

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ  
ФГБОУ ВО «СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ  
ГБУЗ АО «АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

**I МУРАТОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД:  
КОМПЛЕКСНОСТЬ,  
ИНТЕГРАЦИЯ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ**

Материалы региональной научно-практической  
конференции по психиатрии,  
посвященной памяти профессора И.Д. Муратовой

Архангельск  
2016

УДК 616.89  
ББК 56.14  
М 91

**Редакционная коллегия:** доктор медицинских наук, профессор *Н.Н. Петрова*, доктор медицинских наук, профессор *А.Г. Соловьев*, *Э.Р. Коноplenko*, *В.А. Яшкович*, *А.В. Андреева*

*Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Северного государственного медицинского университета*

**I Муратовские чтения. Междисциплинарный подход:**  
М 91 **комплексность, интеграция, взаимодействие:** сборник материалов региональной научно-практической конференции по психиатрии, посвященной памяти профессора И.Д. Муратовой. – Архангельск, 12–13 октября 2016 г. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. – 122 с.

Сборник материалов региональной научно-практической конференции по психиатрии, посвященной памяти профессора И.Д. Муратовой «I Муратовские чтения. Междисциплинарный подход: комплексность, интеграция, взаимодействие» включает работы специалистов в сфере охраны психического здоровья – врачей психиатров, психиатров-наркологов, семейной медицины, а также психологов, специалистов по социальной работе и представителей общественных организаций по реабилитации лиц с психическими расстройствами.

**УДК 616.89**  
**ББК 56.14**

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Соловьев А.Г., Андреева А.В., Конопленко Э.Р.</i> Первые Муратовские научные чтения в память о профессоре психиатре Изиде Даниловне Муратовой .....	8
<i>Абрамов В.А., Абрамов В.А.</i> Тренинг ассертивного поведения как метод преодоления самостигмы у больных шизофренией .....	12
<i>Абрамов Ю.В., Конопленко Э.Р., Амосов В.А.</i> О вопросах организации и результатах мониторинга оценки удовлетворённости пациентов оказываемыми медицинскими услугами в ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница» .....	14
<i>Андреева Е.А., Резвый Г.Г.</i> Интеграция психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения: роль непрерывного медицинского образования .....	17
<i>Ашуров З.Ш. , Шин З.В. , Ким Д.П.</i> Клинико-психопатологические особенности аддиктивных расстройств у больных с девиантным поведением и их родственников .....	18
<i>Бабарахимова С.Б., Искадарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.</i> Психопатологические нарушения у подростков с интернет-аддикцией .....	19
<i>Бабарахимова С.Б., Искадарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.</i> Клинико-динамические особенности аффективных расстройств на этапах развития нервной анорексии .....	23
<i>Бекетова Е.Н, Гузенко О.А.</i> Разработка методических рекомендаций для медицинских сестер психиатрического стационара .....	26
<i>Власюк О.А., Бекетова Е.Н.</i> Милиотерапия как фундаментальный аспект лечебного процесса на примере 8 отделения (смешанного психиатрического) .....	29

<i>Волова Т.Л.</i> Особенности психического развития детей раннего возраста в условиях специализированного дома ребенка .....	34
<i>Герасимчук М.Ю.</i> Интегративный подход в диагностике и терапии аффективных расстройств.....	36
<i>Гермидер Н.В.</i> Опыт психокоррекционной работы с пациентами отделения первого психотического эпизода ГБУЗ АО «АКПБ».....	38
<i>Губарец Д.Ю., Зыков А.А.</i> Опыт проведения стационарного этапа реабилитации пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью в реабилитационном блоке центра психонаркологической помощи ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница» .....	40
<i>Гузенко О.А.</i> Роль общественной организации АРОО «Мост» в оказании помощи лицам с ментальными особенностями.....	44
<i>Еремеева А.А.</i> Современные социально-психологические аспекты потребления психоактивных веществ в подростковом возрасте.....	46
<i>Жукова Д.И., Балин В.Д., Джанаева Л.В.</i> Перфекционизм при обсессивно-компульсивном расстройстве личности .....	50
<i>Зелянин А.Н.</i> Организационная и практическая составляющая кабинета антикризисных состояний. Текущая ситуация и перспективы.....	53
<i>Зубарева Н.С.</i> Расширение роли сестринского персонала в профессиональной деятельности (на примере работы школы психического здоровья).....	56

<i>Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В.</i> Индивидуально-типологические и характерологические особенности агрессивного поведения в молодёжной среде.....	57
<i>Игнатова Ю.А., Новикова И.А.</i> Оказание помощи лицам с тревожными расстройствами через интеграцию психиатрического и общесоматического подходов.....	60
<i>Кишкин Н.В.</i> Философский и биоэтический аспекты взаимоотношений в системе «врач – пациент».....	64
<i>Конопленко Э.Р.</i> Состояние и направления развития психиатрической службы в Архангельской области.....	66
<i>Коровкина И.В., Гузенко О.А.</i> Непрерывное образование среднего медицинского персонала в ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница».....	69
<i>Кралько А.А., Осипчик С.И.</i> Особенности распространенности потребления алкоголя среди пациентов соматических стационаров.....	72
<i>Кузавков А.В., Берёзкин Д.В.</i> Опыт совместной работы специалистами разного профиля кризисно-профилактического отделения с телефоном доверия ЦВЛ «детская психиатрия» им. С.С. Мнухина на примере отдельного клинического случая.....	76
<i>Куликова О.С.</i> Ригидность / гибкость когнитивного контроля как фактор социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении.....	79

<i>Ларькова Н.В.</i> Развитие реабилитационного направления в ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница» на примере работы кабинета психосоциальной реабилитации. Междисциплинарный подход .....	83
<i>Лысюченко П. Н., Белоусова Е. М.</i> Профилактика синдрома эмоционального выгорания специалистов, занятых в области здравоохранения, на примере ГБУЗ АО «АКПТД» .....	86
<i>Любов Е.Б.</i> Целостная оценка пролонгированной формы атипичного антипсихотика: биопсихосоциальный подход.....	88
<i>Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л.</i> Факторы риска эпизодов аутоагрессии в среде осужденных-рецидивистов .....	90
<i>Некрасова М.В.</i> «Нужные слова» – инструмент помощи детям больных родителей. Опыт в Норвегии, перспективы в Архангельске .....	94
<i>Немцов А.В., Шельгин К.В.</i> Январский урон регионов России .....	97
<i>Орлова И.В.</i> Особенности сестринского ухода за пациентами с психическими расстройствами в возрасте обратного развития.....	99
<i>Попова Е.С., Изумнова Е.Г., Сорокина Т.А., Воронцова И.А.</i> ВИЧ-инфекция в Архангельской области: вовлечение в эпидпроцесс пациентов с психическими расстройствами .....	100
<i>Поткина С.М.</i> Интернет-ресурсы для улучшения профилактики и лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами удаленных территорий Архангельской области.....	102

<i>Похвалина А.Ю., Карчевский А.В.</i> Основы психосоциальной работы в процессе реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами .....	104
<i>Соловьев А.Г., Голубева Е.Ю.</i> Ранняя диагностика психических расстройств у лиц пожилого возраста: роль семьи и социального окружения.....	106
<i>Суханова А.В., Бекетова Е.Н., Гузенко О.А.</i> Школа здоровья, как элемент санитарного просвещения по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни .....	109
<i>Фоминская О.Ф., Гузенко О.А.</i> Направления деятельности специализированной секции «Сестринское дело в психиатрии и наркологии Архангельской области».....	111
<i>Щукина Е.Г.</i> Поддержка психического здоровья женщин при кризисной беременности.....	114
<i>Яшкович В.А., Рыжкова Н.Н.</i> Поморская модель – тактика ведения ВОП пациентов с психическими расстройствами .....	119

**ПЕРВЫЕ МУРАТОВСКИЕ НАУЧНЫЕ ЧТЕНИЯ  
В ПАМЯТЬ О ПРОФЕССОРЕ ПСИХИАТРЕ  
ИЗИДЕ ДАНИЛОВНЕ МУРАТОВОЙ**

*Соловьев А.Г.<sup>1</sup>, Андреева А.В.<sup>1</sup>, Конопленко Э.Р.<sup>2</sup>  
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Архангельск<sup>1</sup>  
ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница», Архангельск<sup>2</sup>*

Имя профессора, заслуженного врача РФ Изиды Даниловны Муратовой (26.05.1928 – 28.11.2013) широко известно в отечественной психиатрии. Являясь одной из основательниц научной, клинической и педагогической психиатрической школы на Европейском Севере, она посвятила свою жизнь развитию кафедры психиатрии Архангельского государственного медицинского института (АГМИ, в настоящее время – кафедра психиатрии и психологии Северного государственного медицинского университета, СГМУ), воспитала плеяду учеников, ставших известными учеными, организаторами здравоохранения и гордостью вуза далеко за пределами региона.

На протяжении полувека основными направлениями научной работы И.Д.Муратовой являлись взаимоотношения шизофрении и шизофреноподобных психозов, этнонаркология, этнопсихиатрия и другие темы. Часть ее публикаций посвящена истории развития психиатрии, в т.ч. в годы Великой Отечественной войны, которую она пережила в Архангельске, будучи еще школьницей.

Биография Изиды Даниловны – образец советской отличницы: окончила школу с золотой медалью, в институте была сталинской стипендиаткой. Посвятить себя медицине она решила не сразу, сначала хотела быть педагогом. В дальнейшем желание удачно реализовалось в ходе преподавательской деятельности в медицинском вузе. В студенческие годы проявилось ее увлечение психиатрией. Изида Даниловна объясняла это следующим образом: «Психиатрия – это совершенно особый путь познания человека. Ее притягательная сила коренится в том, что она, по словам выдающегося отечественного психиатра С.С.Корсакова, «удовлетворяет чрезвычайно многим



потребностям ума», она одна из всех медицинских наук ставит врача близко к вопросам философии, психологии, языкознания, искусства и других гуманитарных наук».

Окончив АГМИ, И.Д.Муратова продолжила обучение в аспирантуре на родной кафедре психиатрии, которой заведовал профессор И.И.Лукомский – ученик выдающегося отечественного психиатра В.А.Гиляровского. Под руководством Иосифа Ильича она защитила в 1956 г. кандидатскую диссертацию «О роли нейродинамических галлюцинаций в генезе слуховых галлюцинаций», а в 1971 г. – докторскую «Клиника и течение психозов с синдромом Кандинского-Клерамбо» и в 1973 г. получила звание профессора. На ее докторскую диссертацию были получены положительные отзывы «цвета советской психиатрической науки»: заслуженного деятеля науки, академика АМН СССР и Грузии А.Д. Зурабашвили, чл.-корр. АМН СССР А.А. Меграбяна; чл.-корр. АМН СССР Г.В.Морозова, профессоров А.А. Портнова, Т.Ф. Пападопулоса, Л.Л. Рохлина. Н.В. Иванова, Б.Д. Фридмана, Ф.Ф. Детенгофа, А.М. Халецкого, В.Н. Белоусовой, А.К. Ануфриева, Я.И. Чехович и др.

Известный историк – профессор СГМУ Г.С. Щуров вспоминал: «Диапазон размышлений Изида Даниловны отличается большой широтой и глубиной. Она размышляет о Боге и ноосфере, космическом информационном поле и о том, что первично в эволюции нашей Вселенной – информация или «сгустки материи»; о жизни и смерти, «жизни после жизни» и «жизни до жизни», о биологической и космической этике, тайнах человеческой психики, творчества и искусства, «о гениальности и безумии», «о безумной мудрости» и «мудрости безумия» и о многом другом. Она «беседует» с Юнгом, Фрейдом, Роузом, Грофом, Ясперсом, Достоевским, Дали, Ницше, Рерихом, Менем, Лихачевым, Выгодским, Ломброзо, Нискером, Вернадским, Казначеевым, физиками и астрофизиками Кобозевым, Чернетским, Девисом, философами, социологами, культурологами и этнологами...»

В своих размышлениях Изида Даниловна писала: «...без постоянного вопросительного отношения к жизни нельзя быть настоящим профессионалом – психиатром...», еще раз подтверждая тот факт, что она не только впитала, но и реализовала лучшие традиции отечественной психиатрической школы.

Будучи главным психиатром Архангельской области, И.Д. Муратова вела активную практическую деятельность по расширению психиатрической службы, строительству специализированной больницы, созданию центра судебной психиатрии. Она была инициатором организации экспедиционного обслуживания психонаркологического контингента Ненецкого автономного округа. Профессором Муратовой было разработано «Положение о психонаркологической экспедиции в Ненецкий автономный округ» и новые методические подходы к изучению распространенности психических и наркологических заболеваний у малых народностей Севера. Внедрение этого метода дало очевидные практические результаты: уточнена распространенность и структура психических заболеваний и алкоголизма в Ненецком автономном округе, в т. ч. у ненцев.

Профессор И.Д.Муратова считала основным разделом своей работы анализ и обобщение состояния, организации психиатрической службы, с которой она была связана почти 50 лет. Кадровая политика, учеба, усовершенствование врачей, их аттестация, внедрение новых методов лечения – это тоже было ее заботой. При ее участии ежемесячно проводились клинические конференции в психиатрических больницах, ежегодно – итоговые научно-практические областные семинары, организовывались выездные семинары и лекции. Она была активным лектором общества «Знание», председателем Архангельского общества трезвости.

Научная работа И.Д.Муратовой развивалась в соответствии с запросами практики и законами клинического познания психических заболеваний, что совершенствовало диагностические и лечебные подходы. Под руководством Изиды Даниловны коллектив кафедры изучал нервно-психическое состояние здоровья самых значимых групп населения – моряков, строителей, рыбаков, рабочих гидролизного производства, а также студентов и учащихся Архангельской области. По результатам работы составлялись методические рекомендации, которые получали разрешение на внедрение в практику лечебных учреждений на краевом и республиканском уровнях. За время ее заведования кафедрой в АГМИ были защищены четыре докторских и восемь кандидатских диссертации по психиатрии и наркологии.

Важное место в учебном процессе и истории кафедры психиатрии АГМИ – СГМУ занимал Музей творчества душевнобольных,

у истоков которого стояла профессор Муратова. На практических занятиях в Музее удачно сочетались проблемный, эвристический и исследовательский методы обучения. Часть копий работ из коллекции представлена в книге «Если держит руль только эта боль...» [1] – наглядном результате многолетних исследований И.Д.Муратовой.

Находясь на заслуженном отдыхе, Изида Даниловна нередко приходила в Музей истории медицины Европейского Севера, где под ее чутким руководством были оцифрованы десятки фотографий по истории архангельской психиатрии. Изида Даниловна бережно хранила память о своих учителях, особую ценность имеют документы военного времени. По ее инициативе были обработаны материалы о профессоре И.И.Лукомском, состоялся ряд встреч с его родственниками и коллегами из разных городов.

Изида Даниловна ушла из жизни тихо, оставив о себе самые лучшие воспоминания. Для многих сотрудников и выпускников АГМИ – СГМУ профессор И.Д.Муратова – не просто наставник и выдающийся педагог, ученый, о ком они написали воспоминания в книгу «Слово об Учителе», подготовленную к изданию в честь ее 85-летия [2]. Авторы книги единодушны во мнении, что она – удивительный Человек редкого душевного обаяния, доброты и скромности, высочайшей культуры и интеллекта. Книга представлена на сайте СГМУ и готовится к дополнительному переизданию.

В память о профессоре Изиде Даниловне Муратовой учреждаются Муратовские научные чтения.

### **Литература.**

1. Если держит руль только эта боль...: Изобразительное творчество душевнобольных / П.И. Сидоров, И.Д. Муратова. – Архангельск: Издательский центр АГМУ, 2000. – 119 с.

2. Слово об Учителе (к 85-летию со дня рождения профессора Изиды Даниловны Муратовой) / авт.-сост.: П.И.Сидоров, А.Г.Соловьев, А.В.Андреева. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2013. – 155 с.

# ТРЕНИНГ АССЕРТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК МЕТОД ПРЕОДОЛЕНИЯ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Абрамов В.А., Абрамов В.А.*

*Кафедра психиатрии, наркологии и мед. психологии ДонНМУ,  
Донецк, ДНР*

Самостигматизация больных шизофренией представляет собой процесс субъективного приписывания своей личности представлений о «дефектности», потере своей ценности, чувства собственного достоинства и неотделимости от психической болезни. Это проявляется в признании больными себя как недостаточной, для уважительного к себе отношения со стороны окружающих, личности. Нами был разработан комплекс мер по преодолению самостигмы у больных шизофренией. Одним из таких методов является тренинг ассертивного поведения.

Тренинг ассертивного поведения обеспечивает независимость от внешних (стигматизирующих) влияний и оценок, способность самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него. Для этого определяется специфический спектр дезадаптивных для больного ситуаций и поведенческих реакций. Повышение ассертивности (уверенности, компетентности) достигается в процессе использования следующих процедур: 1) приобретение навыков реагирования (вербальные и невербальные компоненты ассертивности); 2) воспроизведение реакций – отработка новых реакций в ролевой игре или специальных упражнений; 3) совершенствование реакций – придание новому поведению непринужденности и устойчивости; 4) когнитивное реструктурирование – критический анализ иррациональных представлений, препятствующих ассертивности, и приобретение знаний, усиливающих ассертивность.

Использовались две техники суппортивной терапии:

1. Техника улучшения социальной перцепции включала видение больным актуальной ситуации взаимодействия с окружающими людьми и ее субъективную оценку, в большинстве случаев исполненную пессимистическим атрибутивным стилем и переживанием самоотчуждения. Оказание поддержки в этой ситуации заключалось в том, что врач предоставляя свое здоровое Я для переработки ин-

формации. Это делало возможным соотношение восприятия ситуации больным с ситуацией реальной действительности. С соблюдением доверительных отношений врачом осуществлялась коррекция искаженной окружающей реальности (без давления и разубеждения), значения поступающей извне вербальной и невербальной информации, помощь в прогнозировании дальнейшего развития событий. Данный прием смягчал эмоциональное реагирование больного на сложившуюся ситуацию, ее негативно-враждебный оттенок, за счет разделения своих переживаний с врачом, актуализировал возможность альтернативной интерпретации ситуации, уменьшал ощущение собственной беспомощности и самоотчуждения.

2. Техника когнитивной дифференцированности заключалась в том, чтобы помочь больному разбить на фрагменты весь комплекс его проблем, обусловленных стигматизирующими (внутренними и внешними) факторами, что помогало больному увидеть каждую проблему в отдельности и решать их последовательно или избирательно. Такая техника позволяла снизить масштабность переживаний больных.

**Цель исследования:** оценить эффективность тренинга ассертивного поведения, как одного из методов борьбы со стигмой у больных шизофренией.

**Материалы и методы:** обследованы две репрезентативные в гендерно-возрастном и клиническом отношениях группы больных шизофренией со сформированной стигмой. Основная группа состояла из 40 больных, которые, помимо стандартного медикаментозного лечения традиционными нейролептиками и атипичными антипсихотиками, принимали участие в дестигматизационной психотерапевтической программе. Группу сравнения составляли 25 больных, получавших только медикаментозное лечение.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации изучались с помощью оригинальной шкалы для оценки уровня самостигматизации (В. А. Абрамов), предназначенной для оценки отношения пациента к своему статусу психиатрического пациента, с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления.

**Результаты:** исходные показатели выраженности самостигмы для личностной сферы жизнедеятельности составили  $57,09 \pm 0,54$ , для со-

циальной сферы  $55,96 \pm 0,36$ , интегративный показатель –  $114,05 \pm 1,78$ . Анализ средних показателей выраженности самостигмы в основной группе больных показал статистически достоверное ( $p \leq 0,05$ ) уменьшение проявлений самостигмы как по интегративному показателю ( $79,4 \pm 1,23$ ), так и по характеру самооценок в социальной ( $38,04 \pm 0,28$ ) и личностной ( $41,36 \pm 0,31$ ) сферах, ассоциированными с переживаниями «жизни с болезнью». В основе этих изменений лежит процесс купирования у больных основных предпосылок к самостигматизации:

- 1) готовности к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных»;
- 2) готовности идентифицировать себя со стигматизированной группой;
- 3) принятия негативных представлений о личностных ресурсах этой группы и своих собственных возможностях.

В группе сравнения общие оценки жизнедеятельности в личностной ( $55,23 \pm 0,48$ ) и социальной ( $51,24 \pm 0,47$ ) сферах и интегративный показатель ( $106,47 \pm 1,64$ ) самостигмы существенных изменений в процессе традиционного лечения не претерпели, что отражает сохранение тенденции к негативной трансформации идентичности личности и стабильность проявлений самостигмы в случае традиционного терапевтического подхода.

**О ВОПРОСАХ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТАХ  
МОНИТОРИНГА ОЦЕНКИ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ  
ПАЦИЕНТОВ ОКАЗЫВАЕМЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ  
УСЛУГАМИ В ГБУЗ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ  
«АРХАНГЕЛЬСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

*Абрамов Ю.В., Конопленко Э.Р., Амосов В.А.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница», Архангельск*

В российской психиатрии интерес к проблеме субъективной удовлетворённости больного лечением в психиатрическом стационаре возник относительно недавно, но привлекает всё больший интерес,

стимулируемый происходящими реформами здравоохранения. Ориентировка на динамику психопатологической симптоматики как на единственный критерий удовлетворённости обслуживанием представляется сейчас слишком узкой концепцией. Собственное видение пациента становится центральным в оценке качества медицинского обслуживания.

Субъективная удовлетворённость больного в лечении – важный ориентир для организаторов здравоохранения, заинтересованных выявлением причин неудовлетворённости больных лечением и поиском ресурсов их устранения, а также стимулированием и дифференциацией в оплате труда персонала. Администрация учреждения получает возможность оценить деятельность учреждения в целом и отдельных структурных подразделений.

В ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница» с 2012 года проводится анкетирование пациентов в целях улучшения качества оказываемой помощи на основе изучения степени удовлетворённости пациентов оказываемыми медицинскими услугами.

Проведён подробный анализ результатов, полученных при анкетировании в динамике за четыре года. На совещании 02.03.2016 г. результаты мониторинга в виде презентации доведены до сведения администрации больницы, заведующих подразделениями, врачей, старших медицинских сестёр.

Комплексно рассмотрены следующие разделы: 1) вопросы организации мониторинга; 2) практическое исполнение приказа главного врача на уровне отделений больницы; 3) вопросы статистической обработки анкет; 4) анализ полученных результатов и их практическое применение на уровне отделений больницы; 5) выводы по мониторингу в целом по учреждению.

Основные выводы и замечания по состоянию на 01.01.2016 г.:

– Мониторинг оценки удовлетворённости пациентов оказываемыми медицинскими услугами организован и проводится в соответствии с распоряжениями МЗ Архангельской области от 12.11.2008 г. № 129-РО и от 27.02.2013 г. № 106-РО; с требованием ФЗ от 25.12.2008 г. № 273 «О противодействии коррупции»;

– Организация мониторинга и ответственные за его проведение

утверждены приказом главного врача ГБУЗ АО «Архангельская кли-  
ническая психиатрическая больница» от 08.12.2014 г № 1833;

– Кабинет медицинской статистики и информатики ежекварталь-  
но проводит анализ оценки удовлетворённости пациентов оказывае-  
мой медицинскими услугами в учреждении, результаты мониторинга  
доводит до сведения администрации и медработников учреждения;  
при необходимости результаты мониторинга выносятся на обсуж-  
дение на совещания при главном враче, на Медицинский совет, на  
Экономический совет и пр.

– Количество представленных анкет в целом по учреждению в 2015  
году практически достигло норматива (250 в квартал и 1000 в год);

– Должностным лицам, проводящим анкетирование, обращать  
внимание на полноту ответов пациентов; при необходимости разъ-  
яснять пациентам о сути поставленных вопросов; результаты анке-  
тирования представлять для заведующих отделениями;

– Наиболее часто отмечаются замечания по организации и каче-  
ству питания, санитарно-гигиенического состояния в отделениях;  
для принятия мер данные вопросы оперативно рассматриваются на  
совещаниях при главном враче, Совете по питанию и пр.;

– Практически нет случаев грубого отношения персонала к паци-  
ентам, что является, несомненно, положительным примером;

– В течение 2014-2015 г.г. не зафиксировано случаев приобрете-  
ния пациентами (за свой счёт) лекарственных препаратов и изделий  
медицинского назначения во время лечения в стационаре;

– Отмечается рост степени удовлетворённости пациентов ока-  
зываемыми медицинскими услугами к 2015 году – 49 % (2014 г. –  
43 %); первое полугодие 2016 года – 55%;

– Достижение пациентами ожидаемого результата лечения: 2014  
г. – 82,2%; 2015 г. – 83,1 %; первое полугодие 2016 года – 84,3 %.

Таким образом, представленная технология мониторинга по-  
зволяет сравнивать между собой работу отдельных подразделений,  
своевременно принимать административные и управленческие ре-  
шения, вносить коррективы в целом в работу психиатрического ста-  
ционара и его структурных подразделений. Все это, несомненно,  
должно повлиять на увеличение степени удовлетворённости паци-  
ентов оказываемой медицинской помощью.



