные факторы, которые способствуют улучшению состояния (эффективное лечение и уход, применение эффективных механизмов преодоления болезни, сокращение числа источников психосоциального стресса и проч.).

Этот блок также предполагает работу над приобретением навыков предотвращения рецидивов, что включает выявление признаков рецидива, разработку плана действий, которые должны быть предприняты пациентами (или их родственниками) в ответ на предвестники рецидивов. Рассматриваются потенциальные труд-

ности при выявлении предвестников рецидива или реализации плана действий и совместно с пациентами вырабатываются решения. Если необходимо, целесообразно провести дополнительные занятия для закрепления достигнутого.

*Блок 2 «Развитие навыков управления медикаментозным лечением» (3–4 занятия).* Основная задача – сформировать у пациентов понимание необходимости медикаментозного лечения. Блок включает следующие элементы работы: ознакомление с основными группами психофармакологических препаратов, механизмом их действия, предоставление знаний о побочных эффектах медикаментозной терапии, обучение отслеживанию этих эффектов, проведение бесед для осознания участниками программы преимуществ антипсихотической терапии, необходимости взаимодействия с врачами и другими специалистами, работу над мотивацией на длительную фармакотерапию.

*Блок 3 «Стратегии преодоления болезни» (3–4 занятия).* Эта часть психообразовательной программы включает методику обучения пациентов способам преодоления болезни, основанную на существующих у них стратегиях преодоления. Рекомендуется обсудить в группе, как пациенты справляются с каждым из симптомов, рассмотреть все «за» и «против» используемой стратегии преодоления, оценить эффективность этих механизмов преодоления, определить полезные и бесполезные из них, обсудить имеющиеся у пациентов ресурсы преодоления.

Целесообразно рассмотреть возможные полезные способы преодоления – переключение внимания (с одного предмета на другой или с одного переживания на другое), сужение внимания (например, сконцентрировать внимание на точке на стене), самоутверждения и внутренний диалог (обучение утверждениям, которые настраивают на соответствующую реакцию), реатрибуция (альтернативное объяснение происходящему), снятие возбуждения (дыхательные упражнения или быстрая релаксация, посидеть спокойно и проч.), увеличение или планирование деятельности, вовлечение в социальные мероприятия или прекращение участия в них.

Отработка навыков преодоления болезни проводится с использованием повторений, имитаций, домашних заданий. В процессе работы можно последовательно добавлять разные стратегии преодоления. Важно добиться перехода от внешней вербализации к внутреннему скрытому контролю.

*Блок 4 «Внешние ресурсы поддержки» (3–4 занятия).* Знания, которые пациенты получают в этом разделе программы, касаются системы организации психиатрической и социальной помощи. Важно ознакомить участников и с другими ресурсами общества: общественными организациями, группами поддержки, а также обеспечить их необходимыми адресами. Отдельное занятие целесообразно посвятить основным формам и методам психосоциальной реабилитации и психотерапии, сформировать у пациентов понимание необходимости этих видов лечения, мотивировать пациентов к участию в общественных организациях, группах поддержки.

При работе с пациентами используются следующие методические подходы: высокоструктурированное ведение группы; интерактивное обучение; учет ожиданий и индивидуальных потребностей участников; доброжелательная обстановка, уважительное отношение; изложение материала доступным языком; обучение пациентов командой специалистов.

Рекомендуется применять на занятиях такие техники, как побуждающее расспрашивание, активное выслушивание, резюмирование, избегание обвинений, доводы «за» и «против» альтернативного образа действий, присоединение, поощрение и поддержка.

Длительность занятия – 60 мин. Каждое занятие должно иметь четкую структуру: приветствие (10 мин), выявление запросов участников по теме занятия (10 минут), основная часть (25–30 мин), заключительная часть – подведение итогов занятия (10–15 мин).

Примерный базовый курс программы психообразования для пациентов, страдающих шизофренией (12–16 занятий): **1.** Знакомство. Цели и задачи программы. Определение информационного запроса. **2.** Психические расстройства: определение, распростра-

ненность, классификация, их причины, течение, прогноз. **3.** Понятие симптома и синдрома. Модель диатез-стресс-уязвимости. Выявление стрессоров. **4.** Выявление признаков рецидива заболевания (тревожных сигналов). Понятие «почерк рецидива» (т.е. сугубо личной комбинации предвестников рецидива психоза). Разработка плана действий в ответ на предвестники рецидива. **5.** Нейролептики: основные и побочные эффекты. Правила проведения терапии нейролептиками. **6.** Отслеживание побочных эффектов нейролептиков и способы их коррекции. **7.** Нейролептики нового поколения: новые возможности и ограничения. Нейролептики пролонгированного действия, их достоинства. **8.** Антидепрессанты: основной и побочные эффекты, правила проведения терапии антидепрессантами. Антиманиакальные препараты и нормотимики: характеристика и правила применения. **9–12.** Стратегии преодоления болезни. Освоение полезных способов преодоления болезни. Упражнения для развития навыков преодоления болезни. **13.** Ознакомление с системой организации психиатрической и социальной помощи. **14.** Ресурсы сообщества: общественные организации, группы поддержки. **15.** Психосоциальная реабилитация и психотерапия: формы и методы работы. **16.** Заключительное занятие. Подведение итогов. Мотивирование на дальнейшее участие в тренингах, долговременной психотерапии, работе общественной организации. Расставание.

Обсуждение вопросов, касающихся оценки эффективности психообразования, основных подходов к проведению этой работы, опросников, рекомендуемых для этой цели. Результаты исследований отечественных и зарубежных авторов по оценке эффективности психообразования у пациентов.

Обсуждение со слушателями пособий, книг и брошюр по психиатрии для пользователей, художественных фильмов и проч. материалов, облегчающих усвоение пациентами учебного курса.

Участникам семинара для обсуждения представлены методические рекомендации «Развитие социальных навыков и навыков преодоления болезни у пациентов, страдающих шизофренией, для формирования их приверженности к лечению».

**Семинар**  
**Методические и организационные подходы**  
**к развитию социальных навыков у пациентов,**  
**страдающих шизофренией**

*Л.М. Алиева, Н.С. Грачева,  
Н.Ю. Новоселова, Д.Н. Ефремова*

*Цель:* повысить уровень информированности работников психиатрических служб по вопросам проведения психосоциальных вмешательств, направленных на формирование и развитие у пациентов, страдающих шизофренией, социальных и других навыков, необходимых для жизни в обществе и семье, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* ознакомить участников семинара с целями и задачами, методическими подходами, технологией проведения тренинга коммуникативных навыков, как одного из видов психосоциальной терапии пациентов, страдающих шизофренией.

*Краткое содержание.* Целью тренинга является улучшение качества коммуникаций, межличностного взаимодействия, приобретение навыков социально-приемлемого поведения в семье и обществе.

В соответствии с целью, в процессе тренинга последовательно решаются следующие задачи:

1) развитие мотивации и потребности к общению, снятие «коммуникативной напряженности», изменение сверхценного отношения к общению;

2) улучшение когнитивных функций (мышления, речи, памяти, внимания, умения концентрироваться и проч.) и развитие коммуникативной направленности мышления;

3) развитие социально-перцептивных способностей (распознавание невербальных коммуникаций, чувствительности в восприятии окружающего мира, формирование умений оценивать эмоциональное и психическое состояние других людей, прогнозировать развитие социальной ситуации);

4) тренировка вербальных и невербальных навыков, а также конструктивного взаимодействия и социально-приемлемого пове-

дения, обучение эффективным способам решения межличностных проблем и ведению социальных ролей.

Тренинг относится к группе когнитивно-поведенческих методик, при которых используются специальные упражнения и ролевые игры, направленные на последовательное формирование элементов поведения, а также такие техники теории социального научения, как наставничество, подсказывания, подкрепление, моделирование ситуаций, обратная связь. В программе тренинга соединены различные элементы личностных тренингов, техники телесно-ориентированной терапии, арт-терапии с целью улучшения чувствительности в восприятии окружающего мира, других людей и самого себя. Тренинг построен таким образом, чтобы в нем были задействованы разные уровни психологической работы с участниками группы – личностный, поведенческий, эмоциональный, информационный.

Проведение тренинга предусматривает два этапа – организационный и непосредственного проведения тренинга. На этапе организации его ведущий составляет примерный план занятий на весь период в соответствии с клинико-психологическими особенностями участников и их ожиданиями, формулирует основные задачи, стоящие перед участниками тренинга. Для выявления индивидуальных патопсихологических особенностей участников ведущим тренинга целесообразно провести их первичное психодиагностическое обследование.

Непосредственно перед проведением каждого занятия (этап непосредственного проведения тренинга) также составляется подробный план с указанием конкретных упражнений (основных и резервных). После проведения каждого занятия в дневник заносится отчет ведущего о занятии, об особенностях поведения его участников, динамике их состояния.

