

Содержание

<i>В.С. Ястребов</i> Предисловие	5
<i>Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко</i> Лекция 1. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье в преодолении болезни	8
<i>В.С. Ястребов</i> Лекция 2. Психиатрия, ее границы, проблемы и задачи	23
<i>Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина</i> Лекция 3. Основные симптомы и синдромы психических расстройств.....	43
<i>Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина</i> Лекция 4. Некоторые наиболее распространенные психические нарушения: шизофрения, аффективные заболевания, невротические расстройства, расстройства, связанные с воздействием внешних факторов.....	53
<i>Э.Г. Рытик, Е.С. Акимкина</i> Лекция 5. Как близким справиться с повседневными проблемами, которые возникают в процессе совместного проживания с психически больным человеком.....	68
<i>В.В. Балабанова</i> Лекция 6. Современная терапия шизофрении и аффективных расстройств.....	75
<i>В.В. Балабанова</i> Лекция 7. Лечение аффективных расстройств. Психотерапия при шизофрении и аффективных расстройствах.....	89
<i>А.И. Цапенко, Д.М. Шанаева</i> Лекция 8. Некоторые психологические проблемы семей, в которых родственник страдает тяжелым психическим заболеванием. Пути их решения.....	100
<i>В.С. Ястребов, Т.А. Солохина</i> Лекция 9. Психиатрическая помощь: история и современное состояние	115
<i>Т.А. Солохина</i> Лекция 10. Психосоциальная реабилитация: современный подход.....	128

М.Б. Алексеева

Лекция 11. Общий обзор законодательства о психиатрической помощи. Принудительные меры медицинского характера

146

М.Б. Алексеева

Лекция 12. Недобровольная (принудительная) госпитализация граждан в психиатрический стационар.....

161

А.О. Одолламский

Ресоциализирующее терапевтическое сообщество

167

А.А. Кучкина, Г.А. Цикина

Методика тренинга социальных навыков.....

183

Предисловие

Особенностью психиатрической помощи в настоящее время является активное участие в ее оказании тех, кто эту помощь получает. В последнее десятилетие во многих странах происходит формирование мощного движения в психиатрии, в котором важное место принадлежит различным общественным организациям, ассоциациям больных и их родственников, благотворительным фондам. Основной задачей этих объединений являются оказание самых разных видов помощи, поддержка психически больных, защита их прав и интересов. Наряду с самими пациентами и их родственниками в этой работе принимают участие психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники, добровольцы, спонсоры, известные ученые, бизнесмены и другие люди. Многие из упомянутых общественных организаций ориентированы на оказание помощи психически больным с определенной нозологической принадлежностью — шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, умственной отсталостью, аутизмом и др., а также лицам разного возраста с другой психической патологией. Представители этих добровольных организаций имеют право контролировать и оценивать отдельные аспекты деятельности психиатрических учреждений и службы в целом, при их участии обсуждается и утверждается бюджет психиатрических стационаров, внебольничных психиатрических клиник и пр.

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

К сожалению, в отечественной психиатрии до сих пор ощущается острый дефицит популярных изданий, где освещались бы перечисленные выше проблемы. В последнее десятилетие появились переведенные на русский язык работы зарубежных авторов, которые пользуются

большим спросом у пациентов и членов их семей. Однако, с одной стороны, число таких работ резко ограничено, а с другой — они далеко не всегда приемлемы для отечественного потребителя по причине самой системы психиатрической помощи, особенностей диагностики и лечения психических заболеваний, существенных отличий системы социальной помощи и поддержки психически больных от существующей в нашей стране. Поэтому выполнение многих программ и рекомендаций зарубежных авторов в условиях России порой трудно осуществимо.

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

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

Издание настоящего курса лекций имеет целью хотя бы частичное восполнение перечисленных выше пробелов. Авторы лекций — специалисты в разных областях психиатрии — работают в Научном центре психического здоровья РАМН, других научных и практических психиатрических учреждениях, а также являются членами общественной организации «Семья и психическое здоровье». Основываясь на опыте своей профессиональной, научной и общественной деятельности, они попытались осветить основные аспекты современной психиатрии, системы психиатрической помощи, современных методов диагностики и лечения психических заболеваний и расстройств, общест-

венных форм помощи и поддержки психически больных и членов их семей.

Надеемся, что предлагаемое издание окажется полезным не только пациентам и их близким, населению, но и профессионалам, занимающимся просветительской работой в области психического здоровья.

В. Ястребов

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

Т.А. Солохина, Л.С. Шевченко

Лекция 1.

**Семья и психическое расстройство:
что может помочь семье в преодолении болезни**

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

Немного о семье и семейных взаимоотношениях

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

Это определение приведено в «*Основах семейной медицины*»¹, в нем сделан акцент на разных функциях семьи, а главное, оно охватывает любой тип семей — полных, неполных, нестандартных.

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

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

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

Семья выполняет следующие функции:

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

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

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

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

Структура семьи — еще одно важное понятие при ознакомлении с основами семейной жизни. Под этим понимается ее численность, состав, а также совокупность характеристик, отражающих взаимоотношения ее членов. Наиболее распространенная структура — муж, жена и один или несколько детей. Нередко с ними проживают родители одного из супругов.

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

Распределение власти бывает таким:

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

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

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

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

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

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

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

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

Семья в кризисе

Из вышесказанного понятно, что семья представляет собой сложную систему. Один из основателей семейной психотерапии Дж. Хонелс (1975) определил ее основу таким образом: «Семья — это не просто сумма людей, а система, и как всякая система обладает определенной структурой, состоящей из элементов и связей между ними, а также собственными качественными особенностями, присущими только целому и не сводимому к сумме свойств частей. В семье все взаимосвязано, и при повреждении любого ее звена возникает отзвук во всех остальных частях. При наличии в семье больного никто не остается равнодушным, нарушается установившееся равновесие во

взаимоотношениях, семья перестает функционировать как гармоничное целое».

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

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

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

(мама Николая, 1999 г.)

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

Согласно полученным нами данным, среди родственников, принимавших участие в социологическом опросе, 90% обеспокоены материальным положением больного члена их семьи. Полностью поддерживать его материально считают своим долгом 56,7% респондентов, ответственными за обеспечение его всем необходимым — 51,7%, обязанными компенсировать то, что он недополучает — 50%; 40% родственников ответили, что уход за больным сильно утомляет их, при этом, по мнению почти половины из них, ввиду болезни члена семьи их нагрузка по дому существенно возросла. При интервьюировании

родственников от многих мы слышали, что в силу сложившихся обстоятельств у них «36-часовой рабочий день» или что они связаны с больным «от звонка до звонка», т.е. не имеют полноценного сна и отдыха.

Практически все родственники испытывают тяготы психологического характера. Около половины отмечают угнетенность и подавленность, их посещают мысли о неразрешимости ситуации. И только около 20% опрошенных находили облегчение, поделившись с кем-то своими трудностями. Многие отмечали, что из-за болезни близкого стали чувствовать себя одинокими, изолированными. Не скрывали факта болезни родственника только 20% респондентов. Иными словами, объективно установлено, что и пациентам, и членам их семей очень трудно жить с психическим заболеванием.

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

Большинство исследователей выделяют *пять фаз в реакции на болезнь*, и уяснение их особенностей позволяет представить, как протекает адаптация к болезни и прогнозировать, где родственнику пациента потребуется поддержка.

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

2. Установление диагноза. Момент получения информации о наличии психического расстройства чаще всего является для семьи наи-

более тяжелым и чаще всего воспринимается как тяжелая утрата. Для этого периода наиболее характерны такие реакции, как неверие, отрицание, шок, чувство вины («не уберегли»). На данном этапе она нуждается в объективной информации от специалистов, в которой должны быть четко представлены характер и особенность болезни. В самом начале заболевания еще неясны длительность его лечения и прогноз. Однако уже в этой стадии следует ознакомить семью с симптомами болезни, ее возможными причинами и с целями лечения.

Рекомендуем родственникам задать следующие вопросы специалистам:

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

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

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

3. Лечение. Лечение психического заболевания, как правило, длительное. На этом этапе важно, чтобы ответственность за выполнение рекомендаций была поделена между врачом, пациентом и его семьей.

Длительное лечение больного требует перестройки жизненного уклада и перераспределения в семье ролей. У родственников возможны развитие депрессии, злоупотребление алкоголем и лекарствами, и им самим часто требуется помощь психотерапевта или психиатра.

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

- какую пользу принесет лекарственная терапия?
- каковы ее побочные эффекты?
- почему выбрано именно это лекарство?
- придется ли принимать это лекарство всю жизнь?
- имеются ли другие препараты, которые помогут, если назначенный окажется неэффективным?
- какие признаки (симптомы) указывают на то, что дозу препарата нужно изменить?
- что будет, если пациент перестанет принимать лекарство?
- есть ли какая-либо литература об этом лекарстве?
- поможет ли пациенту психотерапия?
- имеются ли группы поддержки, юридической помощи для родственников и пациентов, с которыми можно связаться?

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

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

Родственникам в условиях постоянных эмоциональных перегрузок от контактов с психически больным членом семьи представляется невозможно сохранить собственные планы на будущее. Но чем сложнее эти планы, тем большими должны быть усилия к их достижению. В

этот период членам семьи стоит задуматься над следующими вопросами:

- как влияет болезнь на каждого члена семьи?
- как говорить друг с другом о болезни?
- как придется изменить свою жизнь?
- как сложится жизнь, когда больному станет лучше?
- не провоцируют ли члены семьи пациента как можно дольше оставаться в роли больного?
- какой помощи ждет семья (психотерапевтической, психологической, в уходе за больным, социальной поддержки и т.п.)?

Помощь в преодолении болезни

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

Фармакотерапия психических расстройств определяется применением в основном трех классов психотропных препаратов, действие которых направлено на ослабление симптомов болезни. К таким препаратам относятся нейролептики (антипсихотики), которые влияют на психотические симптомы, антидепрессанты, используемые при депрессиях, и транквилизаторы, которые чаще всего применяются при наличии тревожных состояний. Еще раз подчеркнем: эти лекарственные средства ориентированы не на устранение причины болезни, а на ослабление ее симптомов или предотвращение рецидивов.

Психотерапия относится к вмешательствам, направленным на изменение поведения, настроения, эмоциональных реакций с

помощью вербальных (словесных) и невербальных психологических средств.

Психосоциальная реабилитация — это комплекс мер, который дает возможность людям с ослабленным психическим здоровьем или инвалидам по причине психических расстройств достичь оптимального уровня независимого функционирования в обществе.

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

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

Условиями формирования партнерских отношений считаются:

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

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

Доказана эффективность следующих форм работы с семьями:

- психиатрического просвещения;
- групп поддержки.

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

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

В основе образовательного подхода лежит убеждение в положительном влиянии семьи на процесс выздоровления родственника. Однако еще в 50-е годы XX века среди врачей бытовало представление о семье как об одной из главных причин психического расстройства вследствие неправильного отношения ее членов к больному. Терапевтическое воздействие состояло в том, чтобы с помощью определенных приемов изменить поведение членов семьи и тем самым избавить пациента от заболевания. Такой подход оказался «провальным», поскольку родственники не соглашались с тем, что причастны к болезни, а пациенты все равно не могли избавиться от ее симптомов.

При всем том, что природа психических заболеваний остается до конца неясной, развитие биологической психиатрии изменило представления об их возникновении. Это побудило пересмотреть взгляд на роль семьи в ее возникновении и начать проведение образовательных программ по психиатрии, обучать правильному общению с пациентом, убеждать родственников в том, что их отношение к больному, знание природы заболевания, долговременное участие в лечении могут способствовать выздоровлению. Иными словами, был признан огромный вклад помощи родственников в лечение больного члена семьи. Результаты многих исследований доказывают, что психиатрическое просвещение способствует снижению частоты рецидивов заболевания.

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

Как правило, образовательные программы для родственников проводятся в виде семинаров и лекций. Авторами нашей книги накоплен

большой опыт такой работы — с 1996 г. За это время более 300 родственников пациентов участвовали в разработанной нами программе психиатрического просвещения.

Базовый курс обучения состоит из 12 занятий длительностью три часа каждое. Встречи еженедельные, число слушателей в группе от 10 до 15. Структура занятия: короткая беседа на общие темы (10–15 минут), опрос присутствующих по кругу об основных событиях недели (10–15 минут), основная — лекционная часть (1,5 часа), вопросы и ответы (20–30 минут), заключительная часть — обсуждение полученной информации (10 минут); в середине занятия (20 минутный) перерыв. Из структуры занятий видно, что они носят не только информационный, но и психотерапевтический характер.

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

Приведем несколько отзывов родителей — участников программы семейного психиатрического просвещения.

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

(И.Г., 62 года).

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

(Т.С., 52 года).

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

(П.Г., 48 лет).

Группы поддержки и общественные организации — эффективная форма социально-психологической и информационной поддержки семей психически больных, оказания помощи себе и близким.

Число таких групп и общественных (неправительственных) организаций в развитых странах исчисляется тысячами. В России общественное движение в психиатрии еще только набирает силу, но уже и сейчас, как уже говорилось, накоплен значительный положительный опыт. В 10-й лекции, посвященной психосоциальной реабилитации, мы подробнее осветим деятельность общественных организаций, созданных потребителями психиатрической помощи. Здесь же кратко скажем о значении этих форм помощи для членов семьи.

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

Работа групп поддержки и общественных организаций, созданных родственниками больных, направлена не только на их психиатрическое образование, но также на защиту интересов самих пациентов и их семей. Специалисты могут понять семью и помочь им, но такого целевого эффекта, какой дает взаимопонимание семей, обсуждение в них своих проблем, профессионалам достичь сложно. Доказательством может служить высказывание матери больного сына, посещающей группу поддержки.

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

(Е.П., 65 лет).

Заканчивая вступительную лекцию, мы считаем необходимым дать родственникам больных рекомендации, разработанные ведущими специалистами в области психиатрического просвещения семей³.

Рекомендации членам семьи

1. Не нужно торопиться. Процесс восстановления здоровья может быть длительным. Очень важно больше отдыхать. Все со временем встанет на свои места.

2. Сохраняйте спокойствие. Проявление чрезмерного энтузиазма — реакция нормальная. Постарайтесь его умерить. Проявление несогласия тоже нормально. Постарайтесь и к этому отнестись спокойно.

3. Давайте отдых друг другу: передышка нужна каждому. Вам что-то надоело — это нормально. Нормально также иногда сказать «нет».

4. Установите ограничения. Каждый должен знать правила. Несколько простых правил могут все расставить на свои места.

5. Не думайте о том, чего Вы не можете изменить. Кое-что нужно оставить, как есть. Обращайте внимание на проявления жестокости.

6. Изъясняйтесь проще. Говорите то, что намеривались сказать, ясно, спокойно, уверенно.

7. Следуйте предписаниям врача. Необходимо принимать лекарства так, как назначил врач, и только те, которые он назначил.

8. Выполняйте свои дела, как обычно. Восстановите обычный порядок работ по дому. Поддерживайте связь со своей семьей и с друзьями.

9. Никаких наркотиков и алкогольных напитков: они усугубляют симптомы болезни.

10. Обращайте внимание на любые изменения самочувствия близкого, фиксируйте их. Консультируйтесь с лечащим врачом.

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

11. Решайте проблемы шаг за шагом. Вносите изменения постепенно. Работайте над чем-либо одним.

12. Временно снизьте ожидания. Используйте собственные характеристики и впечатления о состоянии близкого. Сравните результаты текущего и предыдущего месяцев.

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

И еще несколько моментов, на которые следует обратить внимание.

Бремя болезни, его тягостное влияние на самого больного и его семью может быть смягчено, если:

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

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



Лекция 2.

Психиатрия, ее границы, проблемы и задачи

**Современная психиатрия:
основные направления, достижения, возможности**

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

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

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

Представителями служб психического здоровья ведется большая работа и в обществе. Она направлена на преодоление негативного отношения окружающих к психически больным и к психиатрии, на привлечение внимания властных и общественных структур к актуальным проблемам психиатрии, к решению социальных вопросов психически больных, психиатрических институтов, всей психиатрической службы.

Именно поэтому многих известных психиатров конца позапрошлого столетия, которые проводили большую работу в земствах по становлению и развитию психиатрии, привлечению внимания к проблемам отечественной психиатрии, называли психиатрами-общественниками.

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

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

Понятия психического здоровья и заболевания

При решении вопроса о границах компетенции психиатрии и психиатров, об определении масштаба научных проблем одним из самых сложных является определение границ психической нормы и патологии. Попытки его решения предпринимало не одно поколение психиатров, философов, психологов, социологов и других специалистов, од-

нако окончательного ответа до сих пор нет. Судя по всему, вряд ли он будет получен и в обозримом будущем.

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

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

Как видим, все попытки провести отчетливую границу между понятиями психической нормы и патологии пока остаются безуспешными. Поэтому, психиатры делают вывод об отсутствии или наличии таковой патологии у того или иного лица, основываясь на опыте своей работы,

изучении особенностей проявлений болезни, закономерностей ее развития и течения у многих больных, а также на результатах дополнительных исследований, и при выявлении патологии характеризуют ее как психическое расстройство, психическое заболевание, симптом или синдром.

Согласно определению ВОЗ, «психическое здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или физического недостатка». Оно легло в основу многих профилактических программ и проектов, национальных программ охраны психического здоровья в развитых странах.

В последние годы в мире вопросам психического здоровья населения уделяется все большее внимание. Так, впервые за всю историю существования ВОЗ в 2001 г. Всемирный день здоровья, который международная общественность отмечает ежегодно 7 апреля, было решено посвятить проблемам психического здоровья. Первоочередной целью Всемирного дня здоровья в этот год была разработка мер по уменьшению распространенности таких психических расстройств, как депрессия, шизофрения, болезнь Альцгеймера, наркотическая зависимость, эпилепсия, умственная отсталость. В ходе планируемых на последующие годы мероприятий предполагается сосредоточить внимание на вопросах первичной профилактики и обеспечения психического благополучия населения, что отражено в соответствующем докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире в 2001 г.: «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда». Таким образом, речь идет не только о программах психического здоровья населения и профилактике психических расстройств, но и об их выявлении и лечении.

Что же такое психическое нездоровье? Каковы проявления психической патологии?

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

Симптомом принято называть признак психического заболевания, указывающий на отклонение от нормального течения психических процессов, которое может привести к нарушению индивидуального и социального функционирования человека. Существует множество симптомов, связанных с расстройством восприятия окружающего, мышления, эмоций, памяти, сознания, внимания, речи, сна. Однако

симптом не является характерным признаком того или иного психического заболевания — он может наблюдаться при разных видах психических нарушений. Более того, сам по себе он далеко не всегда свидетельствует о наличии психического заболевания, порой встречается и у психически здорового человека. Важное значение симптом приобретает лишь при наличии и других симптомов. Такое сочетание называют **синдромом**. Синдромы делятся на позитивные и негативные.

Позитивные синдромы включают разнообразные расстройства психической деятельности, которые могут носить обратимый характер. Разные синдромы отражают тяжесть психических нарушений от относительно легких до тяжелых. Различают следующие позитивные синдромы: астенические (состояния повышенной утомляемости, истощаемости, утраты способности к длительной работе), аффективные (депрессивные и маниакальные, свидетельствующие о расстройстве настроения), обсессивные (состояния, при которых мысли, чувства, воспоминания, страх возникают помимо воли больного и носят навязчивый характер), ипохондрические (депрессивная, бредовая, обсессивная ипохондрия), паранойяльные (бред преследования, ревности, реформаторства, бред иного происхождения.), галлюцинаторные (вербальный, зрительный, обонятельный, тактильный галлюциноз и др.), галлюцинаторные (психические, идеаторные, сенестопатические автоматизмы и др.), парафренические (систематизированная, галлюцинаторная, конфабуляторная парафрения и др.), кататонические (ступор, кататоническое возбуждение), делириозные, помрачения сознания, судорожные и пр. Как видно из этого далеко не полного перечня, количество синдромов, их разновидностей весьма велико и отражает разную глубину психической патологии.

Негативные синдромы свидетельствуют о выпадении психических процессов, которые могут быть обратимы лишь частично или носят стойкий характер. К ним относятся изменения личности (снижение ее уровня, регресс, истощаемость психической деятельности), амнестические расстройства (прогрессирующий распад памяти, ложные воспоминания, выраженные расстройства запоминания с дезориентировкой), различные виды слабоумия.

Большинство синдромов, так же как и симптомы, не обладают специфичностью, т.е. не характерны для одного психического заболевания или какой-либо их группы. С другой стороны, для психических заболеваний типична определенная смена психопатологических синдромов,

которая может указывать не только на характер болезни, но и на тяжесть ее течения и прогноз. Поэтому отдельно взятый синдром может отражать лишь определенный этап болезни. Следует подчеркнуть, что каждой возрастной группе свойственна своя структура психопатологического синдрома. Например, для детского возраста специфичны синдромы с преобладанием страхов, бредоподобных фантазий, для позднего возраста — с преобладанием бреда ущерба. Соотношение и взаимозависимость позитивных и негативных синдромов могут определять глубину происходящих изменений, стадию течения заболевания и степень его обратимости.

На современном этапе значительные трудности представляет и определение понятия *психического заболевания*. В этом направлении предпринимались неоднократные попытки, которые особого успеха не имели. Авторы большинства руководств по психиатрии, учебников и справочников предпочитают больше говорить о принципах классификации, разделения психических заболеваний и расстройств, нежели об определении понятия «психическое заболевание». Наиболее приемлемо определение отечественных авторов: психическим заболеванием является такое изменение деятельности головного мозга, когда психика не соответствует окружающей действительности и отражает эту деятельность искаженно. Проявлениями психических заболеваний служат нарушения психики и поведения человека. По тяжести течения патологического процесса различают более выраженные формы психических заболеваний — психозы и более легкие — неврозы, психопатические состояния, некоторые формы аффективной патологии.

Существуют разные принципы деления, систематики психических заболеваний, которые определяются задачами психиатрической науки и практики, взглядами национальной психиатрической школы, подходами к унифицированной оценке психически больных специалистами разных стран. В соответствии с этим наиболее принятыми являются национальные и международная классификации психических заболеваний. В России также действуют две классификации — отечественная и международная.

Отечественная классификация психических заболеваний

Эндогенные психические заболевания

- Шизофрения

- Аффективные заболевания: аффективные психозы, циклотимия, дистимия

- Шизоаффективные психозы
- Функциональные психозы позднего возраста

Эндогенно-органические заболевания

- Эпилепсия
- Дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга
- Деменции альцгеймеровского типа (болезнь Альцгеймера, сенильная деменция)
- Системно-органические заболевания (болезнь Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона)
 - Особые формы психозов позднего возраста (острые психозы, хронические галлюцинозы)
 - Сосудистые заболевания головного мозга
 - Наследственные органические заболевания

Экзогенно-органические заболевания

- Психические нарушения при травмах головного мозга
- Психические нарушения при опухолях головного мозга
- Инфекционно-органические заболевания мозга

Экзогенные психические нарушения

- Алкоголизм
- Наркомании и токсикомании
- Симптоматические психозы (психические нарушения при соматических неинфекционных заболеваниях, психические нарушения при соматических инфекционных заболеваниях, психические нарушения при интоксикации лекарственными средствами, бытовыми и промышленными токсическими веществами).