## **ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РОЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

*Андреева Е.А.<sup>1</sup>, Резвый Г.Г.<sup>2</sup>*

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Архангельск<sup>1</sup>*

*Институт клинической медицины, Университет  
Тромсе – Арктический университет Норвегии, Тромсе, Норвегия<sup>2</sup>*

Согласно государственному образовательному стандарту послевузовской профессиональной подготовки в обязанности врача общей практики (ВОП) входит оказание помощи пациентам с психическими расстройствами. Основными компетенциями, которыми должен владеть ВОП при работе с пациентами являются управление процессом оказания первичной медицинской помощи, использование в работе с пациентом личностно-ориентированного подхода, целостное представление о пациенте и его состоянии с учетом биопсихо-социальной модели, культурных и экзистенциальных аспектов жизни людей.

Однако при профессиональной переподготовке по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» программой предусмотрено только 18 часов на модуль «Психиатрия» и 9 часов на циклах повышения квалификации (осуществляемых один раз в пять лет). Это недостаточно для овладения знаниями, умениями и навыками в сфере оказания помощи пациентам с психическими расстройствами и применения компетенций в реальной практике.

В настоящее время актуальным является развитие и внедрение непрерывного профессионального образования (НПО), целью которого является постоянное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также повышение профессионального уровня и расширение квалификации. При этом НПО представляет собой самостоятельное формирование врачом комплекса образовательных программ повышения квалификации и последующее дискретное освоение данного комплекса, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий и

электронного обучения, в течение 5 лет. То есть врач сам определяет те компетенции и навыки, совершенствование которых необходимо для его реальной практики.

Основной задачей международного российско-норвежского проекта «Улучшение оказания услуг в сфере психического здоровья в Архангельской области путем интеграции первичного и специализированного звена – развитие модели, ее внедрение и оценка» является повышение компетенции ВОП в сфере оказания помощи пациентам с психическими расстройствами. В настоящее время ведется разработка и адаптация диагностического инструмента ВОП по идентификации психических заболеваний. Продолжением работы станет создание клинических рекомендаций для ВОП по диагностике и оказанию помощи пациентам с психическими расстройствами.

## **КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**

*Ашуров З.Ш. , Шин З.В. , Ким Д.П.*

*Кафедра психиатрии и наркологии Ташкентской  
Медицинской Академии, Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность. Высокая социальная значимость проблемы аутоагрессии у аддиктов с девиантным поведением, значительный объем, а также сложность диагностики в виду отсутствия характерных проявлений, делают проблему диагностики суицидальных действий одной из наиболее актуальной в современной психиатрии и наркологии. Современный этап развития психиатрии и наркологии характеризуется существенным расширением и углублением проблемы девиантного поведения.

Цель настоящего исследования заключается в изучении феноменологии девиантного поведения больных аддиктивными расстройствами с суицидальными тенденциями и членов их семей с созависимым поведением в структуре семейных отношений.

Материалы и методы. Проведено исследование 81 пациента. Все обследуемые были поделены на 4 группы: I группа – больные ал-

коголизмом; II группа – больные опиатной наркоманией; III группа – матери больных;

Результаты. Девиантное поведение во всех группах отмечено тремя типами: депрессивным, демонстративно-шантажным и аффективно-возбудимым. Суицидальное поведение отмечается во всех периодах течения аддиктивных расстройств у больных с девиантным поведением и в структуре психических нарушений у родственников (I -группа – 45,8%, II- группа 52,6%, III-группа -32,9%).

Выводы. Для аддиктивных больных с девиантным поведением и их созависимых родственников характерны определенные изменения эмоциональной сферы, обуславливающие низкую эффективность межличностного взаимодействия, которая приводит к психосоциальной дезадаптации. Сочетание установленных девиантных и социально – психологических предикторов суицидального поведения составляют некий фон для суицидальной доминанты, обеспечивающей латентное течение суицидального процесса до его манифестации. Полученные результаты клинических, структурных и динамических особенностей суицидального поведения у аддиктивных больных и у ближайшего окружения дадут возможность для научного обоснования и построения комплексных, дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЕЙ**

*Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаукрамов Ш.Ш.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

Актуальность. Интернет-зависимое поведение по определению МКБ №10 отнесено к психическим заболеваниям и представляет собой зависимость от азартных, в том числе и компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях и сообществах. Интернет становится все более доступным по мере проникновения в население технологий беспроводного доступа, осуществляемого через мо-

бильные устройства (смартфоны, планшетные ПК). По оценкам зарубежных исследователей (Rosenberg O., 2013) риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10 % популяции. Наиболее уязвимой категорией пользователей в плане формирования зависимости являются дети и подростки. Имеются данные за утяжеление клинических проявлений зависимости – описаны клинические случаи формирования абстинентного синдрома при интернет-зависимости (Пережогин Л.О., 2014), сходного по своим проявлениям с абстиненцией у наркозависимых. В связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает проблема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения – детей и подростков, у которых уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением. Наибольшую опасность представляют собой ролевые игры, поскольку сама механика игры состоит во «вхождении» человека в игру, интеграции с компьютером, потере индивидуальности и отождествлении себя с компьютерным персонажем. Бесконтрольная игровая компьютерная деятельность сопровождается повышенной раздражительностью, склонностью к противоправным действиям, нарушением психоэмоционального статуса, враждебным восприятием окружающего мира. Создатели кибер-игр в погоне за баснословными прибылями не учитывают всей опасности сложившейся ситуации, разрабатывая всё более усложненные и рискованные варианты компьютерных программ, приводящих к массовой дезадаптации кибергеймеров в параметрах ориентированных в условиях местности компьютерных игр.

Цель исследования: определить психопатологические нарушения у подростков с интернет зависимым поведением для оптимизации психопрофилактики и психокоррекции данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: было протестировано 68 посетителей интернет-клубов, интернет-кафе города Ташкента в возрасте от 12 до 19 лет; специально разработанная анкета, содержала перечень психологических тестов – вопросов, созданных сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, для выявления стадии психологической зависимости

от компьютерной игры. В процессе экспериментального психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждения: в ходе анкетирования определено, что из всех обследованных подростков 15 % опрошенных играли в аркадные игры, 25 % – игры на быстроту реакции, 60 % опрошенных играли в ролевые компьютерные игры. Основную массу опрошенных 90 % составили мальчики. 60 % увлеклись компьютерными играми в возрасте 12 лет, 25 % опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15 % подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. В ролевые компьютерные игры «от первого лица» играло 80 % опрошенных, остальные 20 % играли в ролевые компьютерные игры «от третьего лица». Неролевые компьютерные игры (аркадные и игры на быстроту реакции) вызывали меньшую психологическую зависимость, и подростки могли легко отказаться от участия в игре при предоставлении им других видов деятельности. Наибольшее влияние на психику подростков оказывали ролевые игры. Потребность в этой форме игры опрошенные объясняли желанием уйти от реальности и потребностью в принятии более значимой социальной роли. Путем опроса среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 15 % росли в неполной семье, 25 % – в социально неблагополучной семье (в 98 % случаев отец злоупотреблял спиртным, в 2 % случаев – мать), 30 % имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. Анализ полученных данных позволил выявить лиц, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98 % подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 36 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10 % подростков – констатировалась выраженная тревога. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой

деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. В ходе анкетирования у исследуемых в 10 % случаев выявлена стадия легкой увлеченности компьютерными играми, в 75 % случаев – стадия увлечения, у 10 подростков (15 % случаев) была выявлена третья стадия зависимости от компьютерных игр. Для подростков с третьей стадией зависимости, характерными были частые уходы из дома, отмечалось наличие импульсивности в поведении, склонность ко лжи, нарушение поведения, резкая смена эмоций в их крайнем проявлении, нежелание учиться, отсутствие полноценного сна, некоторые подростки отмечали наличие сновидений со сценами из компьютерных игр, навязчивые мысли об игре. У этих подростков отсутствовал эмоциональный и поведенческий самоконтроль, наблюдались агрессивные поступки по отношению к родителям и сверстникам. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных пациентов не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 5 больных (8 %), застревающий тип личности – у 8 больных (12 %), шизоидный тип в 55 % случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 7 подростков (10 %), в 15 % случаев (10 подростков) был выявлен эмотивный тип личности. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто подвержены интернет-аддикции подростки с шизоидным типом личности.

Выводы. Проведённое исследование установило, что наиболее склонны к интернет-аддикции подростки с шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень тревожности. В ходе исследования было выявлено, что сеть обладает преимущественно деструктивным потенциалом: ведет к утрате социальных контактов, резко негативно отражается на учебе, приводит к углублению личностной деформации, формированию асоциальной личности. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо проводить психокоррекционную работу с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и формирования зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ.

## **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ**

*Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Республика Узбекистан*

Актуальность. По данным современных научных исследований, распространенность нервной анорексии в мире составляет от 0,1% до 0,7%. Около 95% случаев нервной анорексии приходятся на девочек и женщин в возрасте от 12 до 30 лет, как правило, из материально благополучных семей, пик заболеваемости наблюдается в 13-14 и 17-19 лет. Большинство современных исследователей сходятся во мнении, что нервная анорексия является признаком индустриального общества, ряд зарубежных авторов (McCarthy M., 1990; McCourt J., Walles G., 1995; Herpworth J., 1999) отмечает, что именно под влиянием мощного давления средств массовой информации, рекламы, социальных сетей и сообществ в интернет в обществе формируется культ стройного женского тела, параметры фото и топ-моделей. Следствием такого рода «информационной обработки» является снижение самооценки, озабоченность фигурой, экспериментирование с диетами и физическими упражнениями, что, в конечном счете, может служить причиной возникновения расстройств пищевого поведения, начиная уже с 5-летнего возраста (Marocco-Muttini C., 1993). Расстройства приема пищи, как правило, начинаются в детском и подростковом возрасте. Отмечается низкая регистрация таких расстройств на ранних этапах, а также тяжелые последствия для состояния здоровья подростков, в том числе, репродуктивной функции. У пациентов имеется скрытый внутриличностный конфликт, трансформирующийся в болезненный симптомокомплекс. Пациенты и их родственники испытывают опасения по поводу обращения за психиатрической помощью из-за искаженного восприятия этой части медицины и «стигмы» психического расстройства.

Цель исследования: исследовать клинико-динамические особенности аффективных расстройств на различных этапах нервной ано-

рекции для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 28 пациентов в возрасте 14-17 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10 F – «Психические расстройства и расстройства поведения»; рубрика – «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»; группа F50 Расстройства приема пищи: F50.0 Нервная анорексия. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

Результаты и обсуждение. В динамике нервной анорексии ведущее место отводилось исследованию патологии эмоциональной сферы. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести нервной анорексии. На инициальном этапе у 26 обследованных (93%) были выражены: сниженный фон настроения, аффективные колебания, падение работоспособности. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями заболевания. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения, с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и формированием отрицательного отношения к близким (36%), эпизодами немотивированной агрессии (55%), страхами (16%). Страхи в инициальном периоде нервной анорексии имели дисморфобический регистр непсихотического уровня. Пациентки с дисморфобическими симптомами считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим телом, чрезмерным увеличением округлостей бедер, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера носа, гиперемии и сальности кожных покровов, жаловались на слабование, винили себя в бесчувственности, скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одино-



честве. Все пациентки предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, periodically отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. На фоне выраженных депрессивных расстройств в 23% случаев возникали суицидальные мысли, в 3% случаев была совершена суицидальная попытка. На этапе кахексии повышалась раздражительность у 80% больных, нарастала вялость в 55% случаев, безразличие у 60% больных, что свидетельствовало об усилении аффективных расстройств. Дистимия отмечалась в 100% случаев. Девочки-подростки стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у пациенток выявлялась склонность к разнообразным реакциям протеста. Данные исследования по тесту Люшера показали, что у всех девочек отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательное отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, избеганию помощи со стороны близких и родственников. В 15% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. На этапе редукации вновь происходило обострение аффективных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациенток значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками(60%), суицидальные мысли и тенденции (23%).

Выводы. Аффективные расстройства выявляются у 93% больных и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития заболевания аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя депрессивную симптоматику с суицидальными тенденциями. Своевременный подход к терапевтической и коррекционной тактики может способствовать более успешному выздоровлению и профилактике рецидивов заболевания. Результаты исследования могут быть использованы в работе не только врачей-психиатров, но и врачей других специальностей: пластических хи-

ругов, дерматологов, терапевтов, к которым нередко обращается этот контингент больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики и формирования гармонично развитой личности.

## **РАЗРАБОТКА МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

***Бекетова Е.Н, Гузенко О.А.***

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница», Архангельск*

Актуальность представленной темы обусловлена тем, что пациенты психиатрического стационара относятся к группам высокого риска различных сопутствующих заболеваний, например таких как туберкулез. Соответственно и деятельность медицинских сестер психиатрического стационара имеет определенные особенности при работе с лицами, страдающими психическими расстройствами. Основные показатели эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Архангельской области имеют значения ниже, чем в среднем по России. Но по результатам 2012 г. наш регион находится на 10 месте из 83 субъектов РФ по качеству оказания противотуберкулезной помощи.

Проблема заболеваемости туберкулезом особо актуальна для психически больных, так как сочетание двух тяжелых и социально значимых заболеваний взаимно отягощают друг друга: с одной стороны возникают хронические, распространенные формы туберкулеза, а с другой утяжеляется течение психического заболевания.

ГБУЗ АО АКПБ не имеет в своей структуре психотуберкулезного отделения, поэтому пациенты, не с открытой формой туберкулеза, которые по психическому состоянию не могут находиться в условиях туберкулезного отделения, остаются на лечении в психиатрическом стационаре.

Медицинские сестры психиатрического стационара, осуществляющие уход за пациентами с сопутствующей патологией сталкиваются

ся с трудностями по правильному забору мокроты у данной категории граждан.

По данным клинической лаборатории ГБУЗ АО «АКПБ» в 2012 году было проведено 352 исследования мокроты на микобактерию туберкулеза, в 2013 году – 347 исследований, а в 2014 году – 310 исследований.

Проанализировав данные специалистов клинической лаборатории, было выявлено, что при заборе материала на исследование медицинские сестры чаще всего допускают два вида ошибок:

1. Правильность оформления направлений.
2. Качество забираемого материала на исследование.

К сожалению, на сегодняшний день деятельность сестринского персонала по забору биологических жидкостей не стандартизирована на государственном уровне. Поэтому в ГБУЗ АО «АКПБ» было принято решение о необходимости разработать практические рекомендации по сбору мокроты в помощь медицинским сестрам.

Вначале было проведено анкетирование медсестер медицинской организации. По результатам анкетирования медицинских сестер можно отметить, что забор мокроты осуществляют в среднем 1 раз в месяц – 31% медсестер, а 68% медицинских сестер сталкиваются с данным исследованием очень редко, 23% опрошенных испытывают трудности при заполнении направлений на исследование, 34% медсестер оценивают свои знания по правилам сбора мокроты как недостаточные, у 40% респондентов возникают трудности при сборе мокроты.

В 2014 году группой специалистов нашей больницы в составе с заместителем главного врача по работе с сестринским персоналом, врача-эпидемиолога, заведующей клинической лабораторией и старших медсестер отделений разработали методические рекомендации по правилам забора биологического материала с образцами направлений на исследования, которые были успешно применены в практической деятельности медицинских сестер ГБУЗ АО «АКПБ».

А в 2015 году было принято решение по разработке пошаговых фотоалгоритмов забора материала для исследования мокроты.

Практическая значимость данных рекомендаций состоит в применении каскадного принципа «Увидел – изучил – применил на

практике». Наглядные профессиональные пособия для медицинской сестры психиатрического профиля стандартизируют и отражают работу среднего медицинского персонала при предоставлении качественной медицинской помощи пациентам.

Методические рекомендации обеспечивают совершенствование организации учебного процесса, выработку у среднего персонала системы профессиональных умений и навыков на требуемом уровне усвоения.

Цель данных методических рекомендаций – повысить качество и своевременность забора биологического материала согласно стандарту выполнения простых медицинских услуг.

Практическая новизна данных рекомендаций, заключается в пошаговых фотоалгоритмах, наглядно демонстрирующих тактику медицинской сестры при сборе мокроты.

Данные алгоритмы забора материала для исследования мокроты уже апробированы в отделениях ГБУЗ АО «АКПБ» и показали свою значимость в ходе исследования по профилактике туберкулеза. Алгоритмы могут быть использованы сестринским персоналом медицинских организаций любого профиля.

Используя опыт каскадного обучения, нами был проведен обучающий семинар, на котором собрались специалисты одного профиля, изучались вопросы по правилам сбора мокроты для исследований, отработывались практические задачи и в дальнейшем эти же специалисты обучали своих коллег в подразделениях, применяя разработанные практические пособия. На семинаре было проведено анкетирование персонала в начале семинара и после проведения практических занятий.

Результаты анкетирования доказали эффективность проводимых мероприятий, так как в начале семинара 52% респондентов оценили свои знания о заборе мокроты у пациентов как недостаточные, а после семинара данный показатель снизился до 11%.

Учитывая специфику работы в медицинской организации психиатрического профиля, большая роль в оказании медицинской помощи отводится сестринскому персоналу. Качество сестринской помощи во многом определяется уровнем профессиональной подготовки.

В настоящее время в отечественной психиатрии осваиваются передовые технологии психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации: расширяются виды оказания амбулаторной и стационарной помощи, создаются полипрофессиональные бригады. В свою очередь внедрение новых технологий в психиатрии невозможно без соответствующей подготовки кадров.

Разработка методических рекомендаций и стандартов выполнения медицинских услуг – является важным направлением работы ГБУЗ АО «АКПБ».

Таким образом, внедрение в практическую деятельность медицинских сестер методических рекомендаций стандартизирующих работу позволяет обеспечивать высокое качество сестринской помощи и одновременно гарантировать юридическую защиту медицинской сестры.

## **МИЛИОТЕРАПИЯ КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ 8 ОТДЕЛЕНИЯ (СМЕШАННОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО)**

***Власюк О.А., Бекетова Е.Н.***

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Архангельск*

Медицинским учреждениям (в том числе и психиатрическим больницам), как организационным системам свойственны особые характеристики, нравственно – гуманитарные ориентиры, определяемые следующими компонентами выполняемой ими миссии:

– служение пациенту, а именно: восприятие пациентов как партнеров в процессе лечения, постоянное искренне желание помочь, обеспечение пациентам доступа к информации о характере, диагностике и лечении заболевания, содействие пациентам в их стремлении быть информированными участниками в принятии решений, затрагивающих их здоровье и благополучие;

– командная работа (полипрофессиональный подход), предполагающая взаимодействие участников процесса оказания помощи

пациентам как командой высококлассных специалистов; постоянная заинтересованность в профессиональном развитии каждого сотрудника; формирование и поддержание тесных рабочих отношений в коллективе, с партнерами и другими медицинскими и общественными учреждениями;

– социальная ответственность- работа во благо человечества – т.е. сохранение и улучшение здоровья населения, стремление изменяться в ответ на изменение потребностей общества.

Реализация этих составляющих миссии медицинского учреждения возможна только в условиях определенного социально-психологического климата, создаваемого милиотерапией.

Понятие «Милиотерапия» предусматривает формирование особой обстановки внутри отделения для того, чтобы госпитализация в психиатрическую больницу не оказывала негативного влияния на личность пациента, а наоборот, способствовала его выздоровлению и социализации.

В создании «терапевтической среды» 8 отделения (психиатрического смешанного) участвует весь медицинский персонал, и эффективность реализуемых в ходе ее создания мероприятий обеспечивается соблюдением следующих принципов:

- 1) демократической выработкой решений и распределением ответственности;
- 2) ясностью терапевтических программ, ролей и лидерства;
- 3) высоким уровнем взаимодействия между персоналом и пациентами;
- 4) позитивным ожиданием персонала;
- 6) высоким моральным уровнем персонала;
- 7) практической проблемной ориентацией лечебного коллектива.

Важным фактором при создании милиотерапевтической среды является психотерапевтическое и педагогическое искусство персонала, его умение понять нужды и стремления больных, способность вселить доверие.

Для успешного лечения между врачом и пациентом должен сформироваться такой стиль взаимодействия, как открытое и равноправное сотрудничество.

В смешанном психиатрическом отделении №8 (в народе именуемом «отделением неврозом») открытое сотрудничество и информированность является не только желательным, но и обязательным условием для выздоровления пациентов, так как помимо фармакологического лечения должна обязательно проходить работа «невротического пациента» над собой, которая невозможна без понимания причин и закономерностей протекания заболевания. Обмен информацией, столь необходимый для создания и поддержания комплаенса, обеспечивается за счет как индивидуальных (регулярные беседы с лечащим врачом (личные и на врачебном «обходе»), консультации психолога и специалиста по социальной работе, возможность обращения к медицинским сестрам и младшему медицинскому персоналу), так и групповых форм работы, а именно: участию в работе «Психообразовательной группы», «Тренинге эффективного общения», «Группе выписки», «Группе взаимопомощи».

Работа пациентов в группах, проводимых психологом, способствует вовлечению пациентов в лечебный процесс в качестве активных и сознательных его участников, тренировке и развитию ими своих социальных функций, она формирует активные жизненные установки. Групповая работа стимулирует пациентов к организации своей жизни.

Особенно значимы для поддержания комфортной психологической атмосферы в отделении еженедельные протоколируемые общие собрания пациентов и персонала, предоставляющие возможность актуализации проблем и совместного решения вопросов, связанных с жизнью отделения. На собраниях обсуждают все накопившиеся вопросы за неделю, итоги занятий групп, режим и расписание работы, намечаются планы и мероприятия на следующие дни, отмечаются особо отличившиеся пациенты,

Также проводятся регулярные собрания сотрудников отделения, где рассматриваются вопросы взаимодействия пациентов и персонала. Сотрудники отделения принимают участие в психологических тренингах совместно с пациентами, что также способствует установлению взаимопонимания и доверия.

Для обеспечения терапевтической среды в отделении и поддержания оптимального психоэмоционального состояния пациента в

период его госпитализации успешно работают группы «Релаксации» и «Ароматерапии». Так физически пассивная нервно-мышечная релаксация является эффективной методикой лечения страхов, фобических состояний, субъективного чувства тревоги, формирования более спокойной установки у лиц, перенесших психотравмирующий стресс: а ароматерапия – это полностью натуральная, профилактическая, оздоровительная терапия, позволяющая минимизировать ежедневные стрессы.

Милиотерапевтическая среда предполагает, несомненно, и физический компонент, т. е. комфортные условия пребывания пациентов, максимально приближенные к домашним условиям. Уход за прогулочным садиком осуществляется силами пациентов и персонала, тем самым пациенты сами являются активными участниками создания благоприятных условий пребывания.

Совокупное воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды (в том числе и психоэмоциональное напряжение) и малоподвижного образа жизни оказывают чрезвычайно негативное воздействие на организм, нарушая его нормальное функционирование и способствуя развитию различных заболеваний. Учитывая данный фактор, в отделении используется комплекс разнообразных средств, способствующих сохранению и укреплению здоровья организма, создана среда «двигательной активности как важнейшего фактора здорового образа жизни».

Пациенты отделения вовлечены в реализацию проектов «Право на здоровье» (2015 год) и «Квартет здоровья» (2016 год) совместно с АРОО «МОСТ». Данные проекты способствуют повышению информированности пациентов в вопросах профилактики различных заболеваний и ведению здорового образа жизни не только теоретически (в виде презентаций), но и на практике.

Основной целью милиотерапии является создание активной, действенной среды, которая настраивала бы пациентов на скорейшее выздоровление, активизируя их интересы и настроение.

Проводимые в отделении мероприятия историко-патриотической и краеведческой направленности (к Дню Победы, Дню города, Дню Космонавтики), оформленные тематические стенды способствуют



не только гражданскому самоопределению, но и развитию исторического самосознания личности.

Организованный культурный досуг и занятия в группе рукоделия являются непременным компонентом милиотерапии. Занятие рукоделием способствует снятию напряжения, улучшает настроение, позволяет воплощать свои идеи и замыслы. Во время творческого процесса активно задействуется головной мозг, особенно правое полушарие, которое отвечает за обработку невербальной информации: воображение, пространственную ориентацию, интуицию и эмоции, развивается мелкая моторика рук.

Совместная же деятельность (групповая) является для пациента источником получения новых знаний и навыков, и также собственного опыта в сфере отношений. Диапазон реализованных нами «задумок» достаточно широк – от группового оформления стенгазеты и сбора грандиозной картины из пазлов, создания сценария к предстоящему празднику в отделении до разработки дизайна и конкретных работ по обустройству прогулочного дворика. В рамках милиотерапии важная роль отводится обсуждению возникших трудностей и путей их преодоления. Этим методы милиотерапии отличаются от терапии занятостью, поскольку они не сосредотачиваются на просто вовлечение пациентов в работу, а скорее полагаются на самостоятельное личностное развитие пациента.