С учетом поставленных задач, каждое занятие тренинга может быть разделено на три части. Первая, вступительная, часть занятия – это упражнения и игры, которые направлены на снятие психо-эмоциональной напряженности участников, устранение коммуникативной тревожности, возможность групповой и индивидуальной рефлексии состояний («здесь и теперь»). Чаще исполь-

зуются двигательные и пантомимические упражнения, рисуночные методики и в меньшей степени вербальные средства. Как правило, упражнения этой части занятия проводятся без анализа и развернутого обсуждения.

Вторая, основная часть занятия – это упражнения, несущие основную психокоррекционную нагрузку. Они разрабатываются конкретно для каждой группы, и их содержание меняется от занятия к занятию, обеспечивая поэтапное введение нового материала и переход к отработке более сложных навыков и умений.

Третья, заключительная, часть каждого занятия строится с таким расчетом, чтобы закрепить достигнутое в группе, повысить сплоченность и мотивированность участников группы перед следующим занятием. Здесь следует использовать упражнения с незначительным вербальным компонентом, выполняемые коллективно, а также упражнения, содержащие элементы релаксации (психогимнастические упражнения).

Структура занятий и распределение времени на обязательные процедуры тренинга.

1). Приветствие. Помогает участникам тренинга снять эмоциональную напряженность, дает возможность индивидуальной и групповой рефлексии состояний («здесь и теперь») – 10 мин.

2). Упражнение, помогающее участникам тренинга сосредоточиться на занятии, настроиться на работу, активизирующее их – 5 мин.

3). Обсуждение домашнего задания: работа над закреплением навыков – 10 мин.

4). Центральная часть занятия: освоение навыков – 40 мин.

5). Завершающая часть. Участники получают новое домашнее задание для закрепления полученных навыков, а также проводятся упражнения на релаксацию, индивидуальную и групповую рефлексию – 15 мин.

6). Расставание (индивидуальная, групповая рефлексия состояний «здесь и теперь») и обратная связь (заполнение опросника по оценке удовлетворенностью занятием) – 10 мин. (приложение 2).

Основные методические принципы проведения тренинга:

1) каждое занятие должно быть четко спланировано, необходимо

строгое соблюдение временных рамок встречи, все инструкции к упражнениям следует формулировать четко, ясно, они должны содержать достаточную и необходимую информацию; 2) эмоциональные и информационные перегрузки не допускаются; 3) на занятиях следует чередовать длительные и трудоемкие упражнения с короткими двигательными упражнениями; 4) в конце занятия рекомендуется провести упражнение, поддерживающее положительную эмоциональную атмосферу; 5) ошибки следует фиксировать в максимально доброжелательной форме, как естественный и неизбежный элемент тренировки; 6) при выполнении упражнений необходимо отмечать все, даже маленькие достижения и успехи со стороны участников; 7) в процессе каждого занятия следует уделять внимание обмену опытом и чувствами между участниками.

Тренинг коммуникативных навыков будет способствовать улучшению социальной и психологической адаптации психически больных, снижению страха и тревоги перед жизнью за стенами больницы, обретению большей уверенности в себе и своих возможностях. Тренинг могут проводить специалисты, имеющие подготовку в области психологии, психотерапии.

Участникам семинара для обсуждения представлены методические рекомендации «Тренинг по развитию коммуникативных навыков у пациентов, страдающих шизофренией».

## **Семинар**

### **Методические и организационные подходы к психиатрическому просвещению (психообразованию) родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами**

*Т.А. Солохина, А.И. Цапенко*

*Цель:* повысить уровень информированности работников психиатрических служб по вопросам психиатрического просвещения членов семей психически больных, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.



*Задачи:* ознакомить участников семинара с клинико-психологическими особенностями родственников психически больных, последствиями психической болезни для семьи больного, современной парадигмой при работе с ней, наиболее эффективными вмешательствами при оказании семье социально-психологической помощи; проинформировать участников о целях и задачах психиатрического просвещения родственников психически больных, основными методическими и организационными подходами к его проведению, особенностями работы с этой группой населения.

*Краткое содержание.* Часть 1. Психодинамический, генетический и биопсихосоциальный подходы в объяснении возникновения и течения психических расстройств. Психодинамический подход: критическое рассмотрение концепций «шизофреногенной» матери (F. Fromm-Reichman, 1948), роли отца (Th. Lidz et al., 1957), «двойного зажима» Bateson (G. Bateson et al., 1956), «симбиозного поля» (A.E. Schefflen, 1981), «психопедагогической» (C. Anderson, 1983). Генетический подход: основные результаты генетических исследований по распространенности психических и поведенческих расстройств у близких и дальних родственников больных шизофренией. Биопсихосоциальный подход: концепция диатез-стресс-уязвимости, устранившая противоречия психодинамического и генетического подходов в объяснении возникновения и течения шизофрении (J. Zubin, B. Spring, 1977; D. Rosenthal, 1970).

Внутрисемейные отношения как запускающие стрессовые факторы на фоне имеющейся биологической уязвимости к возникновению и развитию болезненных процессов. Концепция выраженных эмоций.

Психологические, социальные и экономические аспекты влияния шизофрении на родственников больных: чувства родственников психически больных, «феномен бремени», последствия стигматизации, социальная изоляция семьи, низкое качество жизни. Рассмотрение вариантов реагирования родственников больных шизофренией на болезнь.

Современная парадигма отношения к семье психически больного: семья как партнер в помощи. Обсуждение причин изменения отношения к семье психически больного (развитие знаний о

природе шизофрении, ее этиопатогенезе, появление общественно-го движения родственников психически больных, признание бремени семьи, стресса и нагрузки на семью, возникающих при пребывании пациента дома, запрос родственников больных на помощь, уменьшение стигмы психических заболеваний, появление новых образовательных и поведенческих методик).

Часть 2. Обсуждение модели оказания социально-психологической помощи родственникам психически больных (концептуальные основы, организационно-методические принципы, формы и виды помощи и проч.), разработанной в Центре социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье». Обсуждение методики проведения программы психиатрического просвещения для членов семьи больного как одной из составляющих этой модели.

Цель программы психиатрического просвещения для родственников пациентов, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями – развитие партнерских отношений с пациентом и профессионалами службы психического здоровья, улучшение атмосферы в семье, повышение способности родственников решать проблемы, снижение бремени болезни и улучшение качества жизни семьи в целом. Задачи: 1) привитие научно- обоснованного представления о шизофрении; ее природе, возможных проявлениях, течении, прогнозе, системе ухода и наблюдения за больным, альтернативах медикаментозного лечения, тактике современных социально-реабилитационных мероприятий; 2) выработка и поддержка реалистических ожиданий в отношении психического состояния и социального функционирования отдельного больного; 3) предотвращение рецидива болезни; 4) улучшение соблюдения лекарственного режима пациентом и понимание важности психосоциальных программ; 5) понимание болезни близкого человека и помощь ему в совладании с ней; 6) обучение своевременно решать проблемы, умению совладать с вызывающими стресс жизненными событиями; 7) поиск душевного равновесия через знание и взаимную эмоциональную поддержку; 8) уменьшение социального отчуждения и изоляции, создание естественной сети социальной поддержки; 9) преодоление чувства вины, бессилия, стыда, отчая-

ния, связанных с болезнью; 10) создание для каждого участника атмосферы сопереживания и информированного оптимизма.

Основные методические подходы при проведении образовательной программы для родственников психически больных: интерактивное обучение (обмен мнениями, опытом, побуждение к активности в процессе проведения занятий, выражение чувств, поддержка); высокоструктурированное ведение группы с партнерским, а не патерналистским отношением; доброжелательная обстановка, уважительное отношение; учет ожиданий и индивидуальных потребностей участников; четкая структура каждого занятия: приветствие, выявление запросов участников по теме занятия (15 мин.), основная часть в виде лекции, сообщения (1–1,5 ч.), заключительная часть, на которой подводятся итоги занятия, осуществляется повторение пройденного (15 мин.); изложение материала доступным языком; работа в группе из 12–15 слушателей; работа в команде (психиатр, психолог, социальный работник, юрист).

Обсуждение особенностей психообразования родственников больных как психосоциального вмешательства, возможных проблем и трудностей, возникающих в процессе организации и проведения программы психиатрического просвещения для членов семьи психически больного.

Участникам семинара для обсуждения представлены методические рекомендации «Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных», а также методические рекомендации «Тренинг навыков решения проблем для семей пациентов, страдающих психическими расстройствами».

## ***Семинар***

### **Арттерапия в психиатрическом стационаре**

*Часть 1. Основы арттерапии (30 час)*

*Часть 2. Интермодальные техники(30 час)*

*Н.Г. Груза*

*Цель:* повысить уровень информированности специалистов психиатрических служб об арттерапевтическом направлении пси-

хотерапии, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* систематизировать технологические приемы в рамках различных психотерапевтических школ; обозначить основные вопросы и специфику терапевтических механизмов предлагаемых методик и техник; исследовать диагностические и терапевтические возможности творческой продукции; обозначить особенности выбора методов и техник, применяемых при краткосрочной терапии в условиях стационара при индивидуальной и групповой работе; «нащупать» механизмы запуска креативности и дать возможность аутентичного самовыражения пациентам психиатрических больниц.