Психосоматические расстройства

Психогенные заболевания (реактивные психозы, посттравматический стрессовый синдром)

Пограничные психические нарушения

- Невротические расстройства (тревожно-фобический синдром, неврастения, обсессивно-компульсивные нарушения, истерические нарушения невротического уровня)
 - Расстройства личности

Патология психического развития (умственная отсталость, задержки психического развития, искажения психического развития)

Международная классификация психических болезней (МКБ-10), которую часто называют статистической, отражает состояние больного на момент его осмотра.

Распространенность основных психических расстройств

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

Необходимо сказать, что статистические данные не полностью отражают реальную картину — они значительно ниже показателей, при-

водимых зарубежными эпидемиологами. Это объясняется, прежде всего, тем, что при проведении целенаправленных исследований эпидемиологи выявляют намного большее число больных, поскольку многие не обращаются за помощью в государственные психиатрические учреждения и, соответственно, исключены из статистического анализа

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

По данным официальной статистики, в 2003 г. получили помощь в различных медицинских учреждениях около 4 млн. россиян с психическими расстройствами, в том числе 15,1% больных шизофренией. Под динамическим диспансерным наблюдением находились 1,8 млн. человек, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение. Согласно результатам разных эпидемиологических исследований, в нашей стране число нуждающихся в психиатрической помощи может составлять от 14 до 21 млн.

Социально-экономические и социально-психологические последствия психического нездоровья населения

В последнее время специалисты многих стран обеспокоены масштабами распространенности психической патологии, объемом бреме-

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

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

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

В ходе групповых и индивидуальных бесед с родственниками удалось выяснить, что многих тяготит неправильное поведение больного

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

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

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

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

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

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

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

Очевидно, что статьи, написанные в таком тоне, оказывают крайне негативное влияние на формирование образа психически больного в общественном сознании, он представляется прежде всего как опасный

преступник. При этом, как свидетельствует тематический анализ публикаций, описанию картины психического заболевания, современных возможностей его лечения не уделяется достаточного внимания — психиатрическая тема вообще не является основной.

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

Язык изложения, используемая терминология в воздействии на читателя не менее важны, чем содержание публикации. Человека, страдающего психическим расстройством, можно назвать «психически

больным», «душевнобольным» и даже «психом», и, хотя речь идет об одном и том же признаке человека — его заболевании, эти слова несут разную смысловую нагрузку и определяют совершенно разное отношение к нему. То или иное наименование в емкой форме выражает либо сочувственное, либо, наоборот, пренебрежительное или негативное отношение к людям с психическими расстройствами. Так, пренебрежительное слово «псих» в статьях используется чаще, чем достаточно гуманное, сочувственное «душевнобольной». Довольно часто употребляется слово «психушка».

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

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

вает предвзятое отношение населения к психиатрической помощи, препятствует своевременному обращению к специалистам при возникновении психического расстройства.

При обилии публикаций, посвященных психическим расстройствам, обращает на себя внимание отсутствие интегрированных представлений о психозах, о возможностях пациентов противостоять болезни. Ощущается отсутствие планомерного взаимодействия психиатрии и прессы. Участие психиатров в интервью и комментариях не всегда подчинено задаче дестигматизации пациентов, их высказывания не всегда взвешенны, если учесть роль, которую они играют в формировании общественного мнения о психически больных. Все это дает основание ставить вопрос об актуальности подготовки профессионалов к работе с прессой. Результаты проведенного исследования показали необходимость выработки *этических принципов работы с представителями прессы*, что обеспечит большую ответственность профессионалов за преподносимую информацию, понимание целей своего взаимодействия с журналистом.

Стигма в психиатрии

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

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

Научным центром психического здоровья РАМН было проведено специальное исследование, с целью выявления наиболее распространенных стереотипов общественного мнения о психических заболева-

ниях, психически больных и психиатрии, и выделение на основе полученных данных значимых социально-психологических факторов, которые влияют на формирование стигматизирующего отношения к психически больным (Л.Я. Серебрянская). В исследование были включены 450 человек с разными возрастными, половыми, образовательными и профессиональными характеристиками. Использовался специально разработанный опросник, в который входили утверждения относительно социальной дистанции с психически больными, ограничении их прав, готовности их стигматизировать, суждения об ответственности человека за свое психическое расстройство и о возможности его контролировать, мнения о независимости личностных качеств больного и симптомов его психического заболевания, утверждения, касающиеся отношения к психиатрии, доверия к ней и мнения об эффективности психиатрического лечения либо, наоборот, страха перед психиатрами и бесполезности их работы. После специальной обработки полученных ответов было выявлено четыре наиболее значимых фактора, которые отражают распределение бытующих в населении представлений о психических болезнях и лицах, которые ими страдают.

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

Второй фактор, квалифицированный как **рациональная стигма**, включает наибольшее число утверждений о нежелании общаться,

вступать в различные деловые и личные отношения с больными, об ограничении прав и возможностей психически больных. Открыто выражается отрицательное эмоциональное отношение к таким больным, которые вызывают у респондентов страх, неприязнь, раздражение. Психически больные выделяются респондентами как бы в особую, совершенно отдельную от остальных людей группу — с одной стороны, они не могут выздороветь, с другой — исключается возможность заболеть психически самому опрошиваемому. Респонденты переоценивают тяжесть состояния больных, выраженность болезненных проявлений. Подчеркиваются отрицательные качества психически больных людей, им приписываются социальная опасность, низкие умственные способности, нежелание лечиться. Нивелируется значение отдельной личности, подчеркивается приоритет формального психиатрического диагноза над человеческими качествами психически больного. Общественная безопасность ставится выше прав и свобод личности. Высказывается патерналистское, т.е. покровительственное, отношение к больному, выраженное в стремлении контролировать его во всем. Утверждается, что психически больной человек не может сам понимать, что для него лучше, поэтому вопросы его лечения и его судьбу должно решать общество.

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

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

Не менее серьезную проблему представляет феномен **самостигматизации** — так принято называть реакцию самого больного на предвзятое отношение к нему окружающих. В невыраженных случаях это реагирование проявляется изменением представлений больного о своих индивидуальных качествах. Он считает себя несостоятельным в каких-либо отдельных сферах жизни, и оправдывает свою предполагаемую несостоятельность влиянием болезни. В более выраженных случаях больной перестает относить себя к обществу здоровых, в результате он идентифицирует себя с сообществом психически больных, разрушая тем самым круг социальных связей, характерных для здорового человека. При этом у него появляется убежденность, что из-за наличия у него психического расстройства окружающие относятся к нему предвзято. Специальные исследования показали, что на самостигматизацию больных с разными формами психической патологии оказывают влияние самые разные факторы; особенности этого влияния носят сложный характер и могут быть интерпретированы на стыке таких дисциплин, как клиническая и социальная психиатрия, медицинская и социальная психология.

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

Как следует из вышесказанного, стигматизация психически больных является сложной проблемой и ее решение должно быть ком-

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

Основные задачи современной системы психиатрической помощи

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

1. Оказание психиатрической помощи в рамках учреждений общемедицинского профиля должно стать важным направлением, которое обеспечивает большую доступность этой помощи, ее комплексный характер, оказывает меньшее в сравнении с психиатрическими учреждениями стигматизирующее влияние.

2. Крайне важно для полноценного лечения больных, своевременного предупреждения обострений болезни всем психиатрическим учреждениям иметь в наличии основные психотропные препараты.

3. Лечение больных в амбулаторных условиях, в обществе, по сравнению со стационарным имеет несомненные преимущества и поэтому в психиатрической практике должно стать основным. Это лечение должно включать не только применение медикаментозных препаратов, но и социо-реабилитационные мероприятия.

4. Психиатрическое просвещение населения должно стать важной составной частью общей программы охраны психического здоровья населения.

5. В разработке программ по совершенствованию психиатрической помощи, охраны психического здоровья населения активное участие

должны принимать не только профессионалы, но и члены семей больных, сами больные, а также местные власти территорий, на которых проживают больные.

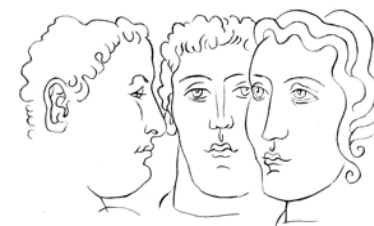
6. Государство должно иметь не только законодательные акты по охране прав и интересов больных, но и национальную политику и программы по совершенствованию психиатрической помощи и охране психического здоровья населения.

7. Для улучшения качества психиатрической помощи необходимо повысить уровень профессиональной подготовки кадров психиатрических служб, добиться укомплектованности ими психиатрических учреждений, повсеместного введения в них немедицинских специалистов (социальные работники, трудотерапевты и др.).

8. Психиатрические службы должны работать в тесном контакте с органами социального обеспечения, правовыми структурами, неправительственными организациями.

9. С целью оценки эффективности выполнения программ по лечению и профилактике психических заболеваний должен проводиться регулярный мониторинг основных показателей деятельности психиатрических служб.

10. Для более эффективного выявления психической патологии, ее лечения и предупреждения государство должно оказывать различные виды поддержки исследовательских программ в области охраны психического здоровья.



Лекция 3.

Основные симптомы и синдромы психических расстройств

Термин «психическое расстройство» относится к огромному числу разных болезненных состояний. Чтобы научиться ориентироваться в них, понять их суть, воспользуемся опытом изложения учения об этих расстройствах, то есть психиатрии, в учебниках, предназначенных для специалистов.

Изучение психиатрии (греч. *psyche* — душа, *iateria* — лечение) традиционно начинают с представления общей психопатологии и лишь затем переходят к частной психиатрии. К общей психопатологии относится изучение симптомов и синдромов (признаков) психических заболеваний, поскольку любая болезнь, и в том числе психическая — это, прежде всего совокупность её определенных проявлений. Частная психиатрия даёт описание конкретных психических заболеваний — причин их возникновения, механизмов развития, клинических проявлений, лечения, мер профилактики.

Обратим внимание читателя на то, что определение таких важных терминов, как «симптом», «синдром», «позитивные и негативные синдромы», «психоз» было дано выше, в лекции 2.

Рассмотрим основные симптомы и синдромы психических расстройств в порядке их утяжеления — от легких к более глубоким.

Астенический синдром

Астенический синдром (астения) — широко распространенное состояние, которое проявляется повышенной утомляемостью, истощаемостью, снижением работоспособности. У людей с астеническими расстройствами наблюдаются слабость, неустойчивость настроения, для них характерны впечатлительность, сентиментальность, слезливость; их легко растрогать, они легко раздражаются, теряют самообладание из-за любой мелочи. Астеническим состояниям свойственны также частые головные боли, нарушения сна (он становится поверхностным, не приносит отдыха, днем отмечается повышенная сонливость).

Астения является неспецифическим расстройством, т.е. может наблюдаться практически при любых психических заболеваниях, а также

при соматических, в частности после операций, тяжелых инфекционных болезней, или при переутомлении.

Навязчивости

Навязчивостями называют переживания, при которых у человека помимо воли возникают какие-либо особые мысли, страхи, сомнения. При этом человек признает их как собственные, они посещают его вновь и вновь, от них невозможно избавиться, несмотря на критическое отношение к ним. Навязчивые расстройства могут проявляться в возникновении мучительных сомнений, совершенно неоправданных, а иногда просто нелепых мыслей, в непреодолимом желании пересчитать все подряд. Человек с такими расстройствами может по несколько раз проверять, выключил ли в квартире свет, закрыл ли входную дверь, причем стоит ему отойти от дома, как сомнения вновь овладевают им.

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

Аффективные синдромы

Эти психические расстройства являются наиболее распространенными. Аффективные синдромы проявляются стойкими изменениями настроения, чаще его снижением — **депрессией**, или повышением — **манией**.

Аффективные синдромы нередко встречаются в самом начале психического заболевания. Они могут оставаться преобладающими на всем его протяжении, но могут усложняться, длительно сосуществовать с другими, более тяжелыми психическими расстройствами. При обратном развитии болезни депрессия и мания зачастую исчезают последними.

Говоря о **депрессии**, мы, прежде всего, имеем в виду следующие её проявления.

1. Снижение настроения, чувство подавленности, угнетенности, тоски, в тяжелых случаях ощущаемое физически как тяжесть, или боль в груди. Это крайне тягостное для человека состояние.

2. Снижение психической активности (мысли становятся более бедными, короткими, расплывчатыми). Человек в таком состоянии отвечает на вопросы не сразу — после паузы, дает краткие, односложные ответы, говорит медленно, тихим голосом. Довольно часто больные депрессией отмечают, что затрудняются вникнуть в смысл заданного им вопроса, в суть прочитанного, жалуются на снижение памяти. Такие больные с трудом принимают решения, не могут переключиться на новые виды деятельности.

3. Двигательное торможение — больные испытывают слабость, вялость, расслабленность мышц, говорят об усталости, их движения замедленны, скованны.

Помимо перечисленного, характерными проявлениями депрессии являются:

- чувство вины, идеи самообвинения, греховности;
- чувство отчаяния, безысходности, тупика, что очень часто сопровождается мыслями о смерти и попытками **самоубийства**;
- суточные колебания состояния, чаще с некоторым облегчением самочувствия к вечеру;
- нарушения сна (ночной сон поверхностный, прерывистый, с ранними пробуждениями, тревожными сновидениями, сон не приносит отдыха).

Депрессии могут также сопровождаться потливостью, тахикардией, колебаниями артериального давления, ощущением жара, холода, зябкости, снижением аппетита, потерей массы тела, запорами (иногда со стороны пищеварительной системы возникают такие симптомы, как изжога, тошнота, отрыжка).

Депрессии характеризуются высоким риском совершения самоубийств!

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

При наличии депрессии о возможности попытки самоубийства свидетельствуют:

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

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

Мании (маниакальные состояния) характеризуются следующими признаками.

1. Повышенное настроение (веселье, беззаботность, радужность, непоколебимый оптимизм).

2. Ускорение темпа психической деятельности (появление множества мыслей, разнообразных планов и желаний, идей завышенной оценки собственной личности).

3. Двигательное возбуждение (чрезмерная оживленность, подвижность, говорливость, ощущение избытка энергии, стремление к деятельности).

Для маниакальных состояний, как и для депрессий, характерны нарушения сна: обычно люди с этими расстройствами мало спят, однако короткого сна им достаточно, чтобы ощущать себя бодрыми, отдохнувшими.

При мягком варианте маниакального состояния (так называемой гипомании) человек испытывает подъем творческих сил, повышение интеллектуальной продуктивности, жизненного тонуса, работоспособности. Он может много работать и мало спать. Все события воспринимаются им с оптимизмом.

Если гипомания переходит в манию, то есть состояние становится более тяжелым, к перечисленным проявлениям присоединяются повышенная отвлекаемость, крайняя неустойчивость внимания и как следствие потеря продуктивности. Зачастую люди в состоянии мании выглядят легковесными, хвастунами, их речь изобилует шутками, остротами, цитатами, мимика оживлена, лицо покрасневшее. При разговоре они часто меняют позу, не могут усидеть на месте, активно жестикулируют.

Характерными симптомами мании являются повышение аппетита, усиление сексуальности. Поведение больных бывает несдержанным, они могут устанавливать множественные сексуальные связи, совершать малообдуманные и подчас нелепые поступки.

Веселое и радостное настроение может сменяться раздражительностью и гневливостью. Как правило, при мании утрачивается понимание болезненности своего состояния.

Сенестопатии

Сенестопатиями (лат. *sensus* — чувство, ощущение, *pathos* — боль, страдание) называют симптомы психических расстройств, проявляющиеся крайне разнообразными необычными ощущениями в теле в виде покалывания, жжения, скручивания, стягивания, переливания и пр., не связанными с заболеванием какого-либо внутреннего органа. Сенестопатии всегда уникальны, ни на что не похожи. Неопределенный характер этих расстройств вызывает серьезные затруднения при попытке их охарактеризовать. Для описания таких ощущений больные иногда используют собственные определения («шуршит под ребрами», «хлопает в селезенке», «кажется, что отрывается голова»). Нередко сенестопатии сопровождаются мыслями о наличии какой-либо соматической болезни, и тогда речь идет об ипохондрическом синдроме.

Ипохондрический синдром

Для этого синдрома характерны упорная озабоченность собственным здоровьем, постоянные мысли о наличии серьезного прогрессирующего и, возможно, неизлечимого соматического заболевания. Люди с таким расстройством предъявляют упорные жалобы соматического характера, часто истолковывая нормальные или обычные ощущения

как проявления заболевания. Несмотря на отрицательные результаты обследований, разубеждения специалистов, они регулярно посещают разных врачей, настаивая на дополнительных серьезных обследованиях, повторных консультациях. Нередко ипохондрические расстройства развиваются на фоне депрессии.

Иллюзии

При возникновении иллюзий реально существующие предметы воспринимаются человеком в измененном — ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может иметь место и на фоне полного психического здоровья, когда оно является проявлением одного из законов физики: если, например, посмотреть на какой-то предмет под водой, он будет казаться значительно более крупным, чем в реальности.

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

Галлюцинации

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

Галлюцинации подразделяются на слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные, галлюцинации общего чувства (висцеральные, мышечные). Однако возможна и их комбинация (к примеру, больной человек может видеть в своей комнате группу незнакомых людей, слышать, как они переговариваются).

Слуховые галлюцинации проявляются в патологическом восприятии больным каких-то слов, речей, разговоров (словесные галлюцинации), а также отдельных звуков или шумов.

Словесные галлюцинации могут быть самыми разными по содержанию — от так называемых окликов, когда больной человек слышит голос, называющий его по имени или по фамилии, до целых фраз, раз-

говоров с участием одного или нескольких голосов. Больные называют словесные галлюцинации «голосами».

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

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

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

Тактильные галлюцинации возникают преимущественно в позднем возрасте, при этом больные испытывают жжение, зуд, укусы, боль, другие ощущения, прикосновения к телу.

В тексте, помещенном ниже перечислены признаки, по которым можно определить или хотя бы заподозрить наличие у больного человека *слуховых и зрительных галлюцинаторных расстройств*.

Признаки наличия слуховых и зрительных галлюцинаций

- разговоры с самим собой, напоминающие беседу (например, эмоциональные ответы на какие-то вопросы);
- неожиданный смех без причины;
- встревоженный и озабоченный вид;
- трудности сосредоточения на теме разговора или определенной задаче;
- человек к чему-то прислушивается или видит то, чего Вы не можете увидеть.

Бредовые расстройства

По мнению специалистов, такие нарушения относятся к основным признакам психозов. Определить, что такое бред, — задача непростая. При этих расстройствах даже психиатры нередко расходятся в оценке состояния больного.

Выделяют следующие признаки бреда:

1. В основе его лежат неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность.
2. Бред всегда возникает на болезненной основе — это всегда симптом болезни.
3. Бред не поддается коррекции или разубеждению со стороны, несмотря на явное противоречие с действительностью человек с бредовым расстройством полностью убежден в достоверности своих ошибочных идей.
4. Бредовые убеждения имеют для больного чрезвычайную значимость, так или иначе, определяют его поступки и поведение.

Бредовые идеи чрезвычайно разнообразны по своему содержанию. Это могут быть идеи:

- преследования, отравления, воздействия, материального ущерба, колдовства, порчи, обвинения, ревности;
- самоуничтожения, самообвинения, ипохондрический, отрицания;
- изобретательства, высокого происхождения, богатства, величия;
- любовный, эротический бред.

Бредовые расстройства неоднозначны и по своей форме. Выделяют так называемый *интерпретативный бред*, при котором доказательствами основной бредовой идеи являются односторонние интерпретации повседневных событий и фактов. Это довольно стойкое расстройство, когда у больного человека нарушается отражение причинно-следственных связей между явлениями. Такой бред всегда по-своему логически обоснован. Страдающий этой формой бреда человек может бесконечно доказывать свою правоту, приводить массу доводов, дискутировать. Содержание интерпретативного бреда может отражать все человеческие чувства и переживания.

Еще одной формой бреда является *чувственный, или образный бред*, который возникает на фоне тревоги, страха, растерянности, выраженных расстройств настроения, галлюцинаций, нарушений сознания. Такой бред наблюдается при остро развившихся болезненных состояниях. В этом случае при формировании бреда отсутствуют доказательства, логические послышки, особым — «бредовым» образом воспринимается все окружающее. Часто развитию синдрома острого

чувственного бреда предшествуют такие явления, как **дереализация и деперсонализация**.

Дереализацией называют ощущение измененности окружающего мира, когда все вокруг воспринимается как «нереальное», «подстроенное», «искусственное», **деперсонализацией** — ощущение измененности собственной личности. Больные с деперсонализацией характеризуют себя как «потерявших собственное лицо», «поглупевших», «утративших полноту чувств».

Кататонические синдромы

Так определяют состояния, при которых преобладают нарушения в двигательной сфере: заторможенность, ступор (лат. *stupor* — оцепенение, неподвижность) или, напротив, возбуждение.

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

Для состояния кататонического возбуждения характерны хаотичность, нецеленаправленность, повторяемость отдельных движений, которые могут сопровождаться либо полным молчанием, либо выкрикиванием отдельных фраз или слов.

Кататонические синдромы могут отмечаться и при ясном сознании, что свидетельствует о большой тяжести расстройств, и сопровождаться помрачением сознания. В последнем случае речь идет о более благоприятном течении заболевания.

Синдромы помрачения сознания

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

Существует несколько синдромов помрачения сознания. Их характеризует ряд общих признаков.

1. Отрешенность от внешнего мира. Больные не в состоянии осознать происходящее, в результате чего нарушается их контакт с окружающими.

2. Нарушение ориентировки во времени, месте, ситуации и в собственной личности.

3. Нарушение мышления — утрата способности правильно, логически мыслить. Иногда отмечается бессвязность мышления.

4. Нарушение памяти. В период помрачения сознания нарушается усвоение новой информации и воспроизведение имеющейся. После выхода из состояния нарушенного сознания у больного может отмечаться частичная или полная амнезия (запамятование) перенесенного состояния.

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

Приведенные симптомы обратимы. При восстановлении сознания они исчезают.

Слабоумие (деменция)

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

Специалисты различают приобретенную патологию интеллекта (деменцию, или слабоумие), которая развивается в результате прогрессирования некоторых психических заболеваний, и врожденную (олигофрению, или малоумие).

Резюмируя изложенное, отметим, что в данной лекции приведена информация о наиболее часто встречающихся симптомах и синдромах психических расстройств. Она поможет читателю лучше разобраться в том, что представляют собой конкретные психические заболевания, такие как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, неврозы, описанию которых посвящена следующая лекция.



Лекция 4.

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

В данной лекции будут рассмотрены наиболее распространенные, часто встречающиеся в клинической практике психические заболевания, (классификация психических заболеваний приводится в лекции 2).

Подробно хотелось бы остановиться на группе эндогенных⁴ психических заболеваний и прежде всего на шизофрении.

Шизофрения

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

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

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

Распространенность. Шизофрения представляет важнейшую клиническую и социальную проблему психиатрии во всем мире: ею страдает около 1% населения земного шара, и ежегодно в мире регистрируется 2 млн. новых случаев заболевания. По распространённости шизофрения занимает одно из первых мест среди психических заболеваний и является самой частой причиной утраты трудоспособности.

⁴ Возникающих без какой-либо внешней причины, спонтанно; течение таких заболеваний тесно связано с перестройкой в работе головного мозга.