При обсуждении проекта, в самом начале, составляется план, в который входит перечень необходимых и имеющихся материалов, определяются возможные участники и сроки. При этом совместно обсуждается реалистичность выполнения этих работ, компетентность участников. Нередко инициативные пациенты сами проводят мастер-классы по различным техникам рукоделия. Так совместными усилиями были созданы лоскутное одеяло, головные уборы в технике лоскутного шитья, разработан дизайн костюмов к проводимым в отделении праздникам и пр. Следует отметить, что персонал отделения активно участвует во всех проводимых мероприятиях наравне с пациентами, таким образом, коллектив 8 отделения видит свою задачу в создании особой обстановки внутри отделения, создания среды, поддерживающей и стимулирующей к раскрытию творческой инициативы и талантов

пациента, среды, опирающейся на гуманитарную модель здравоохранения, при которой приоритет в лечении пациента отдается доброжелательному отношению, комфортным условиям пребывания в учреждении и роли положительных эмоций в преодолении психосоматических расстройств.

Отзывы пациентов со словами благодарности в адрес сотрудников в имеющемся «Журнале жалоб и предложений», анализ анкет пациентов отделения (анкета для мониторинга удовлетворенности оказываемыми медицинскими услугами) позволяют сделать вывод о том, что милотиерапевтическая среда является важнейшим компонентом лечебного процесса, способствуя выздоровлению и социализации пациентов.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА**

***Волова Т.Л.***

*ГКУЗ Архангельской области «Специализированный дом ребенка  
для детей с поражением центральной нервной системы  
и нарушением психики», Архангельск*

В последние годы особое внимание государство уделяет вопросам физического и психического благополучия воспитанников интернатных учреждений, в том числе домов ребенка. Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 года № 481 «О деятельности организаций для детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» определены требования к условиям пребывания воспитанников, регламентировано создание безопасных, благоприятных условий, приближенных к семейным.

В Архангельской области функционируют два специализированных дома ребенка, где находятся около 200 малышей с различной патологией центральной нервной системы и нарушением психики.

Приоритетными направлениями деятельности дома ребенка являются уход, воспитание, лечебное питание, профилактика, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение, комплексная психолого-медико-педагогическая реабилитация (ПМПП), социализация, образование, защита прав и интересов детей, устройство их в семью.

Понятие о воспитаннике дома ребенка неотъемлемо в современной психологической науке и психиатрии раннего детского возраста от понятия психической депривации и расстройств привязанности. Научные исследования последних лет в области микропсихиатрии содействуют пониманию, что психические расстройства в раннем возрасте должны быть диагностированы. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей или оказавшиеся в трудной жизненной ситуации – особая категория детей, имеющие психологические особенности, нуждающиеся в комплексной ПМПП, и, как правило, в терапии сопутствующих соматических и неврологических расстройств, в дополнительных условиях психологической подготовки ребенка к передаче его в замещающую семью.

По результатам клинической практики в условиях Специализированного дома ребенка для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики г. Архангельска у воспитанников выявляются следующие психические расстройства: задержки нервно-психического развития (65 %), органические расстройства (11 %), умственная отсталость (6 %), патологические привычные действия (6 %), расстройства поведения (3 %), нарушения пищевого поведения (2 %), детский аутизм (1 %).

Особую актуальность приобретают вопросы профилактики психических расстройств у воспитанников дома ребенка. В работе с детьми используются различные психолого-педагогические и психотерапевтические методики (музыкотерапия, цвето-светотерапия, сказкотерапия, песочная терапия, Монтессори-терапия, интерактивные системы и пр.)

В доме ребенка разработан и внедрен проект «Природа в дом». Ежегодно в проект вовлечены около 130 малышей в возрастной категории с 1,5-2 лет и старше. В реализации проекта участвуют врачи,

учителя-дефектологи, психологи, воспитатели. Основными целями проекта являются: профилактика психических расстройств, снижение воздействий психической депривации, психологическая реабилитация, социализация воспитанников дома ребенка. Создание природной среды в доме ребенка способствует снижению психоэмоционального напряжения, тревожности и стресса, улучшению периода адаптации, развитию сенсорного восприятия, речи, когнитивных функций, наблюдательности и воображения; формированию умения заботиться о живых существах (растениях и животных), эстетическому и экологическому воспитанию.

## **ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

*Герасимчук М.Ю.*

*Кафедра психиатрии и наркологии,  
ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»  
Минздрава России, Москва*

Актуальность: Аффективная патология представляет собой весьма гетерогенную группу расстройств различной природы. Проблема депрессивных нарушений – междисциплинарная, её актуальность обусловлена широкой встречаемостью патологии как в соматических (22-33%), так и в психиатрических учреждениях амбулаторного/стационарного звена. Около 100 млн. жителей Земли ежегодно обнаруживают у себя признаки депрессии.

Биоритмология – наука, изучающая механизмы солнечного, лунного, космического влияний на клеточном, органном и организменном уровнях.

Цель: исследование роли и структуры ритмологических нарушений у больных с депрессией

Материалы и методы: в исследование были включены больные (n=48) в возрасте от 18 до 74 лет, обратившиеся в Клинику психиатрии им С.С. Корсакова УКБ №3 ГБОУ ВПО Первый МГМУ

им. И.М. Сеченова, и проходившие стационарное лечение со следующими верифицированными, в соответствии с МКБ-10, диагнозами: биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии [F31.3–F31.4]; депрессивный эпизод [F.32]; рекуррентное депрессивное расстройство [F.33]. Обязательным условием включения было получение письменного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии невключения: наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии; депрессивное состояние в рамках шизофрении, органического поражения ЦНС, болезней зависимостей. Для оценки состояния применялись клинический, клинико-психопатологический и психометрический методы с использованием специализированных шкал и анкет-опросников (HDRS, CGI).

Результаты: в течении депрессии в представленной выборке больных были выявлены следующие устойчивые показатели десинхрониза: 1) суточные колебания состояния с выраженным/слабым ухудшением в утренние/вечерние часы; 2) недельные, месячные, годовые колебания, соотносящиеся с возрастом дебюта заболевания, количеством перенесённых фаз, средней продолжительностью фазы, особенностями интермиссии; 3) сезонные, с преимущественной актуализацией фаз в определенные месяцы года – зимний вариант, когда депрессия развивается в осенне-зимний период, и летний с развитием депрессии в весенне-летний период (seasonal pattern); 4) нарушения сна (трудности при засыпании, возбуждение и беспокойство в течение всей ночи, ранние пробуждения с/без возможности повторно заснуть, гиперсомния).

Выводы: для совершенствования диагностики, разработки индивидуализированного подхода, нивелировки нежелательных побочных лекарственных реакций, хронобиологический подход может стать новым элементом, связующим знания, полученные об аффективной патологии на стыке различных специальностей (психиатрия, психотерапия, наркология, сексология, внутренние болезни).

## **ОПЫТ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА ГБУЗ АО «АКПБ»**

***Гермидер Н.В.***

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница», Архангельск*

Психологическая коррекция рассматривается как целенаправленное психологическое воздействие для полноценного раскрытия всех потенциалов психического развития личности и расширения границ взаимодействия с окружающей реальностью (Слюсарева Е.С., Козловская Г.Ю., 2008). Психокоррекционная работа в условиях психиатрического стационара отражает отчетливую тенденцию к интеграции различных в методологическом и концептуальном плане направлений психотерапии, объединению их в комплексные психокоррекционные программы. Одним из основополагающих принципов построения психокоррекционных процедур является комплексность и этапность осуществления психологической помощи пациентам (Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь: Методические рекомендации. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014). Последовательность применения психокоррекционных методов определяется в первую очередь соответствием личностной и терапевтической динамике. Проблема первого психотического эпизода неразрывно связана с высокой степенью стигматизации данной категории пациентов, в связи с чем уже на самых ранних стадиях заболевания необходимо применение поддерживающего психотерапевтического подхода с учетом адаптационно-компенсаторных представлений. Главными задачами психокоррекции пациентов в рамках первого психотического эпизода являются формирование устойчивой, позитивной установки к активному участию в лечебно-восстановительном процессе, выработка адекватной стратегии совладания с болезнью, развитие социально-перцептивных способностей и коммуникативной направленности мышления, овладение навыками конструктивного межличностного взаимодействия, повышение со-

циальной компетентности, обуславливающих продолжительность ремиссии психического заболевания и повышение уровня личностной адаптации (Бабин С.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А., 2011).

На базе Архангельской клинической психиатрической больницы реализация полипрофессионального (бригадного) междисциплинарного подхода к лечению и реабилитации пациентов с психическими расстройствами осуществлялась на примере 3 смешанного отделения (Клиника первого психотического эпизода). Организация психокоррекционной работы проводилась в активном сотрудничестве с лечащим врачом и специалистом по социальной работе, начальным этапом данного процесса выступала многоуровневая диагностика патологических нарушений психической деятельности пациентов с целью выявления базовых мишеней психокоррекционного воздействия. Основными формами психокоррекционной помощи выступали индивидуальные консультации пациентов и их родственников, а также групповые психотерапевтические занятия (таблица 1).

*Таблица 1*

**Количественное соотношение различных психокоррекционных мероприятий по формам взаимодействия в 3 отделении ГБУЗ АО «АКПБ» с 2013 г. по 2015 г. (число занятий)**

Формы психокоррекционной работы	2013	2014	2015
Индивидуальные консультации и психокоррекционные занятия	272	241	226
Групповая психокоррекционная помощь	108	174	113

Анализируя содержательные характеристики данных показателей, можно сделать вывод о том, что индивидуально-ориентированные психосоциальные вмешательства совместно с психофармакотерапией позволяют снизить уровень рецидивирования психического заболевания у большего числа пациентов, своевременно вовлеченных в лечебно-реабилитационный процесс, тем самым повышая качество их жизни. Комплекс разработанных индивидуальных психокоррекционных программ был направлен преимущественно на совладание с провоцирующими воздействиями, предупреждающие обострения патологической симптоматики и возникновение дезадаптивных состояний.

Групповая психокоррекция включала в себя психообразовательные модули, тренинговые программы нейрокогнитивной и социально-психологической направленности, милитерапевтические собрания. Активное внедрение комплаенс-терапии по средствам интерактивных психообразовательных стратегий, разработки структурированного мотивационного интервью позволило компенсировать исключительно директивный стиль взаимодействия. Интервенции системного междисциплинарного подхода, рассчитанные на работу с кризисными ситуациями вследствие дисфункций различных параметров психической активности пациентов, способствовали повышению ресоциализирующего эффекта проводимых коррекционных мероприятий.

Таким образом, применение опыта работы, базирующегося на полипрофессиональном, междисциплинарном подходе, при лечении пациентов с психическими расстройствами способствует оптимизации внедрения более широкого спектра инновационных медико-социальных методов в психореабилитационный процесс. Специфика психологического сопровождения данной категории пациентов в рамках стационарного звена оказания психиатрической помощи требует постоянного совершенствования профессиональной и коммуникативной компетентности медицинского психолога-консультанта в условиях актуальных требований модернизации системы здравоохранения.

**ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА  
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ  
И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ  
В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ БЛОКЕ ЦЕНТРА  
ПСИХОНАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГБУЗ  
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ «АРХАНГЕЛЬСКАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

*Губарец Д.Ю., Зыков А.А.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница», Архангельск*

Зависимость от психоактивных веществ – это заболевание, требующее длительной целенаправленной терапии, суть которой в пол-



ном исключении возможности употребления привычного психоактивного вещества (ПАВ).

Наиболее обоснованным и эффективным подходом является госпитализация в Центр психонаркологической помощи, где пациент после прохождения курса детоксикации может продолжить свою работу с зависимостью в Реабилитационном блоке наркологического центра. Создать адекватные для лечения зависимости условия возможно только в специализированном отделении, обеспечивающем круглосуточное пребывание и наблюдение за пациентом.

В структуре Центра психонаркологической помощи ГБУЗ АО «АКПБ» на базе ПНО-1 открыт блок из 10 коек для проведения стационарного этапа медицинской реабилитации (СЭР) лицам, страдающим зависимостями от психоактивных веществ, включающих как алкогольную зависимость, так и наркотическую.

Сроки прохождения стационарного этапа реабилитации предполагают пребывание пациентов от 3 недель (в случае трудовой занятости) до 2-3 месяцев. Наиболее эффективно пребывание на стационарном этапе реабилитации в течение 3 месяцев. Сроки оговариваются индивидуально с врачом психиатром-наркологом и медицинским психологом. В период пребывания в стационаре пациент признается трудоспособным, что не предполагает выдачу больничного листа.

Разработана программа реабилитации с участием полипрофессиональной бригады, включающей в себя врачей психиатров-наркологов, психологов, специалиста по социальной работе, а также средний медицинский персонал.

На начальном этапе реабилитации пациенты проходят курс общеукрепляющего лечения для стабилизации как физического, так и психического состояния с использованием различных медикаментов, инъекционных и таблетированных форм витаминов, ноотропов, гепатопротекторов, антидепрессантов, седативной терапии, физиопроцедур – включающих метод транскраниальной электростимуляции и биологической обратной связи.

Помимо этого для пациентов предусмотрена терапия занятостью, занятия в спортивном зале, творческой мастерской.

Основной упор в работе реабилитации зависимых пациентов прежде всего делается на оказании квалифицированной психоло-

гической помощи в контексте составленной программы психокоррекции.

Цель психокоррекционной программы стационарного этапа реабилитации: реконструкция ценностно-смысловых ориентиров и эмоционально-волевых регуляторов социального поведения личности наркозависимых пациентов.

Используются методы: социально-психологический тренинг, групповая дискуссия, психодрама, проективный рисунок, арттерапевтические техники, коллективные обсуждения психообразовательных информационных модулей (мини-лекций, частных случаев, художественных фильмов по актуальной тематике).

Для достижения цели необходимо выполнение следующих задач:

- предоставить пациентам необходимые психологические знания о проблеме зависимости и созависимости, ее истоках и последствиях;
- привести к осознанию связей «личность-ситуация-болезнь», расширить границы понимания интерперсонального плана собственной личности, мотивов зависимого поведения;
- сформировать представление о причинах и последствиях эмоциональных нарушений и разрушительных поведенческих реакций, их влиянии на ближайшее социальное окружение;
- сформировать устойчивую мотивацию на участие в лечебных и психокоррекционных мероприятиях, скорректировать локус контроля поведения;
- произвести коррекцию эмоциональных реакций, привести к переживанию и осознанию нового эмоционального опыта в группе, обучить приемам саморегуляции эмоционального состояния;
- ознакомить с эффективными стратегиями поведения и совладания со стрессом, способствовать формированию нового жизненного стиля, устранению дезадаптивных форм поведения;
- содействовать повышению социально-психологической компетентности, коррекции значимых межличностных отношений.

В течение трех лет к августу 2016 года стационарный этап реабилитации в ЦПНП прошли 285 пациентов. Из них 239 мужчин и

46 женщин. С синдромом зависимости от алкоголя 233 человек и 52 зависимых от наркотических средств. Прервали курс реабилитации 26 человек и успешно завершили 259.

Оценка эффективности возможна посредством:

- самоотчета участников в процессе получения обратной связи (характер возникших трудностей, путей их преодоления, эмоции в процессе и по окончании работы);

- определения динамики группы в процессе групповой терапии (интерес, инициатива);

- результатов экспресс-диагностики эмоционального состояния на начальном и завершающем этапе работы при помощи психологического тестирования;

- динамики мотивационных изменений лечащим врачом (определяется настрой пациента на дальнейшее лечение).

После успешного прохождения стационарного этапа медицинской реабилитации пациент продолжает работу над своей зависимостью в амбулаторных условиях:

- в кабинете реабилитации Психонаркологического диспансера; в группах самопомощи АА/АН (анонимные алкоголики/наркоманы).

На данный момент пациенты, проходящие стационарный этап реабилитации, находятся в одном отделении с пациентами, нуждающимися в детоксикации и проходящими курс противоалкогольного лечения, что негативно сказывается на общей картине терапии средой и снижает потенциал реабилитационного воздействия.

Для дальнейшего развития реабилитационных мероприятий администрацией больницы принято решение об открытии в декабре 2016 г. специализированного отделения медицинской реабилитации, что будет способствовать повышению эффективности проводимых реабилитационных программ, концентрации кадрового потенциала и улучшению межведомственного взаимодействия с медицинскими организациями области.

# РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ АРОО «МОСТ» В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С МЕНТАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

*Гузенко О.А.*

*Архангельская региональная общественная организация «МОСТ»,  
Архангельск*

В сегодняшних условиях рыночной системы экономические и социальные проблемы так или иначе касаются самых незащищенных категорий населения. Социальное государство, выступающее гарантом прав и свобод человека, должно обеспечивать достойный уровень жизни каждому, но оно не в силах полностью выполнять все запросы общества. Одним из элементов гражданского сообщества являются некоммерческие организации (НКО). Они играют достаточно важную роль в формировании современного гражданского общества и повышению толерантности к лицам с ограниченными возможностями.

Архангельская региональная общественная организация подействию лицам с ментальными особенностями здоровья «МОСТ» была создана в октябре 2000 года инициативной группой специалистов Архангельской областной клинической психиатрической больницы № 2.

В данный момент членами АРОО «Мост» являются специалисты различного уровня образования: врачи-психиатры, психологи, специалисты по социальной работе, медицинские сестры, социальные работники и педагоги.

Деятельности АРОО «МОСТ» осуществляется в соответствии с Уставом.

## Основные цели деятельности:

- привлечение внимание общественности и специалистов к проблемам лиц с ментальными расстройствами и их родственников;
- создание условий, способствующих социальной адаптации психически больных людей посредством приобщения их к трудовой деятельности и общению;

## Задачи организации:

- выявление потребностей клиентов в различных видах и формах помощи и поддержки

- оказание содействия в профессиональной реабилитации и трудоустройстве
- взаимодействие с амбулаторными и стационарными психиатрическими учреждениями, отделами социальной работы населения, органами опеки и попечительства
- содействие в оказании практической социально-психологической помощи психически больным людям и их родственникам.

Деятельность организации осуществляется по адресу – город Архангельск, Набережная Северной Двины д.4 (отдельный вход)

Виды осуществляемой деятельности:

- социально– психологическая помощь,
- социально-бытовая реабилитация (помощь трудоустройстве – «Клуб ищущих работу», различные тренинги по восстановлению социально-бытовых и трудовых навыков
- просветительная и образовательная (программы по психогигиене и психо-профилактике),
- культурно – досуговая (организация и создание групп по интересам),
- социальное сопровождение,
- проектная деятельность.

АРОО «МОСТ» активно участвует в различных конкурсах целевых проектов социально ориентированных некоммерческих организаций в рамках ведомственной целевой программы Архангельской области «Государственная поддержка социально ориентированных некоммерческих организаций на 2013 – 2015 годы».

Реализованные проекты:

2013 год -«Понятный Интернет» – создание бесплатного специализированного компьютерного класса по оказанию помощи в освоении информационных технологий, обучению работе на компьютере и с Интернетом, в том числе, на Едином портале государственных услуг, в социальных сетях, форумах, IP-сервисах для лиц с ментальными (психическими) нарушениями.

2014 год – «Мы вместе» создание групп взаимопомощи для клиентов кабинета социальной реабилитации и их социального окружения.

– «Поморская мастерская» – приобщение к культуре русского Севера, традициям и творчеству.

2015 год – «Школа самостоятельности» – обучение и подготовка клиентов кабинета (членов целевой группы) к самостоятельному проживанию, как промежуточное звено социально-средовой интеграции в общество.

«Школа здоровья» – обучению и мотивация поддержания здорового образа жизни

2016 год – «Квартет здоровья» – обучение и организация спортивно-оздоровительных мероприятий для лиц с ментальными особенностями здоровья.

Для дальнейшего развития АРОО «МОСТ» сотрудничает со многими государственными учреждениями (ГБУЗ АО «АКПБ», ГБУЗ АО «АПНД», ББУЗ АО «СПНД», Центр помощи совершеннолетним подопечным» и др.) и некоммерческими организациями «Союз инвалидов Архангельской области», «Забота», «Надежда», «Ангел», «Благодея», благотворительным фондом «Гарант» и эта многогранная деятельность позволяет оказывать содействие лицам с ментальными особенностями здоровья и их социальному окружению.

## **СОВРЕМЕННЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

*Еремеева А.А.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер», Архангельск*

Общепринятые классификации наркологических расстройств, клинические критерии и стандарты оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), не предусматривают отдельного рассмотрения этой нозологии у детей и подростков и основываются на общих подходах для взрослого населения. Однако, заболевания соматического и психического профилей, протекающие в детском и подростковом возрасте, существенно отличаются от тех же нозологий, наблюдающихся у взрослых пациентов. Подростко-

вый возраст характеризуется уникальными биологическими и социальными особенностями, специфичными процессами психического и физического созревания, которые окрашивают и нормальные и аномативные поведенческие реакции [2,4].

Особенностью детской и подростковой наркологии является объединение научных знаний и практического опыта наркологии и психиатрии. Не отрицая большую роль медико-биологических факторов риска в формировании указанной патологии в детском возрасте [1], необходима и интеграция с проблемами возрастной и социальной психологии, педагогики, криминалистики и права.

Целью работы явилась систематизация социально-психологических аспектов потребления психоактивных веществ в подростковом возрасте

К возрастным особенностям подросткового периода в сфере наркологии относится преобладание пагубного употребления ПАВ над сформированной химической зависимостью, омоложение контингента потребителей ПАВ от 17 лет к 12-13 годам, постоянное изменение вида наиболее часто употребляемого подростками вещества (пиво, «энергетики», пары клея и летучих растворителей, «газ из зажигалок», синтетические каннабиноиды), стремление попробовать несколько веществ, а также полиэтиологичность наркологических расстройств (НР), когда злоупотребление становится следствием социально-психологических воздействий на подростков, особенно на неблагоприятном биологическом фоне.

Особые психологические качества, характерные для детского и подросткового возраста, могут побуждать нестандартные (отличные от классических) механизмы развития, течения и последствий НР. На клинические процессы в детской наркологии оказывают влияние и новейшие макросоциальные конструкции. В силу быстрых модификаций современного общества, его технических возможностей и решений, социальных коммуникаций появляется большое количество вновь сформированных информационных потоков, влияющих на созревание форм мироощущения и ценностного понимания жизни у подрастающего поколения. [3,10].

В ряде случаев аддиктивное поведение представляет преувеличенный и неразрешившийся вариант обычных испытаний и нега-

тивных переживаний подросткового возраста. Причем, чем меньше возраст приобщения к ПАВ, тем в большей степени определяющими факторами являются нездоровый премордибный статус, сопутствующая психиатрическая патология и выраженное микросоциальное дезадапционное неблагополучие [7].

Микросоциальной предпосылкой зависимого поведения служит дисфункциональная родительская семья, в том числе с деструктивными стилями воспитания: авторитаризм, гиперпротекция, эмоциональное отвержение. Наличие формально сохраненной структуры семьи не является защитным фактором для развития девиантных форм поведения и наркологических расстройств у детей и подростков [6].

Одним из ведущих факторов, провоцирующих развитие наркологической патологии, являются личностные индивидуально-типологические характеристики, когда акцентуации характера закрепляются и утяжеляются под токсическим влиянием на головной мозг употребляемого ПАВ. Причем при купировании проявлений синдрома химической зависимости возможно литическое редуцирование характерологической патологии личности [5]. Указываются различные акцентуации характера у несовершеннолетних, страдающих наркологическими расстройствами, хотя преобладают пациенты с неустойчивыми чертами, демонстративностью и эпилептоидными радикалами.

Феномен групповой зависимости наблюдается у подростков не для всех ПАВ, при потреблении героина он выражен меньше, а при злоупотреблении алкоголем утрачивает свою возрастную специфичность.

Вариантом социальной дезадаптации у подростков является снижение школьной успеваемости или отказ от учебной и другой конструктивной деятельности. Явление социальной дезадаптации у взрослых наблюдается в период сформировавшейся химической зависимости, а у подростков наблюдается еще до формирования синдрома зависимости и даже до начала аддиктивного поведения, что может послужить одним из факторов ему способствующих и оказывающих большое влияние на оценку качества жизни [8]

Указанный дефект формируется из-за пропуска этапа социализации, поскольку начало употребления ПАВ в подростковом возрасте совпадает с физиологическим и психологическим периодом интенсивной социализации, в процессе которой у индивидуума формиру-



ется коллективное мировоззрение, навыки позитивной коммуникации и становления продуктивных взаимоотношений в группе.

Учитывая высокую роль воспитания в функциональной семье, как защитного фактора, медицинское сопровождение ребенка, употребляющего ПАВ, включает масштабную работу с его родителями и семейную терапию. Такая деятельность может осуществляться с использованием уже разработанных программ или основываться на собственных профессиональных знаниях и навыках [9].

У несовершеннолетних пациентов эффективность лечения ниже, чем у взрослых. Это связано с тем, что подростки зачастую рассматривают госпитализацию и лечение как наказательную меру, а их согласие на терапию носит формальный характер и дается с целью найти выход из сложной ситуации, избежать наказания, показать родителям и учителям свое желание отказаться от ПАВ. В этих случаях подросток зачастую возвращается к употреблению сразу после курса терапии и выписки из стационара. Поэтому лечебно-реабилитационный процесс должен быть длительным, осознанным и включать в свою структуру мотивационное консультирование, психотерапевтические воздействия, направленные на эмоциональную поддержку, преодоление анозогнозии и сопротивления лечению, обучение копинг-стратегиям, а также возможность продолжения среднего или профессионального образования. Аддиктивная форма отклоняющегося поведения подростков обычно не требует лекарственного лечения, за исключением симптоматической терапии и дезинтоксикации при тяжелых отравлениях.