*Краткое содержание.* Часть 1. История развития арттерапевтического направления. Особенности арттерапии. Основные направления арттерапии. Арттерапевтические школы. Психологические механизмы и теории арттерапии. Диагностические и терапевтические возможности арттерапии. Рисуночные техники «Настроение», «Состояние» и «Метафорический автопортрет». Цвет в арттерапии. Подходы к психологической трактовке цвета. Методы работы с цветом.

Возможности арттерапии в прояснении экзистенциальной ситуации клиента как условия построения стратегии психотерапии.

Особенности психологической и психотерапевтической помощи людям в кризисном состоянии. Стратегии помощи в кризисных состояниях. Творчество – как ресурс в поиске состояния безопасности. Осознание душевного заболевания как кризис существования. Внутренняя картина болезни. Использование символов в арттерапевтической работе. Авторская (Т.Ю. Колошина) рисуночная техника «Путь» как способ выхода из кризиса на символическом уровне с глубинной оценкой происходящего в реальности. Рисуночная техника «первостихии» как доступ к глубинным ресурсам.

Психосинтез как концепция психической жизни человека, представляющая непрерывное взаимодействие и борьбу множества разных противоборствующих сил с объединяющим центром. Модель структуры личности по Р. Ассаджиоли. Работа по развитию активного воображения с использованием символов. Работа с

субличностями, отождествление и растождествление. «Внутренние помощники и противники».

Использования в пространстве терапевтической сессии различных видов искусств.

Часть 2. Мультимодальный или интермодальный подход, в котором взаимодействуют различные арт-модальности. Создание арт-формы – рисунка, произведения из глины, танца, песни, сказки, стихотворения, драмы, карнавала, ритуала, инсталляции, праздника – как путь к внутреннему миру, исследование травматического опыта и внутренней силы.

Маскотерапия. Маска как олицетворение архетипа «Персона». Исследование арсенала масок как копинг-механизмов. Использование готовых масок. Изготовление масок: рисование на бумаге, картоне, пластике; изготовление масок из папье-маше, глины, гипса и пр. (Каждый материал имеет свою внутреннюю метафору). Техника работы с масками «Внутренние помощники».

Грим в психотерапии. Цели лечебного грима. Грим-автопортрет. Парное взаимодействие с использованием грима: противопоказания, сложности и возможности.

Метод «Мандалы». Диагностика с помощью мандалы уровня развития Я-духовного. «Мандала как уникальный способ аутопсихотерапии» (К. Юнг). Работа с готовыми мандалами. Групповые и парные мандалы, мандалы-инсталляции.

Коллаж как метод арттерапии. Возможности коллажа при работе с полярными состояниями, личной историей и экзистенциальной ситуацией.

Библиотерапия. Психотерапевтический и диагностический потенциал библиотерапии: диагностика эмоционального состояния, прояснение и осознание глубинных ценностей и ресурсов, отреагирование, диссоциация, абсурдизация, расширение ролевого диапазона, катарсис. Использование готовых произведений в библиотерапии.

Сочинение в библиотерапии. Техники сочинения в библиотерапии: стихосложение – синквейн, рондо, акrostих. Японская поэзия и проза – танка, хокку, рэнку. Абсурдизации – страшилки, дразнилки, лимерики, частушки, «несуществующие персонажи»,

словотворчество как отреагирование негативного и обесценивание травматического опыта.

Автобиография. Психологическое заключение как литературное произведение.

Результаты творческой активности смогут способствовать более детальному прояснению эмоционального состояния, доступу к травматическому материалу, отреагированию, диссоциации от негативного опыта, активизации воображения, использованию «энергетического» потенциала символов и поиску отправных точек для психологического роста и общей ревитализации. Выбор используемых в процессе лечения методик и техник определяется психотерапевтическими задачами, а артпродукция становится ценным диагностическим материалом, который позволит не только реалистично оценить возможные результаты терапевтического взаимодействия, но и сделает обратную связь с пациентом более доступной, в метафорах его карты мира.

## **Семинар**

### **Особенности применения арттерапии в отделениях гериатрического профиля**

*Д.Д. Павлова*

*Цель семинара:* повысить уровень информированности специалистов психиатрических служб об особенностях использования арттерапевтических методик в гериатрических отделениях, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* обсуждение возможностей арттерапевтических методик, их практическое освоение.

*Краткое содержание.* Знакомство с теоретической базой, в рамках которой используются арттерапевтические методы. Базовые принципы гештальттерапии. Понятие гериатрия и геронтология.

Эксперимент (Коллаж) – исследование представлений связанных с пониманием возраста. Шерринг в группе.

Библиотерапия – чтение отрывка Туве Янсон «В конце ноября» и на материале данного текста обсуждение особенностей пе-

реживаний связанных с дефицитом поддержки. Основные принципы работы с репрессивными чувствами. Шерринг.

Профилактика эмоционального выгорания, осознание собственного эмоционального резонанса и разотождествление. Континуум осознания с фокусировкой на дыхании. Шерринг.

Воображаемое путешествие (приятное место или воспоминание) – поддержка и восстановление ресурса. Эксперимент на исследование представлений о времени.

Знакомство с такими видами искусства как оригами, сумиэ, хокку: 1) основание их выбора – близость парадигмы, простота, новизна, безопасность, «нагрузка на функцию», т.е., поддержка и активизация моторики и опосредованное влияние на поддержку корковых функций; 2) философские принципы – простота, мимолетность, непостоянство, ценность текущего мгновения и человеческого опыта.

Оригами: знакомство с базовыми техниками и схемами складывания фигур.

Хокку: основные принципы (Киго Саби и Ваби).

Сумиэ: принципы, необходимый набор материалов, основные правила работы с кистью (основные движения кисти, знакомство с основными мазками и техникой их нанесения).

Примеры практического использования хокку и сумиэ. Хокку, рисунок в стиле сумиэ, впечатления от данного произведения.

## ***Мастер-класс***

### **Групп-анализ: возможности применения в клинике**

*А.И. Цапенко*

*Цель:* повысить уровень информированности специалистов психиатрических служб об особенностях метода групп-анализа, ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* ознакомить слушателей с теоретико-методологической базой и практическими возможностями метода групп-

анализа (психотерапия пациентов, страдающих психическими заболеваниями и их родственников, профилактика «выгорания» у специалистов сферы психического здоровья, расширение возможностей понимания процессов в любых группах – психотерапевтических, семье пациента, рабочем коллективе); предоставить возможность слушателям погрузиться в групп-аналитический процесс и понять на собственном опыте, как действует метод.

*Краткое содержание.* **1.** Лекция: «Групп-анализ: характеристика метода, его возможности в клинике». 1.1. Краткий исторический экскурс. Зигмунд Фукс – основатель метода. Исторический, клинический, идейный контексты рождения групп-анализа, основные понятия групп-анализа, центральный групп-аналитический концепт «матрица». Области применения групп-анализа. 1.2. Что такое групп-аналитическая группа. Теория личности, болезни и лечения З. Фукса. Основное правило групп-анализа. Сеттинг. Терапевтические факторы в групп-анализе. Сходство и различия индивидуального и группового психоанализа. **2.** Групп-анализ психозов. Показания. Цели и стратегии групп-аналитической психотерапии больных шизофренией. Эффективность групп-аналитической психотерапии. Модификация групп-аналитического метода в клинике. **3.** Представление клинического случая. Обсуждение статьи «Групп-аналитическая психотерапия при шизофрении. Описание и анализ случая» (А.И. Цапенко, Д.М. Шанаева, Психоаналитический вестник № 15. – М., 2006). **4.** Демонстрация метода. **5.** Подведение итогов.

### ***Мастер-класс***

#### **Танцевально-двигательная терапия в открытых группах для взрослых с психиатрическим диагнозом**

*И.В. Бирюкова*

*Цель:* проинформировать специалистов служб психического здоровья о принципах танцевально-двигательной терапии (ТДТ) и возможностях ее применения в реабилитации и психологической



работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами; познакомить с основными практическими приемами ТДТ, ориентировать специалистов на использование полученных знаний на практике.

*Задачи:* знакомство с историей метода и его основными принципами; возможные цели применения ТДТ в реабилитации психиатрических пациентов; представление о структуре занятий на примере применения ТДТ в формате еженедельной открытой группы (клуб «Анима» РБОО «Семья и психическое здоровье»); ознакомить участников семинара с основными приемами и техниками ТДТ, которые можно использовать в группах пациентов, страдающих психическими расстройствами: техника «зеркало»; «body-jazz»; «усиление и прояснение движения»; «совместная ритмическая активность», «символизация в движении», приемы использования полярных динамических качеств движения (по системе Лабан-анализа).

*Краткое содержание.*

**1. История и принципы ТДТ.** В танцевально-двигательной терапии мы рассматриваем тело и душу как неразрывное единство, где одно является отражением другого. Танец рассматривается как базовая форма коммуникации. Танцотерапевты обращаются к целительной силе танца, чтобы через развитие телесной связанности и осознанности, через эмоциональное самовыражение в движении способствовать развитию ощущения целостности и психологического комфорта личности.