Шизофренией может заболеть любой человек в любом возрасте. Однако наиболее высокий риск её развития отмечается в возрасте между 20 и 30 годами, после 40 лет прослеживается тенденция к снижению заболеваемости (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных шизофренией по возрасту начала заболевания

Возраст начала заболевания, годы	Процент больных
10-20	17
21-30	39
31-40	26
41-50	14

Отметим разницу в возрасте начала заболевания в зависимости от пола: мужчины чаще заболевают между 15 и 35 годами, женщины — между 27 и 37 годами.

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

На сегодняшний день наиболее широкое распространение получили биологические гипотезы возникновения этого заболевания, и, прежде всего теория, связанная с нарушением синтеза и обмена медиаторов — химических веществ, участвующих в процессе передачи информации в клетках головного мозга. Ученым удалось установить ключевую роль в появлении симптомов шизофрении дофамина — изменения его синтеза и чувствительности к нему нервных клеток. Меньшее распространение получили теории нарушений обмена других медиаторов, таких как серотонин, норадреналин и пр.

Учеными доказано, что деятельность медиаторов в значительной степени контролируется генами. Это подтверждает роль наследственности в развитии шизофрении. В пользу влияния фактора наследствен-

ности свидетельствуют и данные о распространенности шизофрении среди кровных родственников (таблица 2).

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

Таблица 2

Распространённость шизофрении среди кровных родственников

Группа	Распространенность, %
Братья и сестры больных шизофренией	10–12
Родители больного шизофренией	6
Дети, у которых один из родителей болен шизофренией	15
Дети, у которых больны оба родителя	40
Родственники второй степени родства (тети, дяди, двоюродные братья и сестры, дед, бабушка)	3–5
Разнояйцовые близнецы	12–15
Однояйцовые близнецы	45–50

Среди закономерностей, играющих роль в развитии симптомов заболевания, большое внимание уделяется различным психосоциальным и связанным с внешней средой факторам.

Существенная роль отводится нарушению внутрисемейных взаимоотношений: доказано, что в семьях, где больного критикуют, относятся к нему враждебно, неодобрительно или излишне опекают, рецидивы заболевания встречаются чаще.

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

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

К негативным расстройствам относятся следующие проявления болезни.

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

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

У некоторых больных шизофренией со временем отмечаются **волевые нарушения** — пассивность, подчиняемость, безынициативность, отсутствие побуждений к деятельности. Предоставленные сами себе,

они предпочитают ничем не заниматься, перестают ухаживать за собой, не соблюдают правила личной гигиены, практически не выходят из квартиры, большую часть времени лежат, не выполняя даже элементарной домашней работы. Заставить их что-либо делать бывает крайне трудно, а иногда и невозможно.

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

Приведем краткий пример, иллюстрирующий так называемые негативные расстройства.

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

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

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

Иллюстрацией расстройств мышления может служить описание переживаний одного из героев романа «Золотой храм» японского писателя Ю. Миссимы.

«Однажды я надолго задумался, глядя на острый стебелек травы. Нет, «задумался», пожалуй, не то слово. Странные, мимолетные мысли то обрывались, то снова, наподобие песенного припева возникали в моем сознании... Почему травинке необходимо быть такой ост-

рой? — думал я. Что если б ее кончик вдруг затупился, она изменила бы отведенному ей виду, и природа в этой ипостаси погибла бы? Возможно ли погубить природу, уничтожив микроскопический элемент одной из гигантских её шестерней?... И долго еще я лениво забавлялся, размышляя на эту тему».

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

В клинической картине шизофрении негативные психические расстройства обычно сочетаются с так называемыми **позитивными**, или **продуктивными расстройствами**. Четкого клинического определения этого термина в психиатрии нет, однако специалисты охотно им пользуются. К позитивным относят астенические и невротоподобные расстройства, бред, галлюцинации, расстройства настроения, двигательные нарушения, о которых мы подробно говорили в предыдущей лекции.

Сочетание позитивных и негативных расстройств создает своеобразную и многогранную картину шизофрении.

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

Течение шизофрении. В развитии заболевания можно выделить несколько этапов:

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

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

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

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

В случае *приступообразного течения* шизофрении имеют место периоды обострения (приступы) и периоды ремиссии, когда симптоматика существенно ослабевает и даже полностью отсутствует. В этом случае в периоды ремиссий больной в той или иной степени сохраняет способность вести прежний образ жизни, выполнять семейные обязательства, работать. Прием лекарственных препаратов позволяет существенно увеличить длительность ремиссий, уменьшить число и тяжесть обострений.

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

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

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

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

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

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

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

Важными составляющими успеха в преодолении болезни являются создание благоприятного микроклимата в окружении больного человека, а также его собственная активная позиция в процессе лечения — это прежде всего умение замечать первые симптомы обострения болезни и принимать необходимые меры. Постепенно к больному могут вернуться такие качества, как уверенность в себе, инициативность, навыки общения, способность решать финансовые и бытовые вопросы. В таблице 3 приведены признаки, позволяющие судить о прогнозе шизофрении. Из этих данных понятно, что залог благоприятного исхода шизофрении в проведении систематического комплексного лечения, включающего медикаментозную терапию, а также методы психосоциальной поддержки и реабилитации.

Таблица 3

Признаки благоприятного и неблагоприятного прогноза шизофрении

Благоприятный прогноз	Неблагоприятный прогноз
Начало в позднем возрасте	Начало в молодом возрасте
Очевидные провоцирующие факторы	Отсутствие провоцирующих факторов
Острое начало	Постепенное начало
Благополучное доболезненное функционирование в трудовой и социальной сферах	Неблагополучное доболезненное функционирование в трудовой и социальной сферах
Симптомы расстройства настроения (особенно депрессии)	Отчужденное, аутистическое поведение

Проживание в браке	Проживание в одиночестве, в разводе или вдовстве
Расстройства настроения у ближайших родственников	Случаи заболевания шизофренией среди родственников
Достаточная социальная поддержка	Недостаточная социальная поддержка
Позитивные симптомы	Негативные симптомы
	Неврологические симптомы
	Родовая травма
	Отсутствии ремиссий в течение 3 лет, многочисленные обострения

Биполярное расстройство

Еще одним заболеванием, относящимся к группе эндогенных, является биполярное расстройство. Многим читателям оно известно как маниакально-депрессивный психоз (МДП). МДП — достаточно распространенное заболевание. Им страдает около 5% больных психиатрического стационара. Женщины болеют МДП чаще мужчин.

Биполярное расстройство характеризуется периодическим течением — чередованием депрессивных и/или маниакальных состояний, возникновение которых не связано с внешними обстоятельствами. В промежутках между фазами заболевания⁵ можно говорить о полном выздоровлении, так как эти периоды характеризуются полным восстановлением психических функций.

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

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

⁵ Фазой принято называть любое обострение психического заболевания, если оно не влечет за собой изменений личности человека.

длится годами, а иногда обострение наступает уже через несколько месяцев.

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

Говоря об аффективных расстройствах, важно отметить *циклотимию* — мягкую форму МДП, при которой колебания настроения не столь выражены и зачастую не требуется помещения больного в психиатрическую больницу.

Экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства

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

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

Невротические расстройства

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

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

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

Неврозы развиваются в результате воздействия так называемых психотравмирующих факторов (стрессоров, длительной психической травмы), на фоне переутомления, после соматического заболевания. Однако за специализированной психиатрической помощью обращаются всего 15-20% таких больных, основная же масса людей с невротическими расстройствами многие годы безуспешно лечится у других специалистов — терапевтов, эндокринологов, гастроэнтерологов, гинекологов.

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

В данной лекции мы рассмотрим лишь некоторые невротические расстройства.

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

Навязчивости, как уже говорилось в предыдущей лекции, проявляются повторяющимися мыслями (обсессиями) и действиями (компульсиями). Обсессии — это тягостные, возникающие помимо воли идеи, образы, влечения, которые вновь и вновь приходят больному на ум, и которым он старается противостоять. Компульсиями называют повторяющиеся поступки, в тяжелых случаях приобретающие характер так называемых защитных ритуалов. Последние обычно имеют

цель предотвратить события, опасные с точки зрения больного для него самого или для его близких.

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

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

Навязчивые действия редко бывают изолированы от навязчивых мыслей⁶ — как правило, они сопровождают их, составляя своеобразную систему защиты. Эти расстройства неизбежно имеют следствием замедление повседневной деятельности человека. Очень часто компонентами ОКР становятся тревога и депрессия.

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

Очень часто такой ситуацией являются поездки в метро. Со временем у людей, испытывающих панические атаки, формируется так называемое «избегающее» поведение: они начинают выстраивать свои маршруты таким образом, чтобы использовать только наземный транспорт, учитывают расположение на пути следования аптек,

⁶ Изолированные двигательные навязчивости — особая группа расстройств, которые встречаются чаще в детском возрасте. Эти проявления получили название *тиков*.

лечебных учреждений. Многие не выходят из дома без сопровождения знакомых или родственников.

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

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

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

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

Неврастения. Обычно этот термин используют для описания синдрома, характеризующегося быстрой умственной и физической утомляемостью, снижением работоспособности, способности к концентрации внимания, слабостью, головными болями, плохим аппети-

том, раздражительностью, бессонницей, плохим общим самочувствием. Такое состояние знакомо практически каждому человеку. Однако у людей, не страдающих неврозом, после отдыха эти явления проходят, тогда как у страдающих неврозом длятся месяцами и даже годами.

Распространенные предрассудки⁷ относительно психических расстройств

В заключение обсудим и эту важную проблему.

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

Рассмотрим наиболее распространенные из них и приведем точку зрения специалистов.

Предрассудок	Реальность
Психически больные опасны, совершают больше преступлений, чем другие люди.	Большинство психически больных не представляют опасности для себя и окружающих. Число преступлений, совершенных душевно больными, не выше, чем среди населения в целом.
Шизофрения неизлечима. Больные должны всю жизнь проводить	В настоящее время психиатрическое лечение может существенно улучшить

⁷ Специалисты Всемирной Организации Здравоохранения определяют *предрассудок* как негативный эмоциональный настрой, либо негативную эмоциональную установку в отношении того или иного человека, либо группы людей, основывающиеся на отдельно выбранных социальных либо культуральных характеристиках.

в психиатрической больнице.	стояние психически больного человека и предотвратить ухудшение состояния в дальнейшем. Более подробно об этом можно узнать из лекций по лечению психических расстройств.
Психотропные препараты вредны, «зомбируют» человека, подавляют его волю, вызывают зависимость.	«Зомбирование» психотропными препаратами — это миф. Подавляющее большинство психотропных препаратов зависимости не вызывают; исключение составляют транквилизаторы и некоторые другие лекарства. При грамотной подобранной специалистом схеме лечения возможность формирования лекарственной зависимости сводится к нулю. В то же время у препаратов существуют побочные эффекты (скованность, неусидчивость, сонливость), которые поддаются коррекции. В современных препаратах выраженность таких эффектов минимальна.
Психическое заболевание — это зачастую результат безволия, плохого характера, достаточно просто взять себя в руки.	Психические заболевания, как и соматические (сахарный диабет, язвенная болезнь, заболевания сердца и др.), имеют биологические причины и не могут быть преодолены волевым усилием. Ведь никому не придет в голову сказать человеку со слабым зрением: «Возьми себя в руки, и станешь хорошо видеть».

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



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

Рассмотрим наиболее часто встречающиеся в таких семьях проблемы, а также некоторые эффективные подходы к повседневному общению.

В сборнике «Нарушения психического здоровья. В помощь семье», опубликованном в 2002 г., в разделе, посвященном шизофрении, эта тема уже затрагивалась. Однако опыт работы с семьями, где есть больной с психическим расстройством, свидетельствует об их высокой заинтересованности в получении конкретных практических знаний в этой области. Советы, которые будут даны, могут оказаться полезными всем, кто столкнулся в своей семье с шизофренией, или с другим серьезным психическим расстройством.

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

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

Относитесь к больному человеку с уважением и любовью

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

***Никогда не оскорбляйте чувство собственного достоинства
больного человека***

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

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

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

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

***Спокойствие и сдержанность — важные принципы
общения в семье***

Больные с психическими расстройствами легче переносят некоторое отдаление от близких людей, чем ситуации ссор, конфликтов, выяснения отношений на повышенных тонах, многие из них нуждаются в сохранении некоторой дистанции и сами стремятся к этому. Психиче-

ские болезни тем и отличаются от соматических, что при них далеко не всегда требуется проводить с больным родственником как можно больше времени. Ученые доказали тот факт, что у больных, находящихся в контакте со своими близкими родственниками более 35 часов в неделю, повышается риск рецидива заболевания (правда, это характерно для семей, где родственники демонстрируют «сильно выраженные эмоции»).

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

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

***Постарайтесь научиться сохранять
оптимальную дистанцию***

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

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

Многие из наших читателей наверняка имеют печальный опыт и знают, что живущие вместе с больным человеком люди могут становиться объектом болезненных переживаний, поступков, проявлений

чувств. Нужно научиться дифференцировать эти явления и помнить, что это не более чем симптомы болезни. В другой ситуации, например в больнице, проявления болезни, могут быть направлены не против близких, а против медицинских работников, которые в этот период непосредственно общаются с больным человеком.

***Научитесь распознавать симптомы болезни.
Не относите их к больному человеку***

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

Таблица 1

Общение с человеком, страдающим психическим расстройством

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

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

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

Никогда не теряйте надежды на выздоровление, поддерживайте оптимистический настрой

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

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

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

Таблица 2

**Примерный распорядок дня больного человека,
который постоянно находится дома**

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

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

***Старайтесь поощрять активность, самостоятельность
больного человека***

Завершить разговор об особенностях общения в семье, один из членов которой болен психическим расстройством, нам бы хотелось не столько рекомендацией, сколько пожеланием и напутствием помнить о необходимости получения основ психиатрических знаний. Ведь имея представление о том, что происходит с Вашим близким, Вы сможете

понять, с чем связано изменение его состояния, разобраться, как поступить в том или ином случае, избежать многих ошибок. А узнав о том, какое действие оказывают психотропные препараты, каковы принципы их приема, как свести к минимуму их побочные эффекты, Вы сделаете очень большой шаг в предотвращении обострений состояния Вашего близкого.

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



Лекция 6.
Современная терапия шизофрении
и аффективных расстройств

Биопсихосоциальная модель шизофрении

Подход к терапии психических расстройств определяется уровнем знаний об их происхождении и механизмах развития. В этой лекции представлена роль разных составляющих терапии на пути преодоления психического заболевания.

В настоящее время наиболее продуктивным подходом к рассмотрению такого психического заболевания, как шизофрения, большинством профессионалов во всем мире признается биопсихосоциальная модель. «**Био**» означает, что в развитии данного заболевания большую роль играют биологические особенности организма — функционирование систем мозга, обмен веществ в нем. Эти биологические особенности предопределяют следующий компонент — некоторые особенности психики как в процессе ее развития в детстве, так и функционирования во взрослом периоде.

Показано, что у больных шизофренией имеются особенности функционирования нервных клеток мозга, передатчиком информации между которыми является нейромедиатор дофамин («нейро» означает нервную клетку, «медиатор» — передатчик, посредник).

Система нейронов, обмен информацией между которыми происходит благодаря молекуле дофамина, называется дофаминовой нейромедиаторной системой. Дофамин в нужный момент времени выделяется из нервного окончания одной клетки и, оказавшись в пространстве между двумя клетками, находит специальные участки (так называемые дофаминовые рецепторы) на отростке другой - соседней клетки, к которым и присоединяется. Таким образом происходит передача информации от одной клетки головного мозга другой.

В дофаминовой системе головного мозга существует несколько подсистем. Одна отвечает за работу коры головного мозга, другая, экстрапирамидная, — за тонус мышц, третья — за выработку гормонов в гипофизе.

Особенности дофаминовой нейромедиаторной системы — важнейшая биологическая предпосылка заболевания шизофренией

«**Психо**» указывает на психологические особенности человека, делающие его более других уязвимым к воздействию различных стрессоров (обстоятельств, которые вызывают у человека состояние стресса, т.е. физиологическую и психологическую реакцию адаптации, или реакцию поддержания равновесия). Такая большая, чем у других, уязвимость означает, что даже те обстоятельства, которые другими людьми безболезненно преодолеваются, у этих — повышено уязвимых людей могут вызвать болезненную реакцию. Такой реакцией может стать развитие психоза. Говорят об индивидуально сниженной стрессоустойчивости этих людей, т.е. пониженной способности реагировать на стресс без развития болезненного состояния.

Люди, предрасположенные к тому, чтобы заболеть шизофренией, имеют пониженную устойчивость к стрессу

Из практики хорошо известны примеры, когда такие события, как переход из класса в класс, из школы в школу, увлечение одноклассницей или одноклассником, окончание школы или института, т.е. события, частые в жизни большинства людей, становились «пусковыми» в развитии шизофрении у людей, предрасположенных к этому заболеванию. Речь здесь идет о роли в развитии болезни социальных факторов, с которыми сталкивается человек при взаимодействии с другими людьми. Указание на роль социальных обстоятельств, которые становятся стрессорирующими для уязвимых людей, содержится в компоненте термина «**биопсихосоциальная**» модель.

Из сказанного становится очевидным, что помощь людям, страдающим шизофренией, должна складываться из попыток влияния на все три компонента, участвующие в развитии заболевания и, что очень важно, поддерживающие это заболевание.

В современной психиатрии помощь людям, страдающим шизофренией, состоит из: 1) **медикаментозного лечения** (с помощью лекарств), которое направлено на нормализацию функционирования дофаминовой системы нервных клеток головного мозга и как следствие

этого на повышение стрессоустойчивости; 2) **психологического лечения**, т.е. психотерапии, направленной на коррекцию тех психологических особенностей, которые способствовали развитию болезни, психотерапии, имеющей целью развитие способности совладать с симптомами болезни, а также психотерапии, целью которой является создание препятствия психологическим последствиям болезни, например, отстраненности от других людей; 3) **социальных мер**, направленных на поддержание функционирования человека в социуме, — поддержка в сохранении пациентом его профессионального статуса, социальной активности, тренировки у него навыков социального взаимодействия, учета социальных требований и норм, а также мер, которые помогли бы нормализовать взаимодействие с близкими. Последний компонент предполагает не только помощь самому пациенту, но и работу с социальным окружением, в частности с членами семьи, которые не в последнюю очередь нуждаются в помощи и поддержке.

Нейролептики: основные и побочные эффекты

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

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

Основным фармакологическим действием нейролептиков является блокирование дофаминовых рецепторов, результатом чего становится нормализация активности дофаминовой системы клеток головного

мозга, а именно понижение этой активности до оптимального уровня. Клинически, т.е. на уровне симптомов болезни, этому соответствует заметное уменьшение или полное исчезновение продуктивной симптоматики заболевания (бреда, галлюцинаций, кататонической симптоматики, возбуждения, приступов агрессии). Способность нейролептиков подавлять полностью или частично такие проявления психоза, как бред, галлюцинации, кататоническую симптоматику, называется антипсихотическим действием.

Помимо антипсихотического, нейролептикам свойствен и целый ряд других эффектов:

- **успокаивающий (седативный)**, который позволяет применять нейролептики для уменьшения внутреннего напряжения, приступов возбуждения и даже агрессии;
- **снотворный**, причем важным преимуществом нейролептиков как снотворных средств является то, что в отличие от транквилизаторов они не вызывают таких осложнений, как формирование психической и физической зависимости, и после нормализации сна могут быть отменены без каких-либо последствий;
- **активизирующий**, т.е. способность некоторых нейролептиков уменьшать пассивность;
- **нормотимический (стабилизирующий фон настроения)**, особенно характерный для так называемых атипичных нейролептиков (см. ниже), которые в связи с наличием данного эффекта могут применяться для предупреждения очередного приступа шизофрении или шизоаффективного психоза или уменьшения его выраженности;
- **«корректирующий поведение» эффект** — способность некоторых нейролептиков сглаживать поведенческие нарушения (например, болезненную конфликтность, стремление убежать из дома и т.д.) и нормализовать влечения (пищевое, сексуальное);
- **антидепрессивный**, т.е. способность повышать настроение;
- **антиманиакальный** — способность нормализовать патологически повышенное, приподнятое настроение;
- **улучшение когнитивных (познавательных) психических функций** — способность нормализовать процесс мышления, повысить его последовательность и продуктивность;

- вегетостабилизирующий (стабилизация вегетативных функций — потоотделения, частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления и т.п.).

Эти эффекты связаны с влиянием нейролептиков не только на дофаминовую, но и на другие системы нервных клеток головного мозга, в частности на норадреналовую и серотониновую системы, в которых передатчиком информации между клетками является соответственно норадреналин или серотонин.

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

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

При назначении нейролептиков всегда учитывается их влияние на тонус мышц. Эти эффекты являются нежелательными (побочными). Поскольку тонус мышц регулируется экстрапирамидной системой головного мозга, они называются **экстрапирамидными побочными эффектами**. К сожалению, чаще всего влияния нейролептиков на тонус мышц не удастся избежать, но этот эффект может корректироваться с помощью циклодола (паркопана), акинетона и ряда других препаратов (например, транквилизаторов), которые в этом случае называют корректорами. Для успешного подбора терапии важно уметь распознавать эти побочные эффекты.

Таблица 1

Основные эффекты нейролептиков

Эффект	Классические, или типичные, нейролептики	Атипичные нейролептики и препараты нового поколения
Антипсихотический	Галоперидол Мажептил Трифлуоперазин (трифтазин, стелазин) Этаперазин Модитен-депо Хлорпротиксен Клопиксол Флюанксол	Азалептин (лепонекс) Зелдокс Зипрекса Рисполепт (сперидан, риссет) Сероквель Солиан Абилифай

Седативный	Аминазин Тизерцин Галоперидол Клопиксол Этаперазин Трифлуоперазин (трифтазин,стелазин)	Азалептин Зипрекса Сероквель
Снотворный	Тизерцин Аминазин Хлорпротиксен Тиоридазин (сонапакс)	Азалептин Сероквель
Активизирующий	Френолон Мажептил Флюанксол Эглонил	Рисполепт (сперидан, риссет) Солиан
Нормотимический	Клопиксол Флюанксол	Азалептин Рисполепт Сероквель
«Корректирующий поведение»	Тиоридазин (сонапакс) Неулептил Пипортил	Азалептин Сероквель
Антидепрессивный	Трифлуоперазин (трифтазин, стелазин) Хлорпротиксен Флюанксол Эглонил	Рисполепт (сперидан, риссет) Сероквель
Антиманиакальный	Галоперидол Тизерцин Тиоридазин (сонапакс) Клопиксол	Азалептин Зипрекса Рисполепт (сперидан, риссет) Сероквель
Улучшение когнитивных функций	Этаперазин	Азалептин Зипрекса Сероквель Рисполепт (сперидан, риссет) Солиан
Вегетостабилизирующий	Этаперазин Френолон Сонапакс	

Влияние нейролептиков на мышечный тонус может проявляться по-разному на этапах терапии. Так, в первые дни или недели приема нейролептиков возможно развитие так называемой **мышечной дистонии**. Это спазм в той или иной группе мышц, чаще всего в мышцах рта, гла-

зодвигательных мышцах или мышцах шеи. Спастическое сокращение мышц может быть неприятно, но легко устраняется любым корректором.