Эффективность в детской наркологической практике в полной мере зависит от единства профессиональных современных подходов, всестороннего понимания медико-социальной проблемы химической зависимости и предполагает не только высокую компетентность, но и ценностно-духовную ориентацию участников взаимодействия.

### **Литература.**

1. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медико-биологических факторов риска в формировании указанной в детском возрасте // Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского. – 2002. – Т. 81. - № 1. – С. 91-93.

2. Гудман Р., Скотт С.. Детская психиатрия. Изд-во: Триада-Х – 2008. – 349 с.
3. Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Эпидемиологическая характеристика психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ у детей и подростков в Архангельской области// Наркология. – 2014. – №4. – С.30-36
4. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Анохина И.П. Наркология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
5. Леус Э. В., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Возрастные психологические аспекты аддиктивного поведения подростков// Наркология. – 2016. – № 3. – С. 12-17
6. Москаленко В.Д. Роли выживания детей в алкогольных семьях // Вопросы наркологии. – 2014. – №5. – С. 84-101
7. Надеждин А.В. Влияние возрастного фактора на клинику наркологических заболеваний // Наркология. – 2016. – №5. – С.90-99
8. Соловьев А.Г., Сидоров П.И., Кирпич И.А. Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом //Независимый психиатрический журнал. – 2000. – № 3. – С. 37-40.
9. Яшкович В.А., Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Лочехина Л.И. Мотивация химически зависимых лиц на обращение за помощью (методические рекомендации). – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2016. – 30 с.
10. Susanna Every-Palmer Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study. // Drug and Alcohol Dependence. — 2011. — № 117. — С. 152-157.

## **ПЕРФЕКЦИОНИЗМ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ**

***Жукова Д.И.<sup>1</sup>, Балин В.Д.<sup>2</sup>, Джанаева Л.В.<sup>1</sup>***

*СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного  
Иоанна Кронштадтского»<sup>1</sup>,*

*Санкт-Петербургский государственный университет<sup>2</sup>,  
Санкт-Петербург*

Обсессивно-компульсивным расстройством личности или расстройством личности по ананкастическому типу называют расстрой-

ство личности, в структуру которой входит чрезмерная склонность к сомнению, поглощенность деталями, патологический перфекционизм, упрямство, а также часто возникающие obsessions и/или compulsions. Включено в МКБ-10 и DSM-IV. Изучив картину мира лиц с высоким уровнем перфекционизма можно отследить тяжёлые нарушения характерологической конституции и поведенческих тенденций данных лиц, соединяющее всегда несколько сфер личности и обычно сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией.

В нашем исследовании мы рассматриваем автобиографическую память как психическое составляющее, тесно связанное с «Образом Я». Депрессивные и перфекционистские установки важные составляющие части личностной организации человека. Сегодня ситуация такова, что пока не только не выявлены все представления о психологической структуре и формах перфекционизма, но нет точной разработки инструментов, тестирующих различные параметры и формы перфекционизма. В такой ситуации лучшее, что, на наш взгляд, можно сделать, это сбор данных с последующим анализом в рамках нарративного подхода. Для этого требуется такое построение процедуры, которое реализует оба подхода. Для этих целей нами был выбран метод экспертной оценки автобиографических рассказов испытуемых.

Нами было использовано 4 методики:

1. Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory-BDI);
2. Опросник перфекционизма Гараян Н.Г., Холмогоровой А.Б.;
3. Автобиографическое интервью Нурковой В.В.;
4. Метод экспертных оценок рассказов.

Наше исследование проводилось на базе неврологического отделения СПб ГБУЗ «Городской больницы Святого Праведного Иоанна Кронштадтского». Первоначально в исследовании принимало участие 140 человек в возрасте 17-18 лет. Из них было отобрано в основную группу 30 человек с высоким уровнем перфекционизма и 10 человек в контрольную группу с низким уровнем перфекционизма.

Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 19.0, Copyright SPSS Inc., 2010.

Мы получили следующие данные: в качестве важных и ярких событий выступают события младшего школьного, подросткового и юношеского возраста, связанные с переживанием успеха – неуспеха. Этот параметр перфекционизма указывает на первые переживания личностной уязвимости в данных возрастах: ранние утраты и разочарования в объектах привязанности, опыт состояния беспомощности; показывает проблемы силы, контроля и автономности в отношениях родитель-ребёнок и я-мир. Поскольку в основе обсессивно-компульсивной организации личности имеет место опора на защитные механизмы «изоляция аффекта» (обсессивная симптоматика) и/или «аннулирование» (компульсивная симптоматика), а также «реактивное образование» и «всемогущий контроль», это указывает на «Образ Я» перфекционистов. В своей концептуальной части он очень нечётко, неуловим, ситуативен, содержит фрагментарные, необъединённые части, как в зеркале отражающие разнообразие внешние факторы, события, границы «Я» размыты, нет достаточной автономности. Обсессивно-компульсивная личность развивается тогда, когда родители, совместно с требованиями соблюдения высоких поведенческих тенденций, предъявляют еще соблюдение «стандарта чувствования» — запрет на ощущение различных эмоций и наказание за «проступок». Поскольку течение эмоциональных процессов не определяется сознательным выбором личности, то данные требования родителей приводят, изначально, к ощущению ребёнком своей вины за отсутствие способности контролировать свои чувства и желания, а еще к навязчивому страху перед неотвратимым наказанием. Так как «Я» — это тоже представитель сверхзначимого, аффективно насыщённого и потому искажённого, зыбкого мира социальных объектов, то к нему тоже относится большинство вышеназванных типов реакций и параметров. Имеет место не только неустойчивость, ситуативность самооценок, но и нестабильность самих шкал и параметров самооценивания, и такая флуктуирующая система не позволяет сформировать никакой интегрированной и иерархизированной концепции (ни в области знания о своих качествах, ни во внутренней картине болезни, ни в оценке себя как коммуницирующего объекта). В то же время, наблюдаются отдельные, спорадически возникающие, довольно точные и дифференцированные оценки, осознания отдельных сторон и

моментов, но совершенно без зрелой интеллектуальной переработки, поэтому порождающие интенсивную тревогу и страх, шоковые реакции, а отсюда – симптоматику вегетативного ряда или социальные фобии; понятно, что постэффектом такого рода «осознаний» является еще более значительное последующее вытеснение проблем.

Полученные эмпирические результаты могут быть использованы психотерапевтами и практикующими психологами в консультативной и психологической помощи.

## **ОРГАНИЗАЦИОННАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КАБИНЕТА АНТИКРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ. ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

*Зелянин А.Н.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельский  
психоневрологический диспансер», Архангельск*

В 2009 году, в целях профилактики суицидального поведения среди населения Архангельской области, на базе ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер» (далее АПНД) был открыт кабинет антикризисных состояний. В настоящее время в структуру кабинета входит кризисное телефонное консультирование (телефон доверия) и кризисное консультирование в рамках очных встреч.

По данным за 2016 год в кабинет обратилось 272 человека. Основной запрос обращения на консультации: суицидальные мысли, намерения, проживание горя, вопросы созависимых отношений, развод.

В рамках кабинета оказывается психологическая поддержка: проводится групповая работа с пациентами, индивидуальные консультации. С 2016 года кабинет кризисных состояний принял на себя вопросы профилактики суицида среди детей и подростков Архангельской области.

Специалистами архангельской психиатрической службы во главе с главным психиатром МЗ АО, совместно со специалистами НИИ психиатрии им. Сербского было принято решение о проведении

пробного скринингового исследования на выявление суицидального риска у учащихся Архангельской области. Данное исследование было разработано специалистами НИИ им. Сербского, которое уже проводилось с учащимися школ г. Москва и Подмосковья.

Пробным регионом был выбран Шенкурский район, в связи с тем, что специалисты из Шенкурска и Ровдино уже обучались на курсе, посвященном профилактике суицидального поведения среди детей и подростков, организованном в рамках российско-норвежского проекта и имели высокую профессиональную мотивацию на участие в этом исследовании.

Исследование делилось на следующие этапы:

- 1) Подготовительный этап
- 2) Проведение исследования с учащимися школ Шенкурского района
- 3) Интерпретация результатов и выявление группы риска среди подростков
- 4) Обратная связь специалистам Шенкурского района

Были использованы следующие методики:

1. Шкала безнадежности (предназначена для предсказания возможности развития суицидального поведения на основе анализа мыслей о будущем и возлагаемых на него надежд)
2. Опросник суицидального риска Шмелева (предназначен для диагностики суицидального риска)
3. Шкала оценки депрессии Гамильтона
4. Шкала одиночества

Целью исследование явилось раннее выявление суицидальных мыслей и суицидальной настроенности у учащихся Шенкурского района для определения и реализации дифференцированных профилактических подходов.

Исследование показало, что ученики 15 лет позитивно настроены на свое будущее. Акцентуированных черт не выявлено, в большей степени проявляются черты демонстративности, а именно желание привлечь внимание, и уникальности, то есть восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явление исключительное, не похожее на других. Чуть менее выражены доминирование эмоций над эмоциональным контролем в оценке ситуации и

представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности. Наблюдаются сложности в конструктивном планировании будущего.

У учеников 14 лет наблюдается легкая безнадежность при оценке своего будущего. В целом они не чувствуют себя одиноко, акцентуированные черты проявляются единично, в основном это эмоциональная нестабильность. Ярче всего проявляются черты инфантильного максимализма ценностных установок и как следствие аффективная фиксация на неудачах. У данных учеников возможно заимствование суицидальных моделей поведения у литературных героев, желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания.

Исследование учеников 13 лет так же показало легкую безнадежность в оценке своего будущего. В сравнении с 14 и 15-летними они чувствуют себя более одинокими. В единичных случаях ярко проявляются черты ранимости. У учеников данного возраста так же присутствует желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. У них так же возможно заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снижает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга.

Рассматривая всех учеников можно сделать вывод, что у большинства наблюдается тенденция к негативной оценке своего будущего, эмоциональная нестабильность, а также ярко выраженная демонстративность поведения, инфантильный максимализм ценностных установок. Максимализация ценностей значимости малейшей потери с одновременной минимализацией ценностей значимости имеющихся достижений. Возможен поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение.

По итогам исследования специалистам Шенкурского района были даны рекомендации по работе с подростками. Запланирован цикл вебинаров для повышения профессионального уровня специалистов, снижение суицидальной динамики у учащихся.

Результаты данного исследования показывают, что для более глубокого понимания суицидальной динамики необходимо провести

дополнительные исследования акцентуаций подростков, их личностных особенностей, так как для достоверных результатов необходима всесторонняя диагностика.

Отсюда вытекает основная проблема работы кабинета антикризисных состояний – проблема с кадровым обеспечением. Для проведения полного скринингового исследования не хватает ресурса в виде специалистов, готовых заниматься проведением тестирования, обработкой результатов.

На наш взгляд решение этой проблемы кроется в дистанционной поддержке специалистов области профессионалами центральных региональных баз в области суицидологии с использованием технических и организационно-методических ресурсов отделения развития компетенций АПНД.

## **РАСШИРЕНИЕ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ШКОЛЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ)**

*Зубарева Н.С.*

*ГБУЗ Архангельской области «Северодвинский  
психоневрологический диспансер», Северодвинск*

Обучение пациентов и их родственников в различных школах здоровья получило в российских медицинских организациях широкое распространение. Доказана клиническая, социальная и экономическая эффективность этого метода профилактического консультирования. В 2011 году приказом Минздравсоцразвития России утверждена номенклатура школ, в том числе и школа психологической профилактики для пациентов и их родственников. Школа психического здоровья у нас работает с 2013г. Программа работы школы была разработана и защищена в рамках проекта 2012г. «Лидерство и менеджмент в условиях изменения здравоохранения Северо-запада России». В проекте участвовало три человека от нашего диспансера. За период работы школы в ее работу неоднократно вносились изменения, дополнения – по мере изменения действующих приказов и требований времени.



Пока не наблюдаются активные изменения общества к пациентам с психическими расстройствами и актуальность работы школы психического здоровья остается высокой. В школе проводится как групповое так и индивидуальное обучение. Имеются утвержденные планы занятий, в зависимости от контингента больных. С появлением полипрофессиональных бригад для оказания всесторонней помощи психически больным и проведения реабилитационных мероприятий пациентам с алкогольной зависимостью сестринский персонал стал проводить обучение и консультирование пациентов стационара в составе этих бригад. В целях профилактики вредных привычек в детском и подростковом возрасте организуются выходы группы медсестер (в том числе и медсестры школы здоровья) в общеобразовательные школы, ПТУ, детский дом с театрализованными акциями, анкетированием, тестированием. Кроме того медсестрой готовится и выпускается наглядная агитация: памятки, буклеты, санлистки и др. В докладе представлены данные о структуре, возрасте пациентов прошедших обучение, результаты и анализ их обучения, анкетирования, дана оценка работы школы и сделаны выводы.

## **ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ И ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЁЖНОЙ СРЕДЕ**

*Иващенко Д.М., Бурделова Е.В.*

*ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула*

Агрессивность как типологическая характеристика поведения проявляется в виде готовности к активной агрессии; в нравственно-этическом плане является нейтральным понятием; несёт в себе такие личностные черты как обидчивость, враждебность, недоброжелательность; предполагает постановку таких целей как нанесение физического или психологического ущерба, причинение вреда другому человеку. Уильямс и Пулийс выделили три личностные особенности способствующие развитию агрессивных форм поведения, так называемая «тёмная триада личности»: психопатия, нарциссизм, макиавеллизм.

Факторы, снижающие агрессию и агрессивность, в зарубежной литературе обозначаются как «защитные факторы». Их рассматривают в контексте оценки риска проявления физической агрессии. Защитные факторы – это средовые и ситуационные факторы, различные характеристики самого агрессора, снижающие риск возникновения в будущем агрессивного поведения, т.е. можно сказать, что защитные факторы это личностные и ситуационные переменные.

Цель исследования: выявление индивидуально-типологических и характерологических особенностей, которые способствуют повышению либо снижению уровня агрессии в молодёжной среде.

Материалы и методы исследования: опросник Шмишека «Акцентуации характера», тест Басса-Дарки в модификации Г.В. Резапкиной, опросник Спилбергера по оценке агрессии.

В исследовании приняло участие 721 студент Тульского государственного университета, в возрасте от 17 до 21 года.

Результаты исследования. Уровень физической агрессии средне статистически выше у юношей, чем у девушек (юноши  $t=2,18\pm 0,08$ , девушки  $t=1,1\pm 0,06$ ,  $p<0,001$ ). У девушек в большей степени выражена косвенная агрессия (юноши  $t=1,54\pm 0,08$ , девушки  $t=1,85\pm 0,07$ ,  $p<0,01$ ), они более раздражительны (юноши  $t=2,32\pm 0,08$ , девушки  $t=2,82\pm 0,07$ ,  $p<0,001$ ) и обидчивы (юноши  $t=1,73\pm 0,06$ , девушки  $t=2,04\pm 0,06$ ,  $p<0,001$ ).

Агрессия как черты характера в большей степени характерна для девушек (юноши  $t=15,57\pm 0,3$ , девушки  $t=20,19\pm 0,28$ ,  $p<0,001$ ), а агрессия как состояние (юноши  $t=12,53\pm 0,25$ , девушки  $t=11,47\pm 0,14$ ,  $p<0,001$ ) и агрессия как темперамент (юноши  $t=4,84\pm 0,12$ , девушки  $t=1,1\pm 4,37$ ,  $p<0,01$ ) для юношей. Было замечено, что уровень контроля агрессии выше у юношей (юноши  $t=20,54\pm 0,26$ , девушки  $t=19,86\pm 0,21$ ,  $p<0,05$ ).

Для разных акцентуаций характерны разные виды агрессии. При неустойчивом типе акцентуации выражена косвенная агрессия ( $r=0,431$ ,  $p<0,01$ ), раздражение ( $r=0,494$ ,  $p<0,01$ ) и подозрительность ( $r=0,337$ ,  $p<0,01$ ), в меньшей степени физическая ( $r=0,281$ ,  $p<0,01$ ) и словесная ( $r=0,298$ ,  $p<0,01$ ) агрессия, обидчивость ( $r=0,297$ ,  $p<0,01$ ).

Для циклотимного типа акцентуации наиболее характерно раздражение ( $r=0,376$ ,  $p<0,01$ ), в меньшей косвенная агрессия ( $r=0,274$ ,

$p < 0,01$ ), обидчивость ( $r=0,248$ ,  $p < 0,01$ ), подозрительность ( $r=0,212$ ,  $p < 0,01$ ), словесная агрессия ( $r=0,176$ ,  $p < 0,01$ ).

При экзальтированном типе, как и при циклотимном, в наибольшей степени выражено раздражение ( $r=0,314$ ,  $p < 0,01$ ), а в меньшей косвенная агрессия ( $r=0,24$ ,  $p < 0,01$ ), обидчивость ( $r=0,239$ ,  $p < 0,01$ ), подозрительность ( $r=0,185$ ,  $p < 0,01$ ), словесная агрессия ( $r=0,159$ ,  $p < 0,01$ ).

Для застревающего типа акцентуации характерны все виды агрессии: физическая агрессия ( $r=0,132$ ,  $p < 0,01$ ), косвенная агрессия ( $r=0,124$ ,  $p < 0,01$ ), раздражение ( $r=0,201$ ,  $p < 0,01$ ), негативизм ( $r=0,182$ ,  $p < 0,01$ ), обидчивость ( $r=0,178$ ,  $p < 0,01$ ), подозрительность ( $r=0,163$ ,  $p < 0,01$ ), словесная агрессия ( $r=0,254$ ,  $p < 0,01$ ).

При педантичном типе акцентуации наблюдается косвенная агрессия ( $r=0,152$ ,  $p < 0,01$ ), раздражение ( $r=0,157$ ,  $p < 0,01$ ), обидчивость ( $r=0,203$ ,  $p < 0,01$ ), подозрительность ( $r=0,151$ ,  $p < 0,01$ ), словесная агрессия ( $r=0,176$ ,  $p < 0,01$ ).

У демонстративного типа акцентуации может наблюдаться косвенная ( $r=0,08$ ,  $p < 0,05$ ) и словесная агрессия ( $r=0,135$ ,  $p < 0,01$ ), подозрительность ( $r=0,125$ ,  $p < 0,01$ ). Для тревожного типа акцентуации характерны косвенная агрессия ( $r=0,151$ ,  $p < 0,01$ ), раздражение ( $r=0,216$ ,  $p < 0,01$ ), обидчивость ( $r=0,263$ ,  $p < 0,01$ ), подозрительность ( $r=0,089$ ,  $p < 0,05$ ). А для эмотивного – косвенная агрессия ( $r=0,115$ ,  $p < 0,01$ ), раздражение ( $r=0,109$ ,  $p < 0,01$ ) и обидчивость ( $r=0,172$ ,  $p < 0,01$ ). В то же самое время тревожная ( $r=-0,124$ ,  $p < 0,01$ ) и эмотивная ( $r=-0,237$ ,  $p < 0,01$ ) акцентуации являются «защитным фактором» от физической агрессии. При дистимическом типе наблюдается обидчивость ( $r=0,182$ ,  $p < 0,01$ ) и подозрительность ( $r=0,111$ ,  $p < 0,01$ ), данный тип акцентуации является «защитным фактором» от словесной агрессии ( $r=-0,079$ ,  $p < 0,05$ ).

Гипертимный тип резко выделяется в ряду акцентуаций, для него характерна только словесная агрессия ( $r=0,099$ ,  $p < 0,01$ ), и он является «защитным фактором» от обидчивости ( $r=-0,085$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, можно сказать, что агрессивность в наибольшей степени выражена при неустойчивой и застревающей акцентуации. А к «защитным факторам» против некоторых видов агрессии относятся гипертимный, эмотивный, тревожный и дистимический типы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что профилактика агрессивного поведения в молодёжной среде должна быть комплексной. Насущной необходимостью является разработка психопрофилактических программ, которые включали бы мероприятия, воздействующие индивидуально-психологические факторы формирования агрессивного поведения. Выявленная специфика агрессивных тенденций у разных групп студентов показывает, что эффективность профилактических мероприятий будет зависеть от адекватности выбора «мишени» профилактики.

## **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЧЕРЕЗ ИНТЕГРАЦИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ**

*Игнатова Ю.А.<sup>1</sup>, Новикова И.А.<sup>2</sup>*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница», Архангельск<sup>1</sup>*

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Архангельск<sup>2</sup>*

Распространенность тревожных расстройств (ТР) очень высока и является значительным бременем для системы общественного здравоохранения. Расстройства тревожного спектра являются одними из самых частых у пациентов соматической сети, в первую очередь, в амбулаторных медицинских учреждениях; частота их колеблется от 6,7 до 18,1 %, для панического расстройства – 5,6 % [5]. ТР значительно влияют на качество жизни человека, нарушая его функционирование в профессиональной, социальной и семейной среде, вызывая постоянный психологический дискомфорт и крайне неприятные соматические симптомы, что требует современной диагностики и раннего начала адекватной терапии [6].

Целью исследования явился анализ проблемы междисциплинарного взаимодействия в оказании помощи лицам с ТР.

Согласно традиционной отечественной систематике, ТР относятся

к группе невротических расстройств, т.е. к психогенно обусловленным болезненным состояниям, характеризующимся многообразием клинических проявлений, осознанием болезни и отсутствием изменений самосознания личности; по МКБ-10 ТР делятся на тревожно-фобические, а также другие расстройства, куда входят паническое, генерализованное тревожное, смешанное тревожно-депрессивное, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации, включающее посттравматическое стрессовое расстройство. Являясь распространенной патологией, в большинстве случаев ТР не распознаются и адекватно не лечатся врачами-интернистами, что подтверждает наличие проблемы оказания психиатрической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами в первичном звене здравоохранения [3]. Показатели диагностики и лечения ТР врачами общей практики намного ниже, чем ожидалось, исходя из их распространенности [7].

Причины недостаточной диагностики ТР различны. С одной стороны, гиподиагностика тревоги связана с тем, что клинические формы ТР очень похожи друг на друга по своим проявлениям, они плохо распознаются и скорее рассматриваются, как «житейские проблемы», чем как «настоящие заболевания». Некоторые могут жаловаться на соматические симптомы, связанные с тревогой, считая их более значимыми или серьезными, не уделяя при этом должного внимания тревоге, что, несомненно, связано с личностными и психосоциальными характеристиками [2].

Принято считать, что лица с ТР часто используют ресурсы системы первичной помощи, но если тревожный компонент их проблем не определен, правильное лечение может быть не назначено, что влечет, в свою очередь, проведение нецелесообразных и дорогостоящих обследований, в частности, по поводу соматических симптомов. С другой стороны, существуют данные о том, что врачи общей практики могут не предлагать доказательно эффективное лечение лицам с ТР во всех тех случаях, когда оно показано, а предлагаемое чаще является фармакотерапией, а не психотерапией, что обусловлено недостаточной доступностью последней [8]. При этом, своевременное направление в психиатрические службы вторичной помощи осуществляется редко; обычно в них направляют пациентов, у

которых симптомы резистентны к лечению или отмечается тяжелое снижение функционирования.

Анализ источников литературы показывает, насколько неоднозначной и нуждающейся в поиске комплексного решения остается проблема оказания психиатрической помощи лицам с ТР в России и зарубежных странах. Так, до недавнего времени в Великобритании в рамках первичной помощи лиц с ТР выявляли и лечили необоснованно редко: применяемая в стране модель последовательной помощи была создана для повышения эффективности работы служб и, таким образом, обеспечения пользы для пациентов, в комбинации с когнитивно-поведенческой терапией. Данная форма работы позволяет создать условия для наиболее полезного использования доступных терапевтических ресурсов [10].

Существенную часть работы по оказанию помощи лицам с ТР, которая ранее была исключительной прерогативой психиатров, в Австралии и Новой Зеландии в настоящее время выполняют врачи первичного звена, неправительственные общественные организации и группы взаимопомощи. Организация психиатрической службы, а также уровень ее обеспеченности кадрами в сельских районах соответствует показателям стран с низким уровнем доходов, в то время как в крупных и средних городах в систему оказания психиатрической помощи привлекается все большее число врачей и специалистов смежного профиля. Для оказания помощи в сельских регионах часто практикуются выездные консультации сотрудниками из крупных городских центров [9].

Оказание психолого-психиатрической помощи лицам с ТР в нашей стране в большинстве случаев проводится несвоевременно. Зачастую это связано с тем, что население плохо информировано, как о сути заболевания и научно-обоснованных методах его лечения, так и о том, куда по поводу него можно обратиться. Кроме того, продолжает сохраняться выраженный страх перед стигмой «человек с психическим расстройством». В результате многие пациенты и их родственники решаются обратиться к специалисту, когда симптомы достигают тяжелой степени выраженности, а социальное функционирование значительно нарушено. Все вышеперечисленные факты приводят к тому, что часто невозможно диагностировать ТР на ранних стадиях; это увеличивает, в свою очередь, печальную статистику клинически выраженных и

трудно поддающихся коррекции психических расстройств, осложняя оценку эффективности реабилитации [1].