В психиатрии ТДТ стала применяться с 40–50 годов XX столетия. Среди основоположников Мэриан Чейс и Труди Шуп. Например, М. Чейс считала, что здоровое тело изначально стройно и скоординировано, а нарушения в форме и функциях – это реакция организма на боль и конфликт. «Поскольку мышечная деятельность, выражающая эмоции, является основой танца, и поскольку танец – это средство структурирования и организации такой деятельности, то можно предположить, что танец мог бы стать мощным средством коммуникации для реинтеграции пациентов с серьезными психическими нарушениями» (Chaiklin, H. (ed.) *Marian*

*Chace: Her Papers*. Columbia, MD: American Dance Therapy Association. 1975, с. 71). Т. Шуп считала координацию тела необходимым условием для достижения нормального социального взаимодействия. Важным фактором она выделяла ритмическую координацию с другими и считала, что это то, чему люди, имеющие нарушения в социальных коммуникациях, могут научиться. В результате ее сессий танцевально-двигательной терапии большинство пациентов переживали более глубокий и богатый уровень общения, выражая чувства через движение, двигаясь под общий ритм. Более приемлемая цель для работы с психиатрическими пациентами – это подход, направленный на поддержку с целью установления коммуникации и улучшения качества межличностных взаимодействий.

**2. Цели применения ТДТ в реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами.** Обычно выделяют 3 основных цели в работе с такими пациентами: реинтеграция телесного уровня; поддержка или улучшение в межличностном взаимодействии; обеспечение безопасного контейнируемого группового пространства, для того, чтобы обратиться к эмоциям, используя групповое движение, воображение, символы и метафору.

**3. Опыт проведения еженедельных открытых групп в клубе «Анима» РБОО «Семья и психическое здоровье».** С апреля 2010 г. в клубе «Анима» РБОО «Семья и психическое здоровье» проходят открытые группы ТДТ. Это часовые занятия, каждое из которых имеет завершенную форму, что позволяет новым участникам присоединяться, а постоянным участникам посещать группы в своем режиме. Основная цель работы в открытых ТДТ-группах – телесная интеграция, которая включает развитие разнообразного спектра движения, включение базовых паттернов телесной связанности, развитие дифференциации частей тела и их координации, чувствование веса и других основных динамических характеристик движения (направленность, поток, скорость), развитие способности выражать свои чувства и эмоции через движение, улучшение способности взаимодействовать на невербальном уровне.

Мы рассматриваем двигательный репертуар пациентов с точки зрения психомоторного развития и развития образа тела,

используя психоаналитические теории развития личности для понимания психологических задач. Работая с телесной интеграцией, мы обращаемся к самой первой стадии развития образа тела, такой, как «наделение тела позитивным аффектом», что достигается через получение радости от движения, своей активности. Чувство телесной радости – очень важно, так как оно часто служит основой стрессоустойчивости и позитивного взгляда на себя и на мир. У некоторых пациентов эта стадия развития очень сохранна и является хорошим ресурсом, а для тех, у кого нет – появляется возможность получить этот опыт (чувство телесной радости) в группе через синхронное и ритмическое групповое движение, через эмоциональное вовлечение в танец. Тело становится менее враждебным и непонятым «объектом».

Задачей каждого занятия является создание безопасного принимающего пространства для того, чтобы участники группы научились чувствовать свое тело и взаимодействовать друг с другом через движение. Для этого используется круговая структура, которая позволяет участникам группы видеть каждого и присоединяться к движению на невербальном уровне, брать на себя роль лидера и ведомого, тем самым, улучшать свои коммуникативные навыки. В основе работы терапевта – кинестетическая эмпатия.

Занятия состоят из трех частей.

а) *Разминка*. Проходит в стиле *body jazz*. Эта форма позволяет работать с дифференциацией частей тела. По сути, *body jazz* работает с тем, с чем сталкивается ребенок на стадии раннего развития. Он познает и научается владеть двигательными возможностями частей своего тела, чтобы потом почувствовать целостность своего тела, связанность его частей между собой и возможность управлять телом, расширять диапазон своих двигательных возможностей.

б) *Основная импровизационная часть*. Посвящена импровизации и созданию групповой истории с использованием приемов М. Чейз и оппозиционных динамических качеств (усилий) из системы двигательного анализа Н. Лабана (LMA). Здесь используются такие техники ТДТ, как групповое ритмическое движение, симво-

личное движение и зеркало. Группа следует за лидером, и лидерство всегда передается, что способствует развитию коммуникативных навыков на невербальном уровне и чувству сопричастности и единства. Из импровизационного танца может родиться или история, или тема.

с) *Завершение*. Создание группового движения или танца на заданную тему. Это, либо разучивание группового танца, например, кадрили или, греческого танца, либо создание группового импровизационного танца на темы «Мое имя», «Мое чувство на завершение», «Мой способ сказать до свидания!» и проч.

Эффективность ТДТ подтверждена результатами пилотажного исследования, которое проводилось в первый год работы группы: занятия ТДТ способствуют телесной интеграции пациентов, как характеристики изменения физического Я-образа через расширение спектра двигательных качеств, улучшению координации движения, способности к взаимодействию на невербальном уровне (следование за лидером, предложение своего движения, очередность движения в двигательной последовательности и совместном групповом движении, расширение выразительного спектра в невербальном взаимодействии).

#### ***4. Знакомство с основными приемами и техниками ТДТ, которые можно использовать в группах для пациентов, страдающих психическими расстройствами.***

Это практическая часть мастер-класса, которая включает собственный опыт участия в танце-терапевтической группе с последующим обсуждением. Далее следует демонстрация и объяснение некоторых приемов и техник ТДТ: «зеркало», «body-jazz», «усиление и прояснение движения», «совместная ритмическая активность», «символизация в движении», приемы использования полярных динамических качеств движения (по системе Лабан-анализа). Через специальные упражнения происходит тренировка этих приемов и техник в парах и в малых группах.

В завершение участникам мастер-класса предоставляется возможность провести в качестве ведущего фрагмент танце-терапевтического занятия.

# **Программа повышения квалификации медицинских сестер и социальных работников**

## ***Лекционная программа*** **«Психосоциальная реабилитация в сестринской практике»**

*Цель:* повысить уровень информированности и компетенции специалистов среднего звена в вопросах клинической и социальной психиатрии, психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения, а также ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Темы лекций.*

1. Современные проблемы клиники, диагностики и терапии психических заболеваний – *В.Г. Каледа.*
2. Медикаментозное лечение психических заболеваний – *В.Г. Каледа.*
3. Современные подходы к психосоциальной реабилитации – *Т.А. Солохина.*
4. Семьи как партнеры в оказании психиатрической помощи – *Т.А. Солохина.*
5. Вклад общественных организаций в систему оказания помощи психически больным – *Т.А. Солохина.*
6. Психотерапевтические методы воздействия в работе медицинской сестры – *Д.Д. Павлова.*
7. Проблема стигмы, толерантности. Роль средств массовой информации в формировании отношения общества к проблеме психического здоровья – *В.С. Ястребов.*
8. Этические аспекты работы медицинской сестры. Взаимоотношения медицинской сестры с пациентом и его родственниками – *В.С. Ястребов.*
9. Роль и место медицинских сестер в работе полипрофессиональных бригад – *В.С. Ястребов.*

## Семинар

### Тренинг по развитию навыков независимой жизни

*О.М. Землякова, К.А. Чебурашкина*

*Цель:* повысить информированность специалистов среднего звена психиатрических стационаров по вопросам восстановления у пациентов, страдающих шизофренией, навыков независимой жизни; ориентировать слушателей на внедрение полученных знаний в практику.

*Задачи:* ознакомить участников семинара с задачами тренинга по развитию навыков независимой жизни у больных шизофренией, методикой работы, материально-техническим оснащением.

*Краткое содержание.* Задачи тренинга – формирование или восстановление у пациентов навыков независимой жизни, повышение мотивации на их развитие. Занятия длительностью 45–50 минут проводятся в группе (число участников – 4–6 человек) в течение 1–2-х месяцев, от 2-х до 5-ти раз в неделю в форме беседы и практикума по освоению навыков. Критериями включения пациентов в группу является дефицит навыков, необходимых для независимой жизни, сохранение социально приемлемого поведения, желание участвовать в групповой работе. Основные принципы проведения тренинга: высокая структурированность занятий, их последовательность, интерактивная форма обучения, доступность изложения, многократное повторение и закрепление материала на занятиях, позитивный настрой на приобретение навыков, поддержка, похвала и поощрение участников тренинга. В ряде случаев возможны индивидуальные занятия.

Как показывает опыт, наиболее востребованными темами среди пациентов являются: личная гигиена, уход за одеждой и обувью, приготовление пищи, оплата коммунальных услуг. Однако ведущему тренинга следует придерживаться определенной структуры занятий и помимо перечисленных, целесообразно включить такие темы, как режим дня, правильное питание, правила безопасности и поведения в экстренных случаях, распределение денежных средств, поддержание порядка в доме.