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

При многомесячном, а чаще многолетнем приеме нейролептиков возможно развитие **поздней дискинезии**, которая проявляется произвольными движениями в той или иной группе мышц (чаще мышц рта). Происхождение и механизм этого побочного эффекта активно изучается. Имеются данные, что его развитию способствуют резкие изменения в схеме приема нейролептиков — внезапные перерывы, отмена препаратов, чему сопутствуют резкие колебания концентрации препарата в крови. В таблице 2 приведены основные проявления экстрапирамидных побочных эффектов и поздней дискинезии и меры их устранения.

Начало приема корректоров для уменьшения выраженности экстрапирамидных побочных эффектов может совпадать с моментом назначения нейролептика, но может и отодвигаться до момента появления таких эффектов. Доза корректора, необходимая для предупреждения развития экстрапирамидных побочных эффектов, индивидуальна и подбирается эмпирически. Обычно она составляет от 2 до 6 таблеток циклодола или акинетона в день, но не более 9 таблеток в день. Дальнейшее повышение их дозы не усиливает корректирующий эффект, но сопряжено с вероятностью появления побочных эффектов самого корректора (например, сухости во рту, запоров). Практика показывает, что не у всех людей экстрапирамидные побочные эффекты нейролептиков выражены и что не во всех случаях требуется их коррекция на протяжении курса лечения нейролептиками. Примерно у двух третей паци-

ентов, принимающих нейролептики в течение более 4-6 месяцев, доза корректора может быть снижена (а в отдельных случаях его даже отменяют), и при этом экстрапирамидных побочных эффектов не наблюдается. Это объясняется тем, что при достаточно продолжительном приеме нейролептиков в головном мозге задействуются компенсаторные механизмы поддержания мышечного тонуса и необходимость в корректорах уменьшается или исчезает.

Таблица 2

Основные неврологические побочные эффекты нейролептической терапии и способы их коррекции

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

Характеристика нейролептиков нового поколения: новые возможности и ограничения

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

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

«
В процессе изучения эффективности атипичных нейролептиков были выявлены и другие их отличительные особенности. В частности, показана эффективность клозапина (лепонекса, азалептина) при лечении резистентных, т.е. устойчивых к действию классических нейролептиков, состояний. Важным свойством атипичных нейролептиков является их **способность стабилизировать эмоциональную сферу**, уменьшая колебания настроения в сторону как понижения (при депрессии), так и патологического повышения (при маниакальном состоянии). Такой эффект назван **нормотимическим**. Его наличие позволяет применять атипичные нейролептики, такие как клозапин (азалептин), рисполепт и сероквель, в качестве препаратов,

предупреждающих развитие очередного острого приступа шизофрении или шизоаффективного психоза. В последнее время показана и широко обсуждается способность нейролептиков нового поколения оказывать **положительное влияние на когнитивные (познавательные) функции** у людей, страдающих шизофренией. Эти препараты способствуют восстановлению последовательности мышления, улучшению концентрации внимания, результатом чего является повышение интеллектуальной продуктивности. Такими характеристиками нейролептиков нового поколения, как способность нормализовать эмоциональную сферу, активизировать пациентов, положительное влияние на когнитивные функции, объясняется распространенное мнение об их действии не только на продуктивную (бред, галлюцинации, кататонические симптомы и др.), но и на так называемую негативную (снижение эмоционального реагирования, активности, нарушения мышления) симптоматику заболевания.

Признавая отмеченные преимущества атипичных нейролептиков, нельзя не отметить, что они, как и любые другие препараты, вызывают побочные эффекты. В случаях, когда их приходится назначать в высоких дозах, а порой даже в средних, побочные экстрапирамидные эффекты все же появляются и преимущество атипичных нейролептиков перед классическими в этом плане уменьшается. Кроме того, эти препараты могут обладать спектром других побочных эффектов, напоминающих таковые классических нейролептиков. В частности, назначение рисполепта может приводить к существенному повышению уровня пролактина (гормона гипофиза, регулирующего функцию половых желез), с чем связано появление таких симптомов, как аменорея (прекращение месячных) и лакторей у женщин и нагрубание грудных желез у мужчин. Данный побочный эффект отмечен при проведении терапии рисперидоном (рисполептом), оланзапином (зипрексой), zipразидоном (зелдоксом). В ряде случаев при назначении таких атипичных нейролептиков как оланзапин (зипрекса), клозапин (азалептин), рисперидон (рисполепт), возможен индивидуальный побочный эффект в виде повышения массы тела, порой значительного. Последнее обстоятельство ограничивает применение препарата, поскольку превышение массы тела определенного критического значения сопряжено с риском развития сахарного диабета.

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

Нейролептики пролонгированного действия

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

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

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

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

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

Правила проведения терапии нейролептиками

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

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

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

Назначение нейролептиков, безусловно, показано в активном периоде непрерывнотекущего заболевания (без ремиссий), и имеются основания настраивать пациента на длительное — по крайней мере, в течение ближайших лет лечение этими препаратами. Нейролептики

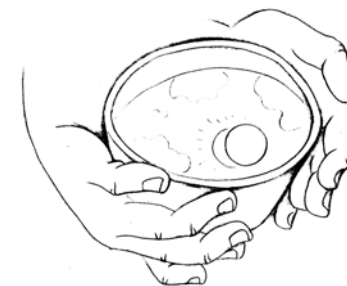
показаны также при обострении заболевания в случае его приступообразного течения. В последней ситуации нужно иметь в виду, что средняя продолжительность периода обострения при шизофрении составляет 18 месяцев. Все это время сохраняется готовность симптоматики, «ушедшей» под влиянием лечения, возобновиться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

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

Несмотря на достигнутое благополучие, у человека, страдающего шизофренией или шизоаффективным психозом, сохраняется особенность функционирования головного мозга в виде избыточной активности дофаминовой нейромедиаторной системы, а также повышенная уязвимость к стрессорным влияниям и готовность к развитию болезненной симптоматики. Поэтому прием поддерживающих доз нейролептика следует рассматривать как восполнение дефицита определенного вещества в организме, без чего он не может функционировать на здоровом уровне.

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

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



Лекция 7.

**Лечение аффективных расстройств.
Психотерапия при шизофрении и
аффективных расстройствах**

Биологические механизмы аффективных расстройств

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

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

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

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

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

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

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

В таблице приведена классификация антидепрессантов с учетом селективности их влияния на разные нейромедиаторные системы, а также наличия седативного, активизирующего или сбалансированного — гармонизирующего действия.

Важной особенностью ряда приведенных в таблице антидепрессантов является наличие побочных эффектов, обусловленных их блоки-

рующим влиянием на ацетилхолиновую нейромедиаторную систему головного мозга, а также на нервные клетки вегетативной нервной системы, регулирующей функции внутренних органов — тонус сосудов, сердечный ритм, работу кишечника, мочевого пузыря и др.

Трициклические антидепрессанты, такие как amitриптилин, герфонал, мелипрамин, анафранил, азафен, и близкие к ним по химическому строению, в частности лудиомил, за счет влияния на ацетилхолиновые рецепторы в головном мозге могут вызывать торможение процессов памяти, понимания. Это обстоятельство особенно значимо для больных пожилого возраста.

Классификация антидепрессантов

Седативные	Гармонизирующие	Активизирующие
Антидепрессанты, неселективно влияющие на нейромедиаторные системы		
Амитриптилин Герфонал	Азафен Пиразидол Лудиомил	Мелипрамин Анафранил Аурорикс Бефол
Антидепрессанты более селективного действия		
Феварин Леривон Ремерон	Симбалта Золот (стимулотон) Паксил Ципрамил Ципралекс Коаксил Иксел	Флуоксетин (профлузак, прозак, продеп, портал)

Однако более значимыми побочными эффектами этих препаратов являются те, которые связаны с влиянием на вегетативную нервную систему. Их холинолитическое действие может стать причиной развития тахикардии (усиления сердечного ритма), повышения артериального давления, запоров, сухости во рту. Характерны расширение зрачков, затруднение или неспособность хрусталика глаза приспособиться к изменению удаленности рассматриваемых предметов. Расширение зрачков при назначении трициклических антидепрессантов определяет

их абсолютную противопоказанность больным с глаукомой. Еще один побочный эффект трициклических антидепрессантов — затруднение и даже задержка мочеиспускания требует безотлагательных мер по опорожнению мочевого пузыря, что предполагает вызов врача. Опорожнение мочевого пузыря стимулируется определенными лекарственными препаратами, а при их неэффективности осуществляется с помощью катетера. Возможность применения перечисленных антидепрессантов ограничена у больных с сердечными аритмиями.

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

Правила проведения терапии антидепрессантами

Приведем информацию, важную людям, которые принимают антидепрессанты. Во-первых, большинство таких препаратов назначают и отменяют постепенно. Это предупреждает появление выраженных побочных эффектов, дает организму возможность адаптироваться к изменениям лекарственного режима. Во-вторых, антидепрессивный эффект проявляется не сразу, а лишь спустя 5–7 дней, когда под действием препарата произойдут определенные изменения в функционировании нейромедиаторных систем. Развитие эффекта такого антидепрессанта, как флуоксетин, оценивается лишь на 2–3-й неделе его приема. Обычно антидепрессивный эффект препарата развивается

в течение месяца, и если за это время он не проявляется, антидепрессант заменяют другим. Человеку, страдающему депрессией, важно помнить, что он **обязательно выйдет** из депрессии, — такова закономерность этого расстройства. Но иногда необходимо набраться терпения, дожидаться, когда начнет проявляться действие антидепрессанта.

Терапия маниакального состояния: антиманиакальные препараты.

Нормотимики: основные характеристики и правила применения

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

К препаратам антиманиакального действия относятся нейролептики — галоперидол, тизерцин, неулептил, большинство нейролептиков нового поколения (см. таблицу 1 в лекции 6), а также препараты из группы нормотимиков. Нормотимики способны выравнять эмоциональный фон, стабилизировать настроение. К ним относятся соли лития (лития карбонат, или контемнол), а также препараты, традиционно относимые к противозипилептическим средствам, — карбамазепин (финлепсин, тегретол) и вальпроат натрия (депакин, конвулекс).

Показана достаточно высокая эффективность перечисленных противозипилептических препаратов как стабилизаторов настроения, что связывают с особенностью механизмов их действия. В частности, установлено влияние финлепсина на функционирование нервных клеток, принадлежащих к серотониновой нейромедиаторной системе головного мозга. Лечебная доза этого препарата варьирует в диапазоне 1200–2400 мг в день. Доказана сопоставимая с действием солей лития высокая эффективность вальпроата натрия при лечении мании, его лечебная доза при этом составляет 1000–2500 мг в день. Важным преимуществом противозипилептических препаратов в качестве нормотимиков яв-

ляется бóльшая безопасность применения по сравнению с солями лития. Однако и при их приёме необходимо периодически контролировать показатели крови (общий анализ) и функции печени.

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

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

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

Психотерапия для болеющих шизофренией и аффективными расстройствами

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

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

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

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

событие может иметь и другой, не только привычный смысл, подтверждающий болезненную убежденность, позволяет отрегулировать поведение и сделать его более адаптивным. Тех, кого беспокоят галлюцинации, обучают навыку переключения внимания с «голосов» на приятные виды деятельности — чтение, слушание музыки, прогулки на природе.

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

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

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

Примером групповой психотерапии психодинамического направления может служить группанализ (group analysis). Основной его принцип — «свободно протекающая дискуссия», которая в условиях группы трансформируется в возможность формирования общегрупповых идей, фантазий, свойственных большей части участников, что используется для помощи им в самопознании. Наиболее важным аспектом этого вида терапии является развитие навыка самонаблюдения, позволяющего развить более здоровые способы совладания с тревогой и агрессивными чувствами, заменить патологические реакции на более здоровые. Работа в группе дает возможность почувствовать присутствие других, быть с ними, учитывать их присутствие, видеть их реакцию на свои чувства и мысли, улавливать изменения в их поведении в ответ на это, учиться видеть себя глазами другого, понимать и регулировать свое собственное поведение. Все это позволяет вырабатывать более адаптивные модели поведения.

Психотерапия для членов семей, где есть болеющий психическим заболеванием

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

Групповая психотерапия для членов семей основывается на ряде важных предпосылок.

1. Психическое заболевание одного из членов семьи вызывает боль потери и часто отчаяние у близких, повышает эмоциональное напряжение в семье. Семья, пребывающая в стрессе, в свою очередь сама становится источником стресса и временами страдания для больного

от возрастающего у него чувства тревоги и отчаяния, что провоцирует ухудшение его состояния.

2. Являясь свидетелем изменений, произошедших с заболевшим родственником, семья не всегда способна выработать адекватные ожидания от него. Эти ожидания могут оказаться заниженными, и человека, который по причине особенностей своего состояния утратил активность и ограничивает общение, близкие оставляют в покое, освобождают от любых обязанностей, лишают даже минимальной стимуляции к активности, которая могла бы стать противовесом вызванной заболеванием нехватке воли.

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

3. Наряду с ограничением активности и социального взаимодействия для людей больных шизофренией характерно стремление оставаться зависимыми от родителей или от тех, кто их заменяет, выполнять роль младшего и перекладывать на них всю ответственность за свое существование и решение всех вопросов.

4. По данным, полученным при изучении особенностей взаимодействия в семьях больных шизофренией, наиболее патогенными и способствующими очередному обострению заболевания являются повышенная эмоциональная вовлеченность и высокий уровень эмоциональной экспрессии. Это проявляется в том, что члены семьи часто высказывают претензии друг к другу, причем в повышенных тонах.

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

левшем, оказанием ему необходимой поддержки и помощи и поддержанием в нем возможной самостоятельности.

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

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

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



Лекция 8.

Некоторые психологические проблемы семей, в которых родственник страдает тяжелым психическим заболеванием. Пути их решения

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

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

Тяжелые чувства родственников

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

то хотел, чтобы его близкий заболел. Это трагическая случайность, совокупность разных причин — биологических, психологических, социальных.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Созависимость автоматически:

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

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

Что делать:

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

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

Принятие болезни

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

Непринятие болезни приводит к конфликтам

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

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

Среди **причин непринятия** болезни можно выделить:

- недостаток информации о болезни;
- боль, связанную с потерей близкого — такого, каким его знали и любили;
- боль от утраты надежд на будущее и несбывшихся ожиданий;

- страх социальной изоляции;
- непонятность поведения больного.

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

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

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

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

Стили взаимоотношений матери и ребенка.

Гиперопека и отвержение. «Достаточно хорошая мать»

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

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

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

Первый часто называют *гиперопекой*.

Гиперопека — снисходительное, балующее, излишне заботливое родительское поведение, пренебрегающее переживанием ребенком болезненных ситуаций, покровительствующее и приводящее к чрезмерной зависимости

При гиперопеке у ребенка тормозится развитие нормальной независимости. В семьях, где есть физически или психически больные дети, эта проблема присутствует практически всегда. За больного ребенка всегда тревожнее, его хочется обезопасить, оградить от сложностей. Предупредительные родители стараются не допустить возникновения потенциально опасной ситуации, предотвратить ошибки ребенка.

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

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

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

Иногда матери сопровождают своих детей на протяжении всей жизни, устраиваясь на работу сначала в его детский сад, потом в школу, институт и ожидая, что уже взрослые дети будут отдавать ей так же много. Обычно это приводит к разочарованию, поскольку дети в луч-

шем случае отдаляются и живут своей жизнью, а в худшем занимают потребительскую позицию. Кроме того, у больных психическими заболеваниями при таком стиле детско-родительских взаимоотношений может сформироваться патологическое представление, что мать всегда должна быть рядом с ними, даже на работе. Если это невозможно обеспечить, то больной может отказываться от трудовой деятельности.

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

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

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

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

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

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

мают ситуацию и не могут справиться со своими чувствами. Поэтому они не могут разделить чувств ребенка, его нужд и заменяют это получениями.

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

Нормальные взаимоотношения

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

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

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

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

Роль отца в семье

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

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

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

Мать должна поощрять привязанность ребенка к другим людям

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

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

Нередка и такая ситуация, когда муж имеет отличное от жены представление о воспитании ребенка. Это иное видение может ошибочно восприниматься супругой, особенно склонной к гиперопеке, как недостаток заботы или любви к ребенку со стороны мужа. Всё это приводит

к тому, что жена чувствует себя единственно ответственной за ребенка и лишенной поддержки, а муж из-за упреков необоснованно испытывает чувство вины, злится и часто отстраняется.

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

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

Ребенку необходимо и женское, и мужское воспитание

Рассмотрим теперь сложности при активном участии отца в судьбе ребенка.

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

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

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

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

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

Психологическая помощь родственникам. Основные подходы

В мировой практике существуют разные программы оказания психологической помощи родственникам психически больных людей. В них представлены следующие блоки:

Психообразование, психотерапия, тренинги навыков

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

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

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

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

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

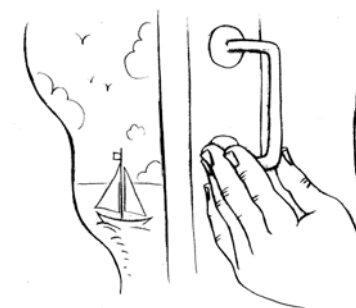
Описанные выше проблемы родственников хорошо поддаются решению в рамках групп-аналитического метода. В процессе свободной дискуссии участники группы приходят к волнующим всех темам и находят пути решения проблем. По мере развития отношений между участниками каждый осознает свои особенности общения в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

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

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

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

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



Лекция 9.

Психиатрическая помощь: история и современное состояние

Краткая историческая справка

В 1792 г. произошло знаменательное событие — французский врач Филипп Пинель (1745–1826) снял цепи с психически больных. Этот факт продемонстрировал не только возможность, но и необходимость такого же гуманного отношения к людям с психическими расстройствами, как и к страдающим другими болезнями. Русский психиатр Н.Н. Баженов так прокомментировал это событие: «Реформа Пинеля возвела сумасшедшего в ранг больного».

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

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

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

Следующий период, на котором следует остановиться, — земский (60-е годы XIX — начало XX века), внесший огромный вклад в развитие психиатрической помощи в России. Именно тогда началось строительство психиатрических больниц по типу загородных психиатрических колоний; при этом предпочтение отдавалось павильонной застройке, а не казарменной, помещения дифференцировались в

зависимости от категории больных, предпринимались попытки организации труда пациентов в качестве лечебной меры, применялся принцип «нестеснения» как основы больничного режима.

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

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

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

Однако при всех достоинствах психиатрической помощи в России в начале XX века ни число психиатрических учреждений, ни обеспеченность их медицинскими кадрами не удовлетворяли потребностей в ней: один психиатр обслуживал 332 тыс. населения и всего 0,25 психиатрической койки приходилось на 1 тыс. населения. Для сравнения приведем показатели для России на настоящий момент: один психиатр обслуживает приблизительно 8,5 тыс. населения и на 1 тыс. приходится 1,2 психиатрической койки.

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

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

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

1919 г. — для каждого района Москвы выделен психиатр, обеспечивавший помощь пациентам по многим направлениям — от непосредственного лечения и направления в больницу до решения таких вопросов, как защита прав больных, оказание им социальной помощи, снабжение продовольствием и одеждой;

1921 г. — создан Институт судебной психиатрии им. В.П. Сербского;

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

1930 г. — открыт первый дневной стационар;

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

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

Современные принципы организации психиатрической помощи

Представим основные принципы организации психиатрической помощи в нашей стране.

1. Дифференцированность — оказание ее разным контингентам больных: детям, подросткам, лицам трудоспособного возраста и старших возрастных групп. Это обеспечивается разнообразием форм по-

мощи для указанных групп пациентов и штата медицинского персонала.

2. Преемственность — функциональная взаимосвязь различных психиатрических учреждений для непрерывного оказания помощи. Этот принцип обеспечивается положениями о деятельности психиатрических учреждений, правилами оформления и движения медицинских документов. Ведущая роль в обеспечении преемственности принадлежит психиатрической участковой службе (диспансерам, кабинетам) и ее взаимодействию с психиатрическими стационарами, экспертными специализированными комиссиями (медико-социальными, военно-врачебными, судебно-психиатрическими), дневными стационарами, лечебно-производственными мастерскими, специализированными участками и цехами на промышленных предприятиях, а также с социальными и образовательными учреждениями, занимающимися проблемами людей с психическими заболеваниями.

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

а) в первичном медицинском звене (поликлинике);

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

в) в стационарных учреждениях — психиатрических больницах и психиатрических отделениях;

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

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

5. Интеграция с общесоматической медициной — организация стационарных отделений для лечения острых состояний в составе многопрофильных больниц, взаимодействие психиатрических кабинетов

(диспансерных отделений) с общей внебольничной медицинской сетью. Это способствует сближению психиатрических учреждений с общесоматическими, позволяет значительно увеличить объем диагностической, соматической и консультативной помощи психически больным, которую они недополучают в учреждениях психиатрического профиля.

Перечисленные принципы универсальны и используются в других странах.

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

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

Система организации государственной психиатрической помощи

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

читающие получать информацию «в цифрах», смогут ознакомиться со статистическими данными.

Необходимо знать, что психиатрическая помощь оказывается в специализированных учреждениях разных министерств и ведомств, среди которых основными являются Министерство здравоохранения и социального развития и Министерство образования. Кроме этого, в системе Академии медицинских наук работает Научный центр психического здоровья (НЦПЗ РАМН), являющийся всемирно известным научным учреждением, в рамках которого оказывается и практическая помощь населению Москвы, а также других территорий России.

Для удобства изложения материала представим, что Министерство здравоохранения и социального развития обеспечивает деятельность двух крупных сфер — здравоохранения и социальной защиты, в каждой из которых имеется специализированная сеть учреждений.

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

- кафедры психиатрии медицинских вузов, на которых осуществляется подготовка врачей-психиатров и где лица, нуждающиеся в психиатрической помощи, могут получить высококвалифицированную помощь;
- научно-исследовательские институты, ответственные за научные исследования в области психиатрии и оказание высококвалифицированной психиатрической помощи;
- психиатрические территориальные службы (их 89 — по числу областей, автономных республик, краев), в структуру которых, как правило, входят психиатрические больницы, психоневрологические диспансеры, дневные и ночные стационары.

Кроме того, во многих областях уже созданы и функционируют *организационные формы, которые приближают оказание психиатрической помощи к месту проживания населения (т.е., создают основы общественно-ориентированной психиатрической службы)*. К ним относятся: стационары на дому, кабинеты (отделения, центры) для помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, «телефоны доверия», центры социально-психологической помощи, логопедические кабинеты, центры патологии речи и нейрореабилитации, психотерапевтические центры и кабинеты, кабинеты семейного врачебно-психологического консультирования, консультации

«Брак и семья», общежития для лиц с психическими расстройствами, утративших социальные связи, учреждения по психосоциальной и трудовой реабилитации.

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

Таблица

Статистическая справка

<p>В России в 2003 г. сеть психиатрических учреждений включала:</p> <ul style="list-style-type: none">• 277 психиатрических больниц• 164 752 психиатрические койки• 171 психоневрологический диспансер• 2271 психоневрологический кабинет в поликлиниках, центральных районных больницах и других учреждениях общемедицинской сети• 15 287 мест в дневных стационарах• 17 124 места в лечебно-производственных мастерских• 12 психотерапевтических центров• 1171 психотерапевтический кабинет <p>В психиатрических учреждениях работали:</p> <ul style="list-style-type: none">• более 16 тыс. врачей-психиатров, включая психотерапевтов• более 2500 психологов• около 70 тыс. работников среднего медицинского звена• 456 специалистов по социальной работе <p>1176 социальных работников</p>

Основные учреждения, оказывающие психиатрическую помощь в системе здравоохранения

Психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, психиатрический кабинет) — это внебольничное учреждение. В диспансере оказываются следующие виды помощи: неотложная психиатрическая, консультативно-диагностическая, лечебная социально-психологическая, реабилитационная, все виды психиатрической экспертизы, включая определение временной нетрудоспособности, социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве, участие в ре-

шении опеки, консультирование по правовым вопросам, социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, организация обучения инвалидов и несовершеннолетних с психическими расстройствами, оказание психиатрической помощи при стихийных бедствиях и катастрофах.