Таким образом, на настоящий момент на территории РФ психиатрические учреждения не создают благоприятных условий для решения диагностических и лечебных задач в отношении больных с ТР. Модели интеграции психиатрической службы с различными отраслями медицины и здравоохранения недостаточно разработаны. Следствием этого является ограниченность информационных и профессиональных контактов между врачами соматических учреждений и специалистами психиатрических клиник и диспансеров. Высокая распространенность ТР, в том числе и среди пациентов общемедицинской сети, необходимость разработки новых критериев диагностики отдельных клинических форм тревоги, с учетом особенностей этиопатогенеза [4] диктует целесообразность повышения осведомленности врачей первичной (поликлинической) медицинской помощи в области диагностики и лечения тревожно-депрессивных расстройств у больных соматическими заболеваниями, что, в свою очередь, существенно снизит количество неоправданных инструментальных и лабораторных исследований, равно как и неадекватных терапевтических назначений. Совместная бригадная работа врача-психиатра с врачами общего профиля позволит сохранить в период лечения привычную социальную среду, а также избежать стигматизации, осложняющей существование больного при лечении в психиатрических учреждениях. Все вышеприведенные доводы показывают необходимость разработки и адаптации единых стандартов и критериев диагностики и лечения ТР, как в амбулаторном, так и стационарном звене психиатрической помощи, что, несомненно, улучшит и оптимизирует работу психиатрической службы, в целом.

### **Литература.**

1. Захаров Н.Б., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Проблемы оценки эффективности реабилитации в психиатрии // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8. - № 11 (54). – С. 51-54
2. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов министерства внутренних дел // Вестник психотерапии. – 2011. – Т. 42. - № 37. – С. 56-68

3. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // социальная и клиническая психиатрия 2013. – Т. 23. – № 4. – С. 5-13

4. Маринчева Л.П., Злоказова М.В., Соловьёв А.Г. Особенности этиопатогенеза психосоматических и соматоформных расстройств // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. - № 3. – С. 465-468

5. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Психическое здоровье населения: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000-2010гг) // Журнал неврологи и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 2011.- №6.- С. 4-14

6. Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьёв А.Г. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 7-10

7. H.U. Wittchen, F. Jacobi Size and burder of mental disorders in Europe –a critical review and appraisal of 27 studies \ Eur. Neuropsychopharmacol. – 2005.-15(4).- P. 357-76

8. Murrey B. Stein, Holly G.Rarnsawh Phenomenology of social anxiety disorder//Textbook of anxiety disorder. – 2004.- P.493

9. Peter McGeorge. Experience of outpatient mental health services in the area of Australia and the South Pacific// World psychiatry. – 2012.- №11.- P. 129-132

10. Bower P, Gilbody S Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review // J. Psychiatry- 2005.- Jan;186 - P.7-11

## **ФИЛОСОФСКИЙ И БИОЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»**

***Кишкин Н.В.***

*ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России,  
Москва*

Медицина, как уникальная научная область и креативная клиническая практика, как уникальная жизнедеятельность медицинских работников, направлена на сохранение и укрепление здоровья людей,



предупреждение и лечение болезней. Медицина и философия как феномены культуры, несмотря на разные направления своей деятельности и пути поиска истины (медицина выбирает путь практического действия, а философия – теоретического её обобщения и рефлексии), решают одну задачу – обеспечение выживания человечества. В этом плане медицина и философия объединяют свои усилия. Идеи единения философского и медицинского творчества ради постижения тайны природы человека и его смысла жизни даёт стимул к философскому переосмыслению истории и философии медицины. Современная медицина в техногенную и информационную эпоху стала важнейшим показателем творческого состояния в науке и культуре человечества, от которого зависит физическое, психическое и социо-культурное здоровье людей, перспективы совершенствования цивилизации. Это обстоятельство, а также развитие медицины обусловили необходимость философского осмысления сущности и смысла современного здравоохранения, путей и средств его модернизации и дальнейшей гуманизации. С глубокой древности известен миф о том, что у почтаемого бога солнца Аполлона – врача богов, было два земных сына. Одного сына звали Асклепием (лат. Эскулап), он обладал искусством врачевания тела человека, а другого – Платоном, преуспевшего в разумном исцелении человеческой души. Они лечили и учили людей беречь свое здоровье, следуя разумному и моральному образу жизни. Асклепий искусно исцелял тела, а вот мудрый Платон врачевал души людские. Это творческое единение стало символом мудрости человеческой жизни. Так возникал и креп союз медицины с гуманной философией. Знаменитый русский врач М.Я. Мудров (1776-1836), будучи деканом медицинского факультета Московского университета призывал коллег помогать людям и особенно бедным. При этом он советовал им любовно и проникновенно внушать пациентам необходимость личного участия в излечении. Надо, писал он, «протолковать больному и предстоящий образ употребления прописанного лекарства и сказать вкус, цвет, запах и действие оногo. Тогда больной будет принимать его с восхищением: а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства. Больной считает часы и минуты, ожидает действия от лекарства, и думает более о выздоровлении, нежели о болезни» (Мудров М.Я. Избр. произвед. М. 1949. С.

240). В книге «Слово о способе учить и учиться медицине» он советовал: «Теперь ты испытал болезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты. Из сего ты заключить можешь, какое нужно терпение, благоразумие и напряжение ума при постели больного, дабы выиграть всю его доверенность и любовь к себе, а сие для врача всего важнее (Там же, С. 233). Вооружённый гуманной философской методологией, современный врач не имеет морального права забывать, что на клинической койке лежит не просто больной организм, а страдающий человек. Врач в данном случае должен учитывать не только состояние сомы больного, а и состояние социально-психическое, личностные и индивидуальные характеристики. Без постоянной опоры на гуманистическую философскую доктрину – всеобщую методологию научного познания, практически невозможно из разрозненных фактов научной медицины создать единую теоретическую базу современного здравоохранения. Врач-клиницист только тогда сможет действовать уверенно и наиболее целесообразно в каждом отдельном конкретном случае, когда он будет умело опираться не только на специальные медицинские знания, но и на знания общих философских закономерностей, отражающих работу здорового организма, когда будет рассматривать человека как сложную биопсихосоциальную и культурную человеческую особь. Решение этой задачи видится только через синтез философского и медицинского знания на основе интерпретации фактов медицинской науки с позиций и через призму гуманной философской парадигмы.

## **СОСТОЯНИЕ И НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Конопленко Э.Р.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница, Архангельск*

Необходимость организации оказания доступной, безопасной и качественной психиатрической помощи в Архангельской области потребовала глубокого анализа ситуации и разработки програм-

мы развития службы с учетом региональных особенностей. В мае 2013 года коллегией министерства здравоохранения была утверждена Концепция модернизации психиатрической и наркологической служб Архангельской области на 2013-2018 годы, которой исходя из следующих особенностей психиатрической службы в регионе, были определены конкретные задачи и мероприятия для их реализации.

- Централизация коечного фонда в Архангельске (74,3% все коечной мощности);
- Заблокированность психиатрического коечного фонда недееспособными пациентами, нуждающимися в переводе в психоневрологические интернаты;
- Низкая обеспеченность врачами-психиатрами, психологами и специалистами по социальной работе, особенно в районах области;
- Недостаточное развитие амбулаторных стационарозамещающих форм медицинской помощи;
- Недостаточное участие первичного медико-санитарного уровня помощи в выявлении и профилактике психических расстройств;
- Недостаточное развитие реабилитационных видов психиатрической помощи.

В ходе выполнения мероприятий, определенных планом мероприятий реализации Концепции произошли определенные сдвиги, которые нашли отражение в основных статистических показателях.

Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами с 2012 г незначительно снизился на 1,5% , с 2515 до 2478 на 100 тыс. населения. В сравнении с данными по РФ остается ниже на 11.5% (РФ-2799 на 100 тыс.).

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами с 2012 увеличился на 17% (с 4936 до 5729 чел., с 421 до 502 на 100 тыс.), что скорее отражает выявляемость психических заболеваний и говорит о повышении доступности помощи. В сравнении с данными по Российской Федерации в Архангельской области показатель первичной заболеваемости выше на 38,6% (РФ -308,3 на 100 тыс.).

Кадровая ситуация имеет положительную тенденцию, увеличилось количество физических лиц врачей психиатров с 115 до 117 в 2015 году, Увеличилось количество психологов, работающих в уч-

реждениях психиатрического профиля с 34 до 37 социальных работников до 23. Однако необходимо отметить, что в некоторых районах области по-прежнему нет психиатров, а, психиатрических отделениях, кабинетах учреждений второго уровня нет психологов и социальных работников, что делает невозможным реализацию полипрофессионального подхода.

Кочный фонд стационарного звена сократился с 1054 до 910 коек за счет сокращения коек в ГБУЗ АО «АКПБ», что стало возможным благодаря переводу пациентов, признанных в установленном порядке недееспособными и не нуждающихся в нахождении в психиатрической больнице в стационарные учреждения социального обслуживания психоневрологического профиля

Число мест в дневных стационарах в сравнении с 2012 годом уменьшилось с 58 до 52 мест за счет сокращения в ГБУЗ АО «Коряжская городская больница».

Значительно улучшена система взаимодействия врачей специализированного и первичного звена здравоохранения. В рамках российско-норвежского проекта на территории Приморского района (врачебная амбулатория Рикасиха) разработана и внедрена «Поморская» модель взаимодействия специализированного звена и первичной медико-санитарной службы врачей общей практики, которая в настоящее время реализуется и в других районах области.

На шестом национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии « Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее», проходившем в мае 2016 года в г.Уфе Букреева Н.Д – руководитель научно-организационного отдела ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.В.П. Сербского» Минздрава России, представила сообщение , в котором обозначила основные тренды развития психиатрической помощи в РФ .

- Переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи
- Деинституциализация с одновременной реорганизацией задач стационарного звена помощи
- Создание и существенное расширение различных по своим задачам учреждений внебольничного звена помощи
- Гуманизация психиатрической помощи
- Преодоление стигматизации и дискриминации

- Интеграция в первичную медицинскую сеть отдельных видов психиатрической помощи.

Таким образом, можно сделать вывод, что задачи, обозначенные в концепции модернизации психиатрической службы в Архангельской области, совпадают с основными трендами развития психиатрической помощи в Российской Федерации.

Изменения, вызванные мероприятиями реализации Концепции модернизации, привели к положительным сдвигам, что отражается в динамике основных показателей. Однако с сокращением коечного фонда в Архангельской области требуется активное развитие дневных стационаров и других стационарозамещающих технологий. Руководителям учреждений психиатрического профиля необходимо организовать работу отделений (кабинетов), определенных Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.05.2016г, а именно отделений интенсивного оказания психиатрической помощи, активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения, амбулаторного реабилитационного отделения, трудовых мастерских.

Главным врачам многопрофильных больниц надо обратить внимание на важность включения в штат психиатрических отделений психологов и социальных работников для внедрения в практику психосоциальных технологий, полипрофессионального, бригадного подхода.

## **НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ГБУЗ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ «АРХАНГЕЛЬСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

*Коровкина И.В, Гузенко О.А.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская областная  
клиническая психиатрическая больница», Архангельск*

Современное развитие медицинской науки и внедрение новых медицинских технологий требуют постоянного совершенствования

системы повышения квалификации кадров. Объем знаний в медицине постоянно обновляется. Однако повышение квалификации медицинских работники проходят один раз в пять лет, следовательно, несколько лет до очередного цикла обучения медперсонал работает с явно устаревшими знаниями. Это непременно отражается на качестве оказания медицинской помощи населению.

Непрерывное профессиональное обучение медицинского персонала сегодня, как никогда становится актуальным и помогает специалистам быстро адаптироваться в изменяющейся профессиональной среде и работать с наибольшей эффективностью.

В ГБУЗ Архангельской области «Архангельская областная клиническая психиатрическая больница» работает 252 средних медицинских работника. Все прошли обучение на сертификационных циклах и имеют сертификат специалиста. 48% средних медицинских работников аттестованы на квалификационные категории, из них 12% имеют высшую категорию, 29% – первую и 9% – вторую.

Организация обучения сестринского персонала для повышения уровня профессиональной компетенции в учреждении проводится согласно ежегодного плана посредством общебольничных сестринских конференций, лекций, тематических занятий по различным темам, включающим как общемедицинские проблемы, так и касающиеся особенностей оказания психиатрической помощи. В 2015 году были проведены занятия: «Туберкулез. Правила сбора мокроты», «Учет, использование и хранение наркотических средств и психотропных веществ, препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, изделий медицинского назначения», «Инсульт. Диагностика. Профилактика», «Психические расстройства при зависимостях от психоактивных веществ» и т. д. К проведению занятий привлекаются специалисты из других медицинских организаций, врачи учреждения, а также сами медицинские сестры.

В рамках образовательных мероприятий организованы Школы для обучения персонала по различным специальностям.

«Школа процедурной медицинской сестры» организуется и проводится сектором по контролю за работой процедурных кабинетов Совета медицинских сестер больницы под руководством руководителей сестринской службы два раза в год. Обучение процедурных

медицинских сестер учреждения по вопросам работы с медицинскими отходами, профилактике профессиональных заражений гемоконтактными инфекциями, технологий проведения инвазивных вмешательств, правил заполнения медицинской документации, разбор ошибок в работе процедурных медицинских сестер и аварийных ситуаций т. д. позволяет специалистам овладеть информацией в соответствии с новыми нормативными документами, обновить имеющиеся знания. Реализуя каскадный метод обучения, медицинские сестры передают знания, полученные на Школе палатным медицинским сестрам, работающим в отделении и выполняющим в отсутствие процедурных медицинских сестер манипуляции.

На «Школе старшей медицинской сестры» проводится обучение менеджеров первичного звена. Обучение искусству управления, обновление знаний по действующей нормативно-правовой базе, обсуждение вопросов аттестации, разбор недостатков в работе, принятие единых решений позволяет старшим медицинским сестрам обменяться опытом, получить новые знания и применять их в дальнейшем на практике. Школа старших медицинских сестер проводится ежеквартально.

Медицинские сестры психиатрического стационара работают в условиях постоянного эмоционального напряжения, поэтому с целью профилактики эмоционального выгорания, а также повышения уровня санитарной грамотности сотрудников организована «Школа здоровья». В рамках школы психологами и медицинскими сестрами больницы проведены тренинги: «Стресс, стрессоустойчивость в трудовой деятельности в условиях психиатрического стационара», «Техники и приемы саморегуляции эмоционального состояния», «Социально-психологические аспекты толерантности».

Медицинские сестры учреждения – активные участники мероприятий городского, регионального, всероссийского и международного уровня: конференций, симпозиумов, семинаров, участие в которых позволяет познакомиться с опытом других учреждений и внедрить в практику самые передовые технологии оказания медицинской помощи.

Наиболее активными медицинскими сестрами разработаны методические пособия для работы персонала: «Стандартизированные

сестринские вмешательства» выпуск 1 «Процедурный кабинет» и выпуск 2 «Сестринская документация», «Правила забора биологического материала с образцами заполнения направлений на исследования», «Алгоритм сбора мокроты для лабораторных исследований».

Разработка методических пособий, участие в проведении обучающих семинаров, конференций, школ мотивирует медицинских сестер к самообразованию путем чтения специальной литературы, профессиональных периодических изданий, использования компьютерных технологий, что позволяет постоянно обновлять профессиональные знания.

Таким образом, непрерывное профессиональное образование для среднего медицинского персонала способствует поддержанию профессионального уровня, позволяет систематически обновлять теоретические и практические знания, умения и навыки, ставя на первый план безопасность медицинской деятельности, заботу и интересы пациентов.

## **ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ**

***Кралько А.А., Осипчик С.И***

*Республиканский научно-практический центр психического  
здоровья, Минск, Республика Беларусь*

Известно, что нарушения здоровья, вызванные употреблением алкоголя, широко распространены среди пациентов соматических стационаров. Вредное употребление алкоголя является причиной различных заболеваний. На нервно-психические расстройства приходится более одной трети (34 %) бремени болезней и инвалидности, которые можно отнести к алкоголю. За ними следуют неумышленные травмы, автодорожные аварии, ожоги, утопления и падения (в общей сложности 26 %), умышленные травмы, включающие самоубийства (11 %), цирроз печени (10 %), сердечно-сосудистые болезни (10 %) и рак (9 %). Госпитализация является удобным моментом



для антиалкогольных вмешательств, так как большинство пациентов с нарушениями, вызванными употреблением алкоголя обращаются за медицинской помощью только тогда, когда у них появляются клинические симптомы.

Нами изучены характер, структура и мотивы потребления алкоголя у пациентов стационарных медицинских учреждений, в том числе в зависимости от вида медицинских проблем, а также гендерные и возрастные особенности структуры алкоголизации указанной группы пациентов.

Особенности структуры алкоголизации пациентов исследовались при помощи разработанного опросника, с применением диагностических скрининговых инструментов GAGE и AUDIT. Когортная выборка состояла из 200 респондентов мужского и женского пола из многопрофильных стационарных учреждений здравоохранения по профилю кардиологии, онкологии, комбустиологии, сосудистой патологии (50 человек по каждому профилю) в возрасте от 18 до 65 лет. Выборочная совокупность формировалась методом квотно-случайного отбора и обеспечивала репрезентативность результатов исследования взрослого населения по полу, возрасту и направлениям. Методом случайной выборки определялось учреждение, в котором проводилось анкетирование.

Социологический опрос пациентов медицинских учреждений выявил довольно высокий уровень распространенности потребления алкоголя. По данным опроса большинство из данной категории населения употребляет алкоголь – 72,8 %, и только 27,2 не употребляют алкогольные напитки.

Важным показателем уровня распространенности и культуры потребления алкоголя является временная регулярность употребления алкогольных напитков. Результаты опроса показывают, что алкогольные напитки пациенты медучреждений употребляют преимущественно эпизодически (от случая к случаю) – один раз в месяц или реже (39,7 %) или регулярно, два-четыре раза в месяц (22,8 %). Систематическое употребление алкогольных напитков (два-три раза в неделю или еще чаще) зафиксировано только среди 10,3 % пациентов медучреждений (из них среди 6,5 % – 2-3 раза в неделю, а среди 3,8 % – 4 и более раз в неделю, то есть практически ежедневно).

На процессе алкоголизации влияние оказывает не только регулярность употребления алкоголя, но также количество разового употребления спиртных напитков. По данным социологического опроса обычное разовое употребление алкогольных напитков пациентов медучреждений составляет 50-100 мл (у 42,1 %) или 150-200 мл (у 29,1 %). Вместе с тем 16,9 % пациентов медучреждений в повседневной жизни обычно за одно застолье употребляют от 250 до 300 мл, 5,3 % – от 350 до 500 мл (г), 6,6 % – более 500 мл (г). Таким образом, свыше 250 мл алкоголя за одно застолье употребляют 28,8 % пациентов медучреждений.

Серьезную тревогу вызывает достаточно широкая распространенность разового употребления крепких спиртных напитков (водки, коньяка, виски самогона и т.п.) в большом количестве (свыше 300 мл). С той или иной регулярностью, по данным социологического опроса, такая форма потребления алкоголя зафиксирована среди 43,9 % пациентов медучреждений. При этом эпизодически (один раз в месяц и реже) в таком количестве употребляют алкоголь 21,8 % пациентов, регулярно (один-два раза в месяц) – 11,7 %, а систематически (один-два раза в неделю и чаще) – 10,4 % пациентов (из них 2,4 % – практически каждый день). Среди беременных женщин не практикуется систематическое употребление алкоголя.

Таким образом, можно сделать вывод, что если по показателю регулярности употребления алкогольных напитков каждому десятому (10,3 %) пациенту медучреждений присуще злоупотребление алкогольными напитками (бытовое пьянство), то по показателю количества разового употребления алкоголя – почти каждому третьему пациенту медучреждений (28,8 %). Таким образом, если средневзвешено учитывать эти два показателя, то фактически бытовое пьянство распространено среди каждого пятого (19,5 %) пациента медучреждений.

О наличии достаточно высокого уровня распространенности бытового пьянства, которое может перерасти в патологическую форму алкоголизма, свидетельствуют также результаты социологического опроса о частоте проявления признаков алкогольного запоя. Такое состояние, по данным опроса, с разной степенью регулярности проявляется у 13,3 % пациентов медучреждений (в том числе у 5,8 % –

реже, чем один раз в месяц, у 4,3 % – 1-2 раза в месяц, у 1,7 % – 1-2 раза в неделю, а у 1,4 % – практически каждый день).

Социологический опрос показал, что из-за чрезмерного употребления алкогольных напитков у 13,5 % пациентов медучреждений в течение последнего года имели место случаи нарушения привычного режима жизни (в том числе у 5,5 % пациентов медучреждений – реже, чем один раз в месяц, у 5,3 % – 1-2 раза в месяц, у 2,2 % – 1-2 раза в неделю, у 0,5 % – практически каждый день). По данным опроса симптомом алкогольного похмелья страдают 16,6 % пациентов медучреждений (в том числе 9,4 % – реже, чем один раз в месяц, 3,6 % – 1-2 раза в месяц, 1,7 % – 1-2 раза в неделю, а 1,9 % – практически каждый день).

В связи с употреблением алкогольных напитков у 12,3 % пациентов медучреждений в течение последнего года имели место случаи провала памяти, когда они не могли вспомнить, что с ними было накануне вечером (в том числе у 7,7 % пациентов – реже, чем один раз в месяц, у 2,4 % – 1-2 раза в месяц, у 1,2 % – 1-2 раза в неделю, а у 1,0 % – практически каждый день).

В течение последнего года у 18,1 % пациентов медучреждений на почве употребления алкоголя возникали ситуации, когда они испытывали чувство вины и угрызения совести после выпивки (в том числе у 9,6 % пациентов – реже, чем один раз в месяц, у 6,0 % – 1-2 раза в месяц, у 0,5 % – 1-2 раза в неделю, у 1,9 % – практически каждый день).

Таким образом, если использовать средневзвешено в комплексе всю совокупность вышеперечисленных медицинских диагностических показателей алкоголизма как болезни (алкогольный запой, нарушение привычного режима жизни, алкогольное похмелье, провалы памяти, чувство вины), а также учитывать степень регулярности их проявления в течение последнего года, то, по результатам проведенного социологического опроса, 16,8 % пациентов медучреждений могут быть отнесены к группе лиц или предрасположенных к алкоголизму или пациентов с алкоголизмом.

## **ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТАМИ РАЗНОГО ПРОФИЛЯ КРИЗИСНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ТЕЛЕФОНОМ ДОВЕРИЯ ЦВЛ «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМ. С.С. МНУХИНА НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

*Кузавков А.В., Берёзкин Д.В.*

*Кризисно-профилактическое отделение с телефоном доверия ЦВЛ  
«Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург*

Работа Кризисно-профилактического отделения ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина строится на принципах комплексности, интегративности и взаимодействии специалистов различного профиля. Любой ребенок или подросток, обратившийся в отделение, может получить помощь врача психотерапевта, медицинского психолога, логопеда и педагога-реабилитолога. Подобный подход позволяет охватить весь спектр сложностей, возникающих у ребенка. Чаще дети, подростки и их родители обращаются по поводу трудностей в учебе, адаптации в коллективе сверстников, психотравмирующих ситуаций, конфликтов в семье. По нашему опыту работы в отделении большинство обращений связано с расстройствами адаптации, сочетающимися с эмоциональными и поведенческими реакциями [F 43.2]. За 2015 год и первую половину 2016 года количество их превысило 50% от общего числа, пик которых пришелся на март-апрель. Это, как правило, вызвано с одной стороны особенностями обменных процессов в весенний период, с другой – астенизацией, возникающей у детей в конце учебного года. Особую группу риска в возникновении подобных проблем составляют дети, имеющие резидуально-органические нарушения. Из всей группы детей, столкнувшихся с трудностями адаптации, две трети имели указанные нарушения. Они проявлялись с самого раннего детства, иногда даже с перинатального периода. Чаще нарушения адаптации затрагивают все сферы жизни ребенка, и проявляются в семейных конфликтах, сложностях в обучении, отношениях со сверстниками и педагогами, а так же искажают личностное развитие. Комплексная помощь детям, оказываемая специалистами кризисно-профилакти-

ческого отделения, позволяет разрешать весь спектр указанных проблем, провоцирующих кризисную ситуацию. При оказании помощи ребенку специалистами отделения взаимодействие налажено следующим образом.