При проведении тренинга важно, чтобы помещение, в котором он проводится, было максимально приближено к домашним условиям и снабжено необходимым оборудованием: холодильником, печью СВЧ, чайником, гладильной доской, утюгом и проч.

Для достижения поставленных тренингом целей очень важны доверительные и дружественные отношения между всеми его участниками.

# **Программа психосоциальных вмешательств для пациентов, страдающих психическими расстройствами**

## **1. Психиатрическое просвещение (психообразование) пациентов, страдающих психическими расстройствами**

*Ведущие:*

– психиатрическое просвещение пациентов трудоспособного возраста, страдающих шизофренией – И.В. Медведева, Д.Н. Ефремова (ПБ № 3);

– психиатрическое просвещение лиц с пограничными расстройствами – Н.А. Темботова (ПБ № 14), Л.А. Усейнова (ПБ № 15);

– психиатрическое просвещения пациентов молодого возраста и подростков – М.А. Маричева (НЦПЗ РАМН), В.В. Красавина (ПБ № 15).

*Цель:* систематизированное овладение пациентами совокупностью знаний в области психиатрии для формирования приверженности к лечению, развития партнерских отношений с родственниками и профессионалами службы психического здоровья.

Занятия с пациентами проводились с учетом рекомендаций, полученных врачами-психиатрами и психологами на семинаре «Методические и организационные подходы к психиатрическому просвещению (психообразованию) пациентов, страдающих психическими расстройствами» и методическими рекомендациями «Развитие социальных навыков и навыков преодоления болезни у пациентов, страдающих шизофренией, для формирования их приверженности к лечению». Помимо этого, ведущие могли модифицировать программу занятий с учетом возраста участников программы (подростковый, трудоспособный) их нозологической принадлежности (шизофрения, пограничные расстройства), других особенностей (первый психотический эпизод или больные с частыми госпитализациями, интеллектуальная сохранность, социаль-



ная адаптация и проч.). В соответствии с рекомендациями, полученными на семинаре, в группы подбирались пациенты с разным уровнем знаний о психиатрии и разными моделями поведения, что позволяло участникам расширить диапазон собственных поведенческих реакций, а также развить новые, более эффективные способы совладания с болезнью. Не допускались пациенты с острыми психотическими расстройствами, грубым интеллектуальным снижением, выраженной тревожностью, отказывающиеся от данного вида лечения.

На организационном этапе врачами и психологами проводилось первичное консультирование пациентов для установления с ним доверительных отношений, осуществлялось психолого-психиатрическое обследование. В каждой группе пациентов было проведено по 12 занятий, каждое из которых состояло из вводной части (приветствие, краткое повторение прошлого занятия, если необходимо обсуждение домашнего задания), основной части и заключения (подведение итогов, получение нового домашнего задания). Ведущие использовали модель интерактивного обучения, применяли наглядный материал (схемы, рисунки, просмотр фильмов и т.д.), применяли такие техники, как присоединение (каждый участвует в процессе обучения), стимуляция участников к ответной реакции, активация, поощрение, поддержка.

По окончании занятий пациенты мотивировались на дальнейшее участие в аналогичных программах во внебольничных условиях, получали комплект книг и брошюр для пользователей помощи для самостоятельного изучения, проходили повторное психолого-психиатрическое обследование для оценки эффективности психосоциального вмешательства.

## **2. Тренинг по развитию коммуникативных навыков у пациентов, страдающих психическими расстройствами**

*Ведущие тренинга:*

– для лиц с пограничными расстройствами – Л.М. Алиева и М.В. Тюбекина ( НЦПЗ РАМН), А.Ю. Мясников (ПБ № 14), И.А.Куликова, А.В. Дульцев (ПБ № 15);

– для пациентов трудоспособного возраста, страдающих шизофренией – Н.С. Грачева и Г.А. Цикина (в ПБ № 14), Е.В. Аксенова (НЦПЗ РАМН), Д.Н. Ефремова и Н.Ю. Новоселова (ПБ № 3), Н.В. Острикова и Т.А. Кулик (ПБ № 15).

*Цель:* улучшение качества коммуникаций, межличностного взаимодействия, приобретение навыков социально-приемлемого поведения в семье и обществе.

Занятия с пациентами проводились с учетом рекомендаций, полученных ведущими тренинга (психологами, врачами-психотерапевтами) на семинаре «Методические и организационные подходы к развитию социальных навыков у пациентов, страдающих шизофренией», а также в соответствии с методическими рекомендациями «Тренинг по развитию коммуникативных навыков у пациентов, страдающих психическими расстройствами».

В группы подбирались больные шизофренией или пограничными психическими расстройствами с нарушением общения, мотивированные на участие в тренинге, проявляющие готовность к сотрудничеству с его ведущими. К участию в тренинге не допускались больные в период острого психотического состояния, с выраженной тревожностью, грубым интеллектуальным снижением, враждебной установкой по отношению к другим людям, старше 45–50 лет.

На организационном этапе врачами и психологами проводилось первичное консультирование пациентов для установления с ним доверительных отношений, осуществлялось психолого-психиатрическое обследование. Помимо этого, ведущий тренинга информировал пациента о целях и задачах тренинга, ожидаемых результатах, мотивировал на участие в групповой работе. Пациенту выдавалась памятка с кратким перечислением целей тренинга, расписанием занятий и правилами работы группы.

В каждой группе было проведено по 12 занятий, которые проводились в закрытой группе 2–3 раза в неделю. Продолжительность занятия составляла не более 90 минут, количество участников в группе колебалось от 8 до 12 человек.

Использовались упражнения и игры, направленные на снятие психо-эмоциональной напряженности, улучшение когнитивной и эмоциональной сфер, устранение коммуникативной тревожности, предоставление участникам возможности групповой и индивидуальной рефлексии состояний, обеспечивающие настрой на работу (активирующие), а также бихевиоральные упражнения и ролевые игры. Упражнения разрабатывались конкретно для каждой группы с учетом ее особенностей (степени дефицита навыков, нозологической принадлежности пациентов, их возраста и проч.).

Примерный сценарий тренинга.

**Занятие 1.** Задачи: создание в группе доверительных отношений, снятие психо-эмоционального напряжения. Этапы работы. 1. Знакомство. Представление ведущих тренинга. Сообщение ведущих о целях и задачах тренинга. Сеттинг тренинга. Принятие правил поведения в группе. Сбор пожеланий участников. 2. Упражнение на знакомство. 3. Упражнение на активизацию участников. 4. Упражнение на улучшение групповой атмосферы, знакомство, сокращение дистанции в общении. 5. Домашнее задание: например, написать десять пунктов на тему: кто я, какой я или что мне нравится, что я люблю. 6. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 2.** Задачи: создание доверительной атмосферы в группе, ее сплочение; развитие навыков вербального общения. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на знакомство и создание веселой игровой атмосферы. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Упражнения на развитие вербальных навыков общения и формирование позитивного самовосприятия. 5. Домашнее задание: самонаблюдение и выявление в себе качеств, которые способствуют гармоничному общению с людьми и качеств, которые затрудняют общение. 6. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 3.** Задачи: развитие мотивации к общению и навыков вербального общения. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на знакомство, тренировку внимания. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Упражнения на развитие навыков вербального общения. 5. Домашнее задание: на-

блюдать за своей интонацией при общении с другими людьми и отмечать наиболее выраженную интонацию в своей речи: доброжелательную, враждебную, отстраненную и т.д. 6. Релаксация под спокойную музыку. 7. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 4.** Задачи: развитие коммуникативного мышления; формирование навыков вербального общения. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на развитие памяти, внимания. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Упражнение, способствующее формированию навыков коммуникативного мышления. 5. Упражнение на развитие навыков вербального общения. 6. Домашнее задание: стараться увидеть положительное во всех жизненных ситуациях. Рассказать о своем опыте на следующем занятии. 7. Упражнение, направленное на улучшение эмоционального и физического состояния участников. 8. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 5.** Задачи: развитие навыков невербального общения и межличностного взаимодействия. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на развитие социально-перцептивных способностей. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Упражнение, направленное на обучение участников понимать свои чувства и чувства собеседника. 5. Упражнение на развитие навыка межличностного взаимодействия. 6. Домашнее задание: обращать внимание на достоинства и положительные качества тех людей, с которыми происходит взаимодействие. Рассказать об этом опыте на следующем занятии. 7. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 6.** Задачи: развитие навыков невербального общения. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на активизацию участников. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Упражнение на развитие социально-перцептивных способностей. 5. Домашнее задание: участникам предлагается внести одну позитивную перемену (новизну) в свой распорядок дня (например, утренняя гимнастика или ежедневные прогулки). Рассказать об этом опыте на следующем занятии. 6. Упражнение на снижение напряжения и тревоги, а также улучшение

физического и эмоционального состояния. 7. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 7.** Задачи: развитие навыков конструктивного взаимодействия и социально-приемлемого поведения. Тренировка навыков самонаблюдения и саморегуляции. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на улучшение памяти, внимания, концентрации. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Беседа в группе о том, какие чувства могут мешать в общении с людьми (тревога, раздражение, гнев, обида и т.д.). 5. Упражнение на развитие навыка самонаблюдения за степенью выраженности и интенсивности своих эмоциональных реакций. 6. Освоение дыхательного упражнения по преодолению гнева, самоконтролю и регуляции агрессивных реакций. 7. Домашнее задание: учиться отслеживать свои эмоциональные реакции (обиду, раздражение, вину, тревогу) и использовать дыхательное упражнения по преодолению гнева, самоконтролю и регуляции агрессивных реакций. 8. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 8.** Задачи: формирование и развитие навыков и установок эффективного межличностного общения. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». Упражнение на создание веселой групповой атмосферы. 2. Обсуждение домашнего задания. 3. Упражнение на развитие навыков межличностного взаимодействия в стрессовой ситуации. 4. Рисуночное упражнение на создание атмосферы групповой сплоченности и межличностное взаимодействие. 5. Домашнее задание: 1) посредством наблюдения за своим дыханием учиться контролировать свои негативные чувства и реакции: обиду, гнев и т.д.; 2) учиться находить возможные варианты разрешения конфликтных ситуаций и предлагать их собеседнику. Рассказать о своем опыте на следующем занятии. 6. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 9.** Задачи: развитие навыков и установок эффективного межличностного общения. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на групповое взаимодействие. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Упражнение на оказание взаимной поддержки в межличностном взаимодействии.