Структура психоневрологического диспансера:

- лечебно-диагностические кабинеты (для взрослых, детей, подростков, эпилептологические, психотерапевтические и др.);
- стационар (имеется не всегда);
- дневной или ночной стационар;
- кабинет правовой помощи;
- кабинет социальной помощи;
- лечебно-трудовые мастерские.

Штат диспансера включает участковых врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, юрисконсульта. Таким образом, при полном укомплектовании штатов можно было бы подойти к комплексному решению проблем пациента и его семьи.

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

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

Структура психиатрической больницы:

- приемное отделение;
- лечебные отделения (общепсихиатрические, детские, подростковые, экспертные, судебно-психиатрические, для принудительно ле-

чения, психотуберкулезные, наркологические, лечебно-реабилитационные, реанимационные, инфекционные и др.);

- лечебно-диагностическое отделение, которое состоит из кабинета функциональной диагностики, физиотерапевтического отделения с кабинетом лечебной физкультуры, рентгеновского кабинета, патолого-анатомического отделения, клинической, биохимической, цитологической, электроэнцефалографической, патопсихологической лабораторий, кабинетов врачей-консультантов (терапевта, гинеколога, офтальмолога, отоларинголога и др.);

- дневной и ночной стационар;
- вспомогательные отделения и службы (стерилизационная, аптека, диктофонный центр, вычислительный центр и др.);
- управление больницей;
- административно-хозяйственные помещения (пищеблок, прачечная с дезинфекционной камерой, технические мастерские, склады, гараж);
- садово-парковые (включая теплицы и парники) и спортивные сооружения.

Штат медицинского и иного персонала психиатрических больниц представлен в соответствии с ее структурой и включают врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, врачей терапевтов, офтальмологов, отоларингологов, врачей-лаборантов, среднего медицинского персонала и многих других специалистов.

В нашей стране средняя длительность лечения в психиатрических стационарах составляет 75,4 дня. Такой срок не соответствует возможностям и требованиям современной психиатрии. В определенной мере длительное пребывание больных в отечественных стационарах объясняется отсутствием в ряде из них современного диагностического оснащения, а также недостаточным развитием иных форм внебольничной помощи. В США, Великобритании, Италии и других странах продолжительность лечения в стационарах значительно меньше — 2–3 недели.

Дневные и ночные стационары (полустационары) — это переходная форма помощи между психиатрической больницей и диспансером. Полустационары предназначены для лечения больных с обостре-

ниями психического состояния или для долечивания тех, кто прошел основной курс лечения в психиатрической больнице и нуждается в постепенной адаптации к жизни в семье, обществе. По объему и интенсивности лечения дневные стационары приближаются к психиатрическим больницам, в них осуществляется ежедневное врачебное наблюдение за пациентами. Проводится трудовая терапия и психосоциальная реабилитация (терапия занятостью, культтерапия, психотерапия и др.).

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

В ночные стационары в основном поступают больные с нарушениями сна.

Длительность лечения в дневном и ночном стационаре, как правило, не превышает 2–3 месяцев.

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

Общежития для лиц с психическими расстройствами создаются при учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, при лечебно-производственных и других государственных предприятиях, использующих труд инвалидов вследствие психических заболеваний. В общежитие направляются пациенты, либо утратившие социальные связи, либо нуждающиеся в изоляции от неблагоприятной среды, либо со сложностями в социальной адаптации. Предполагается, что эти больные при минимальном медицинском наблюдении могут полностью себя обслуживать и работать на обычных или специализированных предприятиях. Расходы на содержание, бесплатное питание, психиатрическую помощь временно не трудоустроенных пациентов предусмотрены в смете учреждения или предприятия, при котором такое общежитие организовано.

Для проживающих в общежитии организуется трехразовое питание. При желании они по согласованию с администрацией могут самостоятельно приобретать продукты и готовить пищу. Лица, создавшие семью, могут проживать в общежитии в отдельной комнате или квартире.

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

В штат общежитий входит административный и технический персонал.

Учреждения для лиц с психическими расстройствами в системе социальной защиты населения

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

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

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

Структура интерната

В интернате может быть несколько типов отделений:

- интенсивного ухода — для больных с тяжелыми соматическими и неврологическими расстройствами, глубокой степенью слабоумия, не способных к самообслуживанию и самостоятельному передвижению, и с другими серьезными нарушениями,

- медико-педагогической коррекции — для больных, у которых интеллектуальный дефект сочетается с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, дезорганизацией деятельности и поведения,

- социальной реабилитации — для тех, у кого интеллектуальный дефект не препятствует обучению несложным профессиям, систематическому занятию трудом,

- общежитие.

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

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

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

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

Анализ условий содержания пациентов в домах-интернатах общего типа и в психоневрологических интернатах показал, что в последних больше возможностей для социально-трудовой реабилитации, в 1,5 раза меньше больных, находящихся на постельном режиме, ниже

смертность, до 78% пациентов принимают участие в трудовых процессах.

Учреждения для лиц с психическими расстройствами в системе Министерства образования

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

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

Таким образом, даже из приведенной короткой информации о системе оказания психиатрической помощи видно, что в настоящее время в нашей стране имеются достаточно широкие возможности для получения этой помощи практически всем группам населения. Актуальными остаются вопросы повышения качества оказываемых услуг во всех психиатрических учреждениях, разработки новых форм помощи для наиболее полного удовлетворения потребностей всех нуждающихся в ней.



Лекция 10. Психосоциальная реабилитация: современный подход

Определение понятия «психосоциальная реабилитация», ее цели и задачи

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

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

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

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

Таким образом, даже из неполного перечня перечисленных мероприятий видно, что психосоциальная реабилитация психически боль-

ных — это всеобъемлющий процесс, направленный на восстановление и развитие разных сфер жизни человека.

В последнее время интерес ученых, практических работников, самих пациентов и членов их семей к психосоциальной реабилитации возрос. В настоящее время существует большое число моделей психосоциальной реабилитации и взглядов на методы ее проведения. Однако все ученые и практики сходятся во мнении, что результатом реабилитационных мер должна быть **реинтеграция** (возврат) психически больных в общество. При этом сами пациенты должны ощущать себя не менее полноправными гражданами, чем другие группы населения. С учетом сказанного, **цель реабилитации** можно определить и так: это улучшение качества жизни и социального функционирования людей с психическими расстройствами посредством преодоления их социальной отчужденности, а также повышение их активной жизненной и гражданской позиции.

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

- уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады — лекарственных препаратов, психотерапевтических методов лечения и психосоциальных вмешательств;
- повышение социальной компетентности психически больных людей путем развития навыков общения, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности;
- уменьшение дискриминации и стигмы;
- 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 которым относятся обеспечение жильем, трудоустройство, организация досуга, создание социальной сети (круга общения);
- повышение автономии (независимости) психически больных, улучшение их самодостаточности и самозащиты.

Б. Сарачено — руководитель отдела психического здоровья Всемирной Организации Здравоохранения, прокомментировал значение психосоциальной реабилитации следующим образом: «Если мы надемся на будущее психосоциальной реабилитации, то это должна быть психиатрическая помощь по месту проживания пациентов — доступная, полная, позволяющая психически больным лечиться и получать серьезную поддержку. При такой помощи не нужны больницы, а медицинский подход следует использовать лишь в незначительной степени. Другими словами, психиатр должен быть ценным консультантом в этой службе, но не обязательно ее хозяином или правителем».

Краткая историческая справка

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

1. Эра моральной терапии (moral therapy). Этот реабилитационный подход, получивший развитие в конце XVIII — начале XIX столетия, заключался в обеспечении психически больных более гуманной помощью. Основные принципы этого психосоциального воздействия сохраняют значение и по сей день.

2. Внедрение трудовой (профессиональной) реабилитации. В России этот подход в лечении психически больных стал внедряться в первой трети XIX века и связан с деятельностью В.Ф. Саблера, С.С. Корсакова и других прогрессивных психиатров. Например, как отмечал Ю.В. Каннабих, к числу важных преобразований, проведенных В.Ф. Саблером в 1828 г. в Преображенской больнице в Москве, относятся «...устройство огородных и рукодельных работ ...».

Трудовой терапии как направлению современной отечественной психиатрии начали уделять особое внимание, начиная с 50-х годов прошлого столетия. Существовала сеть лечебно-трудовых мастерских и специальных цехов, где могли трудиться психически больные люди, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. С началом социально-экономических реформ в 90-е годы прошедшего столетия около 60% учреждений, занимавшихся трудовой реабилитацией (лечебно-производственные мастерские, специализированные цеха при промышленных предприятиях и др.), были вынуждены прекратить свою деятельность. Однако и в настоящее время трудоустройство и

трудотерапия являются важнейшими составляющими в программах психосоциальной реабилитации.

3. Развитие внебольничной психиатрии. Перенесение акцента в оказании психиатрической помощи на внебольничную службу и осознание того факта, что пациент может лечиться недалеко от семьи и от места работы, имело огромное значение для восстановления больного человека.

В 30-е годы прошлого столетия в нашей стране начали открываться психоневрологические диспансеры и создаваться полустационарные формы помощи, что имело огромное реабилитационное значение.

В 50-60-х годах широкое развитие получили психиатрические кабинеты в поликлиниках, центральных районных больницах и иных учреждениях общемедицинской сети, на промышленных предприятиях, в учебных заведениях, дневные и ночные полустационары, а также другие формы помощи, направленные на удовлетворение потребностей психически больных.

В зарубежных странах (Великобритания, Япония, Канада и др.) в этот период начали активно создаваться организации потребителей помощи и группы поддержки.

Развитие внебольничной психиатрии предусматривает также активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, для раннего начала лечения и борьбы с последствиями в виде инвалидности, социальной недостаточности.

4. Появление центров психосоциальной реабилитации. Начало их открытия приходится на 80-е годы XX века. Первые центры (клубы) были созданы самими пациентами (например, Клубный дом в США), и их деятельность направлена на то, чтобы помогать пациентам справляться с проблемами повседневной жизни, развивать способность к деятельности даже при наличии инвалидности. Поэтому вначале в таких центрах делался акцент на мероприятия, которые помогали бы больным справляться с жизненными трудностями, не поддаваться им, а также на укрепление здоровья, а не на избавление от симптомов психического заболевания. Центры психосоциальной реабилитации сыграли огромную роль в развитии такой области знаний, как реабилитация инвалидов вследствие психических заболеваний. В настоящее время эта форма помощи широко используется в США, Швеции, Канаде,

количество реабилитационных программ в них значительно колеблется (от 18 до 148).

В России подобные центры (учреждения) начали создаваться с середины 90-х годов XX века, однако пока их явно недостаточно. Как правило, это неправительственные учреждения. Примером может служить Клубный дом в Москве, просуществовавший до 2001 г. В настоящее время действующие в нашей стране реабилитационные центры специализируются на конкретном направлении — арттерапия, коррекционные вмешательства, досуг, психотерапия и др.

5. Выработка навыков, необходимых для преодоления жизненных трудностей. Появление этого направления обусловлено тем, что для эффективного решения возникающих проблем людям, страдающим серьезными психическими расстройствами, необходимы определенные знания, умения, навыки. В основе *развития навыков и умений* лежат *методы*, разработанные с учетом принципов социального научения. При этом используются методы активно-директивного научения — бихевиоральные упражнения и ролевые игры, последовательное формирование элементов поведения, наставничество, подсказывания, а также осуществляется обобщение приобретенных навыков. Доказано, что выработка навыков и умений развивает у людей с тяжелыми психическими расстройствами способности к независимой жизни.

Современные подходы к психосоциальной реабилитации в России

Накопление научных данных о реабилитации психически больных, практического опыта способствовало тому, что в настоящее время в нашей стране наряду с комплексным лечением, включающим медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, культурно-просветительные и досуговые мероприятия, в рамках психосоциальной реабилитации получили развитие следующие виды психосоциальных вмешательств:

- образовательные программы по психиатрии для пациентов;
- образовательные программы по психиатрии для родственников больных;
- тренинги по выработке навыков ежедневной независимой жизни — обучение приготовлению пищи, посещению магазинов, составле-

нию семейного бюджета, ведению домашнего хозяйства, пользованию транспортом и др.;

- тренинги по развитию социальных навыков — социально приемлемого и уверенного поведения, общения, решения повседневных проблем и т.п.;
- тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием;
- группы само- и взаимопомощи пациентов и их родственников, общественные организации потребителей психиатрической помощи;
- когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение памяти, внимания, речи, поведения;
- семейная терапия, другие виды индивидуальной и групповой психотерапии.

Комплексные программы психосоциальной реабилитации проводятся во многих региональных психиатрических службах как на базе психиатрических учреждений, так и непосредственно в сообществе. Приведем лишь несколько примеров.

В Твери на базе областного психоневрологического диспансера открыт пищевой цех, где работают психически больные и продукция реализуется через обычную торговую сеть. Кроме этого, в том же диспансере имеются керамический цех и мастерская по росписи тканей, где успешно трудятся люди, страдающие психическим заболеванием. Вся продукция этих предприятий пользуется спросом у населения.

В Тамбовской областной психиатрической больнице отдел психосоциальной реабилитации проводит следующие программы: образовательные в области психиатрии, арттерапевтические, досуговые, терапию праздниками, в том числе личными (дни рождения больных и др.). При больнице открыт «Дом с поддержкой», где пациенты, длительное время находящиеся на госпитализации, после выписки из нее получают навыки независимой жизни и только после этого возвращаются домой. В сообществе при участии профессионалов открыт театр «Мы», в котором играют пациенты, их родственники, студенты театрального училища.

Важная реабилитационная работа проводится во многих психиатрических больницах Москвы. Например, в больницах № 1, 10 и 14 открыты изостудии для пациентов, применяется трудотерапия, реализуются образовательные программы по психиатрии для больных и их

родственников, организованы тренинги по развитию социальных навыков и навыков независимой жизни.

В Свердловской области созданы бригады межведомственного взаимодействия, в состав которых входят сотрудники медицинских, образовательных, профессиональных учреждений, органов по трудоустройству и учреждений социальной защиты, что позволяет комплексно решать проблемы психически больных, обеспечивает многосторонний подход к их реабилитации.

Вопросы о реабилитации, которые чаще всего задают родственники пациентов

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

Другой вопрос: **что подразумевается под социальной недостаточностью и снижением функциональных возможностей пациента?** Признаком социальной недостаточности является, например, отсутствие работы. У психически больных уровень безработицы достигает 70% и выше. Это связано **со снижением их функциональных возможностей** по причине наличия психопатологической симптоматики и нарушений когнитивных (познавательных) функций. Признаками снижения функциональных возможностей являются низкие физическая выносливость и переносимость работы, затруднения в соблюдении инструкций и работе с другими людьми, трудности в сосредоточении внимания, решении проблем, а также неумение адекватно реагировать на замечания, обращаться за помощью.

К социальной недостаточности психически больных относится и феномен бездомности.

К сожалению, наше общество еще не в состоянии полностью решить проблемы трудоустройства, жилья у больных с тяжелыми психическими расстройствами и тем самым снизить их социальную недостаточность. В то же время программы психосоциальной реабилитации позволяют повысить компетентность пациента, дают ему возможность приобрести навыки преодоления стресса в психотравмирующих ситуациях и при трудностях повседневной жизни, навыки решения личных проблем, самообслуживания, профессиональные навыки, что в конечном итоге способствует повышению функционального потенциала и снижению социальной недостаточности.

Какие специалисты занимаются психосоциальной реабилитацией? Пациентам и их родственникам следует знать, что психосоциальной реабилитацией занимаются психиатры, психологи, социальные работники, специалисты по трудоустройству, трудотерапевты, медицинские сестры, а также родственники и друзья психически больных людей.

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

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

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

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

В начале лекции мы говорили о комплексном подходе к реабилитации. Еще раз перечислим аспекты, которые важны для человека, страдающего тяжелым психическим заболеванием:

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

Что может сделать семья для психосоциальной реабилитации больного?

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

Важнейшей функцией близких является *уход за больным человеком*. Родственникам следует учитывать, что лучше всего больные шизофренией чувствуют себя, если в доме существует определенный порядок, правила и постоянные обязанности для каждого члена семьи. Нужно постараться установить режим, соответствующий возможностям больного. Родственники могут помогать больным в привитии навыков личной гигиены, аккуратного одевания, регулярного и аккуратного приема пищи, а также в правильном приеме лекарственных препаратов, контроле побочных эффектов медикаментов. Со временем

можно поручать больному какие-то работы по дому (мытьё посуды, уборка квартиры, уход за цветами, за домашними животными и др.) и вне дома (покупки в магазине, посещение прачечной, химчистки и др.).

Участие семьи в программах *психиатрического просвещения* — еще один ее важный вклад в психосоциальную реабилитацию больного родственника. О важности семейного психиатрического просвещения уже говорилось в предыдущих лекциях. Напомним еще раз, что знание основ психиатрии и психофармакологии, умение разбираться в симптомах болезни, освоение навыков общения с больным человеком в семье дают реальную возможность снизить частоту обострений заболевания и повторных госпитализаций.

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

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

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

Общественные формы помощи

Цели и задачи общественных организаций

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

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

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

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

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

ленных, организовывались патронажные формы обслуживания душевнобольных.

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

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

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

Функциями общественных объединений являются:

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

Во многих организациях разработаны интереснейшие методики, накоплен богатый опыт работы.

Зарубежный опыт показывает, что в ряде стран движение потребителей значительно повлияло на политику в области психического здоровья. В частности, возросла занятость людей с расстройствами психического здоровья в традиционной системе психиатрической помощи, а также в других социальных службах. Например, в Министерстве здравоохранения провинции Британская Колумбия (Канада) на должность директора по альтернативному лечению был назначен человек с психическим расстройством, который теперь может оказывать значительное влияние на политику в области психического здоровья и соответствующие службы⁸.

Защита прав психически больных является важной задачей многих общественных организаций и в нашей стране. Известно, что в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предусмотрена специальная статья — № 46 «Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи». В самой этой статье закона и в комментарии к ней отмечена важность деятельности общественных объединений и для больных, и для психиатрических учреждений, определена обязанность администрации этих учреждений оказывать содействие представителям общественных организаций, предоставлять им необходимую информацию, отмечено право общественных организаций на обжалование в суде действий лиц, нарушивших права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи. Введено право представителей общественных объединений быть включенными в состав различных советов, комиссий психиатрических учреждений, органов здравоохранения, создаваемых для контроля за качеством помощи психически больным, условиями их содержания, совершенствования форм работы психиатрических служб. Отмечена важность совместной деятельности общественных организаций и государственных психиатрических учреждений по привлечению внимания средств массовой информации, органов здравоохранения, правительственных кругов и общества в целом к современным проблемам психиатрии, изменению негативного образа психически больных и психиатрических учреждений.

⁸ Цит. «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда»: доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ, 2001.

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

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

Роль профессионалов

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

В последующем профессионалы должны оказывать организации помощь в развитии деятельности — постоянно консультировать лидеров ее или групп поддержки по вопросам образования в области психиатрии, в том числе правовым аспектам.

Профессионалы могут также помочь в составлении стратегических планов организации. Крайне полезной помощью профессионалов общественным организациям потребителей может быть выпуск газет, буклетов, пособий для семей психически больных.

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

Деятельность общественной организации «Семья и психическое здоровье»

Все авторы настоящего пособия являются членами общественной организации Центр социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье», которая получила юридический статус 6 июня 2002 г. Инициаторами ее создания являются сотрудники отдела организации психиатрических служб Научного цен-

тра психического здоровья Российской академии медицинских наук и родители пациентов, страдающих психическими расстройствами.

В 1996 г. была открыта, фактически первая в Москве, социально-психологическая школа для поддержки семей психически больных, которая составила основу нашей будущей организации. Таким образом, официальной регистрации предшествовал шестилетний период деятельности, за который накоплен большой опыт работы в области психосоциальной реабилитации людей с психическими расстройствами и их родственников.

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

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

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

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

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

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

В семье каждый ее член подвержен влиянию со стороны других и сам в свою очередь влияет на них. Если в семье что-то не ладится, это

может препятствовать ее нормальному функционированию. Поэтому одна из основных задач, которые мы ставим перед собой, — это социально-психологическая и информационная поддержка семьи, а также гармонизация семейных взаимоотношений.

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

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

Основные направления деятельности организации

1. Социально-психологическая и информационная поддержка.
2. Психиатрическое просвещение.
3. Психосоциальная реабилитация.
4. Проведение программ по уменьшению социальной стигматизации и дискриминации людей с психическими расстройствами и членов их семей.
5. Участие в развитии общественного движения в психиатрии.
6. Выпуск научно-популярной литературы по проблемам психиатрии и психического здоровья.
7. Проведение конференций и семинаров по проблемам психического здоровья для профессионалов и потребителей психиатрической помощи.

В нашей организации проводятся следующие программы.

1. Для пациентов с проблемами психического здоровья:

- **тренинги по развитию навыков общения.** Цель — развитие и совершенствование навыков общения и уверенного поведения в повседневной жизни;
- **образовательная программа по психиатрии.** Цель — предоставление знаний в области психиатрии, обучение своевременному

распознаванию болезненных проявлений и контролю за ними, осознание необходимости раннего обращения за помощью;

- **тренинги социально-бытовых навыков.** Цель — развитие навыков независимой жизни в обществе, в том числе самообслуживания, домоводства, навыков повседневной жизни;
- **арт-терапия.** Цель — развитие личности, активизация фантазии и творчества;
- **групп-аналитическая психотерапия.** Цель — развитие уверенности в себе, овладение навыками гармоничной жизни с другими людьми, повышение устойчивости к стрессу.

В Центре «Семья и психическое здоровье» работают изостудия, мастерская декоративно-прикладного искусства, музыкальная студия. Осуществляется лечебно-консультативная помощь с целью коррекции лечения.

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

2. Для родственников пациентов:

- **программа психиатрического просвещения.** Цель — информационная поддержка, формирование партнерских отношений с медицинским персоналом. Предоставляются знания о психических заболеваниях и их лечении, проводится обсуждение особенностей общения с психически больным членом семьи, а также ознакомление с современной системой психиатрической, социальной и правовой помощи;
- **групп-аналитическая психотерапия.** Цель — развитие навыков решения семейных проблем, снижение стресса, связанного с наличием у члена семьи психического заболевания, выявление собственных потребностей, повышение удовлетворенности жизнью. Занятия проводятся опытными психотерапевтами и психологами;
- **психологическое консультирование (индивидуальное и семейное).** Цель — улучшение психологического состояния родственников, оказание им эмоциональной поддержки.

3. Для семьи в целом:

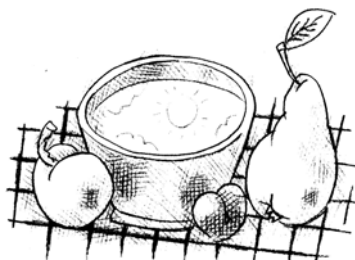
- **досуговая программа.** Цель — улучшение досуга, гармонизация семейных взаимоотношений. Регулярно проводятся праздничные кон-

церты, тематические музыкальные вечера, которые по традиции заканчиваются семейным чаепитием. В подготовке и проведении программы активное участие принимают все члены организации.

- просветительская программа «Москвоведение по субботам».

Цель — развитие личности, улучшение досуга и отдыха. В программу входит посещение музеев, выставочных залов, проведение экскурсий по Москве.

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



Лекция 11.

Общий обзор законодательства о психиатрической помощи. Принудительные меры медицинского характера

«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» — так гласит статья 41 Конституции Российской Федерации. Это право каждого гражданина России и лица, находящегося на ее территории требует надлежащего законодательного регламента. Главным нормативным актом, регулирующим данный круг правоотношений на территории Российской Федерации, являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

При необходимости психиатрической помощи гражданам и в процессе ее оказания пациентам психиатрических и психоневрологических лечебных учреждений возникает особый вид правовых отношений, которые нуждаются, в свою очередь, в специализированном законодательном регулировании.

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

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

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

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

При таком положении возникла необходимость в подготовке нового нормативного акта, регулирующего правовые проблемы в психиатрии, таковым нормативным актом и явился Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

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

Коротко остановимся на *истории разработки* этого закона.

Впервые в истории отечественной психиатрии к работе над законопроектом была привлечена общественность. Проект закона обсуждался на пленумах Правления Всесоюзного общества психиатров и на пленуме Правления Российского общества психиатров, а также в рамках

совещаний главных психиатров. Законопроект был опубликован в прессе, в частности, в «Медицинской газете» и «Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова».

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

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

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

Закон состоит из шести разделов.

1. Общие положения.
2. Обеспечение психиатрической помощью и социальная поддержка лиц, страдающих психическими расстройствами.
3. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов.
4. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания.
5. Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи.
6. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи.

Как видим, закон делится на шесть разделов.

Особого внимания заслуживает преамбула к этому закону, поскольку она полностью отражает его дух и перспективы развития правоотношений в области оказания психиатрической помощи населению в России.

Преамбула

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

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

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

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

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

Нетрудно заметить, какой высокий гуманистический стандарт, никогда ранее не провозглашавшийся в отечественной психиатрии, установлен ныне действующим законом.

Приведем краткое изложение разделов закона.

Раздел 1. Общие положения

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

Статьей 5 раздела за лицами, страдающими психическими расстройствами, закреплены все права и свободы, предусмотренные для граждан Конституцией Российской Федерации, и допускается *ограни-*

чение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, *лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.*

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

Несколько статей этого раздела посвящено врачебной тайне и ее сохранению.

Очень важными являются *статьи 4, 11 и 12*, которые закрепляют право за пациентом, получающим психиатрическую помощь, на ее добровольность. Это право соответствует и общему принципу оказания любого вида медицинской помощи, закрепленному статьями 30 и 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Однако частью 4 статьи 11 и частью 1 статьи 12 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определяются исключения из общего правила, когда гражданин не вправе отказаться от предлагаемой ему психиатрической помощи.

Таким образом, лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной (принудительной) госпитализации по основаниям, предусмотренным *статьей 29* Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

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

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

Данный раздел состоит из двух статей и определяет виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством,

а также источники финансирования психиатрической помощи в Российской Федерации.

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

Этим разделом закрепляются: общие требования к учреждениям и частнопрактикующим врачам, оказывающим психиатрическую и психоневрологическую помощь; требования, предъявляемые законом к врачу-психиатру при его допуске к профессиональной деятельности; требования, предъявляемые к другим специалистам и медицинскому персоналу; полная независимость врача-психиатра при принятии им профессиональных решений; его руководство в своих действиях медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

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

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

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

Раздел 4. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания

Это самый большой раздел закона. Им регулируются порядок психиатрического освидетельствования в добровольном и недобровольном порядке, определяются виды амбулаторной психиатрической помощи, основания помещения гражданина в психиатрический стационар в добровольном и в недобровольном порядке, основания и порядок помещения в психоневрологические учреждения для социального обес-

печения и специального обучения, порядок пребывания в психиатрическом стационаре и психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения, в том числе пациентов, не давших добровольного согласия на лечение, порядок защиты прав пациентов и обязанности администрации и медицинского персонала психиатрических стационаров и психоневрологических учреждений, а также ряд других значимых вопросов, которые вызывают неизменный интерес у граждан, нуждающихся в психиатрической и психоневрологической помощи.

Необходимо отметить, что, пожалуй, самым жизненно необходимым вопросом из обозначенных выше, является порядок оказания психиатрической помощи лицам в недобровольном порядке (принудительно). Этому вопросу в настоящей лекции будет отведено особое место.

Раздел 5. Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи

Деятельность психиатрических и психоневрологических учреждений, а также частнопрактикующих врачей-психиатров должна находиться под постоянным контролем государственных органов и должностных лиц, определенных законом. При этом закон предполагает также создание специальных общественных объединений, которые могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан, которым оказывается психиатрическая помощь, определяет в общих чертах круг правомочий таких учреждений и порядок реализации ими своих правомочий.

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

Раздел 6. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи

Этим разделом предусмотрено право пациента, которому оказывается психиатрическая помощь в любом возможном виде, обжаловать действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющих их права и законные интересы.

Закон определяет три способа обжалования этих действий:

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

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

Ответственность за нарушение Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» устанавливается законодательством Российской Федерации. Следует обратить внимание на строгость установленной законом ответственности вплоть до уголовной. В частности незаконное помещение гражданина в психиатрический стационар является преступлением, за которое установлена ответственность статьей 128 Уголовного кодекса Российской Федерации.

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

Принудительные меры медицинского характера

Лечение без согласия пациента или его законного представителя может проводиться в двух случаях, которые установлены статьей 34 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и частью 4 статьи 11 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:

1. при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации;

2. при недобровольной (принудительной) госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В первом случае госпитализация в психиатрическое учреждение, применяющее принудительные меры медицинского характера, проводится по решению суда. Порядок применения таких мер воздействия определяется разделом У1 Уголовного кодекса Российской Федерации, Уголовно-процессуальным кодексом Российской Федерации, Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации, иными законодательными актами. Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом следующим лицам, перечень которых установлен в статье 97 Уголовного кодекса Российской Федерации:

1. совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части Уголовного кодекса, в состоянии невменяемости;
2. у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;
3. совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;
4. совершившим преступление и признанными нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании.

Закон также предусматривает возможность для лиц, перечисленных выше, не представляющих опасности по своему психическому состоянию, передачу судом необходимых материалов органам здравоохранения для решения вопроса об их лечении или направлении в психоневрологические учреждения для социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

В случае если больной не представляет непосредственной опасности, органы здравоохранения могут применить к нему какие-либо меры медицинского характера преимущественно с его согласия, то есть доб-

ровольно (статьи 11 и 28 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

При этом необходимо отметить, что закон связывает применение принудительных мер медицинского характера не с наказанием лиц, совершивших данные правонарушения, а с необходимостью улучшения их психического состояния указанной категории преступников, а также предупреждения совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части Уголовного кодекса.

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

Следует обратить внимание на то обстоятельство, что в Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» лишь одна статья посвящена вопросу о применении принудительных мер медицинского характера. Это **статья 13**.

Она устанавливает, что:

- принудительное лечение осуществляется в учреждениях органов здравоохранения;
- лица, в отношении которых применяются принудительные меры медицинского характера, пользуются теми же правами, что и другие пациенты медицинских учреждений, получающие медицинскую помощь на общих основаниях;
- и, наконец, лица, находящиеся в психиатрическом стационаре с целью применения к ним принудительных мер медицинского характера, признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в таком стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию и пенсию на общих основаниях.

Следует заметить, что хотя данная статья и закрепляет очень важные аспекты применения к гражданам принудительных мер медицинского характера, однако такое положение вещей не обеспечивает достаточно четкого законодательного регламента этого сложного и важного вопроса.

Для внесения большей ясности в его решение Минздрав СССР издал Приказ от 21 марта 1988 года № 225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи», который в настоящее время действует в редакции Приказа Минздрава РФ от 11 января 1993 года № 6 и Приказов Минздравмедпрома РФ от 12 августа 1994 года № 167 и от 13 февраля 1995 года № 27. Так, утверждена Временная инструкция о порядке применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершившими общественно опасные деяния, являющаяся Приложением № 18 к названному приказу. Однако и у этой инструкции есть существенный недостаток: поскольку она была разработана ранее Уголовного кодекса Российской Федерации, введенного в действие с 1 января 1997 года, в ней оказалась не отраженной введенная этим кодексом новая принудительная мера — амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

Итак, частью 2 статьи 97 Уголовного кодекса Российской Федерации обозначено общее основание для применения принудительных мер медицинского характера во всех случаях. Таким основанием является возможность причинения лицами, уже совершившими общественно опасные деяния, существенного вреда кому-нибудь или чему-нибудь либо опасность для себя и других лиц (часть 2 статьи 97 Уголовного кодекса Российской Федерации).

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

Более подробного освещения требует каждый вид принудительных мер медицинского характера и в первую очередь амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра

Как было отмечено выше, амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра — это принудительная мера медицинского характера, не получившая своего отражения во Временной инструкции о порядке применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Введение такой меры имеет целью уменьшить количество психически больных граждан, совершивших общественно опасные деяния, к которым применяются принудительные меры медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре того или иного типа. Эта мера приводится в исполнение амбулаторным психоневрологическим учреждением по месту жительства лица, совершившего общественно опасное деяние.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа

Данный вид принудительной меры медицинского характера применяется в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, которые по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении и наблюдении, но не требуют интенсивного наблюдения (статья 101 Уголовного кодекса Российской Федерации). Клинико-социальные критерии для направления в психиатрический стационар общего типа (с обычным наблюдением) изложены в пункте 9 Временной инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершившими общественно опасные деяния.

Следует обратить внимание на различия между психиатрическим стационаром общего типа и психиатрическим стационаром специализированного типа, в котором осуществляются принудительные меры медицинского характера. Различие между этими видами психиатрических стационаров в том, что лица, направляемые на принудительное лечение в стационары первого типа, содержатся в них вместе с пациентами, поступившими туда на общих основаниях, и составляют их незначительную часть. В психиатрических стационарах специализиро-

ванного типа содержатся только пациенты, поступившие для применения к ним принудительных мер медицинского характера. Стационары второго типа осуществляют постоянное наблюдение за находящимися в них пациентами, что обеспечивается наличием дополнительного медицинского персонала, предусмотренного штатными нормативами. Кроме того, надлежащее наблюдение обеспечивается организацией наружной охраны силами службы обеспечения безопасности.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа

Клинико-социальные критерии для помещения гражданина, совершившего общественно опасное деяние, в психиатрический стационар данного типа изложены в пункте 10 Временной инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния. Применяемые в условиях таких стационаров меры постоянного наблюдения за пациентами обусловлены высокой степенью опасности совершенных ими общественно опасных деяний, а также высоким риском совершения этими лицами повторных общественно опасных деяний.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

Из принудительных мер медицинского характера, эта является «самой жесткой» и соответственно применяется к лицам, которые по своему психическому состоянию представляют наибольшую, *особую* опасность для себя и других людей. Применение к ним медицинских мер, а также их содержание требуют постоянного интенсивного наблюдения. Необходимо отметить, что понятие «*особая опасность лица, страдающего психическим расстройством*» в законе не раскрыто. Но если опираться на мнение специалистов, в разное время занимавшихся этой проблемы, под особой опасностью лица, страдающего психическим расстройством, следует понимать высокую вероятность совершения им общественно опасных деяний, относящихся к категории тяжких и особо тяжких, и систематическое совершение общест-

венно опасных деяний, несмотря на применявшиеся ранее принудительные меры медицинского характера. Аналогичным смыслом наполнено это понятие и в пункте 11 Временной инструкции о порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Порядок применения, изменения и прекращения принудительных мер медицинского характера регламентируется статьей 103 Уголовного кодекса Российской Федерации. Согласно ей, вопрос о продлении, изменении и прекращении применения принудительных мер медицинского характера решается судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, в чем бы она ни выражалась, подлежит обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для решения вопроса о продлении, изменении или прекращении данной меры не позднее, чем по истечении 6 месяцев с момента начала лечения. Таким образом, основанием для продления, изменения или прекращения применения принудительных мер медицинского характера является состояние здоровья лица, к которому данная мера применяется. По истечении первых шести месяцев применения к гражданину принудительных мер медицинского характера и продления судом этой меры медицинского характера, продление срока последней осуществляется также в судебном порядке ежегодно. При этом периодичность его комиссионного освидетельствования сохраняется, не реже одного раза в шесть месяцев (закон не препятствует более частому комиссионному освидетельствованию таких категории пациентов).

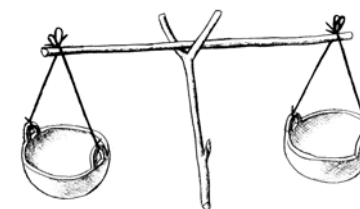
Время применения принудительных мер медицинского характера зачитывается в срок наказания из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы в случае излечения лица, у которого психическое расстройство наступило после совершения им преступления, при назначении наказания или возобновления его исполнения (статья 103 Уголовного кодекса Российской Федерации).

И, наконец, Уголовным кодексом Российской Федерации предусмотрена одна мера медицинского характера, соединенная с исполне-

нием наказания, которая закреплена частью 2 статьи 99 Уголовного кодекса, — это **амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра**. Обязанность применения этой принудительной меры медицинского характера может быть возложена судом на администрацию и медицинскую службу исправительного учреждения. Если же исполнение наказания не связано с лишением свободы, обязанность применения этой принудительной меры возлагается на учреждения органов управления здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую или наркологическую помощь. Прекращение применения данной меры, соединенной с исполнением наказания, производится судом по представлению органа, исполняющего наказание на основании заключения комиссии врачей-психиатров или психиатров-наркологов.

Таковы основания и порядок применения, продления, изменения и прекращения принудительных мер медицинского характера.

Еще раз подчеркнем, что такие меры применяются лишь к лицам, совершившим общественно опасные деяния и привлеченным к уголовной ответственности.



Лекция 12.

Недобровольная (принудительная) госпитализация граждан в психиатрический стационар

Рассмотрим основания и порядок недобровольной (принудительной) госпитализации граждан в психиатрический стационар по состоянию здоровья, продления ее сроков, возникновения оснований для недобровольной госпитализации и порядок выписки из психиатрического стационара недобровольных пациентов, а также случаи получения добровольного согласия в процессе лечения недобровольных пациентов и последствия такого согласия.

Очерченный круг вопросов регламентируется Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации, другими нормативными актами.

Статья 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определяет основания для помещения гражданина в психиатрический стационар. Структура этой статьи включает в себя **три критерия**, необходимые при **недобровольной (принудительной) госпитализации** в психиатрической стационар.

Первый — в момент осуществления недобровольной (принудительной) госпитализации, лицо, подлежащее помещению в психиатрический стационар, должно страдать тяжелым психическим расстройством. Иными словами, только подозрения врача на наличие такого расстройства у данного лица явно недостаточно. Закон допускает недобровольную госпитализацию гражданина в психиатрический стационар лишь в случае, если он действительно страдает психическим расстройством, если это расстройство тяжелое, и если об этом имеется заключение врача соответствующей специализации.

Второй критерий — обследование или лечение гражданина, недобровольно (принудительно) госпитализируемого в психиатрический стационар, может проводиться только в условиях стационара. Поэтому необходимо, чтобы заключения комиссий врачей-психиатров о принудительной госпитализации в психиатрическую больницу содержали

аргументированное обоснование той позиции, что объективно отсутствует возможность обследовать или лечить пациента амбулаторно.

Третий критерий — который, в свою очередь, состоит из трех составляющих:

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

Конкретный случай может содержать в себе одно или несколько из этих составляющих.

Следует заметить, что среди составляющих третьего критерия не обозначены более и менее важные. Наличие любого из них в отдельности или в сочетании с другими составляющими, названными в статье 29, приводят к одинаковым юридическим последствиям — помещению в психиатрический стационар недобровольно (принудительно).

Однако закон требует неукоснительного соблюдения определенной юридической формы, соблюдения процессуальных норм при недобровольной (принудительной) госпитализации пациента. Эта процедура регламентируется Главой 35 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации.

Следует отметить, что до введения в действие Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, то есть до 1 февраля 2003 года, судебная процедура полностью регламентировалась Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», поскольку Гражданский процессуальный кодекс РСФСР не содержал в главы, регламентирующей данную проблему.

Судебная процедура недобровольного (принудительного) помещения в психиатрический стационар

Заявление о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар подается в суд по месту нахождения психиатри-

ческого стационара, в который помещен гражданин, в течение 48 часов.

К заявлению обязательно должно быть приложено заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости пребывания гражданина в психиатрическом стационаре.

Возбуждая дело, судья одновременно продлевает пребывание гражданина в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения дела. Дела данной категории должны быть рассмотрены судом в течение 5-и дней со дня их возбуждения.

При рассмотрении дела обеспечивается право личного участия в судебном заседании госпитализируемого гражданина, если же его психическое состояние не позволяет ему участвовать в судебном заседании, проводимом в помещении суда, то дело рассматривается судьей в психиатрическом стационаре.

Кроме того, в деле обязательно участвуют прокурор, представитель психиатрического учреждения и представитель госпитализируемого лица.

Здесь необходимо отметить, что в соответствии со статьей 7 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», иметь представителя является правом, а не обязанностью гражданина, которому оказывается психиатрическая помощь, поэтому такой гражданин вправе отказаться от участия своего представителя в судебном заседании.

Эта же статья закрепляет право пациента психиатрического учреждения и на помощь адвоката. При этом важно заметить, что администрация лечебного учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обязана лишь обеспечить возможность его приглашения пациентом и на нее законом не возлагается обязанность поиска и подбора адвоката для пациента, а также оплаты адвокатских услуг

Возвращаясь к судебной процедуре принудительной госпитализации, отметим, что судья, рассмотрев дело по существу, принимает решение, которым удовлетворяет или отклоняет заявление психиатрического стационара. Это решение по общему правилу вступает в законную силу через 10 дней. Однако решение суда об отклонении заявления психиатрического стационара о принудительной (недобро-

вольной) госпитализации гражданина влечет за собой немедленную выписку последнего.

По истечении 6 месяцев принудительного пребывания гражданина в психиатрическом стационаре, срок его пребывания может быть продлен в том же порядке, в каком осуществлялась и сама госпитализация. В дальнейшем срок пребывания гражданина в психиатрическом стационаре продляется в судебном порядке ежегодно.

Порядок обжалования принудительной госпитализации в психиатрический стационар

Пациент, не согласный с решением суда о его принудительной госпитализации в психиатрический стационар, вправе подать на такое судебное решение кассационную жалобу в порядке, определенном главой 40 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации. Кассационная жалоба подается через суд, принявший решение о принудительной госпитализации данного лица в психиатрический стационар. Срок подачи кассационной жалобы — 10 дней со дня принятия решения судом в окончательной форме. Жалоба может быть подана кассатором лично, через представителя, допущенного судом до участия в таком качестве в данном деле, либо по доверенности, по почте или через представителя лечебного учреждения, где пациент находится на излечении.

В последних двух случаях закон возлагает обязанность на администрацию лечебного учреждения обеспечить пациенту, обжалующему судебное решение, условия для направления жалобы в суд (статья 39 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Кассационная жалоба должна содержать:

- Наименование суда, в который адресуется жалоба.
- Наименование лица, подающего жалобу, его место жительства или место нахождения.
- Указание на решение суда, которое обжалуется.
- Требования лица, подающего жалобу, а также основания, по которым он считает решение суда неправильным.
- Перечень прилагаемых к жалобе доказательств.

Необходимо заметить, что психиатрический стационар, не согласный с решением суда первой инстанции, также вправе подать кассационную жалобу.

Порядок пребывания в психиатрическом стационаре принудительно госпитализированного лица

Порядок пребывания в психиатрическом стационаре принудительно госпитализированного лица регламентируется Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Закон диктует следующую периодичность коллегиальных освидетельствований пациентов, по решению суда находящихся в психиатрических стационарах недобровольно (принудительно):

- в течение первых 6 месяцев пребывания в стационаре такой пациент освидетельствуется комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц;
- по истечении 6 месяцев — не реже одного раза в 6 месяцев. При этом закон не препятствует более частому освидетельствованию пациента комиссионно в зависимости от его состояния.

Законом очень жестко очерчены сроки пребывания недобровольного пациента в психиатрическом стационаре. Это тот промежуток времени, в течение которого сохраняются основания, по которым была проведена госпитализация.

Выписка недобровольного пациента из психиатрического стационара осуществляется по решению комиссии врачей-психиатров, либо по решению суда об отказе в продлении срока госпитализации.

Если в процессе принудительного (недобровольного) лечения гражданина в психиатрическом стационаре его психическое состояние, а также отношение к госпитализации и лечению меняются настолько, что возникает понимание необходимости их продолжения, с пациента может быть взято добровольное информированное согласие на дальнейшее лечение в психиатрическом стационаре; и выписка такого пациента проводится на общих основаниях, а именно по его личному заявлению, по заявлению его законного представителя или по решению врача (комиссионного решения в данном случае закон не требует).

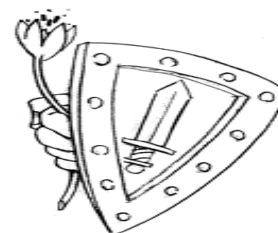
Однако не во всех случаях пациент, помещенный в психиатрический стационар добровольно, выписывается по его заявлению. Исключения составляют случаи, когда комиссией врачей-психиатров этого психиатрического учреждения установлены основания для недобро-

вольной (принудительной) госпитализации этого пациента в психиатрический стационар (часть 5 статьи 40 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан»). Дальнейшее обращение с таким пациентом требует такой же судебной процедуры, которая описана выше.

Завершая освещение правовых аспектов оказания психиатрической помощи, следует отметить, что в двух лекциях невозможно осветить весь круг вопросов, которые могут возникать у лиц, получающих психиатрическую помощь или нуждающихся в ней и решающих для себя вопрос о необходимости обращения к психиатру. В настоящей книге были затронуты лишь основные из проблем, с которыми приходится чаще всего сталкиваться тем, кто эту помощь получает.

Использованная литература

1. Конституция Российской Федерации.
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
3. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
4. Уголовный кодекс Российской Федерации.
5. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации.
6. Приказ Минздрава СССР от 21. 03. 1988 № 225 (ред. от 13. 02. 1995) О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи».
7. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации /Под общей редакцией В.М. Лебедева. М.: Норма, 2003.
8. Комментарий к Закону Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / Под общей редакцией Т.Б. Дмитриевой. М.: Спарк, 2003.
9. Комментарий к Гражданскому процессуальному кодексу Российской Федерации.



Ресоциализирующее терапевтическое сообщество

В течение последних двух-трех десятилетий в отечественной психиатрии и психологии возрастает внимание к проблеме психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. В последние годы происходит теоретическое осмысление проблемы помощи психически больным, внедрение новых форм.

В этой статье мы хотим ознакомить читателей с принципами работы терапевтических сообществ (далее ТС), коснуться их истории, значения и роли для психиатрии. Особое место будет уделено уделить лечебнице, явившейся прообразом терапевтического сообщества, которая была открыта в Англии религиозной организацией «Общество друзей».

Определение терапевтического сообщества

Термин «терапевтическое сообщество» был введен английским психиатром Томом Мэйном в 1946 году и с того времени использовался для описания самых разных явлений, однако мы будем придерживаться того значения, которого придерживался Мэйн. Этот термин употреблялся им для обозначения организационного подхода к оказанию помощи больным и характеризовался определенным набором принципов и методов.

Спустя двенадцать лет этим термином была обозначена модель помощи, применявшаяся Максвеллом Джонсом в госпитале Хендерсон, и получившая обозначение собственно терапевтическое сообщество (therapeutic community proper).

Этот же термин применялся и к ряду сообществ, альтернативных традиционным психиатрическим больницам, проводившим свою работу под флагом реформаторского и правозащитного движения.

Термин «терапевтическое сообщество» был распространен и на возникшие в начале 50-х годов XX столетия коммуны для людей с зависимостью от психоактивных веществ, такие как Синанон, Дейтоп и Феникс-хауз.

Однако, в связи с тем, что идеологические принципы работы терапевтических сообществ для пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманиями, принципиально иные и строятся на стро-

го иерархических отношениях между членами сообщества, они получили дополнительное обозначение иерархических или концептуальных терапевтических сообществ (в противоположность демократическим ТС). Их мы рассматривать не будем, так как они не являются терапевтическими сообществами в собственном смысле слова, в том понимании, которое было предложено Томом Мэйном в 1946 году.

Внедрение идей и принципов ТС, в традиционных психиатрических стационарах привело к преимущественному употреблению этого термина для обозначения подхода к организации помощи психически больным, прежде всего с психотическим уровнем расстройств. Позднее терапевтические сообщества для людей с проблемами психического здоровья объединились в сеть, что дало возможность говорить о движении терапевтических сообществ. В настоящее время терапевтические сообщества представляют собой неотъемлемую часть национальных психиатрических служб Великобритании, Германии, Норвегии, Швеции, Греции, Финляндии и Италии.

Наиболее общим определением ТС будет определение, данное Ассоциацией Терапевтических Сообществ: это место, где люди с особыми потребностями или проблемами живут вместе в попытке найти более адаптивный способ существования *среди других*. «Живут вместе» обозначает, вместе готовят, вместе играют, вместе работают, и, может быть, вместе проходят терапию.

Историческая справка

Историю ТС можно разделить на несколько этапов. Здесь мы коснемся только двух из них. Истоком, предтечей современной модели терапевтического сообщества было возникновение движения нравственного лечения (moral treatment) в Англии в XVIII веке. Вторым этапом традиционно считается Первый Норфилдский эксперимент.

Начало истории ТС тесно связано с движением протестантов в Англии, которое именовалось «Обществом друзей». Члены «Общества друзей» активно вели бизнес и оказывали различные виды благотворительности. В 1790 г. заболевшая Ханна Миллс была направлена в психиатрическую лечебницу города Йорка в Англии. Через некоторое время друзья поехали ее навестить, но работники лечебницы не допустили к ней родственников, сказав, что она выглядит не подобающим образом. Спустя несколько недель Ханна Миллс умерла. Для близких

умершей стало очевидным, что причиной смерти была не болезнь, а плохое обращение с ней персонала лечебницы. Смерть Ханы Миллс вызвала протест членов «Общества друзей», к которому принадлежали члены ее семьи. После длительных, продолжавшихся в течение двух лет дебатов было принято решение открыть свою лечебницу, которую создал и возглавил хозяин магазина, торговавшего чаем Уильям Тьюк. Интересно, что название клинике дала невестка У. Тьюка миссис Генри Тьюк. В разговоре о лечебнице она сказала: «Каждой разбитой лодке нужна тихая гавань, куда бы она могла причалить для восстановления или безопасности». Этим и объясняется название лечебницы — «The Retreat» (твердь, убежище).

Основной задачей лечебницы, открытой на средства «Общества друзей», должно было стать предоставление опоры, поддержки ее обитателям. Физическое лечение при этом находилось в подчиненном положении относительно главной задачи — дать место, жизненное пространство человеку, имеющему проблемы с психическим здоровьем. «The Retreat» в начале своей истории был скорее приютом, чем лечебницей. Отказ от «героической атаки на психоз» при сохранении надежды на значительное улучшение был принципиально важен во время, когда методы «лечения» были ужасающими по своим последствиям для здоровья пациентов.

Для обеспечения материальной базы и функционирования лечебницы была организована подписка среди общества друзей в размере двух гиней в год с желающего поддержать проект. Внесшим более 25 фунтов было дано право ходатайствовать за неимущих, которые могли поступить в лечебницу с минимальной оплатой 4 шиллинга в неделю. Плата для остальных обитателей составляла 8 шиллингов в неделю, при этом они могли взять с собой одного слугу, который должен быть одобрен специальной комиссией. Лечебница предназначалась не только для «Общества друзей». Уильям Тьюк скептически относился к передовым в то время методам лечения рвотными средствами, ледяными ваннами, голоду. В клинике были отменены цепи и другие методы стеснения, кроме смиренных жилетов. Для помещения в лечебницу больной должен был иметь сертификат, подписанный медиком. Первым врачом в лечебнице был доктор Tomas Fowler. Несомненный интерес представляет описание устоев лечебницы, особенностей работы персонала в ней, организации ухода за ее обитателями, которое встре-

чается в работе внука Уильяма Тьюка, Самюэля Тьюка, 1815 — первый опыт описания лечебного делопроизводства. Следуя своим принципам «Общество друзей» огромное внимание уделяли уважению к труду. В лечебнице больных поощряли к осмысленному, **обязательно оплачиваемому** труду, при необходимости обучая полезному ремеслу. При этом принципиальным было сохранение уже имеющейся профессии и предоставление возможности практиковать. Например, если в лечебницу попадал сапожник, ему предоставляли необходимый инструмент и оплачивали работу. Уделялось внимание организации уюта в зданиях лечебницы.

В целом лечебница была рассчитана на 30 чел. Первые четырнадцать пациентов были приняты в лечебницу в 1797 году. Большинство больных до поступления в лечебницу были признаны неизлечимыми. Из них двое пациентов умерло, один отправлен домой, как излечившийся, состояние остальных было признано как значительное улучшение.

Нравственное лечение (Moral Treatment)

В основе Терапевтических Сообществ лежит принцип нравственного лечения (*Moral Treatment*). Впервые термин ввел Самюэль Тьюк в книге «Description of The Retreat», опубликованной в 1814 г. Лечебница, основанная дедом Самюэля Тьюка — Уильямом Тьюком, строилась на идеалах «Общества Друзей». В своей книге Самуэль Тьюк хотел дать название системе ухода за психическими больными. По иронии судьбы метод получил название *Moral Treatment* — термин из переведенной в девятнадцатом веке на английский язык работы Филиппа Пинеля. Курьез состоит в том, что Пинель оперировал термином *Traitement morale*, что скорее означает «лечение эмоциями». Но статью переводил доктор Дэвид Даниэль Давис (гинеколог по специальности), не владевший предметом обсуждаемой в работе темы.

Идея Пинеля принципиально отличалась от системы ухода в The Retreat. Лечение через эмоции предполагало подчинение и доверие лечащему доктору. Буквально, пациенты должны были делать то, что говорил им врач. Система, вводимая Пинелем в больших лечебницах Парижа, не имела ничего общего с порядками, царившими в маленькой, провинциальной, «домашней» лечебнице в Англии/

Нравственное лечение (Moral Treatment) может быть описано, как идеология, как практика и как принцип обращения с психическими больными. Именно **Moral Treatment** и позволяет считать The Retreat истоком, позволившим возникнуть терапевтическим сообществам.

Следующим временным этапом развития ТС можно назвать 1940-е годы.

В 1940 году Зигмунд Фукс собрал вместе группу пациентов и предложил им говорить друг с другом «свободно ассоциируя вместе». Зимой с 1942 на 1943 год Уилфред Бион и Джон Рикман предприняли попытку опираться на групповую психотерапию в военном госпитале что позднее назовут Первый Норфилдский эксперимент. Позже работу продолжили Фукс и Бриджес.

Бион и Рикман сформировали новый взгляд на терапию — не индивидуальное лечение и отношение врач — пациент с ориентацией на болезнь, а совместные усилия по восстановлению. Болезнь становится вторичной, а первичным фактором, основной задачей становится взаимодействие с социальной средой, то есть несение ответственности, разделение товарищеских отношений. Атмосфера терпимости и рационального отношения к болезни лежали в основе возникновения ТС.

Исторические предпосылки для формирования ТС возникли во многих странах Европы. Это было вызвано подъемом тревоги, связанной с начавшейся Второй Мировой Войной.

Существенной проблемой военной психиатрии был конфликт мотивов у персонала. Военный врач был обязан защищать интересы армии, а не интересы пациента. Его задачей было как можно быстрее вернуть солдата в строй. Это осложняло работу персонала, который испытывал сильнейшее чувство вины. В рамках попытки создать Терапевтическое Сообщество персонал нуждался в психологической поддержке так же, как и пациенты. Успешное лечение возвращало солдат на передовую, где их убивали и калечили. Солдаты, в свою очередь, не были заинтересованы в выздоровлении, так как это ставило под угрозу их жизнь. Больные считались несостоятельными, нуждающимися в уходе. Ответственность за уход и уборку лежала на персонале клиники.

Бионовский эксперимент затронул несколько палат Норфилдского госпиталя, а именно госпитального крыла. Бион проводил обучение военным специальностям, возложил ответственность за порядок в палатах на пациентов. В одной отдельной палате вводилось самоуправ-

ление, практиковалось принятие самостоятельных решений и разделение ответственности. Бион отказался принимать солдат, которые выглядели не по уставу, ввел вечерний парад. Тем самым Бион пытался преодолеть злокачественный регресс (возвращение к детскому опыту, функционирование на уровне ребенка), в котором пребывали больные солдаты, вернуть пациентов во взрослую позицию, вернуть людям их достоинство.

Эксперимент продлился пять недель. На начальном этапе персонал столкнулся с тяжелыми проблемами, которые были связаны с дисциплиной пациентов и чистотой в палатах. Однако к пятой неделе порядок восстановился, и было видно, что эксперимент успешен. Не смотря на это, Бион столкнулся с протестом со стороны персонала, который не мог простить первые недели хаоса. Эксперимент был закрыт, Биона сняли, наметился серьезный конфликт между психиатрами и военными, между гражданским и военным персоналом. К сожалению, Бион не учитывал психологические потребности персонала в ходе эксперимента, что и привело к разрушению созданного сообщества.

Обосновывая перераспределение ответственности, Том Мейн писал в 1946 году о сложностях формирования ТС: «Утрата анархических прав беспредельной власти над больным, больная собственность врача, врач не несет ответственности перед сообществом больницы за свои действия (именно перед сообществом больных, не перед больницей). Изоляция больного как результат фрустрации собственных потребностей врача».

Не смотря ни на что, эксперимент можно считать успешным. Он имел продолжение и опыт, полученный в результате эксперимента, был ценным и серьезным для психиатрии и для психологии. Второй Норфилдский эксперимент состоялся спустя несколько месяцев, его возглавил Зигмунд Фукс. В свою программу он включил госпиталь целиком. Это позволило наладить нормальную работу госпиталя. Фукс сумел избежать ошибки Биона, оставившего переживания персонала и администрации госпиталя без внимания и поддержки.

Основные задачи терапевтического сообщества

Основной задачей работы ТС является реинтеграция человека в социум и развитие его способности к адаптации. Сохранение существующих связей с окружающими людьми и установления новых рас-

смачивается как серьезный терапевтический инструмент. Основной задачей ТС является не само по себе излечение болезни, а предоставление пространства для развития пациента. Групповая работа, используя механизм *отзеркаливания*, позволяет столкнуться с Другим и опытным путем найти границы своего Я. Разграничение между внутренним и внешним (например: это мои желания преследуют меня или это другие люди преследуют меня). Разграничение между собственными переживаниями и желаниями и переживаниями и желаниями другого, совмещение противоречивых чувств направленных на другого, и понимание того, как влияет собственное поведение участника на других участников группы, являются наиболее значимыми факторами в адаптации пациента.

Пациентов вовлекают в максимально возможное, с учетом состояния, участие в повседневной жизни ТС, такое как составление списка продуктов и их покупка, управление бюджетом при выборе продуктов питания, организация досуга, поддержание чистоты комнат, соблюдение правил гигиены. Во многих ТС, издается собственная газета, существует радио и даже локальное телевидение.

Серьезное внимание уделяется «присвоению» пространства комнаты, в которой живет пациент. Пациентов активно вовлекают в построение личного пространства: выбрать и расставить мебель, украсить по своему вкусу комнату. При этом попытки пациентов относящихся к некоторым нозологическим группам оставить нетронутым личное пространство, никак не проявляясь в нем лично, стимулируются персоналом к присвоению пространства, к проявлению своей индивидуальности при оформлении комнаты.

По-другому рассматривается концепция заботы. Она заключается не в работе, выполняемой *вместо* пациента, а в помощи пациенту *самому* выполнять свою работу, включая сюда конфронтацию реальностью. Например, работа медицинской сестры заключается не в том, чтобы в момент появления галлюцинаций *вместо* пациента вымыть пол, а в том, чтобы помочь ему в момент ухудшения состояния закончить свою работу самому или вместе с медсестрой. Принципиальным моментом является не «*вместо*», а «*вместе*». Помимо усиления здоровых частей личности при взаимодействии с внешним миром важным аспектом данного подхода является преодоление синдрома госпитализма за счет взрослой и ответственной позиции пациента.

Исходя из вышесказанного, мы можем подчеркнуть групповой характер деятельности в ТС. Вот обычный для ТС список видов групповой работы:

1. Собрание сообщества.
2. Малая группа (психотерапевтическая).
3. Кризисная группа (для переживающих кризис).
4. Группа покидающих ТС.
5. Группа «поддержания уюта».
6. Собрание персонала.
7. Рабочая группа (работы в саду, по дому, на кухне и тому подобное).
8. Группа подготовки для собирающихся поселиться в ТС.
9. Группа для покинувших ТС.

Терапия средой

Функционирование ТС методически сталкивается с проблемой организации терапевтической среды (*milieu therapy* или *therapeutic environment*).

Остановимся на понятии «терапия средой», а именно, на том, что должен понимать персонал под термином «терапевтическая среда». В первую очередь, это совместная работа пациентов, персонала и психиатров.

Построение терапевтической среды предполагает наличие пространства исследования пациентом своего внутреннего мира, исследование своих отношений с другими, возможность разместить свою тревогу и агрессию, не разрушая себя или других. Это место, пространство, позволяющее разместить все части своей личности, даже те, которые невозможно поместить в семью или обычное общество. Собственно говоря, мы можем рассматривать психиатрический стационар, как место, где можно разместить свои тревоги, место для размещения тревоги общества и семьи и самого больного. Но, к сожалению, этот контейнер бывает слишком перегружен институциональной тревогой, чтобы позволить пациенту попытаться исследовать все части своей личности и искать новые, более зрелые формы взаимодействия с другими. Запертый в роли больного или в лучшем случае «маминогического помощника», пациент не имеет места для поиска новых форм поведения, взаимодействия с другими.

Обеспечивая надлежащий уход за беспомощным в социальной сфере пациентом, персонал традиционного стационара слишком перегружен беспокойством о безопасности больного, чтобы позволить ему исследовать свой потенциал, как порой слишком обеспокоенная мать не позволяет ребенку залезать на дерево, исследуя свои возможности и окружающий мир, или конфликтовать и конкурировать со сверстниками, затрудняя тем самым его развитие и препятствуя расширению репертуара социальных ролей.

Ситуация терапевтического окружения служит безопасной рамкой исследования себя и других, с одной стороны, допуская конфликты и конкуренцию, а с другой, ограничивая способы выражения и разрушительность этих попыток.

Для того, чтобы терапевтическая среда сформировалась, необходимо, чтобы система вмещала в себя не только тревогу пациентов, но и тревогу персонала с не меньшей эффективностью.

Базовые принципы терапевтического сообщества

Традиционно медицинская модель ориентируется на пациента вне контекста его отношений с окружающими его людьми. В отличие от нее терапевтическое сообщество исходит из *коллективистской модели* рассмотрения проблемы психического здоровья, помещая в центр внимания взаимодействие пациента с окружающими людьми. В основе этого подхода лежит *коммунизм* — совместная деятельность и/или проживание. Это часто проявляется в отношении к семье, когда врачи и близкие интересуются состоянием пациента, и никого не интересуют чувства и состояние членов семьи, несущих основную нагрузку. Это, в свою очередь, приводит к все возрастающей беспомощности пациента и истощению тех, кто о нем заботится.

Осознание своих границ через общение (отношение) с другими. Впервые дифференциация, выделение себя из других, самоосознание человека происходит в семейной группе, где нам необходимо делить пространство с другими людьми. В этом случае мы можем понять, где мы и где начинается другой человек. Собственно, это появление границ: «мне нужен другой на той же территории, что и я, тогда у меня есть возможность наблюдать другого и, видя отношения других, я могу увидеть часть себя, как в зеркале».

Современные принципы терапевтического сообщества

Мы рассматриваем терапевтическое сообщество как способ администрирования учреждения, в котором менеджмент используется в качестве терапевтического инструмента.

Можно перечислить следующие составляющие ТС. Во-первых, это понимание себя, как основа терапии.

Следующим принципом ТС можно назвать открытое, честное общение между всеми членами Терапевтического Сообщества — персоналом и пациентами. Персонал организации, в свою очередь, находится в ситуации непрерывного анализа происходящего в ТС, исследования конфликтов, переживаний, эмоционального восстановления.

Еще один принцип ТС — это конфронтация реальностью, что подразумевает получение обратной связи всеми членами терапевтического сообщества друг от друга.

Важный принцип ТС — коммунизм, подразумевающий совместную работу всех членов сообщества над поддержанием жизни в нем.

Необходимо остановиться на принципе демократизма, означающем решение всех важных вопросов, включая планирование бюджет, общим собранием пациентов и персонала.

Работа терапевтического сообщества направлена на преодоление диადы: терапевтический цинизм персонала, с одной стороны, и всемогущество, маниакальное желание вылечить пациента — с другой.

Одним из первых, сознательно сформулированных положений ТС, была идея о том, чтобы не рассматривать пациента как воплощение беспомощности и болезни, а персонал как воплощение душевного здоровья. Такой подход позволяет персоналу снизить интенсивность психологических защит при столкновении с психотическими аспектами личности пациентов и поддерживать более теплый контакт, не разрушаясь. Например, это дает возможность не обесценивать пациентов, выстраивая отношения как с маленькими детьми, в то же время, преодоление всемогущей, властной позиции персонала также является профилактикой синдрома эмоционального сгорания, приводящего к повышенной заболеваемости среди персонала и дегуманизации отношений с пациентами. Основным критерием заботы является вовлеченность при соблюдении профессиональных границ. Имеется в виду, что теплое, принимающее отношение персонала к пациенту не должно пе-

перастать в дружеские, приятельские или иные непрофессиональные отношения.

Другим, не менее важным, принципом является подход к лечению, как к процессу научения, обучения. Научение пониманию себя, совладанию с сильными чувствами и их размещением при помощи группы или своих собственных усилий, общению с внешним миром и его представителями в повседневной жизни, обучение жизненным навыкам — таким как самообслуживание, или общение с работодателем, продавцом в магазине и т.д. В ТС, работающих с подростками, это еще и академические образовательные программы, в ТС для взрослых — профессиональная подготовка и переподготовка.

В более обобщенном виде принципы работы Терапевтического Сообщества представлены в статье «Квинтэссенция Терапевтического Окружения» в «Терапевтические сообщества: прошлое, настоящее и будущее» под редакцией П. Кэмплинг и Р. Хэйга.

Принципы терапевтического сообщества				
Теоретические принципы	Происходит в развитии	Культура в ТС	Структуры в ТС	Оригинальная тематика ТС
Привязанность	Первичная граница Потери как взросление	Принадлежность	Отношение, присоединение покидание	
Размещение чувств	Материнский и отцовский холдинг	Безопасность	Поддержка, правила, границы	Разрешение, принятие, толерантность
Коммуникация	Игра, речь, другие как отдельные	Открытость	Группы, визи-теры	Коммунализм
Вовлеченность	Нахождение места среди других	Научение через проживание	Встречи сообщества, повестка и структура	Конфронтация реальностью
Деятельность	Представление себя как тот-кто-действует	Придание власти, стимуляция к действию	Голосования, решения, старшинство	Демократизация

Место терапевтического сообщества

Для понимания места ТС среди других способов организации работы персонала наиболее удобным представляется описание семи моделей организации психиатрического учреждения, предложенные Дэвидом Кеннардом в 1986 году в журнале «Терапевтическое сообщество». При этом используются шесть критериев:

- Центральный вопрос — что является основным регулирующим механизмом организации работы.
- Образ учреждения, (политика, цели направленность).
- Причины проблем.
- Цели изменения.
- Как привносятся изменения.
- Кто этим занимается.

1. Бюрократическая модель

Центральный вопрос: правила и процедуры.

Образ учреждения: Точно регулируемая иерархия: главный врач — персонал (врачи, медсестры, младший персонал) — пациенты.

Причины проблем: отсутствие ясных инструкций для персонала или неспособность персонала следовать инструкциям.

Цели изменения: Заранее предусматривающие возможные сложности инструкции, описывающие все, что может произойти.

Как привносятся изменения: Выработка лучших инструкций для персонала, которым они должны следовать, проверка правильного следования инструкциям, дисциплинарное воздействие на тех, кто не следует инструкциям.

Кто этим занимается: администраторы, старшие медсестры, внутренние или внешние проверяющие.

2. Образовательная модель ⁹

Центральный вопрос: члены персонала являются носителями информации, знания и навыков.

Образ учреждения: поле рационального приложения знаний и навыков.

Причины проблем: отсутствие необходимых знаний, информации и навыков.

Цель изменения: персонал должен обладать соответствующими практическими и теоретическими навыками, уметь их применять.

Как привносятся изменения: обучение через лекции, семинары, журнальные разделы, конференции, практические воркшопы и тренинги.

Кто этим занимается: медсестры, преподаватели, врачи.

3. Бихевиоральная модель

Центральный вопрос: способ, которым поведение или желание от всех членов института, детерминированы очевидными или неочевидными вознаграждениями и наказаниями.

Образ учреждения: площадка для модификации поведения через вознаграждения и наказания.

Причины проблемы: нежелательное поведение было вознаграждено или нежелательное поведение не было вознаграждено или было наказано, например, внимание давалось только пациентам, создававшим наибольшие сложности в палате.

Цель изменения: добиться того, чтобы желательное поведение пациентов или персонала позитивно подкрепляется (награждается), а нежелательное — нет.

Как привносятся изменения: решить или обсудить с другими, что устанавливает желательное поведение и проинструктировать ответст-

⁹ Образовательная модель подразумевает лечение как процесс обучения. Например, агрессивное или слишком уступчивое поведение рассматривается как отсутствие навыка уверенного поведения, в качестве решения проблемы используется тренинг навыков уверенного поведения. Или же для предотвращения обострений и дополнительных госпитализаций используется тренинг управления симптомами болезни, при котором пациент научается распознавать появляющиеся симптомы болезни и принимать меры по их предотвращению.

венных лиц, как и когда давать вознаграждение или не давать его. Определение рамок поведения и обсуждение их с лицами, ответственными за вознаграждение и наказание.

Кто этим занимается: психологи и медсестры.

4. Психодинамическая модель

Центральный вопрос: мотивы, чувства, фантазии, особенно бессознательные.

Образ учреждения: контейнер для проекций, вызывающих тревогу чувств и импульсов, например, агрессивных или сексуальных импульсов всех обитателей, пациентов или персонала и социума.

Причины проблем: защиты против тревоги начинают работать в институциональных привычках и практиках.

Цель изменения: повысить осведомленность и понимание бессознательных страхов и тревог, уменьшить количество процедур, отрицающих чувства, больше толерантности в принятии чувств и фантазий.

Как привносятся изменения: создать площадку, на которой персонал способен к исследованию и обсуждению своих реальных переживаний, интерпретация, скрывающихся за ними тревог, и институциональная защита против них.

Кто этим занимается: психодинамически подготовленные члены персонала или внешний консультант.

5. Системная модель

Центральный вопрос: первичная задача института, от которой зависит выживание — это структура и границы взаимоотношений между различными частями института.

Образ учреждения: живая система с входом (больными людьми), процесс трансформации (лечение) и выходом (благополучных людей).

Причины проблем: отсутствие соглашения или ясности по поводу основной задачи, границ, между различными частями института, отсутствуют или слишком ригидные. Проблемы в одной части организации рикошетят по другим частям.

Цель изменения: прояснение задач и ролей, которые соответствуют потребностям и доступным навыкам. Представляют приемлемые границы между задачами и функциями индивидуумов и групп.

Как привносятся изменения: исследования действий, концептуальный анализ, консультации с ключевыми членами института.

Кто этим занимается: консультанты по управлению, социальные исследователи, управляющий персонал больницы.

6. Модель терапевтического сообщества

Центральный вопрос: пространство опыта проживания или пребывания в институте используется для терапевтических целей.

Образ учреждения: сообщества взаимозависимых индивидуально-стей и групп.

Причины проблемы: невозможность вовлечения персонала и пациентов как активных участников в процесс лечения. Невозможность создать адекватное собрание, адекватный форум для обмена информацией и принятия решений.

Цель изменения: Открытые каналы коммуникаций между всеми членами института, разделение процесса принятия решений как можно шире, создание исследовательской культуры, культуры самопознания и самопомощи.

Как привносятся изменения: создание и развитие социальных структур, в которых вышесказанное может происходить (такие как собрание палаты, группы персонала), катализатор привнесения индивидуумов и групп в отношения, контейнирование собственной и чуждой тревоги, предоставление моделей другим.

Кто этим занимается: психиатры, медсестры, психологи, прошедшие групп-аналитическую подготовку или имеющие другой релевантный опыт.

7. Правозащитная модель

Центральный вопрос: права и свободы пациентов, качество жизни, институциональные нормы и практики.

Образ учреждения: самосохраняющиеся, закрытое сообщество.

Причины проблем: изоляция и недоступность институционального ведения к развитию и социально патологическая культура, сопротивляющаяся изменениям.

Цель изменения:

Мягкая версия: увеличение осведомленности персонала об институциональных нормах и практиках и организация нормы жизни резидентов как можно ближе к нормальной жизни за пределами института.

Жесткая версия: институты рассматриваются как в принципе базово не способными к изменениям. Этот вариант предполагает изменения системы в обществе в целом (пример: Италия, Норвегия).

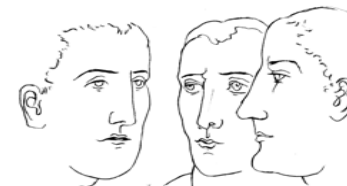
Как привносятся изменения: представление мониторинг вреда, наносимого институтами и практиками, влияние на лиц, принимающих решения, проведение компаний и реформ.

Кто этим занимается: профессионалы в области душевного психического здоровья с реформистскими идеями и рвением (пример: Багалия) и организации добровольцев.

Терапевтическое сообщество может сочетать в себе одну или несколько из описанных форм организации работы персонала, например, первые, наиболее известные модели терапевтических сообществ Максвелла Джонса (Henderson Hospital) и Уилфреда Биона — Джона Рикмана (1 Нордфилдский эксперимент), Фукса, Бридгера, Мэйна (2 Нордфилдский эксперимент) являлись, соответственно, образовательной (Джонс) и психодинамической (Бيون — Рикман и Фукс, Бридгер, Мэйн) моделью.

В настоящее время существует целая сеть ТС, объединенных в международную ассоциацию ТС. Одной из важнейших задач ассоциации является изучение эффективности деятельности ТС, в том числе экономической, на основе доказательной медицины. Показана безусловная экономическая эффективность помощи в ТС в системе тюрем, а также для людей с личностными и поведенческими расстройствами.

Опыт развития ТС в других странах показывает, что наиболее успешной моделью развития ТС оказалась модель, при которой ТС рассматривается как форма лечения, внутри которой возможны индивидуальная, групповая или семейная форма работы, в которую могут быть включены различные теоретические модели лечения, такие как психоаналитическая, групп-аналитическая, социального научения, системная, когнитивная психотерапия и другие.



Методика тренинга социальных навыков

Психосоциальная реабилитация людей, страдающих психическими заболеваниями, в нашей стране является относительно новым видом лечебно-реабилитационного вмешательства. Формирование у таких больных способностей к самостоятельному, полноценному функционированию в обществе является очень сложной задачей, решение которой возможно только совместными усилиями специалистов — врачей-психиатров, клинических психологов, психотерапевтов, социальных работников.

Одной из форм психосоциальной реабилитации является тренинг социальных навыков. Утрата или изначальное отсутствие этих навыков могут иметь несколько причин. Основная из них кроется в самом заболевании и его вторичных факторах (например, быстрая утомляемость). Важную роль играют также длительные госпитализации (не менее двух-трех месяцев) и гиперопека со стороны родителей или других родственников. Все это приводит к тому, что человек, страдающий психическим заболеванием, даже находясь в состоянии стойкой ремиссии, оказывается неспособным к самостоятельной, полноценной жизни в обществе.

Целью нашей работы явилась разработка методики тренинга социальных навыков для лиц с серьезными психическими нарушениями и ее апробация для дальнейшего практического применения. Проведение такого тренинга, с нашей точки зрения, может способствовать социально-психологической адаптации или реадaptации этих людей.

Задачи, которые ставились в процессе разработки методики тренинга, можно условно разделить на три группы:

1) приобретение навыков общения. Необходимо, чтобы в ходе тренинга участники учились преодолевать трудности общения с другими людьми в самых разных ситуациях (на улице, в транспорте, в магазине, на работе, дома); продуктивно разрешать сложные, конфликтные ситуации, самостоятельно принимать решение и уверенно воплощать его в жизнь в рамках социально приемлемого поведения;

2) выработка социально-бытовых навыков — приготовления пищи, а также мытья посуды, стирки, уборки и др.;

3) приобретение навыков самостоятельной жизни. Под этим в данном случае понимаются умение заполнять квитанции для оплаты коммунальных услуг, пользоваться услугами различных служб, реализация льгот, поведение в экстремальных ситуациях и др.

Как уже отмечалось выше, разделение задач тренинга на группы условно, поскольку приобретение любой группы навыков способствует развитию самостоятельности, чувства ответственности, компетентности и уверенности в своей способности самостоятельно, продуктивно функционировать в обществе.

Участниками тренинга являются люди с серьезной психической патологией, главным образом с шизофренией, нуждающиеся в социально-психологической помощи. **Противопоказаниями** к участию в тренинге служат острое психотическое состояние, высокий уровень тревожности, неспособность контролировать свое поведение. Кроме того, не рекомендуется включать в число участников больных с выраженными дефектами в познавательной и эмоционально-личностной сферах (например, грубое интеллектуальное снижение, враждебная установка по отношению к другим людям).

Методической основой тренинга являются **принципы групповой психологической работы**, которые одновременно представляют собой правила для участников тренинга. С точки зрения эффективности и пользы психологического воздействия они являются важным условием проведения занятий. Их следует разобрать на первых занятиях. Перечислим наиболее важные.

Принцип уважительного и внимательного отношения друг к другу. Это предполагает, что участники тренинга должны внимательно слушать говорящего, не перебивать, не перешептываться, а, напротив, стараться делиться своими чувствами и мыслями со всей группой.

Принцип активности. Ведущие объясняют участникам, что эффективность тренинга для каждого напрямую зависит от его активного участия и вовлеченности в групповую работу. Имеют значение степень отнесения к себе высказываний больных и их искренность. Например, более продуктивным с психологической точки зрения будет высказывание «мне хочется, чтобы меня кто-нибудь любил и заботился обо мне», а не «всем хочется, чтобы их любили и заботились о них».

Принцип «здесь и теперь» тесно связан с предыдущим. С целью формирования вовлеченности в групповую работу, т.е. эмоционально-

го проживания того, что происходит во время занятия, ведущие обращают внимание членов группы на возникающие у них чувства и мысли. Подчеркивается важность психологической работы с тем, что волнует участников тренинга в настоящий момент — на занятии.

Особое место в перечне правил групповой работы занимает *принцип конфиденциальности*. Это предполагает, что все, что участники и ведущие тренинга говорят и слышат на занятии, не выносится за пределы группы. Ведущим необходимо подробнее обсудить с участниками, что именно не следует выносить за ее пределы по этическим соображениям, а чем можно поделиться с близкими людьми, родственниками, друзьями. Например, информацию, которую сообщают о себе участники (события из их личной жизни, чувства, мысли), не следует разглашать без их согласия. В то же время своими впечатлениями, чувствами и мыслями можно делиться с любым человеком как в группе, так и вне занятий.

Организация тренинга. Тренинг может проходить на базе психиатрической больницы, психоневрологического диспансера или в любом другом учреждении, где есть помещение, оборудованное для подобных мероприятий. Программа состоит из 12 занятий (одно занятие в неделю) продолжительностью 90 минут. Следует отметить важность соблюдения структуры групповой работы: время и место проведения не должны меняться от занятия к занятию. Стабильность способствует снижению тревожности и формированию доверительной, доброжелательной атмосферы в группе. С той же целью занятия должны проводиться в закрытой группе, т. е. после начала цикла (одного — двух занятий) новые участники не должны приниматься. Состав группы — 8–12 человек.

При наборе участников тренинга обязательным условием является их психолого-психиатрическое обследование, которое проводят врач-психиатр и клинический психолог. На основе данных анамнеза, психического состояния в настоящий момент и индивидуально-психологических особенностей больного решается вопрос о его включении в группу. Кроме того, в ходе обследования специалисты выявляют проблемы, трудности больного, которые могут быть решены в рамках данной реабилитационной программы. Выявляются также сохранные стороны познавательной и эмоционально-личностной сфер больного, на которые можно опереться в ходе тренинга. Например,

хорошая память или способность к эмпатии, т. е. сопереживанию, сочувствованию, может помочь психологу в формировании или восстановлении у больного социальных навыков. Некоторая часть времени психологического обследования должна отводиться индивидуальному консультированию, когда психологи, являющиеся одновременно ведущими тренинга, устанавливают с больным партнерские отношения, мотивируют его на активное сотрудничество, объясняют цели и задачи тренинга. Исходным условием при включении больного в группу является его желание участвовать в тренинге и готовность к сотрудничеству с ведущими.

В связи с тем, что цикл занятий непродолжителен (около трех месяцев), группа должна быть относительно однородной по нозологической принадлежности и по степени социальной адаптивности. Число мужчин и женщин должно быть примерно равным, возраст может варьироваться от 20 до 45 лет. Кроме того, в группу должны подбираться люди с разными моделями поведения, что позволит участникам расширить диапазон собственных поведенческих реакций, а также развить новые, более эффективные способы поведения.

Тренинг проходит в три этапа: начальный, основной и завершающий.

Начальный этап (1–2 занятия) посвящен знакомству, формированию групповой сплоченности и созданию доверительной атмосферы в группе.

В структуру *основного этапа* входят три части в соответствии с представленными выше задачами. Первая часть (6–7 занятий) направлена на формирование **навыков общения**, вторая часть (2–3 занятия) — на формирование **социально-бытовых навыков**, третья часть («образовательно-информационная» — 2–3 занятия) — на формирование **навыков самостоятельной жизни**.

На *завершающем этапе* (1–2 занятия) подводятся итоги проведенной работы, обсуждается возможность применения приобретенных навыков в последующей жизни, проводятся упражнения, позволяющие позитивно расстаться с группой.

Таким образом, в рамках каждой части основного этапа решаются свои задачи, что требует соответствующих условий для занятий. Так, первая часть проводится в зале, оборудованном для занятий групповой психотерапией. Участники и ведущие располагаются в креслах по кру-

гу, что способствует установлению контакта и максимальной вовлеченности в групповую работу. Для проведения кулинарных занятий необходимы кухонные принадлежности и соответствующее оборудование.

Для решения поставленных задач на каждом этапе тренинга применяются **специальные упражнения, психологические приемы**.

Например, первое занятие начинается с упражнения «Паутинка». Оно проводится следующим образом: участники группы по кругу передают клубок ниток и каждый, взяв его в руки, называет свое имя и сообщает что-нибудь о себе. Таким образом происходит знакомство. Все участники становятся связанными единой нитью, что помогает ощутить себя членом группы и включиться в групповую работу.

На следующем — основном этапе, каждое занятие состоит из ритуала встречи, основной части и ритуала прощания. Занятия также начинаются с «Паутинки», которая становится *ритуалом встречи* и началом занятия. Упражнение видоизменяется в соответствии с новой целью (включиться в работу, сосредоточиться на том, что происходит «здесь и теперь»). Участники так же передают клубок и оказываются связанными нитью, но теперь говорят о том, с каким настроением пришли на занятие, чего ожидают от него, что чувствуют, о чем думают сейчас и т.п.

Заканчиваются занятия *ритуалом прощания*, когда участники подходят друг к другу, пожимают руку, говоря при этом: «Спасибо за хорошо проведенное время». Затем все стоят в кругу, держась за руки, и несколько секунд молчат, сосредоточившись на том, что занятие закончилось и группа расстается до следующей недели.

Ритуалы встречи и прощания являются важной частью тренинга. Выполнение первого из них помогает участникам тренинга сосредоточиться на занятии и настроиться на работу. Выполнение второго предполагает эмоциональное и логическое завершение каждого занятия. Ритуалы структурируют занятия. Они, так же как и постоянство пространственно-временных характеристик тренинга и состава группы, способствуют снижению тревожности и формированию безопасной, располагающей к доверию атмосферы.

После ритуала встречи на занятиях, посвященных формированию навыков общения, с целью *разминки* и создания «рабочего» настроения применяются телесно-ориентированные упражнения и арт-техники.

Телесно-ориентированные упражнения способствуют снятию телесной и эмоциональной напряженности, подготавливая к дальнейшей работе, которая происходит уже в рамках вербального взаимодействия. Они выполняются как в парах, так и всей группой. Например, при выполнении упражнения «Цепочка» все участники встают друг за другом, первый двигается в определенном ритме, выполняя какое-либо движение рукой или ногой, и все должны двигаться в таком же ритме, повторяя за ним то же движение. Затем ведущий меняется. Таким образом, каждый участник исполняет роль то ведущего (активного, ответственного за движение всей группы), то ведомого (пассивного, подчиненного).

Парные телесные упражнения направлены на психологическую проработку межличностных отношений в группе. Например, упражнение «Давление» позволяет проработать на телесном уровне отношения соперничества, лидерства в группе. Участники в парах встают лицом друг к другу и, согнув руки в локтях, давят на ладони соперника; проигрывает тот, кто делает шаг назад. Это упражнение может вызвать сильные эмоции у участников группы (радость победы или, напротив, чувство вины, гнев, досаду), поэтому ведущие должны быть крайне внимательны к психологическому состоянию каждого участника.

После выполнения любого упражнения проводятся его обсуждение и анализ, участники тренинга делятся своими чувствами и мыслями, например, как ощущали себя в роли ведущего или ведомого, что чувствовали, когда выигрывали или проигрывали, и пр.

Упражнения, применяемые в арт-терапии, мы также используем в целях подготовки группы к основной работе. Кроме того, это хороший способ эмоциональной экспрессии. Они дают возможность выразить в социально приемлемой форме накопившиеся чувства, переживания (в том числе и негативные), а также способствуют развитию самосознания и способности к сопереживанию. Одним из применяемых нами упражнений является «Групповой рисунок». Каждый участник берет лист бумаги, цветные карандаши и начинает рисовать то, что сочтет нужным. По сигналу ведущего начатый рисунок передается соседу, который продолжает его, как собственный. Упражнение длится до того момента, когда рисунки вернулись к начавшим их участникам. В конце упражнения каждый может либо изменить, либо оставить как есть по-

лученный в итоге рисунок. Затем происходит обсуждение впечатлений, реакций.

После разминки на занятиях, направленных на формирование навыков общения, происходит *выбор ситуации*, которая может быть предложена самими участниками или ведущими тренинга. Под ситуациями понимаются конкретные случаи из жизни участников, вызвавшие затруднения или приведшие к нежелательному исходу, в которых они действовали неэффективно или неадекватно, по причине чего чувствовали себя неудовлетворенными. Ведущие могут также предложить гипотетические проблемные ситуации, с какими может столкнуться каждый и которые легко представляются членами группы: знакомство с девушкой (молодым человеком), возвращение взятой в долг вещи, устройство на работу, обмен купленного товара и др.

При выборе ситуации ведущие должны обратить внимание участников на то, что в рамках тренинга не могут быть разрешены все трудности, с которыми им приходится сталкиваться в повседневной жизни. К таким тяжелым проблемам относится, в частности, гиперопека со стороны родителей, которая часто встречается в семьях психически больных людей и переживается ими как беспомощность, отсутствие независимости и самостоятельности. Однако на занятиях можно научиться путем изменения поведения и собственного отношения к происходящему продуктивно, самостоятельно и уверенно разрешать конкретные ситуации, за которыми стоит более глубокая и тяжелая проблема. Например, в данном случае за конкретными ситуациями неумения самостоятельно разрешить конфликт с продавцом в магазине или приготовить себе обед стоит более глубокая проблема родительской гиперопеки. На тренинге можно научиться продуктивно общаться в ситуации конфликта или готовить пищу и тем самым стать более независимым от родителей.

Ситуация *разыгрывается в ролевой игре* или просто *обсуждается* и анализируется на занятии всеми участниками. В любом случае они обсуждают ее, делятся собственным опытом, переживаниями, высказывают свое мнение относительно того или иного способа поведения и реагирования. Ведущие направляют процесс обсуждения, обобщают сказанное участниками, концентрируют внимание на важных с психологической точки зрения моментах.

Психически больные люди часто не имеют четкого представления о том, какие формы поведения являются социально приемлемыми, а какие обществом не одобряются. На занятиях совместно вырабатываются схемы более продуктивного, адаптивного и социально приемлемого поведения (по возможности приводящего к желаемому результату), которое отрабатывается в ролевой игре (при этом одна и та же ситуация проигрывается разными участниками).

Предполагается, что в ходе тренинга посредством разрешения конкретных ситуаций в ролевой игре или при групповом обсуждении участники приобретают навыки общения, которые впоследствии смогут распространить на новые ситуации, возникающие за пределами группы, в повседневной жизни.

Во второй и третьей частях основного этапа тренинга, посвященных формированию **социально-бытовых навыков и навыков самостоятельной жизни**, применения особых психологических приемов и техник не требуется. Однако ведущие должны организовать и структурировать процесс обучения. В частности, на кулинарных занятиях обязанности по приготовлению пищи, мытью посуды и уборке должны быть распределены таким образом, чтобы каждый мог попробовать себя в разных видах деятельности. Так, у каждого из участников появляется возможность понять, что у него получается хуже всего, и впоследствии развить нужный навык. При этом роль преподавателя не обязательно берут на себя ведущие. Занятие должно быть организовано так, чтобы участники, у которых получается что-то лучше, чем у других, пробовали помогать отстающим, обучать их. Подобная организация тренинга способствует развитию взаимопонимания и поддержки у членов группы, а также чувства ответственности и самостоятельности.

В образовательно-информационной части тренинга с целью формирования навыков самостоятельной жизни ведущие обсуждают с участниками поведение в экстремальных ситуациях (при пожаре, дорожно-транспортном происшествии, нападении). Кроме того, они объясняют, как оформить «Социальную карту москвича» и как ею пользоваться, — эта информация необходима, поскольку большинство участников тренинга находятся на инвалидности. Говорится также о необходимости иметь под рукой телефоны экстренных служб, участкового врача, психоневрологического диспансера и других учреждений. В ходе занятий

члены группы учатся заполнять квитанции на оплату коммунальных услуг. Все эти довольно простые навыки во многом способствуют более полноценной жизни психически больного человека.

После окончания цикла у членов группы могут возникнуть чувство незавершенности, покинутости, одиночества и другие сильные эмоциональные реакции. Поэтому на *завершающем этапе* тренинга для минимизации подобных эффектов и формирования позитивного настроения теме расставания должна быть посвящена значительная часть времени. На этом этапе применяются психологические техники, позволяющие участникам подвести итоги проведенной работы и позитивно расстаться с группой. Можно использовать следующее упражнение: все закрывают глаза и представляют, что тренинг закончился, каждый возвращается домой, вспоминая, что было на занятии, и думает, чего не сказал в группе, хотя и хотел. После этого участникам предоставляется возможность высказаться: все открывают глаза и по кругу говорят, с чем ушли бы с занятия.

Несмотря на то, что представленная нами программа была реализована на практике недавно (мы провели два цикла по 12 занятий), уже сейчас можно говорить о некоторых положительных результатах.

Прежде всего, на наших занятиях психически больные люди получают возможность поделиться своими чувствами, мыслями, опытом с другими участниками, услышать их мнения и рекомендации. Все это способствует развитию эмпатии, лучшему пониманию себя и других людей, а также внимательному, уважительному отношению друг к другу.

Разыгрывание ситуаций в форме ролевой игры способствует расширению репертуара поведенческих реакций и формированию продуктивных, социально приемлемых форм поведения. К концу цикла занятий члены группы чаще занимают активную позицию в преодолении своих трудностей, становятся более самостоятельными и социально компетентными.

Кроме того, в ходе тренинга развивается произвольная регуляция поведения, т.е. участники в большей степени начинают контролировать свои действия, чаще задумываются о последствиях или, наоборот, ретроспективно анализируют свое поведение, пытаются понять, что стало причиной той или иной реакции окружающих.

Происходит расширение социальных сетей, восстанавливаются утраченные и формируются новые социальные контакты.

Разработанная нами методика тренинга социальных навыков способствует повышению уровня социальной адаптации и общей удовлетворенности своим существованием у людей с психическими расстройствами, что помогает им полноценно функционировать в обществе.



КОНТАКТЫ

Региональная благотворительная организация
Центр социально-психологической и информационной поддержки
психически больных и членов их семей
«СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Свяжитесь с нами!

Адрес организации: 117152, Москва,
Загородное шоссе, дом 2, корпус 2
Телефон: 952-89-29, Факс: 952- 92- 01
E-mail: vsyastrebov@gmail.com
tama_sol@mtu-net.ru

<http://www.familymh.org>