Ребенок, подросток, родитель или любой родственник обращается на телефон доверия (ТД) при Кризисно-профилактическом отделении. Чаще это делают родители. По телефону оказывается первичная психологическая помощь, которая имеет несколько целей. Первая – диагностика, задачей которой является выявление спектра трудностей, определение уровня нарушений, требующих дальнейшего обращения к психологу или врачу. Результатам подобной работы, является запись на очный прием к какому-либо из специалистов кризисно-профилактического отделения, при условии, что специфика проблемы соответствует его профилю, если не соответствует, то рекомендуется другое отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» или прочие городские службы. Второй целью является оказание первичной психологической помощи, направленной на снижение психоэмоционально напряжения, оказание поддержки, формирование установки на возможность разрешения ситуации, формирование первичного запроса на очную психотерапию. Третья – консультативная, включающая в себя, как разъяснение возможностей получения разнообразной помощи в различных организациях города, так и психообразовательные аспекты по поводу психологического развития и особенностей отношений с детьми разного возраста. Далее ребенок попадает на очный прием к врачу-психотерапевту или медицинскому психологу. Врач выставляет психиатрический диагноз ребенку, чаще относящийся к разделу пограничной психиатрии, в большинстве случаев это указное выше расстройство адаптации. На первом приеме определяется наиболее острая, требующая экстренного вмешательства ситуация и сфера дезадаптации: личностная, семейная, социальная. За тем формируется маршрут ведения пациента, необходимость психологической диагностики, педагогической и логопедической помощи. Часто, обращающийся на ТД находится в растерянности по поводу сложившейся ситуации, не знает, как справиться с ней. Это касается и родителей детей с трудностями в адаптации. Они испытывают стресс по поводу ситуации, так как она для них психо-

травмирующая, страхи по поводу обращения за помощью в психиатрическое учреждение, бояться постановки ребенка на учет и т.д. По нашему опыту работы, эти страхи наиболее выражены у родителей, дети которых с раннего детства наблюдаются у невролога и у других специалистов соматического профиля.

В качестве примера можно привести работу с пациентом 9 лет со школьной дезадаптацией выражающейся в том, что ребенок отличался провокационным поведением на уроках, постоянно конфликтовал с одноклассниками и педагогами, что вынуждало родителей менять учебные заведения практически каждый год. У ребенка отмечалась склонность к повышенной возбудимости, эмоциональной лабильности, недержанию аффекта. В состоянии растерянности мать обратилась на детский ТД, она сомневалась в возможности получения помощи в сложившейся ситуации. Психолог детского ТД прояснил ситуацию, рассказал о специфике подобных расстройств и частоте обращений связанных с ними. В конце беседы наблюдалось снижение психоэмоционального напряжения у обратившейся, разговор закончился записью на очный прием. На приеме у психотерапевта было выявлено, что механизм подобного поведения ребенка связан с низкой фрустрационной толерантностью на фоне высокой потребности во внимании и получении эмоциональной поддержки, как со стороны значимых взрослых, так и сверстников. Был сформирован маршрут ведения пациента, который включал в себя психодиагностическое обследование, семейное консультирование, индивидуальную и групповую поведенческую психотерапию, педагогическую и логопедическую коррекцию. Были выявлены нарушения, как эмоциональной, так и познавательной сферы. В семье эмоциональная коммуникация заменялась формальной. Поведенческая психотерапия включала в себя развитие навыков саморегуляции, эмоционального реагирования, эффективного взаимодействия с окружающими с помощью игровых подходов. В работе с семьей был сделан акцент на раскрепощении реакций матери, связанных с оказанием эмоциональной поддержки сыну. Групповая психотерапия была направлена на приобретение навыков в эмоциональном самоконтроле в группе сверстников. Педагогическая и логопедическая помощь была направлена на устранение задержки формирования школьных навы-

ков и преодоление текущих сложностей в усвоении в школьной программы.

Приведенный пример наглядно иллюстрирует возможность исправления всего спектра нарушений, возникающих у детей с расстройством школьной и семейной адаптации при использовании комплексного и интегративного подхода в условия Кризисно-профилактического отделения ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина.

## **РИГИДНОСТЬ / ГИБКОСТЬ КОГНИТИВНОГО КОНТРОЛЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

*Куликова О.С.*

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Оренбург*

Введение. Изучение актуальной проблемы социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении предполагает учет специфичных изменений когнитивной сферы пациентов. В этом отношении определенный интерес представляют связанные с заболеванием изменения когнитивно-стилевых характеристик. Основываясь на структурно-уровневой концепции интеллекта (Холодная М.А., 2004), мы рассматриваем когнитивно-стилевые особенности пациентов, страдающих шизофренией, как компоненты структуры интеллекта, отражающие обобщенные типологические особенности восприятия и мышления и степень нарушения (снижения, ослабления) регуляции процессов обработки информации в целом.

В настоящей работе представлены результаты изучения когнитивного стиля «ригидность / гибкость интеллектуального контроля» как фактора социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении.

Организация исследования. Было обследовано 80 пациентов (41 мужчина, 39 женщин в возрасте от 18 до 39 лет) с клиническим диа-

гнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания со времени начала первого психотического эпизода до момента проведения обследования – не более 1 года. Обследование было проведено с использованием следующих психодиагностических методик: методика «Словесно-цветовая интерференция» (Stroop J.R., 1992) – для диагностики когнитивно-стилевых особенностей; стандартизированные опросники: многоуровневый опросник «Адаптивность» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В., 1993) (МЛЮ-А) и опросник социально-психологической адаптации (Rogers C.R., Dymond R., 1954; Осницкий А.К., 2004) – для диагностики характеристик социальной адаптации пациентов. Применение методов стандартизированного самоотчета, базирующихся на субъективной оценке обследуемыми своих индивидуально-психологических особенностей, было дополнено данными метода экспертной оценки, позволяющего получить более объективные сведения, основанные на данных медицинской документации и клинического наблюдения за поведением пациентов в период нахождения в стационаре. Для осуществления экспертной оценки привлекались врачи-психиатры, курирующие пациента в период проведения исследования. Экспертная оценка осуществлялась на основе разработанной нами шкалы социальной адаптации (Куликова О.С., 2015). На этапе статистической обработки результатов исследования измеренные когнитивно-стилевые переменные (показатель ригидности / гибкости интеллектуального контроля и показатель или интегрированности словесно-речевых и сенсорно-перцептивных функций) были включены в процедуру кластерного анализа с целью разделения обследуемых по когнитивно-стилевым субгруппам (Холодная М.А., 2004). Между выделенными в результате кластеризации когнитивно-стилевыми подгруппами была проведена оценка достоверности различий в отношении измеренных показателей социальной адаптации (критерий Манна-Уитни).

Результаты исследования. Процедура кластеризации позволила выделить 2 когнитивно-стилевые подгруппы в рамках когнитивного стиля «ригидный / гибкий интеллектуальный контроль»: подгруппа «гибких и неинтегрированных» обследуемых и «ригидных и неинтегрированных» обследуемых. При этом подгруппу «ригидных и



неинтегрированных» составили 52 пациента (из них – 25 мужчин), характеризующихся ригидностью интеллектуального контроля и низкой интегрированностью словесно-речевого и сенсорно-перцептивного способов обработки информации. В подгруппу «гибких и интегрированных» (нечувствительных к когнитивному конфликту) включены 28 человек (из них – 16 мужчин), характеризующихся быстрым выполнением конфликтной карты в методике Струпа на фоне нечувствительности к когнитивному конфликту и низкой интегрированности словесно-речевых и сенсорно-перцептивных способов обработки информации.

Процедура оценки достоверности различий между выделенными когнитивно-стилевыми подгруппами позволила выявить ряд статистически значимых различий по показателям социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении. Так, «гибкие и интегрированные» (нечувствительные к когнитивному конфликту) обследуемые, по сравнению с «ригидными и интегрированными», обнаруживают более высокие значения экспертной оценки уровня социальной адаптации ( $p < 0,01$ ). Кроме этого, в подгруппе «гибких и интегрированных» обследуемых получены более высокие значения показателей (в стенах) по шкалам «астенические реакции и состояния» и «психотические реакции и состояния» (МЛЮ-А). Необходимо отметить, что высокие значения показателя экспертной оценки и более высокие баллы по вышеназванным шкалам МЛЮ-А в стенах соответствуют более высокому уровню адаптационных возможностей.

Обсуждение результатов. Следует отметить, что максимально можно выделить 4 субгруппы в рамках того или иного когнитивно-стилевого параметра (Холодная М.А., 2004). При этом в зависимости от особенностей выборки количество выделенных субгрупп может отличаться. В частности, такая закономерность выявлена в исследовании И.С. Кострикиной на выборке студентов с высоким и сверхпороговым уровнем интеллекта (Кострикина И.С., 2001), а также в работе Е.Л. Коробовой на выборке пациентов, страдающих шизофренией (Коробова Е.Л., 2007). В нашем исследовании обсуждаемая закономерность обнаружена у пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении, что проявилось в «выпадении» когнитив-

но-стилевых подгрупп «ригидных и интегрированных» и «гибких и интегрированных» обследуемых. То есть на инициальном этапе параноидной шизофрении отмечается ослабление интегрированности функционирования двух основных способов обработки информации, что отражает ослабленную регуляцию когнитивных процессов. Наши данные о распределении обследованных пациентов по отдельным полюсам когнитивного стиля «ригидный / гибкий интеллектуальный контроль» соответствуют данным Е.Л. Коробовой. Автор пишет, что о свойственной длительно болеющим (в среднем – 10,74 лет) пациентам с простой и параноидной формами шизофрении ригидности интеллектуального контроля и дезинтеграции словесно-речевых и сенсорно-перцептивных функций (Коробова Е.Л., 2007).

Результаты оценки достоверности различий между выделенными когнитивно-стилевыми подгруппами позволяют определить те когнитивно-стилевые особенности, которые на инициальном этапе параноидной шизофрении сочетаются с более высоким уровнем социальной адаптации пациентов. Так, «гибкие и неинтегрированные» обследуемые, по данным экспертной оценки, характеризуются более высоким уровнем социальной адаптации на фоне относительно невысокого уровня ситуационной тревожности, удовлетворительного уровня физической и психической работоспособности, а также толерантности к неблагоприятным факторам внешней среды при относительно низкой вероятности астенического или психотического реагирования на стрессовые ситуации.

Выводы. Таким образом, для пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении характерно «выпадение» когнитивно-стилевых подгрупп «ригидных и интегрированных» и «гибких и интегрированных» обследуемых, что проявляется в снижении интегрированности функционирования двух основных способов обработки информации и ослаблении регуляции когнитивных процессов.

При этом с более высоким уровнем социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении сочетается низкая интегрированность сенсорно-перцептивных и словесно-речевых способов обработки информации в сочетании с нечувствительностью к когнитивному конфликту.

## **РАЗВИТИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ГБУЗ АО «АРХАНГЕЛЬСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД**

*Ларькова Н.В.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница», Архангельск*

Проблема психического здоровья – одна из острейших в современном обществе. В последние десятилетия в мировом исследовательском процессе в области психиатрии и клинической психологии особое внимание стало уделяться психосоциальной реабилитации, которая является важным видом психиатрической помощи и представляет собой самостоятельное направление в психиатрической службе.

Международные психиатрические организации (ВОЗ и др.) относят психосоциальную реабилитацию к приоритетному направлению помощи, приводя в качестве важного аргумента возможность позитивного корригирующего воздействия на многие области жизнедеятельности больного и его окружения. Этим обстоятельством объясняется комплексный характер психосоциальных и иных воздействий, в реализации которых в последнее время принимают все большее число специалистов различного профиля.

В нашей стране комплексные программы психосоциальной реабилитации проводятся во многих региональных психиатрических службах, как на базе психиатрических учреждений, так и непосредственно в сообществе. В Архангельской области одним из примеров оказания внебольничной формы помощи людям с психическими расстройствами представлен Кабинет психосоциальной реабилитации, который является структурным подразделением ГБУЗ АО «Архангельской клинической психиатрической больницы».

Основной целью деятельности Кабинета является осуществление комплекса мероприятий в режиме междисциплинарного взаимодействия, направленных на вовлечение бывших пациентов пси-

хиатрической больницы в общественно-полезную деятельность, их адаптацию во внебольничных условиях проживания, профилактику социальной неустроенности.

Кабинет психосоциальной реабилитации обслуживает жителей всех округов г. Архангельска и области. Клиенты Кабинета приходят по направлению врачей-психиатров стационара и участковых врачей-психиатров областного психоневрологического диспансера. Также клиенты приходят самостоятельно, получив информацию из СМИ, информационных листов, буклетов и друг от друга.

Все услуги оказываются клиентам КСР бесплатно за счет бюджетных средств ГБУЗ АО «АКПБ» и частичного финансирования АРОО «МОСТ».

При обращении, на каждого клиента оформляется «Социальный паспорт», отражающий поэтапность работы с клиентом: заполнение «Листа первичного приема»,

разработка «Плана реабилитационных мероприятий», проведение «Экспертизы социального качества жизни».

Реабилитационная работа в Кабинете ведется по нескольким направлениям:

1. Социально-психологическая реабилитация, включающая групповые психологические тренинги, индивидуальные консультации и психообразовательные программы.

В групповой психокоррекционной работе специалист использует тренинги коммуникативных навыков, тренинги уверенного поведения, и работы с эмоциями, тренинги сенситивности, нейрокогнитивные тренинги, ролевые игры, тренинги с элементами арт-терапии.

При индивидуальном консультировании используются методы поведенческой, когнитивной терапии, позитивной психотерапии, а также разъяснительные беседы.

На психообразовательных занятиях для клиентов Кабинета и их родственников участники групп обучаются основам психиатрической грамотности, информируются о начальных признаках обострения заболевания и учатся их распознавать, что в результате приведет к сокращению числа повторных госпитализаций среди лиц, страдающих психическими расстройствами.

2. Социально-правовая реабилитация.

Специалисты по социальной работе в рамках своей компетенции проводят консультативную работу и осуществляют сопровождение клиентов и их родственников по юридическим, а так же социально-правовым вопросам.

3. Социально-педагогическая реабилитация, а именно - обучение клиентов и их родственников компьютерной грамотности. На базе КСР совместно с АРОО «Мост» создан компьютерный класс, где проводятся занятия для клиентов по обучению работе на ПК, пользованию Интернетом, в том числе, Единым порталом государственных услуг.

4. Работа по восстановлению и развитию трудовых навыков, ведется по двум направлениям: трудоустройство на общих основаниях и развитие трудовых навыков в рамках Творческих мастерских.

В КСР организован «Клуб ищущих работу», где клиенты Кабинета учатся составлять резюме, узнают пути поиска вакансий, как вести себя на собеседовании с работодателем. Кабинет продолжает сотрудничество с ГКУ АО «Центр занятости населения города Архангельска». Специалистами ЦЗ информируют клиентов Кабинета о состоянии рынка труда в Архангельске, о мероприятиях осуществляемых ЦЗ населения направленных на приобщение к общественно-полезному труду в соответствии с состоянием здоровья, особенностями и личными пожеланиями.

Клиенты, которые в данный момент не способны трудиться на производстве, могут заниматься в Творческих мастерских, где учатся шить, вязать, вышивать, обустроить свой быт, а также имеют возможность продавать свои изделия через благотворительные ярмарки.

5. Восстановление бытовых навыков заключается в выводе клиентов на самостоятельное жизнеобеспечение. Это занятия по самообслуживанию и гигиене, по приготовлению пищи. На занятиях клиенты приобретают умения в обустройстве жилища, этикета, распределению бюджета, правилам безопасности в квартире. Клиенты посещают как практические, так и теоретические занятия.

6. Культурно-досуговая деятельность. Специалисты Кабинета реабилитации проводят занятия, на которых клиентам даются такие понятия как организация своего досуга и правильное понимание клиентами «своего свободного времени» в количественном и качественном отношении.

Организируются экскурсии в музеи и выставочные залы города Архангельска. В помещении Кабинета организуются совместные праздники, где формируется правильное понимание культуры поведения на празднике.

Благодаря поддерживающей терапии у большинства клиентов, посещающих Кабинет психосоциальной реабилитации, отмечается улучшение психоэмоционального состояния, повышение социальной активности, расширение круга контактов. Клиенты, посещающие Кабинет, и их родственники, стали более осведомлены о психических болезнях и причинах их возникновения, им стало легче отслеживать тревожные признаки обострения, что в дальнейшем приводит к сокращению их повторных госпитализаций. Клиенты овладели бытовыми навыками, необходимыми для самостоятельного проживания во внебольничных условиях; родственники людей с психическими заболеваниями стали терпимее относиться к душевно больным людям, научились грамотно подходить к организации межличностных отношений с больным в семье, узнали, как построить благоприятный коммуникативный стиль и эмоциональный климат в доме.

## **ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАНЯТЫХ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ АО «АКПТД»**

***Лысюченко П. Н., Белоусова Е. М.***

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельский клинический противотуберкулезный диспансер», Архангельск*

Введение. Синдром эмоционального выгорания представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения, развивающегося как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте. Развитие данного синдрома характерно для таких профессий, где доминирует забота о людях. Люди с синдромом выгорания обычно имеют сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социаль-

ной дисфункции. Наблюдаются хроническая усталость, когнитивная дисфункция (нарушения памяти и внимания), нарушения сна с трудностями засыпания и ранними пробуждениями, личностные изменения.

Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность, требует много терпения и такта при повышенных нагрузках и высоком эмоциональном напряжении. Поэтому так велика вероятность профессионального выгорания медицинских работников, что оказывает отрицательное влияние как на качество жизни медицинских работников и их пациентов, так и на общий уровень функционирования медицинского учреждения.

Цель данной работы – минимизировать вероятность развития и прогрессирования синдрома эмоционального выгорания, задачи – провести диагностику уровня эмоционального выгорания среди персонала ГБУЗ АО «АКПТД», на основе полученных данных составить и провести с медицинским персоналом цикл занятий, направленных на минимизацию проявлений синдрома эмоционального выгорания, таким образом повысить продуктивность функционирования медицинского учреждения.

Материалы и методы. В ходе работы было обследовано 27 медицинских работников, возраст – от 23 до 45 лет, стаж работы – от 2 до 22 лет. Для исследования была использована методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко, позволяющая выделить выраженность различных симптомов эмоционального выгорания, а так же следующие 3 фазы развития стресса: «напряжение», «резистенция», «истощение».

Результаты. Анализ уровня профессионального выгорания показал: 6 человек показало отсутствие симптомов эмоционального выгорания, 12 находятся в стадии напряжения, 4 в стадии резистенции, у 5 человек сформирована стадия истощения, при этом наиболее высокие показатели зафиксированы по таким симптомам: тревога и депрессия, неудовлетворенность собой, редукция профессиональных обязанностей, эмоциональная отстраненность, эмоциональный дефицит.

Обсуждение и выводы. Проведенное исследование позволило сделать вывод о высоком уровне синдрома эмоционального выгорания у сотрудников, что способствует повышению общей напряжен-

ности и минимизации эффективности работы медицинского учреждения. Обнаружилась необходимость в специально организованной профилактической и коррекционной работы с медицинским персоналом с целью снижения риска возникновения и прогрессирования синдрома эмоционального выгорания.

Администрацией диспансера, совместно со специалистами, было принято решение о создании и проведении цикла занятий для медицинского персонала. Занятия включают в себя следующие разделы: диагностика выраженности симптомов эмоционального выгорания, ознакомление с понятием, признаками, стадиями эмоционального выгорания, методы эмоционального саморегулирования, основы релаксации и медитации, методы профилактики стресса, основы тайм-менеджмента на работе, основы арт-терапии как метода снятия эмоциональной напряженности, тренинг личностного роста. Каждое занятие включает в себя теоретическую и практическую части, что позволяет узнать и отработать навыки, необходимые для снятия эмоционального напряжения. По окончании цикла занятий проводился контрольный срез, который позволил сделать выводы о том, что в результате работы показатели выраженности симптомов эмоционального выгорания снизились. Сотрудники отметили положительные изменения в виде снижения уровня нервного и эмоционального истощения, снятия эмоциональных барьеров, повышение работоспособности и удовлетворенности от своей профессиональной деятельности.

## **ЦЕЛОСТНАЯ ОЦЕНКА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ФОРМЫ АТИПИЧНОГО АНТИПСИХОТИКА: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД**

*Любов Е.Б.*

*Московский НИИ психиатрии – филиал «ФМИЦПН  
им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва*

Внедрение в отечественную повседневную психиатрическую практику пролонгированных форм атипичных антипсихотиков (далее ПфАА) актуализирует важность научно доказательного обосно-



вания выбора инновационных препаратов на фоне хронического дефицита медицинских ресурсов

Цель исследования: определение клинико-социального и ресурсосберегающего потенциала ПФАА на примере палиперидона пальмитата (ПП) по сравнению с типовой терапией (ТТ).

Материалы и методы. Ретроспективно невыборочно изучена медицинская документация взрослых ( $\geq 18$  лет) 152 БШ, леченных ПП в Московской области (МО) и Пермском крае (ПК). Проведен зеркальный анализ («до-после») лечения ПП и ТТ

Результаты. Число рецидивов (обострений) при годичном лечении ПП снижено в  $> 5$  раз, регоспитализаций – в почти 30 раз (действенность ПП в международных РКИ значительно «скромнее»). Длительность стабилизированного состояния увеличена в 1,5 раза. Эпизоды физической агрессии уменьшены: с 11 (у 6 БШ) до 2 (у двух). Социальная эффективность терапии. Снижена длительность временной нетрудоспособности с 308 (пять БШ) до 45 (два) дней в МО. Увеличены доли работающих и учащихся в МО (с 41 до 58%) и в ПК (с 54,5 до 62%). Малая часть (18,5% в МО и 7% в ПК) пациентов и их близких (13 и 2%) вовлечена в индивидуальную или групповую психосоциальную работу. Выросла доля близких БШ, вовлеченных в психообразование: 35% в МО и 5,5% в ПК, указывая на большую вовлеченность семьи в терапевтический процесс и заинтересованность в его результате. Важно социальное содержание дополнительного «дня без болезни». Социально-трудовое восстановление БШ – за счет упрочения ремиссии и стигматизирующих и снижающих функционирование побочных действий. Каждый начавший работу БШ вкладом в валовый региональный продукт окупает лечение ПП в достаточной для 80% БШ дозе 100 мг в течение года, а 5 восстановивших работоспособность пациентов – обеспечивают пока нетрудоспособного

Обсуждение и выводы. Клиническая эффективность ПП при лечении наиболее тяжелых БШ (больничное лечение, выраженные функциональные расстройства) определена взаимосвязанными и частично пересекающимися областями результата, превосходящего успехи ТТ: симптоматическим (углубление ремиссии, снижение риска и облегчение течения рецидивов) эффектом, большей безопасностью (смягчение «бремени лечения»), улучшение соблюдения режима долгосрочно-

го лечения. Непрерывное гарантированное лечение с благоприятным соотношением безопасность / эффект играет ключевую роль в углублении и упрочении ремиссии. Клинический потенциал ПП проявлен в большей мере при выборе ресурсоемких групп-мишеней БШ с сочетанными клиничко-социальными проблемами – как часто госпитализированных БШ с частичным несоблюдением лекарственного режима, особо – в связи с непереносимыми нежелательными действиями ТТ. Назначение ПП перспективно в частично пересекающихся группах терапевтически резистентных (в связи с особенностями фармакодинамики) БШ, злоупотребляющих ПАВ (снижение потребности бензодиазепинов и тригексифенидила), склонных к агрессии и (возможно) суицидальному поведению, при амбулаторном принудительном лечении. Группы-мишени ПП будут сужены и расширены в связи с финансовыми возможностями психиатрического ЛПУ. Социальный эффект своевременной оптимизированной фармакотерапии ПП в сочетании с психосоциальной работой – в снижении риска инвалидности. Клиничко-социальный эффект ПП объективизирует фармакоэкономический анализ в каждом регионе, что важно в свете доминирующих социальных и больничных затрат в массиве суммарных и медицинских издержек шизофрении соответственно. Ресурсосберегающий потенциал ПП должен быть востребован психиатрической помощью, ориентированной на личностно-социальное восстановление БШ на фоне адекватной поддерживающей фармакотерапии.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ЭПИЗОДОВ АУТОАГРЕССИИ В СРЕДЕ ОСУЖДЕННЫХ-РЕЦИДИВИСТОВ**

*Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л.*

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Архангельск*

Актуальной проблемой отечественной пенитенциарной системы является высокая инцидентность и превалентность среди спецконтингента психических заболеваний. Социальная изоляция и особая

субкультура, характерные для всех учреждений закрытого типа, нарушают адаптивное поведение в условиях неопределенности среды, способствуют развитию у осужденных состояния безнадежности, характерного как для взрослых, так и несовершеннолетних осужденных [2]. В «лучшем» случае это приводит к ослаблению, либо полному исчезновению мотивов ресоциализации; в «худшем» – манифестации психических расстройств, часто в форме эпизодов аутоагрессии (в т.ч. попыток суицида). Специалисты службы исполнения наказания заинтересованы в ранней идентификации представителей группы потенциального риска подобного исхода [3]. Однако, в условиях России эта задача остается, в целом, нерешенной, в том числе по причине сложной природы мотивации аутоагрессивного поведения. Последняя опосредована не только индивидуально-психологическими особенностями личности осужденного (к их числу можно отнести, например, наличие алкогольной зависимости), но и характеристиками его социального статуса (известно, что значительная часть отбывающих наказание происходит из социально-незащищенных социальных групп) [5]. Степень их взаимного влияния на вероятность эпизодов аутоагрессии все еще не изучена, что важно учитывать не только с позиций профилактической медицины, но и правовой ответственности медицинских работников [4].

**Цель исследования** – оценить распространенность факторов риска (негативных характеристик социального статуса, отягощенного алкогольного анамнеза) эпизодов аутоагрессии в группе осужденных-рецидивистов, отбывающих наказание.