5. Ролевая игра, направленная на развитие навыков межличностного взаимодействия (например, «Посещение дня рождения», «Визит к врачу»). 6. Домашнее задание: оказать поддержку людям любимыми возможными способами (морально, физически) и рассказать о своем опыте на следующем занятии. 7. Расставание. Обратная связь: участники заполняют опросник по оценке удовлетворенностью занятием.

**Занятие 10.** Задачи: формирование и развитие навыков и установок эффективного межличностного общения; развитие навыков решения проблем. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на групповое взаимодействие. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Упражнение на обучение навыкам межличностного взаимодействия. 5. Ролевая игра, направленная на развитие навыков решения проблем (например, «Устройство на работу»). 6. Домашнее задание. 7. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 11.** Задачи: развитие навыков эффективного межличностного общения, развитие умения аргументировать свою точку зрения; подготовка к завершению групповой работы. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Упражнение на развитие памяти, внимания, концентрации. 3. Обсуждение домашнего задания. 4. Упражнение, направленное на повышение уверенности в себе, развитие умения аргументировать свою точку зрения. 5. Домашнее задание: подумать, что, именно, было полезным и интересным из курса занятий. 6. Медитация. 7. Расставание. Обратная связь.

**Занятие 12.** Задачи: подведение итогов, определение перспектив на будущее, завершение групповой работы. Этапы работы. 1. Приветствие. Упражнение «здесь и теперь». 2. Обсуждение домашнего задания. 3. Упражнение, направленное на завершение групповой работы. 4. Дискуссия на тему: «Что мне дало участие в тренинге? Что было в тренинге наиболее полезным и интересным для меня? Что вызывало трудности? В каком направлении мне двигаться дальше?». 5. Информирование участников о возможных формах внебольничной психиатрической помощи и общественной

поддержки (общественные организации, работающие в области психического здоровья). 6. Расставание.

По окончании занятий пациенты мотивировались на дальнейшее участие в аналогичных тренингах во внебольничных условиях, получали комплект книг и брошюр по психиатрии для пользователей помощи, проходили повторное психолого-психиатрическое обследование для оценки эффективности проделанной работы.

### **3. Тренинг когнитивной сферы у больных с психической патологией в позднем возрасте**

*И.Ф. Рощина*

*Ведущая* тренинга когнитивной сферы у больных с психической патологией в позднем возрасте – И.Ф. Рощина (в ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14 и № 15).

*Цель:* сохранение и поддержание когнитивных функций у пожилых больных.

*Задачи:* 1. Отбор группы из 5–6 пожилых пациентов с мягким когнитивным снижением; 2. Диагностика когнитивной сферы у отобранных пациентов с использованием двух экспресс-методик (MMSE и МОСА); 3. Проведение 12 занятий когнитивного тренинга; 4. Повторная оценка когнитивных функций с использованием тех же экспресс-методик после окончания занятий.

*Краткое содержание.* Современные эпидемиологические и клинические исследования, проведенные в разных странах, показывают, что постоянная высокая умственная активность снижает риск развития деменции. Более того, согласно другим исследованиям регулярный когнитивный тренинг способен замедлять прогрессирование деменции. Тренировка памяти и других когнитивных функций обладает нейропротективным потенциалом.

Когнитивный тренинг направлен на все три составляющие психической сферы:

- 1) нейродинамические параметры деятельности;
- 2) произвольную регуляцию, контроль и программирование деятельности;

3) операциональные (структурные) компоненты (операциональные компоненты психической активности включают гнозис во всех модальностях, внимание, кинетическую, кинестетическую и пространственную составляющие праксиса, память (на прошлое и текущее запоминание), мышление, конструктивную деятельность, речь и связанные с ней процессы – письмо, чтение, счет.

Тренинг когнитивной сферы, проводившийся в группе из 5 больных, включал 12 занятий. Каждое занятие длилось примерно 50–60 минут. Структура каждого занятия состояла из вводной и основной части. В начале каждого занятия обсуждалось текущее самочувствие пациентов, ориентировка в месте и времени, затем выполнялись задания на тренировку двух когнитивных функций. По окончании каждого занятия все пациенты получали «домашние задания», выполнение которых проверялось после вводной части занятия. «Домашние задания» были направлены на актуализацию памяти на прошлое (вспомнить и записать сюжет хорошо известной больному книги, сказки, стихотворения и проч., подготовить к следующему занятию рассказ, воспоминания об известных исторических событиях – Великой отечественной войне, полете Гагарина и др.) или закрепление (повторение) заданий, которые выполнялись на предыдущем занятии.

Тренировка нейродинамических параметров психической активности включала выполнение заданий в разном темпе, переключение внутри одной деятельности, переключение с одного вида деятельности на другой. Многие задания выполнялись с громкой речевой (произвольной) регуляцией деятельности. Контроль за своей деятельностью (текущий и за результатами) осуществляли как сами пациенты, так и другие участники группы и психолог. Перед каждым новым заданием обсуждалась программа деятельности.

Тренинг восприятия включал выполнение заданий на узнавание перевернутых, наложенных, недорисованных изображений предметов, понимание сложных сюжетных картинок, узнавание предметов на ощупь без зрительного контроля и проч. Задания на произвольные движения состояли из переноса поз руки без зри-



тельного контроля, ассиметричных постукиваний, реакций выбора. Выполнялись произвольные счетные операции (вычитание от 20 по 3, от 100 по 7, от 200 по 13). Обращение к речевой функции включало повторение сложных слов, скороговорок, рассказа по заданию на выбранную тему и др. Выполнялись задания на конструктивную деятельность (например, задачи типа «пазлов» или «слепые часы»). Большое внимание уделялось тренингу произвольной памяти в зрительной и слухо-речевой модальности, выполнение интеллектуальных заданий (анalogии, существенные признаки, нахождение нелепостей и др.).

# Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами

## 1. Школа для родителей детей, больных аутистическими расстройствами

*Н.В. Симашкова*

*Ведущие школы:* Н.В. Симашкова, А.А. Коваль-Зайцев (в НЦПЗ РАМН).

*Цель:* информировать родителей по вопросам расстройств аутистического спектра (РАС); улучшить качество жизни семьи с больными РАС, восстановив в ней гармонию, наладив правильное родительское поведение.

*Задачи:* 1. Расширить объем знаний родителей по проблеме аутизма. 2. Повысить уровень родительских знаний о причинах РАС. 3. Ознакомить родителей с ведущими в мировой практике реабилитационными программами. 4. Разъяснить родителям больных основные методы фармакотерапии РАС. 5. Улучшить родительские навыки коррекции поведенческих проблем у ребенка-аутиста. 6. Разъяснить основные подходы к обучению, социализации больных с РАС, профилактике этих расстройств, как основным методам преодоления инвалидизации. 7. Осветить правовые аспекты психиатрической помощи.

*Краткое содержание.* Проблема аутизма в детстве, ее актуальность, определение, распространенность. Этиология и патогенез (обсуждение с родителями причин возникновения РАС). Классификация аутистических расстройств по МКБ-10, адаптированной для практики в Российской Федерации (1999). Критерии клинической диагностики аутистических расстройств в детстве. Гетерогенность аутизма (на основании материалов 4500 больных, прошедших абилитацию в 1984–2010 гг. в полустационаре для больных с РАС и амбулаторном отделе в НЦПЗ РАМН). Характеристика основных форм РАС (клиническое описание). Дифферен-

циальный диагноз (с приведением существующих клинико-биологических маркеров диагностики). Фармакотерапия. Немедикаментозная коррекция, социализация (с подробным изложением, принятых в РФ видов обучения, обучающих программ, психотерапии). Профилактика инвалидизации. Правовые аспекты. Обсуждение с родителями и специалистами этических проблем, стигматизации.

## **2. Школа для родственников психически больных, страдающих шизофренией**

*Ведущие* школ для родственников больных, страдающих шизофренией: М.В. Аверкина, М.В. Дворникова, Б.Ю. Иванов, М.А. Исаев, И.Ю. Кондрашин, А.Ю. Коновалов (ПБ № 22), Т.В. Грашина, Т.В. Демина и О.А. Шторм (ПБ № 8), Л.В. Гаскина (ПБ №3), Н.А. Темботова (ПБ № 14).

*Цель:* систематизированное овладение родственниками больных шизофренией совокупностью знаний в области психиатрии; развитие партнерских отношений с пациентами и профессионалами службы психического здоровья; улучшение качества жизни семей.

Занятия с родственниками больных проводились с учетом рекомендаций, полученных врачами-психиатрами и психологами на семинаре «Методические и организационные подходы к психиатрическому просвещению (психообразованию) родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами». Если было необходимо, ведущие занятий модифицировали программу с учетом особенностей больных членов семьи: их возраста (подростковый, трудоспособный,) нозологической принадлежности (шизофрения, пограничные расстройства), больные с первым психотическим эпизодом или больные с частыми госпитализациями и т.д.).

На организационном этапе врачами и психологами проводилась беседа с родственниками больных (выяснялись особенности заболевания близкого, осуществлялось их психологическое обследование и др.). После этого составлялся план работы с учетом потребностей родственников больных. В каждой группе родственни-

ков было проведено по 12 занятий, каждое из которых состояло из вводной части (приветствие, краткое повторение прошлого занятия, если необходимо обсуждение домашнего задания), основной части и заключения (подведение итогов, получение нового домашнего задания). Ведущие использовали модель интерактивного обучения, наглядный материал (схемы, рисунки, и т.д.), применяли техники присоединения (участие всех родственников в процессе обучения), стимуляции участников к ответной реакции, поддержки. По окончании занятий родственники пациентов мотивировались на дальнейшее участие в программах социально-психологической помощи (например, по пятиступенчатой модели, разработанной сотрудниками НЦПЗ РАМН), получали комплект книг и брошюр для пользователей помощи для самостоятельного изучения, проходили повторное психологическое обследование для оценки эффективности программы психообразования.

### **3. Школа для родственников пациентов с деменцией**

*М.В. Гантман*

*Ведущие* школ для родственников пациентов с деменцией:

М.В. Гантман, Н.М. Михайлова, О.Н. Соколова, И.Ф. Рощина (в ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14 и №15), С.И. Перминов и О.В. Куваева (в ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3).

*Цель школы:* повысить информированность родственников пациентов с деменцией, улучшить качество их жизни.

*Задачи:* 1. сообщить информацию, необходимую для заботы о пациенте с деменцией; 2. обеспечить условия для обмена информацией и психологической поддержки родственников пациентов; 3. сформировать активную позицию в решении родственниками пациентов проблем, дать необходимые контакты, по которым они могут получать помощь в дальнейшем.

*Краткое содержание.* Течение болезни Альцгеймера и других старческих деменций. Причины и основные симптомы деменции. Стадии болезни Альцгеймера и особенности ухода на каждой из них. Вопросы наследуемости заболеваний, приводящие к деменции. Лечение болезни Альцгеймера. Обзор современных пре-

паратов, применяемых для лечения болезни Альцгеймера. Возможные эффекты и режим терапии. Когнитивный тренинг при нормальном старении и у пациентов с деменцией.

Психологическая поддержка лиц, ухаживающих за пациентами. Методы тренировки когнитивных функций при разной степени их нарушений. Психологические проблемы лиц, ухаживающих за пациентами с деменцией. Методы релаксации.

Деятельность общественной организации АНО «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера». Цели и деятельность АНО, доступные информационные ресурсы для ухаживающих лиц. Обсуждение того, какие проекты и услуги необходимы ухаживающим лицам. Обсуждение возможности создания групп взаимопомощи. Время для свободного обсуждения, обмена опытом.

Правовая охрана интересов лиц, неспособных понимать значение своих действий вследствие психического расстройства. Понятие недееспособности, порядок и последствия его оформления. Юридические вопросы, связанные с инвалидностью и льготным обеспечением лекарствами.

Геронтопсихиатрическая помощь в структуре медико-социальной помощи, оказываемой учреждениями социальной защиты г. Москвы.

Структура социальной помощи пожилым в г. Москве. Условия пребывания в геронтопсихиатрическом отделении пансионата ветеранов труда.

## Заключение

Психосоциальная реабилитация представляет собой одно из сложнейших и, в то же время, одно из наиболее динамично развивающихся направлений психиатрии. Концепция психиатрической реабилитации сложна, до сих пор она не сформировалась полностью, а все ее методы, формы помощи, которые применяются в настоящее время, являются последовательным этапом в развитии реабилитологии, использующим весь ее предыдущий потенциал. Начиная с 80-х годов прошлого столетия, реабилитация в психиатрии все больше обозначается как «психосоциальная» за счет новых форм и методов работы и этот термин становится общепринятым.

В докладе Всемирной Организации Здравоохранения, посвященном состоянию психического здоровья (2001 г.), сказано: «Психосоциальная реабилитация – это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе». Еще более конкретное определение дает Б. Сарасено: «Психосоциальная реабилитация – это восстановление гражданского статуса с помощью повседневных навыков». Наряду с этими определениями, нельзя не отметить и точку зрения отечественных психиатров, всегда считавших главной целью психосоциального восстановления личностный рост пациента, стимуляцию его активности и ответственности за социальное поведение. Главным принципом и стержневым содержанием любой психосоциальной реабилитационной программы всегда считалась апелляция к личности больного.

В «Заявлении о психосоциальной реабилитации», разработанном Всемирной Организацией Здравоохранения совместно с Всемирной ассоциацией психосоциальной реабилитации в 1996 г., перечислены следующие задачи психосоциальной реабилитации, которые и определяют современный подход к ее оказанию:

– уменьшение выраженности психопатологических проявлений болезни с помощью триады: лекарственных препаратов,

психотерапевтических методов лечения и психосоциальных вмешательств;

- повышение социальной компетентности психически больных людей посредством развития социальных навыков (от простых, бытовых навыков, до выработки все более сложных навыков: проблемно-решающего поведения, общения, взаимодействия в обществе, преодоления стресса, использования стратегий совладания, развитие умений и владение знаниями, определяющими социальную компетентность);

- уменьшение стигмы и ее крайнего проявления дискриминации;

- поддержка семей, в которых кто-либо страдает психическим заболеванием;

- создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки, удовлетворение, по меньшей мере, базовых потребностей психически больных людей, к каковым относятся обеспечение жильем, трудоустройство, образование, организация досуга, создание социальной сети (круга общения);

- повышение автономии психически больных, улучшение их самодостаточности и самозащиты.

Решению всех этих задач был посвящен проект «Скажем изоляции – нет!»: программа психосоциальной реабилитации в условиях психиатрического стационара, осуществившийся около 2-х лет в пяти психиатрических больницах г. Москвы и Московской области и клинике психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН.

Особенностью данного Проекта явился комплексный подход к его реализации, который заключался в реализации программы повышения квалификации работников психиатрических учреждений (психиатров, психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер и социальных работников) по вопросам клинической и социальной психиатрии, психосоциальной реабилитации и психотерапии, широком охвате разными видами психосоциальных вмешательств пациентов различных возрастных групп и нозологий и их родственников и оценке эффективности этой работы, возможности освоения пациентами новых профессиональных

навыков (организация компьютерных классов), подготовке методической и научно-популярной литературы для специалистов и пользователей помощи.

За время реализации проекта профессиональный уровень в области психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения смогли повысить около 300 работников высшего и 1000 работников среднего звена психиатрических учреждений. Ведущими специалистами-клиницистами, психологами, организаторами помощи и реабилитологами прочитано 73 лекции, отражающие современные вопросы клинической, социальной, организационной и общественной психиатрии. Было организовано и проведено 16 методических семинаров и два Круглых стола, посвященных современным клинико-социальным аспектам при работе с детьми, подростками, пациентами трудоспособного и старших возрастов, их родственниками, включая обучение психосоциальным вмешательствам при работе с этими контингентами. Профессионалам психиатрических учреждений была предоставлена возможность участвовать в двух тридцатичасовых семинарах по арттерапии, а также посетить мастер-классы по танцевально-двигательной и группно-аналитической психотерапии.

Врачи-психиатры, психологи и специалисты по социальной работе в рамках проекта смогли на практике применить знания, полученные на лекциях и методических семинарах. Ими проведены программы психообразования для пациентов (шесть групп), тренинги по развитию коммуникативных навыков у пациентов трудоспособного возраста (семь групп), тренинги когнитивных функций для больных с психической патологией в позднем возрасте (три группы), в которых приняли участие более 160 пациентов разных нозологических и возрастных групп. Для родственников пациентов специалисты организовали и провели девять школ, в том числе для родителей детей, больных аутизмом, пациентов трудоспособного возраста и родственников пациентов, страдающих деменцией. Всего, участниками школ стали более 100 членов семей пациентов.