**Материалы и методы.** Проведено одномоментное социологическое исследование методом анкетирования. Объектом исследования явились осужденные, отбывающие наказание в Исправительной колонии Управления Федеральной службы исполнения наказаний России по Архангельской области. В качестве инструмента для проведения исследования была использована авторская анкета, 60 вопросов которой были объединены в 4 блока: блок А – Общие данные (паспортная часть); блок Б – Оценка состояния здоровья отбывающего наказание и степени подверженности воздействию факторов риска индивидуальному здоровью; блок В – Оценка качества социальных связей заключенного. Блок Г вопросов анкеты представлял собой

тест Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [6]. Объем выборки составил 433 осужденных. Количественные данные были представлены в виде медианы, 1 и 3 квартилей (Q1, Q3); качественные – в виде процентных долей (с указанием 95 %-х доверительных интервалов, ДИ). Для анализа качественных признаков использовался тест  $\chi^2$  Пирсона. Достоверными считались отличия при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Социальный статус значительной части отбывающих наказание можно охарактеризовать как «негативный». Он отличался высокой долей лиц, не состоявших ранее или на момент анкетирования в гражданском или фактическом браке (34,2 %), не имевших детей (52,7 %), среднего или высшего профессионального образования (51,0 %). Медиана текущего срока заключения осужденных составила 5,0 (3,0 – 9,5) лет. В то же время, более половины респондентов (55,0 %) находились в местах лишения свободы в совокупности более 10 лет. Наличие эпизодов аутоагрессии (преднамеренное нанесение себе травм, увечий, порезов), в т.ч. попыток суицида подтвердили 17,6 % проанкетированных заключенных. Статистически значимая зависимость данного показателя от возраста респондента (табл. 1) не обнаружена ( $\chi^2 = 14,9$ ,  $p > 0,05$ ).

*Таблица 1*

**Доля респондентов, имевших эпизоды аутоагрессии, в возрастных группах (в %, 95 % ДИ)**

Возрастная группа	Имели эпизоды аутоагрессии	Не имели эпизоды аутоагрессии
< 30 лет	15,8 (9,8 – 23,6)	84,2 (76,4 – 90,2)
30 – 39 лет	13,2 (8,3 – 19,7)	86,8 (80,3 – 91,7)
40 – 49 лет	16,3 (9,4 – 25,5)	83,7 (74,5 – 90,6)
50 лет и старше	26,7 (16,0 – 37,6)	73,3 (62,4 – 84,0)

Криминальный статус заключенного также был оценен с позиции готовности соблюдать правила отбывания наказания в местах лишения свободы. Каждый третий опрошенный нами осужденный за опасный или особо опасный рецидив преступлений (35,6 %) подвергался наказанию за подобные нарушения (в т.ч. 21,0 % – не менее 2 раз; 6,7 % – 3-4 раза; 7,9 % – 5 раз и более). Отягощенный

алкогольный анамнез, как фактор, деформирующий индивидуально-психологические особенности личности, также может быть связан с эпизодами аутоагрессии. Почти каждый второй респондент (43,4 %) утверждал, что потреблял алкоголь регулярно (3-4 раза в неделю) в период пребывания на свободе. Примерно такая же доля респондентов (40,6 %) в момент совершения преступления находилась в состоянии алкогольного опьянения, являющимся еще со времен древнегреческого права отягчающим вину обстоятельством [1]. Ответы каждого восьмого (15,2 %) отбывающего наказание на вопросы теста AUDIT (более 15 баллов) удовлетворяли критериям наличия алкогольной зависимости. Каждый десятый (11,1 %) в период пребывания на свободе обращался за медицинской помощью по поводу лечения от алкогольной зависимости.

### **Выводы**

1. Наличие эпизодов аутоагрессии (преднамеренное нанесение себе травм, увечий, порезов), в т.ч. попыток суицида подтвердили 17,6 % осужденных-рецидивистов, отбывающих наказание. Статистически значимая зависимость данного показателя от возраста респондента не обнаружена ( $\chi^2 = 14,9$ ,  $p > 0,05$ ).

2. К факторам, предрасполагающим к совершению актов аутоагрессии в среде осужденных-рецидивистов, можно отнести негативные характеристики социального статуса (высокая доля лиц, не состоявших в гражданском или фактическом браке (34,2 %), не имевших детей (52,7 %), среднего или высшего профессионального образования (51,0 %)); отягощенный алкогольный анамнез (43,4 % респондентов потребляли алкоголь регулярно (3-4 раза в неделю) в период пребывания на свободе; 40,6 % респондентов в момент совершения преступления находилась в состоянии алкогольного опьянения; 15,2 % респондентов имели признаки наличия алкогольной зависимости согласно результатам теста AUDIT).

### **Литература.**

1. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е., Пищикова Л.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). – М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2003. – 316 с.

2. Леус Э.В., Соловьев А.Г. Адаптационные технологии ресоциализации несовершеннолетних осужденных // Психология и право. – 2012. - № 3. – С. 88-98

3. Санников А.Л. Здоровье и социальная защищенность осужденных // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 5. – С. 10-12

4. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Дерягин Г.Б. Правовая ответственность медицинских работников: Учебное пособие. – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 432 с.

5. Соломенцев В.В. О проблеме умышленного вреда, причиненного своему здоровью осужденным и программах финансирования его лечения в медицинском учреждении // Наукоеведение. – 2013. – Т.19, №6. URL: <http://naukovedenie.ru/PDF/158PVN613.pdf> (дата проверки: 25.09.2016)

6. Saunders J.B. Aasland O.G., Babor T.F. et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption // Addiction. – 1993, Jun;88(6): 791-804

## **«НУЖНЫЕ СЛОВА» – ИНСТРУМЕНТ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫХ РОДИТЕЛЕЙ. ОПЫТ В НОРВЕГИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ В АРХАНГЕЛЬСКЕ**

*Некрасова М.В.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Архангельск*

С 2012 года Архангельская клиническая психиатрическая больница сотрудничает с больницей Сорландет (Кристиансанд, Норвегия). Целью данного сотрудничества является улучшение качества медицинской помощи и медико-социальной реабилитации для пациентов, страдающих наркологическими и психическими расстройствами, а также улучшение взаимодействия психиатрической и наркологической служб. За четыре года сотрудничества специалисты обеих больниц обменивались опытом в ходе совместных семинаров и стажировок на рабочем месте.

С 2016 года в проекте появилось новое направление и новый партнер – организация BarnsBeste («Лучшее детям»). BarnsBeste – это национальная сеть компетентности и она создана для сбора, систематизации и распространения знаний о детях, которые имеют родителей с соматическими, психическими и/или наркологическими расстройствами.

Главная идея нового направления работы проекта звучит так: дети, являющиеся родственниками пациентов, нуждаются в том, чтобы их видели, слышали и принимали во внимание.

В соответствии с законодательством Норвегии специалисты здравоохранения несут юридическую ответственность за выяснение наличия детей у поступивших на лечение пациентов, а также за оценку их потребностей в получении определенной информации и дальнейшем сопровождении.

Персонал медицинских учреждений обязан:

- выяснить, имеет ли пациент детей;
- если есть необходимость, защищать права и потребности ребенка,
- обсудить с пациентом потребность ребенка в информировании или поддержке и предоставить информацию и принять необходимые меры для помощи детям
- получить согласие для проведения необходимых поддерживающих мероприятий.
- предпринять шаги, чтобы убедиться, что ребенок и тот, кто о нем заботится, получили информацию о состоянии родителя, лечении и возможности посещений. Информация должна быть предоставлена в доступной форме.

«Нужные слова» – это он-лайн инструмент, разработанный BarnsBeste в партнерстве со специалистами здравоохранения – психиатром Анне Кристине Бергем (Anne Kristine Bergem) и детским психологом Свейном Оверландом (Svein Overland) в помощь тем, кто желает поддержать детей, чьи близкие больны. Это практичное и доступное средство, которое можно использовать в беседе с родителями и детьми. Родители, как правило, лучше всего способны объяснить всё ребенку, но им самим может потребоваться информация, поддержка и рекомендации в плане того, каким образом это можно

сделать. Путем разработки рекомендаций и приведения примеров можно снизить уровень сложности и мотивировать взрослых к тому, чтобы они поговорили с детьми.

Инструмент состоит из нескольких блоков:

Первый – «специалисты здравоохранения и дети» – содержит рекомендации для медицинского персонала по ведению беседы с ребенком. Целью здесь является обеспечить у ребенка присутствие чувства защищенности, помочь понять суть происходящего, а также то, каким образом психическое заболевание их родителя(ей), зависимость от алкоголя/наркотиков, серьезное соматическое заболевание или увечье влияют на жизнь членов семьи.

Второй – «специалисты здравоохранения и родители» – направлен на оценку ситуации и потребностей ребенка/детей.

Третий – «прочие взрослые и дети» – поможет наладить контакт и побеседовать с ребенком тем, кто общается с ним в повседневной жизни (учителям, воспитателям, тренерам спортивной секции, соседям и т.п.).

Четвертый блок содержит рекомендации и примеры того, каким образом вы, как специалист здравоохранения, или как взрослый человек, имеющий отношение к повседневной жизни детей, можете поговорить с ребенком или с молодым человеком, если у Вас имеются основания беспокоиться за них, и что Вы можете сделать, если у Вас имеются серьезные опасения.

Оставшиеся блоки содержат глоссарий, информацию о проекте, ссылки на норвежские нормативные акты, литературу по теме.

Сотрудники медицинских учреждений Норвегии регулярно проходят обучение по правилам ведения бесед с пациентами, их детьми и другими близкими. При этом используются специально разработанные руководства и литература, которая помогает в работе.

Специалисты Архангельской клинической психиатрической больницы в ноябре 2015 года получили возможность познакомиться с он-лайн инструментом, и администрация учреждения приняла решение о внедрении данного направления проекта. В настоящее время разработана анкета для пациентов, имеющих несовершеннолетних детей, в ближайшее время она будет внедрена в работу врачей и социальных работников отделений и ее включение в медицинскую



карту стационарного больного будет регламентировано распоряжением главного врача. В рамках проекта переведен и напечатан постер «10 пожеланий, адресованных медицинскому работнику от ребенка, чей родитель болен», где простым «детским» языком описывается, как дети хотели бы, чтобы с ними разговаривали специалисты. На конец ноября 2016 года запланировано обучение персонала специалистами из организации VarnsBeste по навыкам ведения беседы с пациентами, имеющими детей, их близкими и непосредственно ребенком.

Конечно, учитывая опыт норвежских коллег, мы понимаем, что реализация этого проекта потребует изменения мировоззрения медицинского персонала, увеличит нагрузку на специалистов стационара, займет достаточное длительное время, будет требовать постоянного обучения сотрудников и поддержки. Однако в этой ситуации основной мотивацией будет забота об одной из наиболее незащищенных и чувствительных групп – детях наших пациентов. Ведь зачастую для того, чтобы в жизни ребенка наступили серьезные перемены, достаточно чего-то совсем маленького.

## **ЯНВАРСКИЙ УРОН РЕГИОНОВ РОССИИ**

***Немцов А.В.<sup>1</sup>, Шельгин К.В.<sup>2</sup>***

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, Москва<sup>1</sup>,  
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск<sup>2</sup>*

Россияне в значительной своей части не числятся среди тех, для кого труд является насущной необходимостью. Может быть отсутствие такой потребности – один из факторов российского пьянства. Это остро проявляется в выходные и праздничные дни, но особенно – в затяжные новогодне-рождественские праздники, а реализуется большим рядом негативных явлений вплоть до фатальных. Два из них стали объектом исследования: алкогольные психозы (АП) и смер-

тельные отравления алкоголем (ОА). Динамику АП и ОА в течение года изучали на основе ежемесячных и/или ежедневных показателей в восьми городах России: Мурманск, Архангельск, Вологда, Москва, Екатеринбург, Чита и Шатура. Материал исследования составили 139154 АП и 35095 ОА в период с 2000 по 2014 г., разный в разных городах. Типичное распределение АП в течение года представлено двумя максимумами – в январе и в июле-августе. Январский максимум превышал среднее значение остальных одиннадцати месяцев, и это превышение колебалось в разных городах от 12,3 % (Мурманск) до 46,7 % (Москва). Исключение составил Челябинск, где январский максимум АП отсутствовал. За исключением Челябинска средневзвешенное приращение АП в январе составляет 41,3 % по отношению средней остальных месяцев. Ежедневное распределение АП в Москве в 2005-2011 гг. показало, что максимум приходится преимущественно на 8 января (от 7 до 12 января), увеличиваясь с 1 по 8 января в 4,5 раза (с 11 до 46 АП в день) и снижаясь к 20 января в 2 раза (24 АП в день). Годовой минимум достигается в феврале (10-18 февраля 5-14 АП в день). Типичное распределение ОА в течение года представлено максимумом в январе и минимумом в июле-августе с последующим ростом к ноябрю-декабрю. Январский максимум превышал среднее значение остальных одиннадцати месяцев, и это превышение колебалось в разных городах от 26,7 % (Чита) до 46,3 % (Москва). Исключение составил Челябинск, где январский максимум ОА отсутствовал. За исключением Челябинска средневзвешенное приращение ОА в январе составляет 43,3 % по отношению средней остальных месяцев. Исследованием временных рядов АП и ОА с помощью ARIMA показало, что январские пики этих показателей – устойчивое явление, они воспроизводятся, несмотря на резкие колебания уровня АП и ОА. Их последнее продолжительное снижение началось в 2003-2004 гг. и продолжается, замедляясь, вплоть до настоящего времени. В России в 2015 г. зарегистрировано 66617 АП. На основании расчетов можно думать, что январе в связи с новогодне-рождественскими праздниками дополнительно возникло приблизительно 2,1 тыс. АП. Для 2014 г. этот показатель был еще выше, поскольку зарегистрировано больше случаев АП (72180). Сходные расчеты в отношении ОА в России показывают, что дополнительный январский урон составляет 0,4 тысячи

случаев в 2014 г. При этом следует иметь в виду, что этот показатель возможно еще выше в связи с дефектами статистики смертности в России, особенно статистики социально значимых смертей, к которым относятся ОА. В работе учены только два тяжелых последствия январских праздников. За пределами исследования остались такие показатели как травматизм, убийства, самоубийства, осложнения соматических заболеваний и многие другие явления, размеры которых резко возрастают в январе. Таким образом, губительные последствия продолжительных новогодне-рождественских праздников требуют решительного пересмотра их организации.

## **ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ВОЗРАСТЕ ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ**

***Орлова И.В***

*ГБУЗ Архангельской области «Северодвинский  
психоневрологический диспансер», Северодвинск*

При оказании специализированной психиатрической стационарной помощи очень часто приходится сталкиваться с уходом за пациентами в возрасте обратного развития. Это пациенты с деменцией, болезнью Альцгеймера, хроническими психотическими расстройствами и др. Реализации ухода за такими пациентами уделяется много сил, идет систематический анализ результатов ухода, обучение персонала и пациентов, усовершенствуются мероприятия по уходу. Приказом МЗ РФ от 29.01.2016г. №38 н утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». Он вступил в силу уже весной этого года, в нем описан порядок проведения комплексной гериатрической оценки, оказание медицинской помощи, дополнительное повышение квалификации сестринского персонала, введена обучающая функция медицинских сестер, организация работы таких отделений и кабинетов, но в нем нет информации об особенностях сестринского ухода. То есть того, чем мы занимаемся уже на протяжении нескольких лет и хотим предложить вашему вниманию в своем докладе.

Выявление основных потребностей, внедрение стандартов ухода считается главным для планирования сестринского ухода. Известно, что основной проблемой пациентов пожилого и старческого возраста является нарушение способности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению. Находятся такие пациенты нашего отделения в отдельной палате, но места общего пользования одни. Значительное нарушение двигательных функций, данной группы пациентов, диктует необходимость своевременной коррекции сестринских вмешательств при уходе за пациентами пожилого и старческого возраста и обеспечении отделений индивидуальными средствами передвижения, ограждение от конфликтов с пациентами в «обострении».

Проводится оценка интеллектуальных функций по шкале FIM, для определения активности повседневной жизни проводится исследование по шкале Бартела, для определения степени способности к самообслуживанию используем специальную шкалу «Градация нуждаемости в уходе».

Подводя итоги, важно отметить, что именно в стандартизации сестринской деятельности, повышении квалификации по вопросам гериатрии и геронтологии, улучшении материально-технического оснащения, а также в рациональной организации своего труда сестринский персонал видит пути оптимизации сестринского ухода.

## **ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: ВОВЛЕЧЕНИЕ В ЭПИДПРОЦЕСС ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Попова Е.С., Изумнова Е.Г., Сорокина Т.А., Воронцова И.А.  
ГБУЗ Архангельской области «Архангельский клинический центр  
по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными  
заболеваниями», Архангельск*

На протяжении 25 лет наблюдения за ВИЧ-инфекцией в Архангельской области, регион по прежнему относится к территориям с низким уровнем распространённости ВИЧ-инфекции, находящимся в начальной стадии эпидемии по классификации ВОЗ. Однако дина-

мика развития эпидемического процесса имеет тенденцию к ухудшению.

С 2001 года на фоне неблагоприятной наркоситуации в Российской Федерации и, как следствие, развития эпидемии ВИЧ-инфекции в целом, в Архангельской области наблюдается заметное увеличение случаев ВИЧ-инфекции. Эпидпроцесс обеспечиваются половой и парентеральный пути передачи ВИЧ. В 2015 году в Архангельской области зарегистрировано 197 новых случаев ВИЧ-инфекции (за 8 месяцев 2016 года – 177). В 2015 году впервые прирост этого показателя составил 80,7 %, в сравнении с предыдущим годом. Доля инъекционных потребителей психоактивных веществ (ПАВ) в структуре вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией составляла 27,5 % в 2014 году, 43,7 % в 2015 году, 47,5 % по итогам восьми месяцев 2016 года. В возрастной структуре доминируют две возрастные категории: 21 – 30 лет (32,6 %) и 31 – 40 лет (54, 3 %). В возрасте 15-20 лет из 20 заболевших в 2013-2015годах, семь человек – подростки в возрасте 16-17 лет: шестеро из них – девушки-инъекционные потребители ПАВ.

Таким образом, особенностью эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в Архангельской области в 2015-2016 годах является интенсивная циркуляция ВИЧ в среде инъекционных потребителей ПАВ. Из данной группы риска вирус, как правило, активно трансформируется в общую популяцию населения половым путём, что может усугубить заболеваемость ВИЧ-инфекцией в нашем регионе.

Особую тревогу вызывает ситуация с неуклонным ростом парентеральных заражений в городах – Архангельске, Северодвинске, Новодвинске. Все чаще заражаются лица, употребляющие ПАВ эпизодически, злоупотребляющие алкоголем.

Указанные группы пациентов с психическими расстройствами не мотивированы на заботу о своём здоровье, на диспансерное наблюдение у врача-инфекциониста, на формирование и поддержание приверженности антиретровирусной терапии (АРВТ) ВИЧ-инфекции, следовательно, становятся источниками заражения для своих половых и парентеральных партнёров.

Достижение эпидемиологического воздействия антиретровирусной терапии – обеспечение ситуации, когда больной ВИЧ-инфекцией

перестает быть источником заражения для окружающих – возможно только при постоянной (пожизненной) АРВТ.

Формирование и поддержание приверженности лечению ВИЧ-инфекции у пациентов с психическими расстройствами – задача, по-настоящему для выполнения только мультипрофессиональной команде из инфекциониста, психиатра, нарколога, психолога.

## **ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ УДАЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Поткина С.М.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница», Архангельск*

Требование государства для всех медицинских организаций – наличие официального сайта в сети Интернет, содержит определенные требования к его содержанию. В 2014 г. создан официальный сайт <http://29apnd.ru/>

Любой ресурс в сети Интернет несет функции: информационная открытость, визитка, средство взаимодействия между потребителями услуг и специалистами.

В ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» реализует функцию организационно-методической работы

Официальный сайт ГБУЗ АО «АПНД» содержит странички, в частности: об учреждении, законодательстве, медицинских услугах, информация для посетителей, вопросы профилактики, актуальные направления, вопросы-ответы, контакты.

**Страничка «Электронное здравоохранение»** находится на вкладке «Актуальные направления».

Цель проекта-улучшение профилактики и лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами удаленных территорий Архангельской области путем развития межведомственного и вну-

триведомственного взаимодействия на основе использования информационно-коммуникационных технологий (проведение вебконсультаций и вебинаров, разработка обучающих модулей)

Направления:

1. Школа любящих родителей
2. Поморская модель
3. Расстройства аутистического спектра

**Школа любящих родителей.** <http://29apnd.ru/aktualnye-napravleniya/shkola-lyubyashhix-roditelej>.

Целью «ШЛР» является формирование у родителей умений эффективного построения взаимоотношений с детьми, способствующих воспитанию физически, психологически и нравственно здоровых личностей, готовых противостоять «социальным болезням», обучение родителей управлять собой в стрессовой ситуации сможет помочь своему ребёнку.

Программа школы получила научное одобрение Северного государственного медицинского университета, административную поддержку Министерства здравоохранения Архангельской области, утверждена главным врачом диспансера В.А.Яшкович и активно работает с 2012 года.

Групповые занятия для родителей проводятся один раз в неделю, и на них решаются следующие поставленные задачи – предоставление информации о химической зависимости. Каждая лекция состоит из отдельной темы, что позволяет родителям на любом занятии получить необходимые знания. Посетить группу может любой родитель, группы носят анонимный характер.

**Поморская модель.** <http://pomormodelproekt.ru/>. Сайт российско-норвежского проекта «Улучшение оказания услуг в сфере психического здоровья в Архангельской области путем интеграции первичного и специализированного психиатрического звена-развитие модели, ее применение и оценка».

Сайт содержит страницы: о проекте, хроника, специалистам с постепенно наполняющимися обучающими материалами, контакты и форум для общения специалистами и обмена опытом.

**Расстройства аутистического спектра** <http://29apnd.ru/aktualnye-napravleniya/rasstrojstva-autistischeskogo-spektra/>.

В настоящее время в РФ и за рубежом отмечается рост расстройств аутистического спектра. Ученые сходятся во мнении, что это происходит в том числе и за счет улучшения диагностики. По данным Всемирной организации аутизма частота встречаемости РАС составляет 1 случай на 88 детей.

В декабре 2014 года на базе ГБУЗ АО АПНД был открыт кабинет для таких детей.

Страничка на сайте создана для реализации нескольких целей : популяризация знаний об аутизме – в медицинской среде для своевременного выявления детей с подозрением на аутизм и в обществе, для воспитания толерантного отношения к таким детям и особенностям их поведения, диагностика расстройств аутистического спектра, поддержка родителей.

## **ОСНОВЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Похвалина А.Ю., Карчевский А.В.*

*ГБУЗ Архангельской области «Северодвинский  
психоневрологический диспансер», Северодвинск*

### **1. Сущность психосоциального процесса в реабилитации лиц, страдающих психическими заболеваниями**

- Понятие, цели и задачи психосоциальной реабилитации.
- Становление и развитие в России психосоциальной реабилитации.
- Что такое реабилитация, почему она необходима?
- Основные мероприятия.

### **2. Основные принципы работы с пациентами, имеющими психические расстройства:**

- **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 своевремен-



ному 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;
- **психокоррекционные группы.** Цель – развитие уверенности в себе, овладение навыками гармоничной жизни с другими людьми, повышение устойчивости к стрессу.

### **3. Основные принципы работы с родственниками пациентов, имеющих психические расстройства:**

- **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;
- **групповые тренинги.** Цель – развитие навыков решения семейных проблем, снижение стресса, связанного с наличием у члена семьи психического заболевания, выявление собственных потребностей, повышение удовлетворенности жизнью.
- **психологическое консультирование** (индивидуальное и семейное). Цель – улучшение психологического состояния родственников, оказание им эмоциональной поддержки.

### **4. Принцип работы полипрофессиональной бригады**

- Актуальность и мультипрофессиональный подход
- Специалисты, принимающие участие в реабилитации
- Основные принципы взаимодействия специалистов

# **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: РОЛЬ СЕМЬИ И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ**

*Соловьев А.Г.<sup>1</sup>, Голубева Е.Ю.<sup>2</sup>*

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Архангельск<sup>1</sup>*

*ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет  
имени М.В.Ломоносова», Архангельск<sup>2</sup>*

\* При поддержке Архангельского Центра социальных технологий «Гарант» в рамках проекта «Приемная семья для пожилого человека как новая социальная технология в отдаленных сельских территориях» Программы «Активное поколение»-2016 Благотворительного фонда Е. и Г. Тимченко

По прогнозу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) численность населения старше 60 лет к 2030 г. в мире может увеличиться до 800 млн. с соответствующим ростом медицинских и социальных проблем [3, 4], хотя уже и в настоящее время распространенность различной выраженности психических расстройств в пожилом возрасте составляет от 40 до 74% [1, 8]. Не случайно, сохранение психического здоровья лиц пожилого возраста продекларировано ВОЗ в качестве одной из актуальных проблем оценки здоровья населения [7] с необходимостью поиска направлений для повышения эффективности работы медико-психологических и социальных служб с данной категорией граждан [10].