Необходимо отметить, что в рамках проекта осуществлена широкомасштабная оценка эффективности комплексного лечения



(психосоциального и медикаментозного) более 160 пациентов (по 10 опросникам) экспериментальных групп по сравнению с пациентами, получающими только медикаментозное лечение (контрольная группа, более 40 пациентов), а также более 100 родственников пациентов, участвующих в программе психиатрического просвещения (по 10 опросникам).

Важнейшие составляющей проекта явилась подготовка научно-методической литературы, в которой изложена методология проводимого проекта, его структура, особенности методических подходов и приемов при проведении различных программ. В рамках проекта издана следующая научно-методическая литература, которая будет распространена на других территориях России среди профессионалов и пользователей психиатрической помощи:

1) методические рекомендации «Развитие социальных навыков и навыков преодоления болезни у пациентов, страдающих шизофренией, для формирования их приверженности к лечению»;

2) методические рекомендации «Тренинг навыков решения проблем для семей пациентов, страдающих психическими расстройствами»;

3) методические рекомендации «Тренинг по развитию коммуникативных навыков у пациентов, страдающих шизофренией»;

4) методические рекомендации «Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных»;

5) методические рекомендации «Групповая психологическая работа с медицинскими работниками, оказывающими помощь лицам с психическими расстройствами в медицинских/психиатрических учреждениях»;

6) методические рекомендации «Специалисты психиатрического коллектива: особенности их работы, личностных характеристик, межличностных отношений и профессионального взаимодействия»;

7) пособие для организаторов помощи и врачей-психиатров «Качество психиатрической помощи: новый взгляд»;

8) организационно-методическое пособие «Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара»;

9) Методические рекомендации «Специалисты психиатрического коллектива: особенности их работы, личностных характеристик, межличностных отношений и профессионального взаимодействия».

В настоящее время проводится анализ данных социально-демографической, клинической и иных характеристиках включенных в исследование пациентов, об оценке эффективности проведенных психосоциальных воздействий, результаты которых будут опубликованы в отечественных психиатрических журналах.

Авторы и участники проекта надеются, что разработка комплексной программы психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения послужит улучшению качества оказываемой психиатрической помощи, ресоциализации, повышению качества жизни и социального функционирования различных контингентов госпитальных больных с психическими расстройствами и членов их семей.

# Приложения

## Авторы и участники проекта

1. *Аверкина М.В.* – врач-психиатр ГУЗ МО ПБ № 22
2. *Аксенова Е.В.* – медицинский психолог отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
3. *Алиева Л.М.* – младший научный сотрудник Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, медицинский психолог
4. *Бирюкова И.В.* – заведующая кафедрой танцевально-двигательной психотерапии Института практической психологии и психоанализа, президент Ассоциации танцевально-двигательной терапии (АТДТ), аккредитованный Американской ассоциацией танцевальной терапии (АДТА) преподаватель-супервизор в области ТДТ (ВС-DMT)
5. *Букреева Н.Д.* – д.м.н., руководитель научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» МЗСР РФ
6. *Гаврилова С.И.* – д.м.н., профессор, руководитель отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
7. *Гантман М.В.* – научный сотрудник отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «НЦПЗ РАМН», врач-психиатр
8. *Гаряня Н.Г.* – докт. психол. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗСР РФ
9. *Гаскина Л.В.* – заведующая отделением ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3, врач- психиатр
10. *Головина А.Г.* – д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
11. *Грачев В.В.* – к.м.н., старший научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

12. *Грачева Н.С.* – младший научный сотрудник Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, психолог
13. *Грашина Т.В.* – специалист по социальной работе ГУЗ МО ПБ № 8
14. *Груза Н.Г.* – медицинский психолог ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14, сертифицированный гештальт и арт-терапевт
15. *Демина Т.В.* – врач-психиатр ГУЗ МО ПБ № 8
16. *Дульцев А.В.* – медицинский психолог ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15
17. *Землякова О.М.* – медицинская сестра клиники ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
18. *Евтушенко В.Я.* – к.м.н., заместитель главного врача ГКУЗ МО «ЦКПБ», врач-психиатр
19. *Ефремова Д.Н.* – медицинский психолог ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3
20. *Иванов Б.Ю.* – врач-психиатр ГКУЗ МО ПБ № 22
21. *Иванюшкин А.Я.* – докт. философ. наук, профессор Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова
22. *Исаев М.А.* – медицинский психолог ГКУЗ МО ПБ № 22
23. *Каледва В.Г.* – д.м.н., заместитель главного врача клиники ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, врач-психиатр
24. *Коваль-Зайцев А.А.* – канд. психол. наук, старший научный сотрудник отдела по изучению детской психиатрии с группой исследований детского аутизма ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
25. *Колыхалов И.В.* – к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
26. *Коновалов А.Ю.* – врач-психиатр ГКУЗ МО ПБ № 22
27. *Кондрашин И.Ю.* – врач-психиатр ГКУЗ МО ПБ № 22
28. *Кравченко Н.Е.* – к.м.н., старший научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
29. *Красавина В.В.* – заведующая отделением ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15, врач-психиатр
30. *Куваева О.В.* – специалист по социальной работе ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3

31. *Кулик Т.А.* – медицинский психолог ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15
32. *Куликов А.В.* – к.м.н., старший научный сотрудник отдела по изучению детской психиатрии с группой исследований детского аутизма ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
33. *Куликова И.А.* – медицинский психолог ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15
34. *Мазаева Н.А.* – д.м.н., профессор, руководитель отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
35. *Маричева М.А.* – заведующая отделением реабилитации ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, врач-психиатр, клинический психолог
36. *Медведева И.В.* – врач- психиатр ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3
37. *Морозова М.А.* – д.м.н., руководитель лаборатории психофармакологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
38. *Михайлова Н.М.* – д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «НЦПЗ» РАМН
39. *Мясников А.Ю.* – заведующий отделением ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14, врач-психиатр
40. *Новоселова Н.Ю.* – медицинский психолог ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3
41. *Острикова Н.В.* – медицинский психолог ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15
42. *Павлова Д.Д.* – медицинский психолог ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14
43. *Перминов С.И.* – заведующий отделением ГКУЗ г. Москвы ПБ № 3, врач-психиатр
44. *Рзаев А.А.* – младший научный сотрудник Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, клинический психолог
45. *Романов К.Д.* – к.м.н., заместитель главного врача ГКУЗ МО ПБ № 22, врач-психиатр
46. *Рощина И.Ф.* – канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

47. *Симашкова Н.В.* – д.м.н., руководитель отдела по изучению детской психиатрии с группой исследований детского аутизма ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

48. *Соколова О.Н.* – к.м.н., врач-психиатр отдела по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

49. *Солохина Т.А.* – д.м.н., заведующая отделением Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

50. *Темботова Н.А.* – врач-психиатр ГКУЗ г. Москвы ПБ № 14

51. *Тиганов А.С.* – академик РАМН, профессор, д.м.н., директор ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

52. *Трушкина С.В.* – канд. психол. наук, старший научный сотрудник отдела по изучению состояния риска функциональных психических расстройств ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

53. *Тюбекина М.В.* – младший научный сотрудник отдела клинической психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, клинический психолог

54. *Усейнова Л.А.* – заведующая отделением ГКУЗ г. Москвы ПБ № 15, врач-психиатр

55. *Холмогорова А.Б.* – докт. психол. наук, профессор заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗСР РФ

56. *Цикина Г.А.* – психолог-консультант Института практической психологии и психоанализа

57. *Цапенко А.И.* – научный сотрудник отдела клинической психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, клинический психолог, сертифицированный E.G.A.T.I.N. (European Group Analytic Training Institution Network) групповой психоаналитик

58. *Чебурашкина К.А.* – медицинская сестра клиники ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

59. *Шевченко Л.С.* – канд. экон. наук, ведущий научный сотрудник Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

60. *Шторм О.А.* – медицинский психолог ГКУЗ МО ПБ № 8

61. *Ястребов В.С.* – д.м.н., профессор, руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

*Методическое издание*

Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С.  
Алиева А.М., Грачева Н.С., Рзаев А.А.

«СКАЖЕМ ИЗОЛЯЦИИ – НЕТ!»:  
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ  
В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Организационно-методическое пособие  
для профессионалов, работающих  
в сфере психического здоровья

В оформлении обложки использован рисунок  
члена РБОО «Семья и психическое здоровье» В. Енютина  
«Кораблик надежды»

Подготовка оригинал-макета:  
*Издательство «МАКС Пресс»*  
Компьютерная верстка: *Е.П. Крынина*

Подписано в печать 30.07.2012 г.  
Формат 60х90 1/16. Усл.печ.л. 5,5 + 1,0 вкл. Тираж 1000 экз. Заказ 289.

Издательство ООО «МАКС Пресс».  
Лицензия ИД N 00510 от 01.12.99 г.

119992, ГСП-2, Москва, Ленинские горы, МГУ им. М.В. Ломоносова,  
2-й учебный корпус, 527 к.  
Тел. 939-3890, 939-3891. Тел./Факс 939-3891.