В последние годы все более важное значение приобретает ранняя оценка психического здоровья лиц пожилого возраста и прогноз возможных ее социально-экономических последствий [5], как для самих представителей старшей возрастной группы, так и микросоциального окружения; среди последних могут выступать не только родственники, но и члены приемной семьи – активно развивающейся инновационной формы социального обслуживания в России.

Сложность выявления психических нарушений у лиц старшей возрастной группы связаны с малозаметной начальной симптоматикой, наличием проблем памяти; к психическим расстройствам постепенно присоединяются соматические и неврологические симпто-

мы; этот список дополняют социальные стрессы пожилого возраста, ведущие к психосоматическим расстройствам, значительно ухудшающим качество жизни [6], нередкое сокрытие нарастающих проблем родственниками в силу сложившегося стереотипа и приписыванием многих изменений – бессонницы, депрессии, беспокойства и других – возрастным особенностям.

Наиболее перспективным видится работа по двум направлениям. С одной стороны, это, перенос акцента в первичной и вторичной профилактической, а также диагностической работе с психиатрических служб, к которым в силу известной стигматизации не ожидается повышения обращений, на специалистов в сфере социальных услуг и врачей первичного звена, работающих в области семейной медицины. Актуальным является обучение использования специалистами скринирующих инструментов, в первую очередь, ориентированных на диагностику когнитивной и эмоциональной сфер, а также внедрение методических разработок для врачей общей практики [9], поддерживаемых на федеральном уровне Геронтологическим обществом Российской Академии наук.

С другой стороны, принципиально необходима психологическая подготовка микросоциального окружения – родственников и членов приемных семей с обучением их владением простейшими приемами выявления у лиц пожилого возраста начальных нарушений психической деятельности, что необходимо для последующего контакта с медицинскими и социальными службами, а также проведение тренингов общения с представителями старшей возрастной группы, используя принципы семейной и позитивной психотерапии.

Внедрение этих подходов позволит не только выявлять уровень распространенности психических расстройств в старшей возрастной группе, оценивать потребность в уходе [2], но и разрабатывать групповые и индивидуальные маршруты первичной и вторичной профилактической работы с укреплением межличностных отношений в родной или приемной семье.

### **Литература.**

1. Аксенов М.М., Стоянова И.Я., Цыбульская Е.В., Костин А.К. Психологические особенности пациентов пожилого возраста с неп-

сихотическими психическими расстройствами. // Вестник ТГПУ. – 2015. – № 3 (156). – С. 58-63.

2. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И., Соловьев А.Г. Социально-экологические подходы в оценке потребности в уходе за пожилыми людьми // Экология человека. – 2005. – № 9. – С. 48-53

3. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения при артериальной гипертензии // Нервные болезни. – 2013. – № 3. – С. 16-21.

4. Локшина А.Б. Современные представления о недементных когнитивных расстройствах // Эффективная фармакотерапия. – 2015. – №1. – С.36-44.

5. Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А., Захарченко Д.В. Ранняя диагностика коморбидных психических расстройств в пожилом возрасте. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 28 с.

6. Новикова Н.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 7-10

7. Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ, 2012. – 45 с.: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/124460/e94370R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124460/e94370R.pdf?ua=1)

8. Сиденкова А.П. Когнитивные расстройства позднего возраста – актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности / Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 9 (74). – С.1-4.

9. Соловьев А.Г., Попов В.В., Новикова И.А. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств в пожилом возрасте: Учебно-методическое пособие. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. – 160 с.: [http://www.gersociety.ru/netcat\\_files/userfiles/10/Rannyaya\\_diagnostika.pdf](http://www.gersociety.ru/netcat_files/userfiles/10/Rannyaya_diagnostika.pdf)

10. Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 г. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5.02.2016 г. – № 164-р. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/71322816>

## ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ, КАК ЭЛЕМЕНТ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Суханова А.В., Бекетова Е.Н., Гузенко О.А*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница, Архангельск*

Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций, для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности. Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характеров, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья. В современном обществе все больше и больше возрастает тенденция к ведению здорового образа жизни.

На базе 8-го отделения в течение уже длительного времени активно разрабатываются и реализуются различные мероприятия, целью которых является информирование пациентов о наиболее важных аспектах физического, психического и психологического здоровья.

С 2013 года разработан проект создания «Школа психического здоровья» на базе ГБУЗ АО «АКПБ» с целью формирования толерантности общества к проблемам психического здоровья, его охраны и укрепления.

Основными задачами Школы являются:

- повышение информированности населения о факторах риска, методах профилактики заболеваний;
- усиление ответственности человека за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения к психическому здоровью, мотивации к оздоровлению и выполнению рекомендаций врача;
- развитие умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, по снижению неблагоприятного влияния на здоровье по-

веденческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек).

В рамках реализации проекта медицинские сестры проводили обучающие занятия на тему «Правильное питание – основа здоровья», целью которого являлось доказать, что правильное питание может улучшить качество жизни, знакомство участников с полезными и вредными продуктами, воспитание культуры приёма пищи.

Также в ГБУЗ АО «АКПБ» проводилась акция по борьбе с вредными привычками, целью которого было формирование негативного отношения к курению, алкоголю, наркотикам, курильщики обменивали сигареты на витамины.

Проводились обучающие занятия по профилактике гипертонии, медицинские сестры проводили теоретические занятия, показывали наглядные презентации на тему: «Гипертоническая болезнь», которая включает в себя классификацию АД у взрослых, факторы развития артериальной гипертонии, что такое гипертонический криз, рекомендации по образу жизни при гипертонии, правила, которые необходимо соблюдать при измерении АД. После теоретического занятия, для закрепления материала проводилось практическое занятие цель, которого обучить практическим навыкам измерения АД, частоты пульса, ведения дневника самоконтроля, научить оказывать самопомощь при остром повышении АД, медицинские сестры наглядно показали и обучили пациентов.

В нашем отделении медицинские сестры принимают активное участие в санитарном просвещении пациентов, так как являются ответственными за оформление уголков здоровья, памяток, буклетов, подготовке лекционного материала, посвященного проблемам психического здоровья и ведению здорового образа жизни.

Медицинские сестры принимали участие в конкурсе постеров посвященному профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, который занял 2 место в ГБУЗ АО «АКПБ». Были выпущены буклеты на темы: «Депрессия», «Шизофрения». В 2016 году медицинские сестры принимали участие в областном конкурсе информационных листов по профилактике диабета.

Каждую среду в отделении проводятся собрания с пациентами, где неотъемлемой частью стало проведение санитарно-просветительной работы с пациентами. Медицинские сестры готовят лекции

для участников на актуальные темы с последующим обсуждением. Примеры лекций: «бессонница, как с ней бороться», «профилактика запоров», «профилактика гипертонии», «двигательная активность», «вирусные гепатиты», «профилактика диабета» и другие.

Укрепление психического состояния включает действия по созданию условий жизни и окружающей среды, поддерживающих психическое здоровье и позволяющих людям вести здоровый образ жизни. Для укрепления здоровья населения существуют основанные на фактических данных эффективные и недорогие по стоимости мероприятия. В их число входит санитарно-просветительная деятельность, проводимая в Школах.

Занятия в Школе здоровья позволяют получить информацию о психических расстройствах и заболеваниях, их причинах и методах лечения, об устройстве психического мира человека, о «внутреннем конфликте», о роли личности и семьи в возникновении заболевания, что способствует толерантности общества к этим проблемам.

Идеологией «Школы здоровья» является помощь пациентам с уже имеющимися патологиями. Но куда важнее предупредить возникновение заболевания, выявив факторы риска. Поэтому в условиях роста числа психических расстройств среди населения репродуктивного, трудоспособного возраста создание Школ для здоровых людей либо с незначительными рисками является очень важным шагом.

## **НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЕКЦИИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ»**

*Фоминская О.Ф., Гузенко О.А.*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая  
психиатрическая больница, Архангельск*

В современном мире на деятельность медицинской сестры влияют различные факторы. И очень часто специалисты оказываются со своими проблемами «один – на один». Поэтому очень важно, чтобы

у медицинских сестер была профессиональная общественная организация, которая представляла бы их интересы. Такой организацией в Архангельской области является АРОО «Ассоциация медицинских работников Архангельской области» (АМРАО).

Стратегии развития АМРАО совпадает с идеологией «Ассоциации медицинских сестер России» (РАМС) и направлена на повышение роли и престижа профессии в обществе, защите интересов в системе здравоохранения и решение профессиональных задач.

Специализированная секция «Сестринское дело в психиатрии и наркологии Архангельской области» является региональным представителем специализированной секции РАМС и создана для развития сестринской помощи, внедрения инноваций, исследовательской работы специалистов в области психиатрии и наркологии, распространение передового опыта, повышение престижа и статуса специалистов сестринского дела, работающих с лицами с ментальными особенностями здоровья и их социальным окружением.

Деятельность секции направлена на решение следующих задач:

- Определение наиболее актуальных проблем специалистов сестринского дела в области психиатрии и наркологии, разработка перспективных предложений по их решению.
- Участие в разработке и внедрении профессиональных стандартов.
- Развитие современных технологий в деятельности специалистов сестринского дела, работающих с лицами с ментальными особенностями здоровья и их социальным окружением.
- Обобщение и распространение передового опыта профессиональной деятельности специалистов в области психиатрии и наркологии.
- Координация направлений исследований проводимых специалистами сестринского дела в области охраны психического здоровья
- Содействие профессиональной солидарности, повышенному гуманному и милосердному отношению к гражданам в медицинском сообществе.
- Повышение значимости профессиональных морально-этических норм.



В ходе решения поставленных перед специализированной секцией задач выполняются следующие направления работы:

### **1. Обмен опытом, повышение квалификации, развитие сестринской профессии:**

Члены специализированной секции являются активными участниками проведения различных тематических акций, посвященных дню борьбы с курением, международному дню борьбы с наркотиками, международному дню распространения информации о болезни Альцгеймера, всемирному дню психического здоровья и др.

Членами секции проводится разработка и издание методических рекомендаций в помощь практикующей медицинской сестре,

### **2. Участие в конференциях, конкурсах, проектах.**

Сестринский персонал психиатрической и наркологической служб активно участвует в различных мероприятиях: конференциях разного уровня; международных проектах: российско-американский проект «Исследования в сестринском деле», российско-норвежский проект «Улучшение качества психиатрической помощи»; участие медицинских сестер в изучении истории психиатрической службы Архангельской области; ежегодное участие в конференциях, посвященных Дню психического здоровья и др.

### **3. Сотрудничество.**

Сотрудничество со специализированными секциями других регионов дает возможность медицинским сестрам широкие возможности получать информацию о передовом опыте, состоянии развития сестринского дела в регионах России и за рубежом, участвуя в межрегиональных, международных конференциях, семинарах, съездах. На этих мероприятиях мы имеем возможность общаться российскими и зарубежными коллегами.

### **4. Информационная деятельность:**

Одно из приоритетных направлений в деятельности секции – это создание информационного поля с целью обмена опытом между специалистами, освещения мероприятий. И это играет немаловажную роль во внедрении новых сестринских технологий. Для этого постоянно проходит подготовка информации на сайт РАМС о деятельности специализированной секции, обновление информации на страничке секции на сайте РАМС. Членами секции издаются статьи в журналах «Сестринское дело», «Вестник Ассоциации».

Необходимость работы специализированной секции определяется возможностью выдвигать и развивать новые идеи, актуальностью проводимых исследований, их использованием в повседневной практике, признанием полученных результатов, старанием специалистов обучаться, повышать свои знания и делиться опытом с другими специалистами. Всем этим ресурсом, потенциалом развития располагает я секция «Сестринское дело в психиатрии и наркологии Архангельской области».

## **ПОДДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПРИ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Щукина Е.Г.*

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Архангельск*

Сегодня актуально такое понятие как кризисная беременность [7]. Кризисная беременность соответствует как минимум одному из определенных критериев: от любых колебаний и сомнений по вопросу дать или не дать возможность родиться ребенку до негативного отношения к беременности со стороны ее близкого окружения, а также с учетом возраста женщины. Сюда же можно отнести наличие финансовых, социально-бытовых, жилищных проблем, которые в дальнейшем затрудняют необходимый уход за ребенком. Почти каждая десятая женщина детородного возраста раз в год делает аборт. В России производится около 2 млн. аборт/год, причем специалисты уверены, что официальную статистику по количеству аборт следует увеличить вдвое, а то и втрое. Это приводит, с одной стороны, к серьезной демографической катастрофе в государстве, когда огромное количество беременных решают не рожать ребенка по разным причинам; с другой стороны, сами женщины попадают в трудное психологическое положение, когда решаются на избавление от своей беременности, что не проходит бесследно для их психического здоровья.

Цель работы: проанализировать данные исследований о влиянии аборта на изменение психоэмоционального состояния женщин, фор-

мирование ПТСР, показать важность и необходимость психологической работы специалистов до и после аборта

1 ноября 2012 г. вышел Приказ Минздрава РФ N 572н Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», (ред. от 12.01.2016) согласно которому в медицинском учреждении должно проводиться консультирование психологом, медицинским психологом, специалистом по социальной работе и др. беременной женщины, идущей на аборт, как для человека, оказавшегося в трудной жизненной ситуации; в качестве такой ситуации сегодня и рассматривается «нежелательная» беременность.

В марте 2016 г. Минздрав РФ направил в медицинские вузы дополнительную профессиональную образовательную программу по доабортному консультированию. В Северном государственном медицинском университете (СГМУ) такая программа была внедрена еще в 2015 г.; еще ранее проводилась большая работа по сохранению жизни нерожденного ребенка через встречи с населением и медперсоналом Архангельской области.

За два года в СГМУ обучено 27 специалистов на цикле «Работа с женщиной в ситуации выбора искусственного прерывания беременности». Отчеты курсантов свидетельствуют о необходимости подготовки в этом направлении для оказания психологической помощи беременным, которые сомневаются в своей возможности стать матерями рожденного ими ребенка, информирования женщины о возможности факторов риска формирования патологии детей при последующей беременности [2], а также для повышения правовой ответственности специалистов [6].

Аборт рассматривается как травмирующее событие, а его последствия могут привести к посттравматическому стрессовому расстройству. Зарубежные психологи и психотерапевты, работающие с психологическими последствиями прерывания беременности, постабортными осложнениями, доказывают, что женщины используют защитные механизмы, чтобы избежать нежелательных мыслей, воспоминаний, чувств или столкновения с объективными фактами – разрушение целостности своей женской роли, связан-

ной с материнством, рождением ребенка. Эти механизмы борются с подсознанием, ежедневными событиями, самоупреками и/или упреками близких, или же наоборот, игнорированием темы несостоявшихся родов [1]. Женщины испытывают внутренний конфликт, который выливается в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Отмечено, что женщины, которые делали аборт, могут испытывать чувство тревоги, учащенное сердцебиение или повышенное потоотделение во время обычного гинекологического осмотра, что характеризуется гипервозбудимостью. Также ре-переживание, то есть воспроизведение или повторное переживание травмирующего события, может проявляться в виде повторяющихся и навязчивых мыслей об аборте или нерожденном ребенке; флэшбеков, в которых они вновь переживают аборт, или в виде кошмарных сновидений, связанных с абортом или ребенком и пр. Гинекологи отмечают, что одними из распространенных способов ре-переживания женщиной элементов психологической травмы вследствие прерывания беременности являются либо повторные аборты, либо попытки зачать ребенка, который бы смог заменить им нерожденного, при этом повышается риск факторов риска в формировании патологии в детском возрасте. Переживание аборта часто сопровождается чувством беспомощности или неспособности справиться со своей жизнью, а также стремлением избегать негативных переживаний и (или) людей, мест и вещей, которые напоминают о психотравме. В целом, подсознательное переживание перенесенной травмы может привести к рискованному поведению, возникновению у женщины желания покончить жизнь самоубийством, или к развитию обсессивно-компульсивного расстройства, алкоголизму, наркомании.

У женщин, страдающих ПТСР, симптомы гипервозбудимости, в основе которых лежит повышенная эмоциональная реактивность, часто чередуются с периодами выраженной эмоциональной отгороженности, посредством которой человек пытается избежать мыслей и воспоминаний, связанных с перенесенной травмой. Репереживание, в свою очередь, это средство, при помощи которого подсознание обращает внимание человека на определенный аспект психологической травмы, что влечет за собой гипервозбудимость.

Вспоминая процедуру аборта, женщины испытывают негативные эмоции – страх, беспомощность или ужас, а также чувство вины [1].

Часто врачи заверяют женщин, что процедура прерывания беременности является абсолютно безопасной, проводится анонимно, что, чем раньше будет сделан аборт, тем лучше, поскольку ребенок еще не сформировался и представляет собой просто постепенно растущий комочек ткани – это абсолютная ложь, так как ребенок с момента зачатия – уже живое человеческое существо: до 8 недель беременности включительно приобретает характерные для человека черты, на третьей неделе – сложном и важном периоде – начинают закладываться важные органы и системы плода: появляются зачатки дыхательной, пищеварительной, кровеносной, нервной и выделительной систем, а на месте появления головки плода формируется широкая пластинка, дающая начало головному мозгу. Сердце у ребенка начинает биться на 21 день.

В тех случаях, когда женщина под влиянием окружающих ее людей или обстоятельств выбирает сделать аборт, то основной ее эмоциональной реакцией является ощущение беспомощности. Следует помнить, что аборт – это проявление жестокости. Многие женщины, даже те, кто не испытывает угрызений совести по поводу сделанного выбора, воспринимают аборт, как нарушение их «физической целостности» – термин из определения ПТСР. Нередко женщины описывают перенесенный аборт словами «хирургическое изнасилование» [9]. Действительно, картина проведения аборта очень жестокая, и женщина подвергается насилию убийства в ней живого существа, ее собственного ребенка. Поэтому наличие в анамнезе женщины сексуальных домогательств является фактором риска развития серьезных психических осложнений после аборта. Выполнение аборта женщинам, ранее подвергавшимся изнасилованию или сексуальному притеснению, во многих случаях способствует формированию саморазрушающего поведения. Это особенно значимо в контексте результатов многочисленных исследований, которые свидетельствуют, что жертвами насилия или сексуальных домогательств являются, по разным источникам, от 30 до 80 % женщин [3,5].

Большинство женщин, перенесших аборт, считают эту процедуру убийством невинного ребенка, и они становятся причастными к

этому убийству, так как не могут изменить обстоятельства, идя на аборт. Аборт способен вызывать множество различных реакций. По мнению Джулиуса Фогеля – психиатра и акушера, лично выполнившего более 20000 аборт, «...для каждой женщины, независимо от ее возраста, воспитания или сексуального здоровья, прерывание беременности представляет собой психологическую травму и затрагивает основу человеческого бытия. Ребенок – это часть ее жизни. Убивая ребенка, она убивает часть себя, что не может пройти бесследно. Женщина вступает в борьбу с жизнью. И совсем неважно, верит ли она в то, что у плода есть душа, или нет. Невозможно отрицать физически ощущаемый процесс создания живого существа» [8].

В России проводится большая работа помощи женщинам с кризисной беременностью, подготовка специалистов идет в разных центрах [4]. Сегодня у специалистов есть осознание, что аборт оказывает разрушающее действие на психологию как женщин, так и мужчин. Необходимость специализированной помощи сохранения психического здоровья вследствие вреда аборта доказало время.

### Литература.

1. Берк Т., Риардон Д. Запрещенные слезы: о чем не рассказывают женщины после аборта/ пер. с англ. Ю.Скрелина, А. Фокина/. - СПб.: Каламос, 2010.- 352 с.

2. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медико-биологические факторы риска в формировании психоречевой патологии в детском возрасте // Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского. – 2002. – Т. 81. № 1. – С. 91-93.

3. Котлова Л.Н. Помощь женщинам, подвергшимся домашнему насилию. Организация межведомственного взаимодействия/ Доклад подготовлен на конференцию по организации межведомственного взаимодействия социальных служб и органов внутренних дел ХМАО-Югры/<https://www.b17.ru/article/19134/>

4. Куценко О. С. Аборт или Рождение? Две чаши весов/Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора. – Санкт-Петербург, 2011.- 387 с.

5. Мурзина С. А., Акатова А. М. Женщины, подвергшиеся насилию в семье, как один из факторов возникновения девиантного по-

ведения у детей [Текст] // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы VI между нар. науч. конф. (г. Уфа, март 2015 г.). – Уфа: Лето, 2015. – С. 265-267.

6. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Дерягин Г.Б. Правовая ответственность медицинских работников. – Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 432 с.

7. Смирнова Е.А. Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. – М.: 2013., 128 с.

8. Colman McCarthy, «A Psychological View of Abortion», op.cit. (ch.2, no.3)

9. Linda Bird Francke, The Ambivalence of Abortion (New York: Random House, 1978)84-95, 167; Reardon, Aborted Women, Silent No More, op cit. (introduction, no.1) 51, 126

## **ПОМОРСКАЯ МОДЕЛЬ – ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВОП ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Яшкович В.А.<sup>1</sup>, Рыжкова Н.Н.<sup>2</sup>*

*ГБУЗ Архангельской области «Архангельский  
психоневрологический диспансер», Архангельск<sup>1</sup>*

*ГБУЗ Архангельской области «Приморская ЦРБ», Архангельск<sup>2</sup>*

В рамках международного сотрудничества Министерства здравоохранения Архангельской области и Университета г. Тромсё Северной Норвегии реализуется российско-норвежский проект «Улучшение взаимодействия специализированной психиатрической службы и первичного здравоохранения в Архангельской области». Целью проекта является создание и внедрение интегрированной модели взаимодействия специализированной психиатрической службы (СПС) и первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Архангельской области на базе врачебной амбулатории в сельской местности. 2008 – 2016 г.г. Задачами проекта определено улучшение качества оказания психиатрической помощи населению путем повышения компетенции врачей общей практики и приобретения навыков диагностики психических расстройств.

За время международного сотрудничества в Российской Федерации была разработана нормативная база, которая позволяет оказывать специализированную помощь на первичном уровне здравоохранения. В правовом поле Поморская модель взаимодействия врача общей практики и врача психиатра – форма организации оказания психиатрической помощи пациенту врачом общей практики и врачом – психиатром путем их взаимодействия с использованием биопсихосоциального подхода, где ВОП действует, используя собственный ресурс, чувствуя за плечами постоянную поддержку врача-психиатра.

#### Задачи

1. Повысить компетенцию врача общей практики в вопросах психиатрии (обучение в соответствии с учебным планом ВОП по Модулю «Психиатрия», стажировки на рабочем месте, дистанционные интернет – технологии).
2. Внедрить раннюю диагностику психических нарушений в первичном здравоохранении, используя новые методы и технологии.
3. Создать систему коммуникации между специалистами первичного здравоохранения и психиатрической службы, внедряя в практику Поморскую модель.
4. Обеспечить снижение стигматизации, связанной с психиатрическими проблемами.
5. Разработать и внедрить систему мотивации врача общей практики в оказании психиатрической помощи.

Базовый уровень практической подготовки ВОП определяет фокус оказания психиатрической помощи

- Депрессия, тревога
- Наркотическая зависимость
- Когнитивные нарушения
- Выявление суицидальных намерений.

В настоящее время идет процесс внедрения Поморской модели в практическое здравоохранение Архангельской области Устьянский, Вельский, Приморский районы. Планируется Котласский, Шенкурский, Плесецкий районы, г. Корьяжма.

Первым шагом внедрения Поморской модели является создание регистра пациента.



Второй шаг – распределение пациентов на три группы динамического наблюдения.

1-я группа – пациенты с тяжелыми психическими заболеваниями, группа пациентов наблюдается психиатром, ВОП консультирует психиатра по внутрисемейным отношениям и социальным вопросам, по вопросам социального окружения больного.

2-я группа – пациенты с психическими заболеваниями средней степени наблюдаются совместно психиатром и ВОП на совместных консультативных приемах.

3-я группа – пациенты в периоде стойкой ремиссии, больные депрессией легкой степени наблюдаются ВОП, при необходимости консультируются психиатром. Модель позволила перераспределить ответственность и задачи ВОП, психиатра за ведение и лечение больных с психическими нарушениями и потоки пациентов (ведение больного в период ремиссии, в случае направления на консультацию/госпитализацию, в период стационарного лечения).

Консультативная поддержка и советы психиатра повышают компетенцию врача общей практики и улучшают качество помощи пациентам с психологическими и психическими проблемами.

Для внедрения устойчивости работы и ее жизнеспособности используются информационно – коммуникационные технологии отделения повышения компетенций на базе ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер».

Научное издание

**I МУРАТОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД:  
КОМПЛЕКСНОСТЬ,  
ИНТЕГРАЦИЯ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ**

Сборник материалов региональной  
научно-практической конференции по психиатрии,  
посвященной памяти профессора И.Д. Муратовой  
12–13 октября 2016 года

Издано в авторской редакции

Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

---

Подписано в печать 06.10.2016.

Формат 60×84<sup>1/16</sup>. Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Печать ризография.

Усл. печ. л. 7,2. Уч.-изд. л. 5,5.

Тираж 100 экз. Заказ № 1758

---

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51

Телефон (8182) 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru



