

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	15
Участники издания	17
Список сокращений и условных обозначений	23
РАЗДЕЛ I. ВОПРОСЫ ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ	27
Глава 1. Периоды и этапы развития психиатрии (Ю.А. Александровский)...	29
Глава 2. Современные научные исследования в психиатрии (А.С. Тиганов, Т.П. Ключник)	44
РАЗДЕЛ II. СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ	51
Глава 3. Психическое здоровье и общество (Б.С. Положий) ¹	53
Глава 4. Нормативно-правовые основы оказания психиатрической помощи (С.Н. Шишков)	54
Глава 5. Этические аспекты оказания психиатрической помощи (А.Я. Иванюшкин, В.А. Тихоненко, И.А. Иванюшкин)	63
РАЗДЕЛ III. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	73
Глава 6. Эпидемиология психических расстройств (Б.А. Казаковцев, Н.К. Демчева) ¹	75
Глава 7. Оказание психиатрической помощи в России	76
7.1. Организация психиатрической помощи (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер)	76
7.1.1. Диспансерный раздел психиатрической помощи	78
7.1.2. Дневные стационары	79
7.1.3. Скорая психиатрическая помощь	81
7.1.4. Стационарная психиатрическая помощь	81
7.1.5. Направления реформирования психиатрической помощи	83
7.1.6. Организация психиатрической помощи больным с пограничными психическими расстройствами (Ю.А. Александровский)	84
7.1.7. Организация психиатрической помощи детям и подросткам (Е.В. Макушкин)	88
7.1.8. Обеспечение и контроль качества психиатрической помощи (Т.А. Солохина, Н.Д. Букреева) ¹	102
7.1.9. Психиатрическая помощь в общемедицинской практике (Ю.А. Александровский, Л.В. Ромасенко, Н.Н. Петрова)	102
7.2. Судебная психиатрия (А.А. Ткаченко, Н.К. Харитонова, Е.В. Макушкин)	128
7.2.1. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе	131
7.2.2. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе	139
7.2.3. Система судебно-психиатрической профилактики (В.П. Котов, О.А. Макушкина)	146
7.3. Военная психиатрия (В.К. Шамрей, А.А. Марченко, С.В. Перстнев, А.В. Лобачев)	155
7.3.1. Организация психиатрической помощи военнослужащим	155
7.3.2. Психические расстройства военнослужащих, обусловленные профессиональными вредностями	167
7.3.3. Основы военно-врачебной экспертизы при психических расстройствах	179

¹ Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на 1-м форзаце.

РАЗДЕЛ IV. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	183
Глава 8. Основные психопатологические синдромы	
(А.С. Тиганов).....	185
8.1. Аментивный синдром	185
8.2. Амнестический синдром.....	186
8.3. Астенический синдром	186
8.4. Аура сознания	187
8.5. Делириозный синдром.....	188
8.6. Депрессивный синдром.....	189
8.7. Ипохондрический синдром.....	193
8.8. Кататонический синдром	194
8.9. Маниакальный синдром	196
8.10. Обсессивный синдром.....	198
8.11. Онейроидный синдром	199
8.12. Паранойяльный синдром	201
8.13. Парафренный синдром	202
8.14. Сенестопатический синдром.....	203
8.15. Синдром Кандинского–Клерамбо.....	204
8.16. Синдром оглушения	205
8.17. Синдром помрачения сознания.....	206
8.18. Сумеречное помрачение сознания	207
8.19. Энцефалопатический синдром	208
Глава 9. Классификации психических расстройств (П.В. Морозов,	
А.В. Павличенко, В.А. Точилов).....	210
9.1. Новое время (XIX–XX вв.).....	212
9.2. Развитие взглядов на классификацию психических болезней в новое время	217
9.3. Создание международной классификации болезней.....	219
9.4. Современные подходы к диагностике психических расстройств	223
9.5. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го пересмотра: инновации и проблемы.....	226
9.6. Международная классификация болезней 11-го пересмотра: общая структура и нововведения	229
9.7. Проект RDoC: предпосылки и ограничения	233
РАЗДЕЛ V. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ.....	241
Глава 10. Введение в клиническую психиатрию.....	243
10.1. Обследование больного (А.С. Тиганов)	243
10.2. Клинический метод в психиатрической практике (Ю.А. Александровский)	244
10.3. Принципы доказательной медицины в клинической практике (Р.В. Ахапкин) ¹	248
10.4. Лабораторные методы диагностики (Е.Е. Дубинина, Л.В. Щедрина) ¹	248
10.5. Инструментальные методы диагностики в психиатрии (Н.И. Ананьева, А.Ф. Изнак, В.К. Шамрей, Е.Ю. Абриталин) ¹	248
10.6. Современные подходы к генетическому анализу психических заболеваний (В.П. Чехонин, Д.А. Чистяков, К.А. Павлов) ¹	248

¹ Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на 1-м форзаце.

РАЗДЕЛ VI. ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	249
Глава 11. Заболевания шизофренического спектра.....	251
11.1. Шизофрения (В.Н. Краснов)	251
11.1.1. Эпидемиология	251
11.1.2. Этиология и патогенез	252
11.1.3. Принципы обследования и ведения больных шизофренией.....	253
11.1.4. Клиническая картина	255
11.1.5. Постановка диагноза.....	258
11.2. Шизотипическое расстройство (А.П. Коцюбинский).....	264
11.3. Особенности клиники и терапии заболеваний шизофренического спектра в детском и подростковом возрасте (Н.В. Симашкова)	280
11.3.1. Психиатрическое диагностическое исследование	282
11.3.2. Уровни доказательности.....	285
11.3.3. Клиника и типология расстройств шизофренического спектра.....	286
11.3.4. Дифференциальная диагностика расстройств шизофренического спектра.....	289
11.3.5. Немедикаментозная коррекция и социореабилитационная помощь	296
11.3.6. Ошибки и необоснованные назначения	297
11.3.7. Прогноз.....	298
11.4. Лечение больных шизофренией.....	299
11.4.1. Психотерапия (С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи).....	299
11.4.2. Психосоциальная терапия и реабилитация больных шизофренией (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер)	328
11.4.3. Экономическое обоснование развития биопсихосоциального подхода и стационарорзамещающих форм помощи при шизофрении (Е.Б. Любов) ¹	332
Глава 12. Заболевания аффективного спектра.....	333
12.1. Рекуррентное депрессивное расстройство (В.Н. Краснов)	333
12.1.1. Эпидемиология	333
12.1.2. Этиология и патогенез	334
12.1.3. Клиническая картина	335
12.1.4. Постановка диагноза.....	343
12.1.5. Коморбидность	344
12.2. Лечение больных с рекуррентным депрессивным расстройством (С.Н. Мосолов, Е.Г. Костюкова).....	347
12.2.1. Общие рекомендации терапии острого депрессивного эпизода в рамках рекуррентного депрессивного расстройства	357
12.2.2. Продолженная и профилактическая терапия	367
12.3. Биполярное расстройство (С.Н. Мосолов, Е.Г. Костюкова)	379
12.3.1. Диагностика биполярного аффективного расстройства	381
12.3.2. Клинические проявления биполярного аффективного расстройства	385
12.3.3. Терапия биполярного аффективного расстройства	395
12.4. Хронические аффективные расстройства (В.Н. Краснов)	439
12.4.1. Дистимия	439
12.4.2. Циклотимия.....	440

¹ Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на 1-м форзаце.

12.5. Особенности клиники и терапии расстройств аффективного спектра в детском и подростковом возрасте (Ю.В. Попов, А.А. Пичиков)	442
12.5.1. Депрессия у детей и подростков	443
12.5.2. Биполярное аффективное расстройство у детей и подростков	446
12.5.3. Суицидальное поведение при аффективных расстройствах у детей и подростков.....	451
12.5.4. Психотерапия.....	451
Глава 13. Пограничные (непсихотические) психические расстройства (Ю.А. Александровский).....	455
13.1. Клиническая характеристика пограничных психических расстройств.....	455
13.2. Группировка пограничных психических расстройств.....	458
13.3. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.....	464
13.3.1. Этиологические факторы и механизмы формирования невротических расстройств	464
13.3.2. Общие подходы к диагностике и лечению	466
13.3.3. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, выделяемые в МКБ-10.....	474
Глава 14. Органические, нейродегенеративные и нейроинфекционные расстройства	501
14.1. Органические, включая симптоматические, психические расстройства (В.В. Вандыш-Бубко).....	501
14.1.1. Классификация	502
14.1.2. Диагностика.....	503
14.2. Расстройства личности и поведения, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (В.В. Вандыш-Бубко)	506
14.2.1. Расстройство личности органической этиологии	506
14.2.2. Постэнцефалитный синдром.....	507
14.2.3. Постконтузионный синдром	507
14.2.4. Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой (повреждением) и дисфункцией головного мозга.....	508
14.2.5. Органическое симптоматическое психическое расстройство неуточненное	508
14.3. Деменция (С.И. Гаврилова).....	508
14.4. Сосудистая деменция (Н.М. Михайлова).....	511
14.4.1. Основные клинические проявления	511
14.4.2. Эпидемиология	512
14.4.3. Классификация	513
14.4.4. Диагностика.....	517
14.4.5. Клиническая картина сосудистой деменции.....	519
14.4.6. Дифференциальный диагноз.....	523
14.4.7. Лечение	524
14.5. Деменция с тельцами Леви (С.И. Гаврилова).....	527
14.6. Болезнь Альцгеймера (С.И. Гаврилова).....	532
14.6.1. Эпидемиология	532
14.6.2. Профилактика	532
14.6.3. Классификация	533
14.6.4. Этиология и патогенез	533
14.6.5. Диагностика.....	534
14.6.6. Дифференциальная диагностика.....	538

14.6.7. Примеры формулировки диагноза с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра	542
14.6.8. Лечение	542
14.7. Лобно-височная деменция (болезнь Пика) (С.И. Гаврилова)	549
14.8. Психические расстройства при нарушениях мозгового кровообращения (В.А. Михайлов, И.В. Хяникяйнен, Л.В. Лукина)	554
14.8.1. Экзогенно-органические психические расстройства	555
14.8.2. Эндоформные психические расстройства	558
14.9. Психические расстройства при опухолях мозга (В.А. Солдаткин)	563
14.9.1. Опухоли лобной доли	564
14.9.2. Опухоли височной доли.....	568
14.9.3. Опухоли теменной доли.....	572
14.9.4. Опухоли затылочной доли	573
14.9.5. Опухоли ствола головного мозга.....	575
14.9.6. Опухоли области III желудочка	576
14.9.7. Краниофарингиомы	578
14.9.8. Опухоли шишковидной железы	579
14.9.9. Аденомы гипофиза	579
14.9.10. Опухоли зрительного бугра и базальных ганглиев	580
14.9.11. Опухоли задней черепной ямки	581
14.10. Психические расстройства при черепно-мозговой травме (В.В. Мрыхин)	582
14.10.1. Распространенность и классификация	582
14.10.2. Клинические проявления черепно-мозговой травмы	582
14.10.3. Возрастные особенности черепно-мозговой травмы.....	591
14.10.4. Исходы черепно-мозговой травмы	592
14.10.5. Дифференциальный диагноз	593
14.10.6. Лечение, реабилитация и организация помощи больным.....	594
14.10.7. Прогноз.....	595
14.11. Органический амнестический синдром (В.В. Вандыш-Бубко) ¹	598
14.12. Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (В.В. Вандыш-Бубко) ¹	598
14.13. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью ¹	598
14.14. Клинико-психопатологические расстройства у больных хроническим аутоиммунным тиреоидитом (зоб Хашимото) (Г.П. Иванова, Л.Н. Горбеев) ¹	598
14.15. Психические расстройства у больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (Д.Ю. Вельтищев, Т.А. Лисицина) ¹	599
14.16. Нейросифилис (А.С. Тиганов) ¹	599
14.17. Психиатрические аспекты ВИЧ-инфекции и СПИДа (Н.Г. Незнанов, Н.Б. Халезова) ¹	599
14.18. Психические расстройства при нейродегенеративных заболеваниях (Д.В. Захаров, В.А. Михайлов, Л.А. Хубларова) ¹	599
Глава 15. Психические расстройства при эпилепсии (Н.Г. Незнанов, М.Я. Киссин)	600
15.1. Эпилептические психозы.....	602
15.2. Изменение личности у больных эпилепсией.....	608
15.3. Классификация симптомов аффективных нарушений у больных эпилепсией.....	620

¹ Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на 1-м форзаце.

15.3.1. Преиктальные симптомы	620
15.3.2. Иктальные симптомы	620
15.4. Типология и патоморфоз эмоционально-аффективных припадков у больных эпилепсией.....	621
15.5. Аффективные нарушения у больных эпилепсией в интериктальном периоде.....	622
15.6. Этиология и патогенез аффективных нарушений при эпилепсии.....	623
15.6.1. Реактивный процесс	624
15.6.2. Ятрогенные процессы.....	625
15.7. Современные представления о нейроморфологических особенностях аффективных нарушений при височной эпилепсии	625
15.7.1. Миндалевидное тело, или амигдала.....	626
15.7.2. Гиппокамп	627
15.7.3. Инсула	628
15.8. Нейрохимические, нейрофизиологические и структурные нарушения.....	629
Глава 16. Расстройства личности (А.Б. Смулевич)	633
16.1. Исторический очерк и современные представления о расстройствах личности	633
16.2. Параноидное (параноическое) расстройство личности	640
16.3. Шизоидное расстройство личности	642
16.4. Шизотипическое расстройство личности.....	644
16.5. Когнитивная размерность	646
16.6. Аффективная размерность	646
16.7. Диссоциальное расстройство личности.....	648
16.8. Пограничное расстройство личности	651
16.9. Импульсивное расстройство личности.....	654
16.10. Истерическое (гистрионное) расстройство личности	654
16.11. Диссоциативное расстройство идентичности (расстройство множественной личности).....	657
16.12. Нарциссическое расстройство личности	658
16.13. Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности	659
16.14. Тревожное (избегающее) расстройство личности (психастения, тревожно-мнительный характер).....	661
16.15. Зависимое расстройство личности	663
16.16. Дифференциальная диагностика.....	664
Глава 17. Расстройства половой идентификации (Г.Е. Введенский, С.Н. Матевосян)¹	669
Глава 18. Расстройства сексуального предпочтения (А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский)¹	670
Глава 19. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями (Н.Д. Кибрик, М.И. Ягубов)¹	671
Глава 20. Нарушения пищевого поведения (Е.А. Григорьева, Л.Н. Горобец, Г.Э. Мазо, А.О. Кибитов)¹	672
Глава 21. Психические расстройства, связанные с репродуктивным циклом у женщин	673
21.1. Предменструальное дисфорическое расстройство (Г.Э. Мазо) ¹	673
21.2. Психические расстройства в послеродовом периоде (Г.Э. Мазо) ¹	673

¹ Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на 1-м форзаце.

21.3. Психические расстройства в период менопаузального перехода (Г.Э. Мазо) ¹	673
21.4. Терапия психических расстройств у беременных (А.Б. Шмуклер, Г.Э. Мазо, Л.Н. Горобец) ¹	673
Глава 22. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ (Н.Н. Иванец, М.А. Винникова)¹	674
Глава 23. Нехимические аддикции (А.Ю. Егоров)¹	675
РАЗДЕЛ VII. ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ.....	677
Глава 24. Умственная отсталость (Н.Г. Незнанов, И.В. Макаров).....	679
24.1. Эпидемиология	679
24.2. Профилактика.....	680
24.3. Скрининг	680
24.4. Классификация	681
24.5. Этиология и патогенез.....	682
24.6. Клинические проявления умственной отсталости.....	683
24.6.1. Общая симптоматология умственной отсталости	683
24.6.2. Клинические проявления умственной отсталости различной степени тяжести.....	685
24.6.3. Клиническая картина форм умственной отсталости по С.С. Мнухину и Д.Н. Исаеву	687
24.7. Клиническая картина психозов у детей с умственной отсталостью.....	695
24.7.1. Психозы с аментивной спутанностью сознания.....	695
24.7.2. Шизофреноподобные психозы	696
24.7.3. Вербальные галлюцинозы	696
24.8. Диагностика умственной отсталости	697
24.8.1. Анамнез.....	697
24.8.2. Клиническое обследование	698
24.8.3. Физикальное обследование.....	698
24.8.4. Лабораторные исследования.....	698
24.8.5. Инструментальные исследования	699
24.8.6. Генетические методы	700
24.8.7. Психологическое и педагогическое обследование.....	700
24.8.8. Дифференциальная диагностика	700
24.8.9. Показания к консультации других специалистов	703
24.8.10. Пример формулировки диагноза.....	703
24.9. Лечение умственной отсталости.....	704
24.9.1. Цели лечения.....	704
24.9.2. Показания к госпитализации	704
24.9.3. Немедикаментозное лечение.....	704
24.9.4. Медикаментозное лечение	705
24.9.5. Хирургическое лечение.....	706
24.10. Примерные сроки нетрудоспособности	707
24.11. Дальнейшее ведение	707
24.12. Информация для пациента.....	707
24.13. Прогноз.....	707
Глава 25. Расстройства психологического (психического) развития (Е.В. Макушкин, Л.О. Пережогин)	709
25.1. Специфические расстройства развития речи и языка	709
25.2. Специфические расстройства речевой артикуляции	710

¹ Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на 1-м форзаце.

25.3. Расстройство экспрессивной речи.....	711
25.4. Расстройство рецептивной речи.....	712
25.5. Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау–Клеффнера, эпилепсия Ландау–Клеффнера)	713
25.6. Другие расстройства развития речи и языка	714
25.7. Специфические расстройства развития школьных (учебных) навыков	715
25.7.1. Специфическое расстройство чтения.....	706
25.7.2. Специфическое расстройство спеллингования.....	717
25.7.3. Специфическое расстройство арифметических навыков	718
25.7.4. Смешанное расстройство школьных (учебных) навыков.....	718
25.8. Специфическое расстройство развития двигательных (моторных) функций	719
25.9. Смешанные специфические расстройства психологического (психического) развития	719
Глава 26. Расстройства аутистического спектра (Н.В. Симашкова)	724
26.1. Эпидемиология	724
26.2. Этиопатогенез расстройств аутистического спектра	725
26.3. Классификация расстройств аутистического спектра	727
26.4. Общие диагностические критерии по Международной классификации болезней 10-го пересмотра.....	727
26.5. Диагностическое обследование и лечение	728
26.6. Диагностический алгоритм ведения больного расстройством аутистического спектра	729
26.6.1. Скрининг.....	729
26.6.2. Диагностика и дифференциальная диагностика аутизма	730
26.6.3. Диагностика психического развития	732
26.6.4. Абилитация (фармакотерапия и реабилитация).....	734
26.7. Клиническая картина и типология расстройств аутистического спектра	734
26.7.1. Детский аутизм	734
26.7.2. Атипичный аутизм	738
26.7.3. Синдром Ретта.....	741
26.7.4. Дезинтегративное расстройство детского возраста — синдром Геллера	743
26.7.5. Синдром Аспергера	743
26.7.6. Общее расстройство развития неуточненное (F84.9)	745
26.8. Дифференциальная диагностика больных расстройствами аутистического спектра.....	745
26.9. Терапия и реабилитация больных с расстройствами аутистического спектра	748
26.9.1. Алгоритм выбора условий оказания медицинской помощи больным с расстройствами аутистического спектра (модели оказания помощи)	748
26.9.2. Психофармакотерапия расстройств аутистического спектра	749
26.9.3. Немедикаментозная коррекция и социореабилитационная помощь	755
26.10. Обучение больных с расстройствами аутистического спектра	759
26.11. Междисциплинарное взаимодействие.....	759
26.12. Ранняя профилактика инвалидизации больных с расстройствами аутистического спектра.....	759
26.13. Прогноз.....	760

Глава 27. Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском или подростковом возрасте	762
27.1. Гиперкинетические расстройства (Е.В. Корень, Т.А. Куприянова)	762
27.1.1. Эпидемиология	762
27.1.2. Этиология и патогенез	763
27.1.3. Классификация	763
27.1.4. Диагностика	764
27.1.5. Клинические признаки и симптомы	764
27.1.6. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования	766
27.1.7. Дифференциальная диагностика	767
27.1.8. Лечение	768
27.1.9. Лекарственная терапия	770
27.1.10. Оценка эффективности лечения	771
27.1.11. Побочные действия	771
27.1.12. Ошибки и необоснованные назначения	772
27.1.13. Прогноз	772
27.1.14. Профилактика	772
27.2. Расстройства поведения (Е.В. Корень)	772
27.2.1. Эпидемиология	773
27.2.2. Классификация	773
27.2.3. Этиология и патогенез	773
27.2.4. Клинические признаки и симптомы	774
27.2.5. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования	775
27.2.6. Перечень необходимых обследований	776
27.2.7. Дифференциальная диагностика	777
27.2.8. Клинические рекомендации	777
27.2.9. Оценка эффективности лечения	779
27.2.10. Осложнения и побочные эффекты лечения	779
27.2.11. Ошибки и необоснованные назначения	779
27.2.12. Прогноз	779
27.3. Смешанные расстройства поведения и эмоций (Е.В. Корень)	780
27.3.1. Эпидемиология	780
27.3.2. Этиология и патогенез	780
27.3.3. Классификация	781
27.3.4. Клинические признаки и симптомы	781
27.3.5. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования	781
27.3.6. Дифференциальная диагностика	781
27.3.7. Клинические рекомендации	782
27.3.8. Оценка эффективности лечения	784
27.3.9. Осложнения и побочные эффекты лечения	784
27.3.10. Ошибки и необоснованные назначения	784
27.3.11. Прогноз	785
27.4. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (Е.В. Корень, Т.А. Куприянова)	786
27.4.1. Эпидемиология	786
27.4.2. Классификация	786
27.4.3. Этиология и патогенез	786
27.4.4. Клинические признаки и симптомы	786
27.4.5. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования	787
27.4.6. Дифференциальная диагностика	788
27.4.7. Клинические рекомендации	788

27.4.8. Оценка эффективности лечения	789
27.4.9. Осложнения и побочные эффекты лечения	789
27.4.10. Ошибки и необоснованные назначения	789
27.4.11. Прогноз	789
27.5. Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возраста (Е.В. Корень, Т.А. Куприянова)	789
27.5.1. Эпидемиология	790
27.5.2. Этиология и патогенез	790
27.5.3. Классификация	791
27.5.4. Диагностика	791
27.5.5. Клинические признаки и симптомы	791
27.5.6. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования	792
27.5.7. Дифференциальная диагностика	794
27.5.8. Лечение	795
27.5.9. Оценка эффективности лечения	797
27.5.10. Побочные действия	797
27.5.11. Ошибки и необоснованные назначения	797
27.5.12. Прогноз	797
27.5.13. Профилактика	798
27.6. Тикозные расстройства (Е.В. Корень, Т.А. Куприянова)	799
27.6.1. Эпидемиология	799
27.6.2. Этиология и патогенез	799
27.6.3. Классификация	800
27.6.4. Диагностика	800
27.6.5. Клинические признаки и симптомы	801
27.6.6. Диагноз и рекомендуемые клинические исследования	801
27.6.7. Дифференциальная диагностика	802
27.6.8. Клинические рекомендации	802
27.6.9. Оценка эффективности лечения	804
27.6.10. Побочные действия	804
27.6.11. Ошибки и необоснованные назначения	804
27.6.12. Прогноз	805
РАЗДЕЛ VIII. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	809
Глава 28. Общие вопросы лечения больных с психическими расстройствами (Ю.А. Александровский)	811
Глава 29. Психофармакотерапия (Н.Г. Незнанов, С.Н. Мосолов, М.В. Иванов)	820
29.1. История психофармакотерапии	820
29.2. Фармакологические эффекты психотропных препаратов	822
29.3. Классификация психотропных препаратов	835
29.4. Антипсихотики	840
29.4.1. Механизм действия антипсихотиков	841
29.4.2. Фармакологическая классификация антипсихотиков	842
29.4.3. Фармакокинетика антипсихотиков	844
29.4.4. Клиническое применение антипсихотиков	848
29.4.5. Терапевтическая активность антипсихотиков I поколения	848
29.4.6. Показания к назначению и особенности клинического действия атипичных антипсихотиков	851

29.4.7. Побочные эффекты терапии атипичными антипсихотиками	852
29.4.8. Антипсихотики пролонгированного действия	852
29.5. Антидепрессанты	855
29.5.1. Фармакокинетика антидепрессантов	859
29.5.2. Побочные эффекты терапии антидепрессантами	863
29.6. Тимостабилизаторы (нормотимические средства)	864
29.7. Анксиолитики	869
29.7.1. Показатели фармакокинетики производных бензодиазепина	870
29.7.2. Клиническое применение транквилизаторов	872
29.7.3. Анксиолитики небензодиазепинового ряда	875
29.8. Ноотропы	877
29.9. Психостимуляторы	882
29.10. Гипнотики (Н.Г. Незнанов, С.Н. Мосолов, М.В. Иванов, А.В. Васильева)	883
Глава 30. Нейроэндокринные дисфункции при использовании психофармакотерапии (Л.Н. Горобец, Г.Э. Мазо)	894
30.1. Синдром гиперпролактинемии у психически больных	895
30.1.1. Классификация синдрома гиперпролактинемии	896
30.1.2. Диагностика гиперпролактинемии и рекомендуемые методы исследования	896
30.1.3. Клинические проявления синдрома гиперпролактинемии	897
30.1.4. Факторы, влияющие на риск развития синдрома гиперпролактинемии при психофармакотерапии	898
30.1.5. Клинические рекомендации по коррекции гиперпролактинемии у пациентов, получающих психофармакотерапию	901
30.2. Метаболические нарушения у психически больных	902
30.2.1. Метаболический синдром	902
30.2.2. Дистиреоз	911
30.3. Организационные вопросы выявления нейроэндокринных дисфункций у пациентов с психическими расстройствами	912
Глава 31. Психотерапия (Н.Г. Незнанов, А.В. Васильева)	915
31.1. Определение и сущность психотерапии	915
31.2. Клинические основы психотерапии	917
31.3. Психотерапия при психических заболеваниях	917
31.4. Психотерапевтические методы	918
31.4.1. Психодинамическая психотерапия	918
31.4.2. Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия	925
31.4.3. Когнитивно-поведенческая психотерапия	927
31.4.4. Гуманистическая психотерапия	934
31.4.5. Экзистенциальная психотерапия	937
31.4.6. Суггестивная психотерапия	938
31.4.7. Аутогенная тренировка	939
31.4.8. Групповая психотерапия	940
31.4.9. Семейная психотерапия	946
31.4.10. Краткосрочная психотерапия	949
Глава 32. Нелекарственные методы биологической терапии в психи- атрии (С.Н. Мосолов, А.Ю. Егоров, Т.А. Скоромец, Э.Э. Цукарзи, А.Л. Горелик, А.Г. Нарышкин, А.Д. Аничков, Ю.И. Поляков)	952
32.1. Электросудорожная терапия (А.Ю. Егоров, С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи)	953

32.1.1. История вопроса	953
32.1.2. Показания и противопоказания к электросудорожной терапии.....	954
32.1.3. Проведение курса электросудорожной терапии	957
32.1.4. Лекарственные препараты при проведении процедуры электросудорожной терапии	961
32.1.5. Психофармакотерапия во время курса электросудорожной терапии	962
32.1.6. Осложнения электросудорожной терапии	962
32.2. Транскраниальная магнитная стимуляция (С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи, А.Л. Горелик, А.Г. Нарышкин)	963
32.2.1. Показания	966
32.2.2. Противопоказания	967
32.2.3. Методика	967
32.2.4. Побочные эффекты и осложнения	968
32.3. Лазерное облучение крови (С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи)	969
32.3.1. Методика внутривенного лазерного облучения крови	970
32.3.2. Побочные эффекты внутривенного лазерного облучения крови	970
32.3.3. Показания к применению внутривенного лазерного облучения крови	971
32.4. Плазмаферез (С.Н. Мосолов, Э.Э. Цукарзи)	971
32.4.1. Показания	972
32.4.2. Противопоказания к плазмаферезу	972
32.4.3. Методика проведения плазмафереза	973
32.4.4. Побочные эффекты при проведении плазмафереза и их коррекция	973
Список литературы	974
32.5. Хирургические методы лечения в психиатрической практике (Т.А. Скоромец, А.Д. Аничков, Ю.И. Поляков, А.Г. Нарышкин)	978
32.5.1. Структуры-мишени головного мозга для хирургических воздействий у пациентов с психическими нарушениями	985
32.5.2. Операции на поясной извилине	985
32.5.3. Операции на внутренней капсуле	986
32.5.4. Операции на субкаудатной области	986
32.5.5. «Лимбическая лейкотомия»	987
32.5.6. Операции на других структурах лимбической системы	987
32.5.7. Стереотаксическое лечение болезни Жилиа де ля Туретта	988
32.5.8. Операции при агрессивных состояниях	988
32.5.9. Тактика проведения хирургического лечения пациентов	988
32.5.10. Стимуляция левого блуждающего нерва (VNS)	990
Глава 33. Психосоциальная реабилитация в клинической практике (И.Я. Гурович, А.Б.Шмуклер, О.О. Паскуев) ¹	996
Предметный указатель	997

¹ Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на 1-м форзаце.

Глава 7

Оказание психиатрической помощи в России

7.1. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер

В настоящее время общая структура психиатрической службы в России представлена четырьмя разделами: стационарным, диспансерным, внедиспансерным и кризисно-социальным (рис. 7.1). Психиатрическая служба имеет взаимосвязи с общемедицинской помощью. Так, в крупных соматических больницах есть психиатрические кабинеты, в ряде многопрофильных соматических больниц работают кризисные стационарные отделения, относящиеся к системе суицидологической службы, иногда выделяются психиатрические отделения для психически больных, страдающих туберкулезом.

На рис. 7.1 показана связь психоневрологических интернатов с центрами социального обслуживания и образовательными учреждениями для лиц с инвалидностью в системе Министерства труда и социальной защиты населения. Находящиеся в его ведении психоневрологические интернаты практически представляют собой резиденциальные учреждения, куда переводятся больные из психиатрических стационаров с хроническими формами психических заболеваний на стадии, когда они больше нуждаются не столько в активной терапии, сколько в социальной помощи, проживании с поддержкой. Ежегодно в эти учреждения социального обеспечения переводится всего по стране 4 пациента на 100 тыс. населения. Этот показатель относительно стабильный с 90-х гг. XX в.; в 2011 г. в психоневрологические интернаты было переведено 6128 человек, а общее число больных, находящихся во всех этих учреждениях, в том же 2011 г. составило 122 091 (85,5 на 100 тыс. населения). В части из этих учреждений проводятся реабилитационные мероприятия, в других — больше проводится работа по оптимизации быта.

В 30-е гг. XX в. в связи с организацией впервые в нашей стране системы внебольничных психиатрических учреждений (диспансеров) была сформирована традиционная модель психиатрической помощи населению: стационар–диспансер с «промежуточными» учреждениями. В 80-е гг. произошло дальнейшее развитие службы, она дополнилась рядом новых, появившихся к этому времени звеньев помощи, продвинутых к различным категориям населения. В их число входят следующие звенья психиатрической помощи, составляющие внедиспансерный раздел.

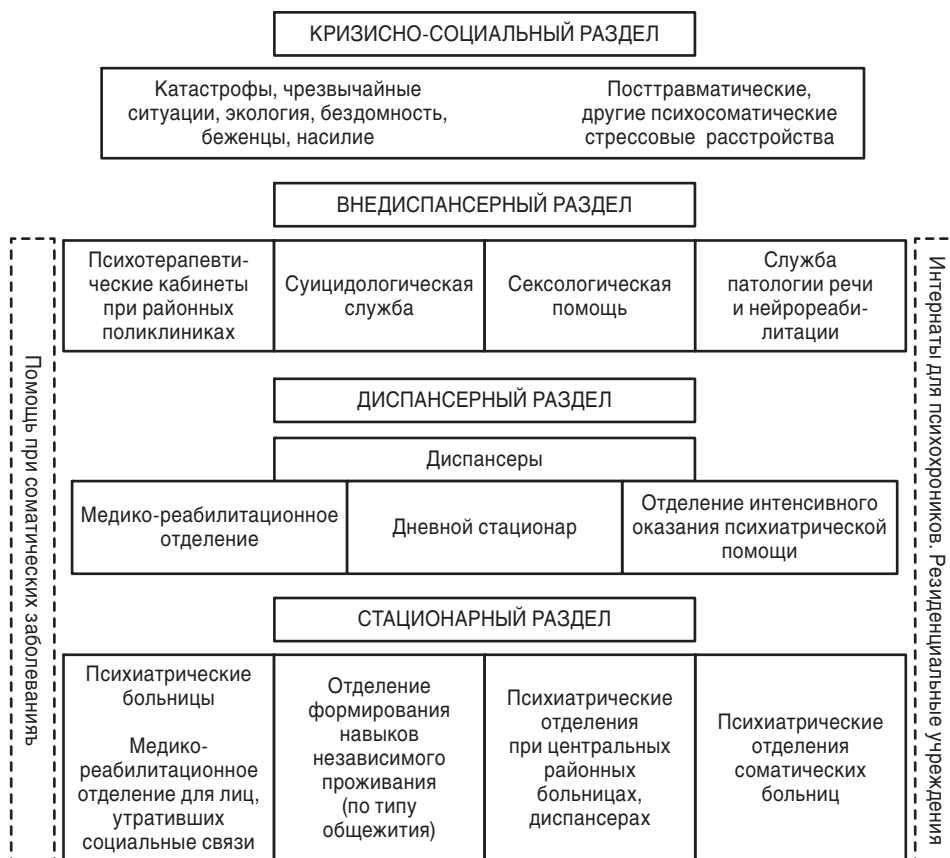


Рис. 7.1. Структура психиатрической службы в Российской Федерации

- Сеть психотерапевтических кабинетов при территориальных поликлиниках. У 25–30% пациентов обнаруживают усложняющие клиническую картину неглубокие депрессии и психосоматические расстройства.
- Суицидологическая служба. Психолого-психиатрические кабинеты, включая приближенные к категориям населения с высоким риском суицидальности (например, при токсикологических центрах, при некоторых высших учебных заведениях и пр.). Кроме того, служба включает в себя кризисные стационары, телефоны доверия.
- Сеть кабинетов сексологической помощи (междисциплинарная специальность, большей частью включаемая в психиатрическую помощь).
- Служба помощи в нейрореабилитации больных при патологии речи (приобретает все большую значимость, поскольку ее пациенты — люди не только со специфическими расстройствами речи и языка, развития учебных навыков, входящими в МКБ-10, но и с последствиями черепно-мозговых травм (ЧМТ) и инсультов).

В последние десятилетия был сформирован также социально-кризисный раздел психиатрической помощи, обусловленный возросшим вниманием к охране психического здоровья и последствиям воздействия таких факторов, как социальные потрясения, неблагоприятная экология, чрезвычайные ситуации, войны, беженцы, насилие, бездомность и т.д., и определяющий необходимость комплекс-

ных социальных мер, а также психолого-психиатрической помощи. Ее оказывают медико-психологические службы, мобильные группы психологов и психиатров, организованные при Министерстве чрезвычайных ситуаций, в научно-исследовательских институтах или созданные территориальными органами здравоохранения на функциональной основе.

В связи с реформированием психиатрической службы ее традиционные разделы (стационарный и диспансерный) в последние десятилетия также подвержены изменениям.

7.1.1. Диспансерный раздел психиатрической помощи

Диспансеры оказывают внебольничную помощь (в сельской местности диспансерные функции осуществляют психиатрические кабинеты, обычно располагающиеся при центральных районных больницах). Обеспечение кадровыми ресурсами психиатрической помощи в России происходит в расчете на количество населения. Для амбулаторного приема выделяется один участковый врач-психиатр на каждые 25 000 взрослого населения, один врач-психиатр для обслуживания детского или подросткового контингента — на 15 000 соответствующего населения. Если населенный пункт позволяет создать 4 и более участков, они могут быть объединены в психоневрологический диспансер, который представляет собой медицинское учреждение, возглавляемое главным врачом, располагающее также дополнительными кабинетами, специализированными отделениями и соответствующим персоналом, в частности медсестрами по числу врачебных должностей. На каждый участок, кроме врача-психиатра, выделяется социальный работник (с базовым средним социальным образованием) на 75 тыс. населения, т.е. на 3 участка — один специалист по социальной работе (с базовым высшим социальным образованием), один медицинский психолог и один врач-психотерапевт (на 100 тыс. населения). Поликлиническую соматическую помощь, в том числе лабораторное обслуживание, обращающимся в диспансер психически больным осуществляет одна из прикрепленных поликлиник. Психоневрологический диспансер может включать в свой состав дневной стационар, работающие по типу дневного стационара отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационное отделение, лечебно-трудовые мастерские. Таким образом, с момента введения нового «Порядка оказания психиатрической помощи» (май 2012 г.)¹ значительно расширились возможности помощи во внебольничных условиях в различных специализированных организационных формах, направленных на реабилитацию и интеграцию психически больных в общество. В диспансере имеется также кабинет активного диспансерного наблюдения (АДН) и амбулаторного принудительного лечения (ПЛ) (кабинет входит в систему предупреждения общественно опасных действий (ООД) психически больных), а также отделение «Телефон доверия» и кабинет медико-социально-психологической помощи (представляющие суицидологическую службу).

Психоневрологический диспансер может иметь также психиатрический стационар. В ряде случаев роль психоневрологического диспансера на тех же правах осуществляет диспансерное отделение ПБ.

В сельской местности один врач-психиатр выделяется на 40 тыс. населения, но не менее одного врача на сельский район. Он ведет прием взрослых, детей и подростков вместе с медсестрой в психиатрическом кабинете, который располагается обычно при центральной районной больнице.

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17.05.2012 г. № 566Н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Психоневрологические диспансеры и психиатрические кабинеты осуществляют внебольничную помощь, когда больные обращаются в эти учреждения на добровольных началах, и диспансерное наблюдение, необходимость которого определяет комиссия врачей. Диспансерное наблюдение предполагает систематическое наблюдение за состоянием больного путем периодических осмотров, осуществляемых врачом-психиатром, согласно закону¹, независимо от воли больного. Данное наблюдение устанавливается за лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими и часто обостряющимися болезненными проявлениями.

7.1.2. Дневные стационары

Дневной стационар для психически больных — это широко распространенная организационная форма, занимающая важное место в системе психиатрической помощи. Дневные стационары бывают профилированными: детскими, геронтопсихиатрическими, а также для больных с пограничными состояниями. Чаще их используют при манифестации или обострении болезни как альтернативу госпитализации или для долечивания как промежуточный этап после выписки больного из больницы и перевода его на амбулаторное лечение. Пребывание в дневном стационаре без отрыва от привычной социальной среды позволяет сократить время лечения по сравнению с пребыванием в ПБ.

Посещение больным дневного стационара делает возможным для врача ежедневно оценивать динамику его состояния, своевременно корректировать терапию по объему такую же, как в больнице, проводить лечение в менее ограничительных условиях и при сохранении привычных социальных условий и связей. Вторую половину дня больной проводит дома. Сеть дневных стационаров в последние десятилетия значительно расширилась. Число мест в дневных стационарах составляет в ряде регионов от 200 до 800, а всего в стране число мест в дневных стационарах — 17 900 (2013 г.). В то же время в некоторых регионах число мест остается крайне недостаточным и не увеличивается уже на протяжении длительного времени.

В дневные стационары больные направляются участковыми психиатрами или переводятся для долечивания из ПБ. Показаниями к лечению в дневном стационаре являются приступы психоза, или обострения в виде подострых психотических обострений, или другие расстройства у больных, отличающихся упорядоченностью поведения, социально позитивными установками и положительным отношением к лечению, отсутствием расстройств с опасностью для себя или окружающих.

В условиях дневного стационара используют в основном тот же арсенал терапевтических средств, что и в больнице. Исключают лишь методы, требующие круглосуточного наблюдения. Из психосоциальных вмешательств обязательным является включение больных в групповые психосоциальные программы с использованием психообразовательной методики. Целями при этом являются формирование у больных правильного отношения к болезни, понимания важности сохранения комплаенса (приверженности к лечению) и обучение распознаванию у себя начальных проявлений приступа или обострения. Это важно для своевременного обращения к врачу при возникновении рецидивов. Важна организация групповых сессий с тренинговыми программами социально-коммуникативных навыков, семейного взаимодействия. Возможно также проведение когнитивно-поведенческой психотерапии или психотерапии с использованием других методик. Одной из задач является создание и поддержание в дневном стационаре психотерапевтической среды.

¹ Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Необходима постоянная индивидуальная или групповая работа с семьями (родственниками) больных: выработка у них правильных представлений о болезни, системе ухода и наблюдения; обучение взаимодействию с больным, участию в обеспечении терапевтического процесса, коррекции конфликтных отношений в семье.

Медико-реабилитационное отделение диспансера. Штат отделения на 50 мест, также работающего по принципу дневного оказания помощи: заведующий отделением, два врача-психиатра, два врача-психотерапевта, два специалиста по социальной работе, два медицинских психолога, сестринский и младший персонал.

Это отделение стало центром психосоциальной реабилитации во внебольничных условиях, что связано с широким использованием такого подхода в проблеме социального восстановления больных с психотическими формами заболеваний, прежде всего шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (РШС). Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация (включая когнитивную) так же необходимы, как и фармакотерапия, поскольку обратное развитие симптоматики необязательно ведет без специальных мер к социальному восстановлению (психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации — см. далее).

Занятия по модулям проводят врачи, медицинские психологи, психотерапевты, специалисты по социальной работе, социальные работники; возможно включение в число ведущих групп среднего медицинского персонала (при соответствующей подготовке). Желательно перед началом работы по модулям и после ее окончания провести обследование медицинскими психологами участников группы по соответствующим тестам, особенно — для определения состояния когнитивного дефицита (нейрокогнитивного и социального-когнитивного) для объективизации достигнутых результатов. Занятия по модулям — основное содержание работы медико-реабилитационного отделения; кроме этого — организация и осуществление эмоциональной и инструментальной поддержки больных, помощь в дальнейшей реабилитации на пути восстановления ролевых функций в семье, самообслуживании, если возможно — продолжении трудовой деятельности, трудоустройстве, участии в работе общественной организации самопомощи.

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи диспансера ориентировано на наиболее трудный контингент для обслуживания во внебольничных условиях. Это некомплаентные пациенты, которые после достигнутого улучшения в стационаре плохо посещают или вскоре перестают посещать диспансер; не соблюдают терапевтический режим; как правило, социально дезадаптированные с нарушенным семейным взаимодействием. В результате они характеризуются частыми или сверхчастыми госпитализациями.

Диагностически это в основном больные шизофренией с непрерывным или приступообразно-прогредиентным течением или с другими вариантами шизофренического спектра с биполярным расстройством, нередко близким к континуальному течению. Они оказываются в нише наибольшей неэффективности психиатрической помощи. В ряде стран подобные больные становятся пациентами так называемых бригад ассертивного (настойчивого) лечения, оказывающих помощь в любом месте, где находятся больные (дома, у родственников, в амбулатории), и большую часть времени работающих с пациентами непосредственно в сообществе. Разработанные у нас в стране отделения интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, включенные в Порядок оказания психиатрической помощи, уже доказали свою эффективность.

Штат отделения рассчитывается на 30 обслуживаемых пациентов и включает, кроме заведующего, двух врачей-психиатров, психотерапевта, медицинского пси-

холога, одного специалиста по социальной работе и двух социальных работников, медсестер.

Направление больных в отделение осуществляется врачами участков по согласованию с заведующим отделением. Сразу после перевода больного в отделение врачи и другие специалисты отделения устанавливают связь с семьей и в дальнейшем проводят с ней работу по налаживанию внутрисемейного взаимодействия, вовлечения ее в терапевтический процесс. Нередко начинают лечение больного на дому (в том числе с использованием при необходимости и парентерального введения препаратов, для чего привлекается сестринский персонал). При восстановлении с больным стойкого терапевтического контакта больного приглашают в диспансер, где продолжают фармакотерапию, психосоциальная терапия и проводятся мероприятия по реабилитации. Помощь в отделении продолжается до достижения устойчивого эффекта.

7.1.3. Скорая психиатрическая помощь

В системе психиатрической службы особая роль принадлежит скорой психиатрической помощи. В городах скорая психиатрическая помощь функционирует круглосуточно и осуществляется почти повсеместно. Согласно нормативным положениям, в городах с населением свыше 100 000 жителей выделяется один осуществляющий скорую психиатрическую помощь круглосуточный пост на каждые 300 000 населения, но не менее одного поста на город; в городах и поселках городского типа с населением менее 100 000 человек вместе с сельским населением, принятым на обслуживание муниципальными органами исполнительной власти, — один круглосуточный пост на 50 000 жителей.

Бригады скорой психиатрической помощи — врачебные, а также фельдшерские — в большей части случаев находятся в ведении общей скорой психиатрической помощи, значительно реже включены в структуру учреждений психиатрической службы (диспансера или больницы).

Обычно причина вызова скорой психиатрической помощи — случаи внезапного развития и обострения психических расстройств. Психиатрическую бригаду чаще вызывают члены семьи больных и близкие, а также работники полиции, сотрудники по работе, соседи и другие лица или сами больные.

Существуют два вида лечебных мероприятий, осуществляемых бригадой скорой психиатрической помощи. Один из них — медицинские меры, не сопровождающиеся госпитализацией больного; помощь оказывается во время вызова. Другой вид мероприятий связан с решением врача после осмотра больного о его неотложной госпитализации, нередко недобровольной, что определяется соответствующими нормами Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

7.1.4. Стационарная психиатрическая помощь

Стационарная психиатрическая помощь осуществляется ПБ и другими стационарами различной мощности, которая зависит от величины района обслуживания. В крупных городах, а также в регионах (областях, краях, республиках) может быть 1, 2 и более психиатрических стационаров. Наличие ряда стационаров на одной территории расценивается как положительный факт, поскольку означает приближение стационарной психиатрической помощи к населению. В части регионов в сельской местности имеются психиатрические отделения при центральных районных больницах. В некоторых больших городах в многопрофильных

соматических больницах имеются соматопсихиатрические отделения, в которые при необходимости направляют лиц, страдающих одновременно тяжелыми психическими и тяжелыми соматическими заболеваниями. ПБ располагают общепсихиатрическими (районированными) и специализированными отделениями (геронтопсихиатрическими, детскими, подростковыми, психосоматическими, а также для больных пограничного профиля, иногда выделяют эпилептологические отделения и др.). Остальных больных, проживающих в данном районе обслуживания, независимо от состояния и диагностической принадлежности, направляют в районированные отделения, часто имеющие две половины, в которых можно обеспечить раздельное пребывание острых (возбужденных) больных и упорядоченных в поведении (спокойных).

Взаимодействие с амбулаторной службой (преимущество в лечении и наблюдении) осуществляется по участково-территориальному принципу. Врачи и другие специалисты каждых двух отделений больницы (женского и мужского) обычно лечат больных, поступающих из нескольких определенных территориальных участков диспансеров. Вместе с врачами этих участков и другими специалистами диспансера они составляют практически единую функциональную бригаду. Наиболее оптимальный вариант (в соответствии с выделяемыми ставками) устройства стационарного отделения для взрослых больных — 50 коек; его штат включает ставки заведующего отделением и двух врачей (по 25 коек на врача), старших и процедурных сестер, другого сестринского и младшего медперсонала, обеспечивающего круглосуточное обслуживание больных, а также медицинского психолога, одного социального работника на отделение.

Детские и подростковые отделения могут организовываться на 30 коек; в них, кроме медицинского, предусмотрен педагогический персонал, обеспечивающий возможность продолжения образования для больных в период стационарного лечения, а также должности воспитателей, логопеда. Больница располагает медицинскими психологами, имеет лабораторно-диагностический блок, штат консультантов различного соматического профиля в зависимости от числа коек. Кроме того, больница (как и диспансер) может иметь дневной стационар, лечебно-трудовые мастерские, отделения для формирования навыков независимого проживания (общежитие) для лиц, утративших социальные связи.

Помимо медико-реабилитационного отделения диспансера, возможна организация подобного отделения в ПБ (в штат включены специалисты по социальной работе, в том числе для психосоциальной терапии и реабилитации преимущественно в групповом формате). Это важно для обеспечения этой работы на всем протяжении оказания психиатрической помощи, тем более, что с частью пациентов (с большим стажем заболевания и инвалидности) лучше начинать эту работу еще в стационаре, после чего легче вовлечь в нее и продолжить в амбулаторных условиях. Это также важно, поскольку у контингента госпитальных больных выявляются признаки госпитализма — явления, наблюдаемого у лиц с психическими расстройствами, в частности, при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра при длительном круглосуточном пребывании в стационаре, т.е. в условиях социальной депривации. При этом постепенно обедняются и утрачиваются социальные навыки, больные становятся обезоруженными, иногда в отношении решения даже самых простых социальных задач, социального взаимодействия и самообслуживания, — утрачивается социальная компетентность. Близкое к этому явление описывается как «внебольничный госпитализм», возникающий во внебольничных условиях, например при длительном пребывании в условиях лечебно-трудовых мастерских или в опекаемых, длительно не меняющихся условиях диспансерного наблюдения. Предупреждение и борьба с указанными явлениями: устранение

явлений социальной депривации, различные способы вовлечения в социальную среду, групповая психосоциальная работа.

7.1.5. Направления реформирования психиатрической помощи

За последние десятилетия произошли значительные изменения в психиатрической помощи. Это связано с переходом от медицинской модели оказания помощи к полипрофессиональному бригадному подходу с участием врачей-психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе и социальных работников; а также — со все более широким внедрением в практику психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. В связи с этим следует отметить, что деятельность каждого специалиста почти всегда, независимо от основного конкретного места его работы, осуществляется в координации с другими указанными выше специалистами, входящими в данную функциональную бригаду. Это взаимодействие целесообразно поддерживать путем периодических обсуждений динамики состояния больного с другими членами бригады. Увеличивающееся число психиатрических служб осваивает новые подходы. Меняется структура психиатрической службы, происходит переориентация на развитие амбулаторных форм помощи, а также непосредственно в сообществе.

Практически все экономически развитые страны начиная со второй половины прошлого века прошли этап масштабной реформы психиатрической помощи, заключавшейся в деинституционализации с закрытием или сокращением крупных психиатрических больниц и общего числа психиатрических коек.

Развитие общественно ориентированной психиатрической помощи подразумевает отказ от чрезмерной опоры на лечение в больницах со значительным сокращением в психиатрии коечного фонда, тенденцией к так называемой кратковременной госпитализации и дальнейшему переводу помощи во внебольничные условия или непосредственно в сообществе, в том числе переводу все большего числа хронически психически больных в различные учреждения резиденциального проживания с разной степенью медицинской и больше социальной помощью.

В России деинституционализация происходила в основном путем сокращения психиатрических коек; в крупных больницах количество их сократилось, мелкие стационары нередко переставали существовать. Сокращение коек особенно активно проводилось после 2005 г., и к 2011 г. было сокращено свыше 50 тыс. коек, т.е. четверть всего коечного фонда, к 2013 г. — около 60 тыс., а количество коек стало 143 613 (100,0 на 100 тыс. населения).

Это стало возможным за счет сокращения длительности лечения в стационарах психотических форм психических расстройств (включая шизофрению и РПС) в среднем почти на месяц, в том числе больных шизофренией и РПС более чем на месяц (эффект в основном фармакотерапевтический), в то время как длительность стационарного лечения других диагностических групп больных оставалась практически неизменной за все годы до настоящего времени.

Это изменило соотношение контингентов больных как в стационарах, так и во внебольничных условиях. В стационарах сократился процент больных с психозами (с 82,3 до 68,4%, в том числе с шизофренией — с 62,0 до 49,0%), что способствовало перенесению помощи еще одной части такого контингента в условия полустационаров или полностью во внебольничные условия и сделало еще более актуальной проблему психосоциальной адаптации и реабилитации больных.

На новом этапе развития психиатрической помощи, наряду с внедряемыми положительными установками (био-психосоциальный характер оказываемой

помощи; стремление к профилактической направленности; широкое развитие, одновременно с ПФТ, психосоциальной терапии и реабилитации, включающей и когнитивную ремедиацию; и др.), стали особенно заметными и недостатки: определенное снижение доступности, особенно в сельских районах, в том числе за счет недостатка врачебных кадров; выявившаяся в последние годы тенденция к снижению показателя первичного выявления лиц с психическими расстройствами, в том числе с психотическими формами; сокращение числа психотерапевтов, работающих непосредственно в первичной медицинской сети; медленное развитие новых эффективных форм внебольничной помощи; нарастание среди стационарного контингента больных лиц с чрезмерно длительным пребыванием в стационаре не только свыше года (22,2%), но и более продолжительного с феноменом «больничного проживания» в части регионов. На преодолении этих недостатков и на повышении качества оказываемой помощи сосредоточены усилия специалистов.

7.1.6. Организация психиатрической помощи больным с пограничными психическими расстройствами

Ю.А. Александровский

В организационном плане для профилактики и лечения больных с пограничными состояниями заслуживает внимания создание отделений неврозов (психопрофилактики, психотерапии, психоневрологии и др.) в общесоматических стационарах и поликлиниках; кабинетов психоэмоциональной разгрузки на промышленных предприятиях; центров медико-психологической помощи, развертываемых в местах проживания большого числа беженцев, вынужденных переселенцев, а также пострадавших во время стихийных бедствий; реабилитационных центров для военнослужащих, принимавших участие в локальных войнах.

Новые организационные формы оказания помощи больным с пограничными состояниями, дополняющие традиционную стационарную и нестационарную помощь, в начале XXI в. стали внедряться в некоторых регионах страны. Однако и разветвленная сеть психоневрологических диспансеров, психотерапевтических кабинетов, отделений для больных с пограничными психическими расстройствами, специализированных психиатрических и многопрофильных больниц, кризисных центров, «телефонов доверия» может оказывать вполне конкретную и ощутимую профилактическую и лечебную помощь большому числу больных с невротическими, соматоформными и другими пограничными психическими расстройствами. Все это свидетельствует о возможности психиатрии и медицинской психологии, не выходя за пределы компетенции своей специальности, вносить вклад в снижение числа больных с широким кругом непсихотических психических расстройств.

Значительно возросший за последние годы в нашей стране уровень выявления психических заболеваний, в первую очередь пограничных психических расстройств, влечет за собой необходимость изменений в организации психиатрической помощи, так как среди легко болеющих повышается частота неблагоприятных социальных последствий психических болезней. Возникла потребность в создании новых форм медицинского обслуживания, которые были бы адекватными для больных с расстройствами невротического уровня. Изменение состава больных в психоневрологических диспансерах диктует необходимость иного подхода к диспансеризации — большего внимания к стертым, атипичным, пограничным формам заболеваний, в профилактике которых заключается успех психиатрической помощи.

Вопросы создания новых организационных форм, предназначенных специально для больных с пограничными психическими расстройствами, всегда при-

влекали внимание специалистов. В настоящее время в известной мере определены направления деятельности психотерапевтических кабинетов в общесоматических поликлиниках, описан опыт организации психогигиенических и психиатрических кабинетов в общих поликлиниках, созданы специализированные службы помощи лицам с кризисными состояниями, включающие кабинеты социально-психологической помощи, «телефон доверия», кризисный стационар.

Значительную роль в профилактике и лечении пограничных психических расстройств играют специализированные логопедическая и сексопатологическая службы. Большой опыт накоплен по организации профилактики и лечения психических расстройств в условиях медико-санитарных частей промышленных предприятий. В последнее время все более широкое распространение получают центры медико-психологической реабилитации групп риска развития пограничных психических расстройств у жителей, переживших чрезвычайные ситуации (беженцы, участники локальных войн, жители регионов, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС, и в других зонах бедствия).

Наряду с этим в крупных городах помимо традиционной специализированной помощи, которую оказывают в психиатрических учреждениях, быстро внедряют новые формы работы по оказанию помощи больным с пограничными психическими расстройствами. Например, в 1990 г. Московская городская клиническая психиатрическая больница им. Ю.В. Каннабиха (ранее — больница №12), являющаяся основной базой работы Отдела пограничной психиатрии Федерального медицинского исследовательского центра им. В.П. Сербского, фактически была преобразована в консультативно-диагностический и лечебный центр для больных с пограничными психическими состояниями¹. Важным условием для организации перестройки послужило то обстоятельство, что наряду с медицинским персоналом больницы в работе принимают участие научные сотрудники, занимающиеся пограничной психиатрией, психотерапией, нелекарственными методами терапии. Центр работает на госбюджетной основе.

При обращении любого жителя Москвы, имеющего психиатрические проблемы (при этом не требуется направление), в поликлиническое отделение больницы, работающее ежедневно в две смены, бригада консультантов во главе с опытным врачом-психиатром решает вопрос о направлении на амбулаторное, стационарное, полустационарное лечение или об отказе в лечении (отсутствие признаков болезни или острые психотические расстройства, требующие лечения в территориальных психиатрических диспансерах или стационарах, куда и направляют больного). При этом заключение носит рекомендательный характер.

Ежедневно консультативно-диагностическую или амбулаторную лечебную помощь оказывают до 500 больным, стационарное лечение (включая дневной стационар) проходят 300 человек.

Основные принципы работы Центра:

- больному предоставляют право выбора врача;
- один и тот же врач курирует больного на всех этапах и при всех режимах его обследования и лечения;
- при решении диагностических вопросов и назначении лечения используют крупный лабораторный комплекс, образованный за счет сил и средств научно-исследовательских и учебных учреждений и больниц;
- в терапевтической практике используют сочетание медикаментозных средств, психотерапии и комплекса реабилитационных мероприятий.

Другими примерами новых организационных форм оказания профилактической и лечебной помощи больным с пограничными состояниями могут быть:

¹ В 2017 г. больница была закрыта.

Уфимский республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава Республики Башкортостан, специализирующийся на оказании помощи больным с кризисными состояниями; отделения консультативно-профилактической психиатрической помощи в многопрофильных стационарах Санкт-Петербурга; Ставропольская клиника неврозов; Центр психического здоровья, организованный в Рязани, не входящий непосредственно в структуру специализированной психиатрической службы; Московская служба психологической помощи населению и другие организационные структуры. Их создание определяется условиями общей и специализированной медицинской помощи, наличием подготовленных кадров, а также энтузиазмом и настойчивостью врачей-психиатров, психотерапевтов и организаторов здравоохранения. Различные организационные формы оказания помощи больным с пограничными состояниями допускаются существующими рекомендациями, основанными на систематизированном анализе и многофакторной оценке клинических особенностей и социально-демографических показателей больных с пограничными психическими расстройствами. Основные положения этих рекомендаций разработаны А.А. Чуркиным и представлены в табл. 7.1.

Таблица 7.1. Система специализированной помощи больным с пограничными психическими расстройствами

Подсистемы	Контингент	Мероприятия
Профилактическая психогигиеническая и психопрофилактическая службы общесоматической сети, физкультурно-оздоровительные комплексы, профилактории	Здоровые лица с факторами риска возникновения пограничных психических расстройств	Профилактические осмотры, общеоздоровительные, психогигиенические мероприятия, психологический тренинг, лечение соматических заболеваний
Консультативная (кабинеты социально-психологической помощи, психотерапевтические, сексопатологические, суицидологические и др. кабинеты в поликлиниках, медикосанитарных частях и больницах; санаторные и психосоматические специализированные отделения)	Больные с пограничными психическими расстройствами без стойкой социально-трудовой дезадаптации	Психотерапия, медикаментозная коррекция, общеоздоровительные мероприятия, психологическая коррекция
Лечебно-реабилитационная (психоневрологические диспансеры, отделения, кабинеты; психосоматические отделения, отделения неврозов, дневные и ночные стационары)	Больные с пограничными психическими расстройствами с частыми декомпенсациями, обострениями, затяжным течением и стойкой социально-трудовой дезадаптацией	Стационарно-поликлиническая (при необходимости диспансерная) помощь, курсовая психотерапия, психологическая коррекция, медикаментозная терапия, социально-правовая помощь

Система специализированной помощи больным с пограничными психическими расстройствами включает профилактическую, консультативную и лечебно-реабилитационную подсистемы.

- Профилактическая подсистема рассчитана на практически здоровых людей с биологическими, социальными или психологическими факторами повышенного риска возникновения пограничных психических расстройств. Этот контингент людей может получать помощь в различных кабинетах психического здоровья, психогигиены и психопрофилактики, физкультурно-оздоровительных комплексах, профилакториях и других многообразных организационных формах. Мероприятия, которые проводят в подразделениях

профилактической подсистемы, могут включать консультации врачей-психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов. В этих случаях необходимо также осуществлять общеоздоровительные и психогигиенические мероприятия, психологический тренинг, лечение соматических расстройств. Все это требует тщательно продуманной и психологически ориентированной на конкретные группы людей разъяснительной работы. Учитывая негативное отношение многих людей к психиатрам, связанное с боязнью психиатрической стигматизации, все звенья профилактической подсистемы необходимо максимально приближать к месту работы, учебы, жительства и желательно располагать в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях.

- Подсистема консультативной помощи — стержневая часть в системе организации помощи при пограничных психических расстройствах. Она выполняет многообразные функции, содержит в себе фактически элементы всех трех подсистем и предназначена в первую очередь для людей с различными непсихотическими психическими расстройствами, включая адаптивные реакции, невротические психопатические и психосоматические расстройства. Эта подсистема основана, прежде всего, на психиатрических и психотерапевтических кабинетах общесоматических поликлиник и стационаров, на кабинетах социально-психологической помощи, различных звеньях суицидологической, сексопатологической и других служб, ориентированных преимущественно на помощь при психологически кризисных состояниях и легких функциональных расстройствах. К этой подсистеме также относят и стационарные звенья: санаторные и психосоматические отделения психиатрических больниц, кризисные стационары. Учитывая многообразие организационных форм оказания консультативно-лечебной помощи и необходимость планирования их ресурсной обеспеченности, в данной подсистеме важно осуществлять статистическую регистрацию всех обращающихся за помощью. Однако эта регистрация ни в коей мере не должна быть основанием для каких-либо медико-социальных ограничений, применяемых к психически больным.
- Подсистема лечебно-реабилитационной помощи рассчитана на больных с клинически выраженными и стабилизированными пограничными психическими расстройствами, имеющими тенденцию к частым декомпенсациям, обострениям и затяжному течению. Она основана на психоневрологических диспансерах, отделениях и кабинетах. С учетом принципов, заложенных в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», диспансерное наблюдение не считают обязательным; его осуществляют преимущественно только при согласии самого больного, а наблюдение несовершеннолетних — при согласии их родителей или попечителей.

Развитие системы оказания помощи больным с пограничными состояниями определяют несколько факторов. В первую очередь — особенности патоморфоза психопатологических проявлений, выражающегося в соматизации психических расстройств, увеличении удельного роста соматоформных клинических форм и вариантов, требующих дифференциации собственно психических и соматических нарушений. В то же время происходит как бы встречный патоморфоз соматических заболеваний, которые все более «невротизируются». Такая тенденция изменения соматической и психической патологии требует сближения двух видов помощи и организации совместной сочетанной терапии, проводимой интернистами и психиатрами.

К сожалению, общесоматическая сеть недостаточно ориентирована в проблемах психосоматической патологии, что нередко затрудняет своевременное выявление и адекватное лечение больных с такого рода расстройствами. Лишь ежедневный опыт совместного ведения и терапии больных, страдающих психосоматическими

заболеваниями, может достаточно эффективно изменить ориентацию врачей разных специальностей и психиатров только на собственную область медицинских знаний. Путь к организационному решению этой проблемы — увеличение числа психиатров, работающих в общесоматических учреждениях. Наряду с этим необходима специальная подготовка врачей-психиатров и психотерапевтов, ориентированных в вопросах патоморфоза как пограничных психических расстройств, так и соматических заболеваний.

Один из факторов, влияющих в настоящее время на направление развития помощи больным с пограничными психическими состояниями, — негативное отношение многих слоев населения к традиционным видам психиатрической помощи, определяемое, прежде всего, опасениями возможных социальных ограничений со стороны психоневрологического диспансера. Это создает необходимость развития форм помощи вне стен традиционных психиатрических учреждений.

При планировании психиатрической помощи также необходимо учитывать свойственную многим людям анозогнозию психических расстройств, когда больные не считают свои невротические проявления болезненными, а расценивают их как психологически понятные, поддающиеся самокоррекции или, в крайнем случае, требующие помощи интернистов или психологов. В связи с этим одна из важнейших задач психиатрической службы и санитарно-просветительных учреждений — повышение уровня знаний населения о психическом здоровье и возможных формах его нарушения.

Важнейшее звено всей профилактической и лечебной деятельности — коррекция негативных последствий осознания больным своей психической слабости (инакости). В этом случае у многих больных происходит изменение отношения к себе, к ближайшим и отдаленным жизненным перспективам, меняются взаимоотношения с окружающими. Это необходимо предвидеть уже с самого первого контакта с человеком, обратившимся за психиатрической помощью, и проводить все социально-организационные, лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия, не позволяющие больному впустить в себя болезнь, отпустить «вожжи жизни».

Дальнейшее сближение психиатрии и общемедицинской практики, подготовка специалистов в области пограничной психиатрии и психосоматических болезней, создание профилактической сети, повышение уровня знаний населения по вопросам психического здоровья могут способствовать развитию организационных возможностей и разработке конкретных путей оказания помощи больным с пограничными психическими расстройствами.

7.1.7. Организация психиатрической помощи детям и подросткам

Е.В. Макушкин

СТРАТЕГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ ДЕТСТВА

Большое место ВОЗ уделяет «бремени психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте». Констатируется, что около 2 млн молодых людей в одном только европейском регионе страдают психическими расстройствами — от депрессии до шизофрении. Многие дети, подростки, молодые люди не получают необходимой психиатрической, психосоциальной помощи. Однако состояние психического здоровья детей и подростков имеет важнейшее значение для обеспечения и поддержки устойчивого развития любого общества,

любого государства. До 20% детей во всем мире имеют проблемы психического здоровья (ВОЗ, 2006, 2011).

Современные международные правовые документы устанавливают базовые параметры психического здоровья подрастающего поколения. Они содержат ключевые понятия, определяющие развитие клинической, детской, подростковой и социальной психиатрии на ближайшее время, а также задачи организации и развития профильных служб:

- понятие «психосоциально обусловленное психическое расстройство»;
- социальные последствия нарушений психического здоровья у несовершеннолетних;
- эмоциональный дистресс и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), обуславливающие серьезные личностные нарушения и стойкие девиации поведения;
- многокомпонентная и разветвленная структура социально-психиатрической помощи детям и подросткам, включая организацию психиатрической помощи вне специализированных детских лечебно-профилактических учреждений.

Детская психиатрия как научно-практическое направление клинической и социальной психиатрии самым активным образом формируется в наши дни и изучает влияние социальных, культуральных, экологических факторов, социальных дистрессов на:

- психическое здоровье и психическое развитие ребенка с анализом особенностей его социального функционирования в наиболее значимых сферах жизнедеятельности (семья, обучение, досуг и микросоциальная среда, негативное социальное окружение, связанное с криминализацией, воздействием психоактивных веществ (ПАВ), информационной среды и киберпространства);
- психосоциальное, личностное развитие ребенка в условиях специализированных социальных структур (приемные и патронатные семьи, специальные образовательные учреждения для детей с дефектами и расстройствами поведения, социальные учреждения охранно-защитной и реабилитационной направленности, дома ребенка, социальные приюты);
- формирование и динамику социально обусловленных психических расстройств.

Анализ современной международной практики развития социотерапевтической и реабилитационной помощи детям показывает, что одной из ведущих проблем психического здоровья и оптимального психосоциального развития является проблема социализации ребенка. В последнее десятилетие XX в. социализация детей в России проходила под знаком существенного дефицита позитивных воздействий, что обусловило формирование в состоянии здоровья детей устойчивых негативных тенденций: высокий показатель детской инвалидности, в которой первое место занимают психические расстройства; увеличение числа детей с аддикцией и девиантными формами поведения (бродяжничество; ранние алкоголизация, наркотизация, прием ПАВ; суицид и суицидоопасное поведение; нехимические зависимости от киберпространства и компьютерных игр); ограничения в получении полноценного образования из-за низкого уровня психического здоровья, что, в целом, ведет к снижению интеллектуального потенциала нации.

Таким образом, можно говорить о социальных последствиях психического здоровья/нездоровья детей для общества, что определяет формулирование важной социальной проблемы — необходимость поддержания в обществе оптимального уровня психического здоровья подрастающего поколения с максимально позитивным развивающим влиянием социальной среды на формирование детской психики. Только тогда будет достигнут результат гармоничного развития и мак-

симального социального благополучия ребенка — подростка, а затем и молодого индивида.

Анализ психического здоровья/нездоровья через понятие «социализация ребенка» и определяющие ее факторы выделяет специфику психиатрии детства по отношению к другим направлениям клинической и социальной психиатрии и позволяет анализировать большинство социальных воздействий на психическое здоровье и развитие детей. В XXI в. уже отмечены и реальные позитивные преобразования в детской психиатрической службе.

На настоящем этапе становления детской психиатрии и организации профильной помощи можно выделить следующие ведущие факторы социализации детей и подростков.

1. Отношение к детству и к ребенку как важный макросоциальный фактор. Сегодня в системе социальных отношений ребенок должен рассматриваться не как объект воздействия (родительского, воспитательного, терапевтического, исправительного), а как полноправный субъект взаимодействия с родителями, опекунами, воспитателями и другими, эмоционально значимыми для него лицами, отвечающими за уход, обучение, профессионализацию, социальную поддержку и защиту несовершеннолетнего. Это определяет prerogative не нозологически-синдромологического, а личностно и проблемно ориентированного подхода к диагностике, терапии, реабилитации и ресоциализации детей и подростков с нарушениями развития в службе охраны психического здоровья. Ведущие международные документы, например Конвенция о правах ребенка (1989), в качестве основной концепции проводят именно идею взаимодействия, полного и защищенного осуществления самим несовершеннолетним субъектных прав в процессе социализации.

2. Семья как социальный фактор. В настоящее время семья рассматривается и как основная ячейка общества, и как естественная среда оптимального развития и благополучия детей, т.е. их социализации. Проблемы семьи, условия семейного окружения и воспитания являются ведущими среди основных макро- и микросоциальных факторов, которые исследуют детская психиатрия и социальная психиатрия детей и подростков.

3. Особо трудные условия социализации и жизнедеятельности ребенка как социальный патологизирующий фактор. Дети и подростки, социализация которых протекает в неблагоприятных условиях, деструктивно влияющих на психосоциальное развитие и психическое здоровье ребенка (сиротство, насилие, вовлечение в криминальную среду, инвалидизация в связи с физическим или психическим дефектом), на современном этапе развития социальной помощи рассматриваются как группы повышенного «социального риска» дезадаптации. Это дети с особыми нуждами и потребностями, обусловленными особо трудными условиями их социализации, поэтому по отношению к ним разрабатываются и применяются подходы и средства специальной поддержки, коррекции и защиты, что определяет специфику ряда правовых документов.

В связи со специфичностью предмета ведущими методами исследования в психиатрии детства являются:

- клинико-психопатологический метод (метод, который является общим для всех направлений клинической и социальной психиатрии, исследующих различные патологические аспекты отклонений развития и психического здоровья);
- социально-психопатологический метод (данный методический подход в исследованиях и коррекционной практике направлен на изучение психопатологических феноменов, формирующихся в условиях неблагоприятной социальной ситуации развития ребенка, а также на анализ причинной связи

между действием социальных факторов и динамикой социально обусловленных психических расстройств, нарушений психологического и личностного развития у детей и подростков);

- социально-генетический метод (содержанием данного методического подхода является изучение связей между факторами социализации и конституционально-наследственными признаками, а также изучение особенностей проявляемости конституционально-наследственных феноменов в условиях неблагоприятной социальной ситуации развития ребенка (например, дети в семьях психически больных родителей, в семьях лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, особенности трансгенерационной передачи психопатологических феноменов и патологических стереотипов поведения — «цикл насилия» и пр.);
- социально-психологический метод (метод, имеющий отношение к анализу воздействия социальной ситуации развития на формирование и динамику психологических «новообразований» личности на отдельных этапах возрастного психического развития (например, депривационное развитие личности с «рентными установками» у детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях; социально-психологическая личностная деформация по асоциальному типу у детей и подростков-правонарушителей, социально-психологическая зависимость незрелой личности от субъективно значимой группы в информационной сети, копирование и подражательность).

В отличие от клинико-психопатологического метода, социально-психиатрический подход направлен на исследование роли социальной ситуации развития в расстройствах психического здоровья. Дополнительными положениями социальной и клинической психиатрии детства являются такие понятия, как «средовая психическая дезадаптация», «социальный конфликт и дистресс», группы детей «социального риска дезадаптации».

Понятие «средовая психическая дезадаптация» является социально-психологическим понятием и применительно к возрастному психосоциальному развитию дифференцируется в понятиях семейной, школьной и социальной дезадаптации.

Средовая психическая дезадаптация не существует вне конфликтных или кризисных отношений «Я» ребенка с его окружающим миром и самим собой. Поэтому понятием, которое углубляет положение о средовой психической дезадаптации, является понятие о социальном стрессе (стрессоре) и дистрессе. Общеизвестен факт, что в силу возрастной недееспособности (незрелости) и эмоциональности дети, с одной стороны, чрезвычайно зависимы от взрослых — родителей, опекунов или лиц, осуществляющих за ними уход и заботу, а с другой — крайне чувствительны к обстоятельствам окружающей жизни, воздействию информационной среды, киберпространства, определенным маргинальным тенденциям и «модам». Соответственно, все чаще наблюдаются осознанные и подсознательные реакции социально незрелых, неадаптированных подростков, приводящие к нарушениям адаптации, духовному кризису, личностному аномальному реагированию, вплоть до суицида.

Сочетание зависимости и эмоциональности, несомненно, определяет необходимость для ребенка длительного периода ухода, заботы и защиты. Ребенок, развивающийся в благоприятных, защищенных условиях, в семье, как правило, при переживании стресса демонстрирует формирующуюся способность к «овладевающему поведению», и степень этого овладения отражает его личностный рост, его эмоциональный, волевой контроль над своим состоянием и над ситуацией, расширение арсенала жизненных навыков. В социально-психиатрическом аспекте значимым с точки зрения неблагоприятных социальных, психологических, сома-

тических последствий является не стресс, а дистресс — состояние эмоционального напряжения, которое возникает при конфликтных, кризисных, жизненных ситуациях и превышает по своей интенсивности или длительности индивидуальные психофизические и личностные адаптивные возможности ребенка. В таких случаях важным становится выявление компонентов эмоционально-волевой, поведенческой дисрегуляции, вплоть до ауто- и гетеро-агрессии, социально опасного, неприемлемого поведения.

Отличительной особенностью детской психики и детского организма является то, что на тяжелые или длительные стрессы ребенок преимущественно реагирует дистрессом — патологической, болезненной реакцией дезадаптации.

При оценке любого дистресса у детей и подростков специалистам необходимо рассматривать следующие параметры:

- нарушения психической деятельности (собственно психические расстройства);
- изменения соматического состояния, включая дисфункциональные и соматоформные расстройства;
- отклонения в возрастном психофизическом и психическом развитии («психический дизонтогенез»);
- нарушения личностного развития и типа личностного реагирования;
- нарушения семейной, школьной, социальной адаптации со стойкими отклонениями поведения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

В Российской Федерации функционируют только 3 самостоятельных лечебных учреждения психиатрического профиля, мультидисциплинарной структуры по специфике деятельности и организации помощи детям: Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения “Детская психиатрия” им. С.С. Мнухина» в Санкт-Петербурге, ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» в Волгограде.

Остальные детские психиатрические центры и их подразделения, как правило, развернуты на базах крупных областных, краевых, республиканских психиатрических учреждений субъектов Российской Федерации.

Стационарную медицинскую помощь детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения оказывают в специализированных отделениях стационаров психиатрического профиля. Кроме того, данный вид помощи при отдельных видах патологии оказывают в психоневрологических отделениях детских общесоматических больниц.

Амбулаторно-поликлиническую психиатрическую помощь (консультативная, лечебная и диагностическая деятельность) детскому и подростковому контингенту больных в стране оказывают специализированные кабинеты, входящие в состав районных (окружных) психоневрологических диспансеров, а также в ряде случаев — на базе детских поликлиник. В детской психиатрии специализированная помощь базируется на участковом (территориальном) принципе обслуживания детей и подростков. Одна ставка участкового психиатра рассчитывается исходя из 15 тыс. обслуживаемого детского населения. В перерасчете на 10 тыс. человек детского населения — это уровень, равный 0,67.

Число психиатрических коек для детей в стране сокращается. Например, в 2008 г. число психиатрических коек для детей составляло 9390, из них в сельской местности — 570. В 2014 г. число психиатрических коек для детей уменьшилось и

составило 7072, в то же время число коек для детей в сельской местности несколько увеличилось и составило 600.

Оптимальная модель субъектовой сетевой психиатрической, психотерапевтической и лечебно-профилактической психиатрической помощи детскому населению на сегодняшний день имеет следующую структуру.

Внестанционарное звено:

- амбулаторная помощь в структуре психиатрического учреждения (психоневрологического диспансера);
- психиатрический прием в детской общесоматической поликлинике, включая диспансеризацию и скрининг, направленный на выявление нарушений развития, детской шизофрении (ДШ) и расстройств аутистического спектра (РАС);
- работа бригадным мультидисциплинарным методом в отдаленных районах субъекта;
- работа вне специализированных детских лечебно-профилактических учреждений, в специальных коррекционных образовательных учреждениях, школах компенсирующего типа, социальных приютах, интернатских учреждениях, кризисных центрах и проч.

Стационарное звено:

- профильная помощь в стационарном отделении ПБ (стационары детский, подростковый);
- дневной стационар (детский и подростковый).

Задачам современного здравоохранения в области охраны психического здоровья детей и подростков соответствует деятельность тех психиатрических учреждений, которые организовали и развивают дальнейшую работу по следующим направлениям:

- разработка и внедрение современных медицинских и организационных технологий, в том числе стандартов и клинических рекомендаций и показателей оценки качества деятельности учреждения (службы);
- определение и назначение главного детского психиатра субъекта (из числа наиболее компетентных специалистов по этому профилю);
- главные детские психиатры ФО Российской Федерации утверждаются Минздравом России;
- взаимодействие с ответственным лицом, непосредственным куратором вопросов охраны здоровья детей и профильных медико-социальных вопросов на уровне органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- межведомственное взаимодействие с органами образования, социальной защиты по медико-социальным вопросам, в том числе по проблемам профилактики детского и подросткового суицида, вопросам организации суицидологической помощи, предупреждению детской инвалидности; с судебными органами — по аспектам профилактики безнадзорности, беспризорности, криминальной активности, наркомании и зависимости от ПАВ у несовершеннолетних;
- выявление детей из групп риска, включая детей, подвергшихся насилию;
- привлечение новых специалистов и системная профильная подготовка кадров в ведущих учреждениях страны и на кафедрах детской психиатрии;
- взаимодействие с федеральными научно-исследовательскими институтами и центрами по организационно-методическим вопросам оказания психиатрической помощи детско-подростковому населению;
- осуществление поддерживающей помощи родителям или лицам, их заменяющим, в семьях, имеющих психически больного ребенка;

- предоставление стационарных услуг матери и ребенку с проблемами развития и поведения (палаты «мать и дитя»);
- международное сотрудничество в области охраны психического здоровья детей;
- системное обновление инструментально-диагностической и коррекционно-реабилитационной базы в амбулаторном и стационарном звеньях службы;
- развитие скрининговых программ;
- развитие информационных технологий, включая телемедицинские.

ПРИОРИТЕТЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Приоритет охраны здоровья детей определен Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: внедрение и обоснование региональных и федеральных целевых программ, приоритетом которых является охрана психического здоровья детей.

Охрана психического здоровья детей в актуальный период относится к наиболее важным и сложным вопросам, так как зависит не только от медицинской составляющей, но и от многих других факторов. Большинство из этих факторов носят социально-психологический, социально-культурный и социально-экономический характер. Приоритетом национальной политики в области охраны психического здоровья детей и подростков являются комплексные медико-социальные меры, направленные на предотвращение суицида, ООД, совершаемых несовершеннолетними, страдающими психической патологией; предупреждение их вовлечения в криминальную среду, алкогольную и наркотическую, информационную зависимость; а также снижение инвалидизации, формирование психосоциальной гармонизации и адаптации ребенка в социуме. Для этого необходимо объединение усилий практически всех ведомств, заинтересованных в охране психического здоровья подрастающего поколения, в том числе предоставление и развитие доступных и качественных услуг в здравоохранении с акцентом на развитие психопрофилактического направления.

Актуальность проблемы охраны психического здоровья несовершеннолетних определяется достаточно высокой распространенностью психических расстройств в данных возрастных группах населения. В Российской Федерации при анализе общей заболеваемости в 2000 г. было зарегистрировано 820 955 детей (в возрасте до 14 лет), страдающих психическими расстройствами, в 2014 г. — 706 724, что составляет 3,0% детского населения. Количество психически больных подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно в 2000 г. составляло 268 645 человек, а в 2014 г. — 190 623 человека. При том что общее количество психически больных подростков меньше, чем детей, доля психически больных среди лиц 15–17 лет выше, чем среди детского населения (0–14 лет) и в 2014 г. составила 4,8% от подросткового населения страны (табл. 7.2).

Полученные данные демонстрируют, что показатели общей заболеваемости психическими расстройствами выше у подростков, чем у детей. Так, в 2014 г. данный показатель у детей составил 2897,3 против 4806,8 на 100 тыс. населения у подростков. При этом показатель общей заболеваемости детей снизился на 7,7%, а показатель общей заболеваемости подростков увеличился на 33,8%. В то же время общая психическая заболеваемость как детей, так и подростков выше, чем этот показатель для старших возрастных групп (для сравнения: заболеваемость лиц 20–59 лет в 2014 г. составила 2591,4 на 100 тыс. соответствующего населения).

Необходимо отметить, что абсолютные и относительные численные показатели первичной заболеваемости (установленный впервые в жизни диагноз) у детей и подростков с психическими расстройствами и расстройствами поведения за период с 2000 по 2014 г. снизились. Так, общее число психически больных детей снизилось со 164 393 до 134 074 (на 18,4%), а подростков — с 40 594 до 18 835, или на 53,6% (табл. 7.3).

Таблица 7.2. Динамика общей психиатрической заболеваемости детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2014 гг.

Годы	Общая заболеваемость детей 0–14 лет и 15–17 лет в абсолютных числах и ее показатели в расчете на 100 тыс. населения					
	0–14 лет			15–17 лет		
	абс.	на 100 тыс. населения	доля больных в детском населении, %	абс.	на 100 тыс. населения	доля больных в детском населении, %
2000	820 955	3140,7	3,1	268 648	3591,5	3,6
2001	792 289	3173,3	3,2	274 169	3646,8	3,6
2002	776 917	3268,4	3,3	285 000	3779,4	3,8
2003	746 170	3275,2	3,3	292 849	3902,9	3,9
2004	722 542	3276,0	3,3	296 559	4069,0	4,1
2005	713 748	3328,3	3,3	287 626	4146,9	4,1
2006	703 259	3293,0	3,3	273 458	4145,8	4,1
2007	695 995	3289,1	3,3	259 306	4257,4	4,3
2008	691 313	3255,3	3,3	241 490	4412,2	4,4
2009	688 005	3205,1	3,2	227 536	4606,4	4,6
2010	681 984	3146,0	3,1	213 896	4633,9	4,6
2011	678 812	3087,2	3,1	202 061	4596,1	4,6
2012	674 342	2995,5	3,0	194 844	4635,1	4,6
2013	681 852	2951,7	3,0	191 926	4746,1	4,7
2014	706 724	2897,3	3,0	190 623	4806,8	4,8
Рост/убыль, %	–13,9	–7,7	–3,2	–29,0	33,8	33,8

Таблица 7.3. Динамика первичной психиатрической заболеваемости детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2014 гг.

Годы	Первичная заболеваемость детей 0–14 лет и 15–17 лет в абсолютных числах и показатели на 100 тыс. населения			
	0–14 лет		15–17 лет	
	абс.	на 100 тыс. населения	абс.	на 100 тыс. населения
2000	164 393	628,9	40 594	542,7
2001	157 337	630,2	42 317	562,9
2002	158 121	665,2	42 096	558,2
2003	146 775	644,3	42 356	564,5
2004	149 117	676,1	41 063	563,4
2005	145 481	678,4	37 187	536,2
2006	142 111	665,4	33 872	513,5
2007	140 867	665,7	31 482	516,9
2008	136 975	645,0	28 117	513,7

Годы	Первичная заболеваемость детей 0–14 лет и 15–17 лет в абсолютных числах и показатели на 100 тыс. населения			
	0–14 лет		15–17 лет	
	абс.	на 100 тыс. населения	абс.	на 100 тыс. населения
2009	140 209	653,2	26 608	538,7
2010	130 912	603,9	23 702	513,5
2011	128 810	585,8	21 598	491,3
2012	127 563	566,6	19 522	464,4
2013	127 545	552,1	18 695	462,3
2014	134 074	549,7	18 835	475,0
Рост/убыль, %	–18,4	–12,6	–53,6	–12,5

Снижение показателя первичной заболеваемости в расчете на 100 тыс. населения происходило не столь интенсивно. Показатель детской заболеваемости снизился на 12,6% и составил 549,7, а показатель подростковой заболеваемости — на 12,5% и составил 475,0 на 100 тыс. населения. Первичная заболеваемость детей и подростков, так же как общая заболеваемость, выше, чем заболеваемость среди старших возрастных групп (для сравнения: первичная заболеваемость лиц 20–59 лет в 2014 г. составила 195,3 на 100 тыс. соответствующего населения).

Психические расстройства и расстройства поведения обусловили признание инвалидности среди психически больных детей (0–17 лет) у 92 005 человек в 2000 г., что составляло 10,8% от общего числа инвалидов вследствие психических заболеваний, а в 2014 г. детей-инвалидов насчитывалось 127 526 человек, или 12,1% от общего числа инвалидов.

Рост числа детей-инвалидов данной категории в 2012 г. по сравнению с 2008 г. произошел преимущественно среди детей в возрасте 5–9 лет включительно (35 163 и 28 653, соответственно), при этом среди подростков (дети в возрасте 15–17 лет включительно), напротив, отмечено снижение их численности (40 246 и 35 877 детей, соответственно).

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ И РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Несовершеннолетним гражданам, так же как и гражданам, достигшим совершеннолетия (18 лет), психиатрическая помощь оказывается при их добровольном обращении и при наличии их информированного добровольного согласия (ч. 1 ст. 4 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее — Закон № 3185-I).

При этом несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя (ч. 2 ст. 4 Закона № 3185-I). Несовершеннолетние старше указанных возрастов дают информированное добровольное согласие самостоятельно.

Недобровольная психиатрическая помощь (без согласия самого пациента или его законного представителя) может осуществляться лишь в случаях, прямо предусмотренных законом, и с соблюдением особых юридических процедур, предусматривающих обязательное обращение в суд за вынесением решения о применении недобровольной психиатрической меры (недобровольного психиа-

трического освидетельствования либо недобровольной психиатрической госпитализации).

Для несовершеннолетних, помещаемых в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законного представителя (т.е. в добровольном порядке), законодательство предусматривает дополнительные правовые гарантии от возможных ошибок и злоупотреблений. Эти гарантии содержатся в ст. 31 Закона № 3185-I и состоят в следующем.

Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет или больной наркоманией несовершеннолетний в возрасте до 16 лет, госпитализированный в психиатрический стационар по просьбе или с согласия одного из родителей или иного законного представителя, подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию комиссией врачей-психиатров стационара в течение 48 ч от момента поступления в стационар. В случае подтверждения обоснованности госпитализации несовершеннолетний подлежит психиатрическому освидетельствованию комиссией врачей-психиатров в течение первых 6 мес не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше 6 мес психиатрические освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в 6 мес. Вместе с тем в случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или руководителем стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законным представителем несовершеннолетнего, руководитель стационара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Госпитализация в психиатрический стационар детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы образования, здравоохранения и социальной защиты, а также детей-сирот и детей без попечения родителей, переданных на различные формы семейного устройства (далее — дети без попечения родителей), должна осуществляться в соответствии с Законом № 3185-I, действующим законодательством по защите прав несовершеннолетних. Рекомендации по госпитализации данного контингента определены в информационном письме Минздрава России от 21 июня 2013 г. № 15-3/10/1-2885.

Госпитализация указанной категории детей в психиатрический стационар должна осуществляться только при наличии медицинских показаний, в строгом соответствии с требованиями действующего законодательства и с ориентирами на защиту интересов ребенка, недопустимость нарушения его прав.

Согласно ст. 121 Семейного кодекса РФ, защита прав и интересов детей возлагается на органы опеки и попечительства, которые избирают формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей.

Недобровольное психиатрическое освидетельствование и недобровольная психиатрическая госпитализация не требуют согласия самого несовершеннолетнего пациента или его законного представителя и осуществляются в порядке, установленном ст. 24–25, 29, 31–36 Закона № 3185-I, а также гл. 35 **Гражданского процессуального кодекса** (ГПК) РФ. Указанный порядок является одинаковым для всех пациентов (совершеннолетних и несовершеннолетних).

Амбулаторная психиатрическая помощь может оказываться несовершеннолетним либо в добровольном порядке по мере обращения за такой помощью, либо в форме диспансерного наблюдения, предусмотренного ст. 27 Закона № 3185-I. Диспансерное наблюдение является обязательным и согласия пациента (его законного представителя) не требует. Порядок осуществления диспансерного наблюдения — общий для совершеннолетних и несовершеннолетних пациентов.

Диспансерное наблюдение устанавливается за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении также принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в орган управления здравоохранением по подчиненности медицинской организации, прокурору или в суд.

Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения психиатрическая помощь в амбулаторных условиях оказывается в обычном (добровольном) порядке.

С 2008 по 2014 г. обеспеченность психиатрическими койками для детей (на 10 тыс. детского населения) снизилась по всем ФО Российской Федерации, за исключением СКФО, где за рассматриваемый период обеспеченность детскими койками незначительно увеличилась с 1,16 до 1,18 на 10 тыс. детского населения.

В 2008 г. на стационарное лечение поступило 85 603 ребенка (0–17 лет), из них сельских жителей — 25 310. В 2014 г. на стационарное лечение поступило 83 965 детей, из них сельских жителей — 17 716.

Помимо этого, в 2008 г. на психиатрических койках для взрослых было пролечено 23 609 детей, а в 2012 г. — 15 139, т.е. каждому четвертому-пятому ребенку медицинская помощь была оказана в условиях взрослого стационара. Данное обстоятельство при оказании психиатрической помощи детям не позволяет в полной мере осуществлять индивидуальный подход к лечению ребенка и учитывать его возрастные особенности, всю специфику изменений психической деятельности, социальной дисфункции. Невозможно при этом организовать педагогический (образовательный) процесс и необходимую реабилитацию.

Перспективным направлением в оказании медицинской помощи детям, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения, остается внедрение стационарозамещающих технологий. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение показателя необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов.

Однако данное направление в Российской Федерации развивается недостаточно интенсивно. В 2012 г. функционировало 415 психиатрических коек дневного пребывания для детей при больничных учреждениях. На психиатрических койках дневного пребывания для детей в больничных учреждениях в 2008 г. было пролечено 4705 детей, в 2012 г. — 4880 детей. На психиатрических койках дневного пребывания для детей в амбулаторно-поликлинических учреждениях в 2008 г. пролечено 8486 детей, а в 2012 г. почти в 2 раза больше — 15 703 ребенка.

Современная внебольничная психиатрическая помощь включает в себя не только детские психиатрические кабинеты, находящиеся в системе общей психиатрической сети (в штате психоневрологического диспансера) и непосредственно в детской поликлинике (в системе педиатрических учреждений), но и «горячие линии», организованные в регионах, консультирование семьи, детей и подростков по «телефону доверия». Современная специализированная психиатрическая помощь детскому населению осуществляется также в специализированных детских садах, специализированных школах (или школах-интернатах), специализированных санаториях, приютах, учреждениях социальной защиты, что диктует необходи-

мость сохранения в штате указанных учреждений ставок детских врачей-психиатров. В то же время интенсивно внедряется система инклюзивного образования, предусматривающая активную интеграцию детей с тяжелыми психическими нарушениями в общеобразовательную среду, что требует дополнительной проработки проблемы всеми заинтересованными ведомствами.

Вопросы финансирования, кадрового обеспечения, преемственности в службе остаются основополагающими.

В 2014 г. занятые должности детских и подростковых психиатров в Российской Федерации составляли 2403,75 человек, или 0,88 в расчете на 10 тыс. детского населения. Остается высоким (1,8) коэффициент совместительства. Высокие коэффициенты совместительства (свыше 1,5) отмечаются во всех ФО Российской Федерации. В Сибирском, Дальневосточном и Приволжском округах этот коэффициент особенно высок (до 2 ставок и более).

Число занятых должностей детских врачей-психиатров, оказывающих помощь пациентам от 0 до 17 лет, снизилось в 2008–2014 гг. на 5,1% (в 2008 г. — 2532,25, в 2014 г. — 2403,75). Снижение произошло во всех ФО Российской Федерации, за исключением СКФО и ЦФО. В СКФО число занятых должностей увеличилось с 79,5 до 83,0, в ЦФО — с 595,5 до 605,25. Обеспеченность детскими врачами-психиатрами, работающими по участковому (территориальному) принципу, также несколько снизилась (на 7,1%). При этом обеспеченность врачами вышеуказанной категории увеличилась в СКФО, хотя и остается самой низкой в Российской Федерации. На прежнем уровне осталась обеспеченность врачами в ПФО и УФО и Санкт-Петербурге.

Вместе с тем при снижении обеспеченности детскими врачами-психиатрами и койками для детей, общая обращаемость к детским участковым врачам-психиатрам из расчета на 10 тыс. детского населения с 2008 по 2014 г. по Российской Федерации увеличилась с 1554,54 до 1894,80, или на 21,9%. При этом на 8,2% снизилась обращаемость к участковым психиатрам по поводу психического заболевания (с 1091,64 в 2008 г. до 1001,58 в 2014 г.). Увеличение показателя обращаемости к детским врачам-психиатрам по поводу психического заболевания в расчете на 10 тыс. детского населения отмечалось в ЮФО, СКФО и ДФО, во всех остальных ФО наблюдается снижение данного показателя.

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

С целью совершенствования оказания психиатрической медицинской помощи детскому населению, повышения доступности и качества данного вида медицинской помощи утвержден приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (зарегистрирован Минюстом России 12 июля 2012 г., регистрационный № 24895), который определяет правила оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, включая рекомендуемое штатное расписание, стандарт оснащения кабинетов, отделений и медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь, и т.д.

Регионы, адекватно реализующие меры по развитию детской психиатрической службы, обладающие подготовленными специалистами в области детской и подростковой психиатрии, располагающие современной технологической лечебной и реабилитационной базами в психиатрии (Москва и Санкт-Петербург, Московская, Ленинградская, Томская, Оренбургская, Волгоградская, Свердловская, Новосибирская и Челябинская области), обеспечивают не только эффективную, доступную, но и экономически обоснованную медицинскую помощь детям с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Число госпитализаций и

стационарного лечения детей сбалансированы с объемами амбулаторно-поликлинической помощи данному контингенту детей.

С целью совершенствования организации системы раннего выявления заболеваний, в том числе психических расстройств и расстройств поведения, а также выявления предрасположенности детей к данной патологии Минздравом России утвержден приказ от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». В этом приказе определены возрастные периоды для осмотра детей врачом-психиатром с учетом анатомо-физиологического и психического развития ребенка.

В 2012–2015 гг. Минздрав России организовал работу по развитию медицинской помощи детям с расстройствами аутистического спектра. В настоящее время прорабатывается вопрос о постепенном проведении сплошного скрининга детей в возрасте от 18 до 24 мес, направленного на выявление РАС у детей в субъектах страны.

Минздравом России рекомендовано субъектам Российской Федерации формировать группы специалистов для проведения осмотров данного контингента детей и подтверждения или снятия у них психиатрического диагноза. В состав группы входят не менее двух детских психиатров из разных организаций либо детские врачи-психиатры, ранее не принимавшие участие в установлении первичного психиатрического диагноза у ребенка, пребывающего в стационарном учреждении для детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Таким образом, оказание психиатрической помощи детскому населению должно полностью соответствовать задачам развития здравоохранения и государственной социальной политике в целом, а именно: сохранению и улучшению здоровья детей, снижению смертности, заболеваемости, инвалидности, превенции суицида с повышением качества и доступности медицинской помощи, превенции суицида с повышением уровня социальной адаптации и интеграции детей с проблемами в состоянии здоровья.

Решение этих проблем в новом медико-социальном контексте требует безотлагательного формирования новых видов деятельности в детской психиатрии, в том числе:

- 1) новых подходов к социально-психологической поддержке семьи как естественной и самой оптимальной среды для ребенка;
- 2) новых методов социотерапевтической помощи детям, находящимся в особо трудных жизненных обстоятельствах (безнадзорность, криминальная среда, проживание в экологически грязных зонах, в регионах экономического застоя), детям, ставшим жертвами террористических актов и локальных войн;
- 3) новых аспектов социально-правовой защиты законных интересов детей с высоким риском развития социально обусловленных психических расстройств и нарушений возрастного психического, личностного развития.

Перечисленные проблемы, организационные направления помощи, включая обеспеченность службы детскими (подростковыми) психиатрами, медицинскими психологами, неврологами, являются не только клинически важными, но и социально значимыми. Актуальная, крайне важная организационная задача — повышение доступности психиатрических услуг детскому населению, причем не только городской, но и сельской местности. Постепенное развитие детской психиатрии и содружественных межведомственных программ федерального и региональных уровней направлены на предупреждение нарушений возрастного психического развития детей, психопрофилактику и выявление патологических состояний и процессов, обусловленных негативными социальными, информационными, психологическими условиями жизни ребенка в современном мире.

Список литературы

1. Вострокнутов Н.В. Патологические формы делинквентного поведения детей и подростков (комплексная оценка, диагностика и принципы организации социально-медицинской реабилитационной помощи) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997.
2. Вострокнутов Н.В., Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г. и др. Инфантилизм (детский и подростковый возраст) : методические рекомендации // Психическое здоровье. 2013. Т. 11. № 9 (88). С. 3–11.
3. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., Делягин В.М. и др. Психические расстройства у подростков и задачи психиатрической помощи // XII съезд психиатров России. М., 1995. С. 48–50.
4. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. 2-е изд. : пер. с англ. М. : Триада-Х, 2008. 405 с.
5. Гурьева В.А., Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В. и др. Криминальное агрессивное поведение подростков. Сер. «Теория и практика уголовного права и уголовного процесса» / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. М. : Юридический центр Пресс, 2002. С. 111–142.
6. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю.С. Шевченко. М. : Медицинское информационное агентство, 2011. 928 с.
7. Детская психиатрия : учебник / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб. : Питер, 2005. 1120 с. (Сер. «Национальная медицинская библиотека»).
8. Дмитриева Т.Б. Динамика основных вариантов девиантного поведения у детей и подростков по данным клинико-динамического и клинико-катамнестического исследования // Соц. и клин. психиатрия. 1995. № 1. С. 54–61.
9. Лысков И.В., Макушкин Е.В. Ведомственный мониторинг охраны психического здоровья детей // Рос. психиатр. журн. 2012. № 3. С. 13–16.
10. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. СПб. : Наука и техника, 2013. 416 с.
11. Макушкин Е.В. Совершенствование и модернизация психиатрической помощи детскому населению страны // Рос. психиатр. журн. 2006. № 4. С. 4–7.
12. Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. № 4. С. 5–11.
13. Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В., Раевская Л.Г. Стратегия социальной детской психиатрии: международный опыт, организационные и клинические направления помощи // Современные проблемы охраны психического здоровья детей : научные материалы Всероссийской конференции. Волгоград : ВолГМУ, 2007. С. 8–12.
14. Макушкин Е.В., Голдобина О.А., Шалимов В.Ф. Система динамического мониторинга психического здоровья детей с нарушенным психофизическим развитием // Организация психиатрической помощи с использованием современных методов управления, планирования и финансирования : сборник методических рекомендаций и пособий для врачей / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2008. С. 139–156.
15. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 годах // Обзор. психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 2013. № 4. С. 10–19.
16. Макушкин Е.В., Раевская Л.Г., Завражнова А.Б., Анищенко Е.А. Современная детская психиатрическая больница: специализированная комплексная внебольничная, стационарная, профилактическая и лечебно-коррекционная помощь несовершеннолетним : методические рекомендации. М. : РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2009. 44 с.
17. Макушкин Е.В., Чуркин А.А., Творогова Н.А., Пронина Л.А. Психиатрическая помощь детскому населению (0–14) Российской Федерации в 1991–2008 гг. // Статистический справочник Т. I. М. : ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2010. 191 с.
18. Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Пилявская О.И., Котлованова О.В. Справочник по психофармакотерапии в детском возрасте. Челябинск : ЮУГМУ. 2016. 192 с.

19. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы / под общ. ред. Р. Никола ; пер. В.Г. Гафурова. Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2009. 306 с.

20. Расстройства аутистического спектра у детей : научно-практическое руководство / под ред. Н.В. Симашковой. М. : Авторская академия, 2013. 264 с.

21. Green W.H. Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2001. 347 p.

22. Huber G. Diagnose in Prodromen und postpsychotischen Residuen // Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. New York : Schattauer, 1999. P. 312–313.

23. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2011. 204 p.

24. Oudshoorn D.N. Детская и подростковая психиатрия : пер. с нидерланд. М., 1993. 319 с.

25. Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie / пер. с нем. Т.Н. Дмитриевой. М., 2001. 624 с.

7.1.8. Обеспечение и контроль качества психиатрической помощи¹

Т.А. Солохина, Н.Д. Букреева

7.1.9. Психиатрическая помощь в общемедицинской практике

Ю.А. Александровский, Л.В. Ромасенко, Н.Н. Петрова

Принцип единства психического и соматического обеспечивает комплексный подход к клиническому обследованию и лечению пациента, необходимый для всех медицинских специальностей. Междисциплинарный подход представляется принципиально важным при рассмотрении вопросов, касающихся здоровья и болезни. Биопсихосоциальная модель позволяет преодолеть дихотомию соматического и психического, осуществить целостный подход к больному. В рамках этой концепции возникновение психосоматических расстройств рассматривают как результат нарушения взаимодействия личности и среды.

В последние десятилетия изучению психических расстройств в общемедицинской практике уделяют все большее внимание не только психиатры, но и врачи других специальностей. Это обусловлено многими факторами, прежде всего — распространенностью психических расстройств у больных с соматическими заболеваниями. Согласно данным ВОЗ, более чем у 30% больных, обратившихся в первичную медицинскую сеть, обнаружили какие-либо психические расстройства (Wittchen H.U., 2005). В США 25% больных общей практики страдают психическими расстройствами. Изучение однодневного «среза» пациентов, госпитализированных в одну из крупных профильных больниц Москвы, показало, что у 53,6% отмечались психосоматические расстройства (Смулевич А.Б. и др., 1999). По данным Ю.А. Александровского (2000), более трети больных в общей медицинской практике составляют пациенты с психическими нарушениями, но лишь 2–4% из них попадают в поле зрения психиатров.

Высокая распространенность психических расстройств в общемедицинской практике обусловлена несколькими причинами, в частности — частотой сочетанных соматических и психических расстройств. Согласно данным ряда эпидемиологических исследований, 7 из 10 пациентов первичной медицинской практики являются хронически больными, при этом уровень ассоциированности многих хронических заболеваний и психической патологии достоверно высок. Имеет зна-

¹ Материалы доступны в электронном виде по ссылке, указанной на 1-м форзаце.

чение и патоморфоз психических заболеваний, проявляющийся более легким их течением с тенденцией к соматизации. Это объясняет тот факт, что больные длительное время не попадают в поле зрения психиатров и происходит их перераспределение в общую медицинскую практику. Расширение возможностей инструментальной диагностики в общей медицине способствовало повышению удельного веса так называемых функциональных соматических расстройств, которые часто представляют собой эквиваленты некоторых вариантов психической патологии.

Отмеченные тенденции современной медицины повысили актуализацию известного психосоматического подхода, основанного на признании взаимодействия психических и соматических процессов, тесно связанных с окружающей средой. О психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании говорят в тех случаях, когда у пациента выявляют четкую связь генетической предрасположенности к болезни с индивидуально-личностными особенностями и ситуацией. Для современного психосоматического подхода характерно сближение общей медицины, медицинской психологии и психиатрии. Подобное междисциплинарное сотрудничество существенно повышает эффективность диагностики и терапии психических расстройств в общей медицинской практике.

В настоящее время психические расстройства у пациентов общей медицинской практики принято рассматривать в следующих случаях:

- при психогенных и соматогенных психических расстройствах у соматически больных;
- при соматизированных психических расстройствах;
- при сосуществовании психических и соматических расстройств;
- при соматических расстройствах, возникающих у больных с тяжелой психической патологией (например, кахексия вследствие нервной анорексии).

Психогенные и соматогенные психические расстройства в разделе МКБ-10 F40–48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» представлены следующим образом.

- F40. Фобические и тревожные расстройства.
- F40.0. Агорафобия с паническим расстройством и без панического расстройства.
- F40.1. Социальная фобия.
- F41.0. Паническое расстройство.
- F41.1. Генерализованное тревожное расстройство.
- F43.2. Расстройства приспособительных реакций (кратковременная депрессивная реакция, пролонгированная депрессивная реакция, смешанная тревожная и депрессивная реакция).
- F43.8. Другие реакции на тяжелый стресс (нозогенные реакции в связи с тяжелым соматическим заболеванием, которое выступает в качестве психотравмирующего события).
- F44. Диссоциативные (конверсионные) расстройства.
- F45. Соматоформные расстройства.
- F45.2. Ипохондрическое расстройство.
- F48.0. Неврастения.

Кроме того, психосоматические расстройства встречаются у пациентов с личностными расстройствами (F60–69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте), прежде всего — с истерическими (F60.4), тревожными (F60.6). В эту рубрику относятся также и расстройства, представленные в разделе F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (психологические факторы, влияющие на физическое состояние).

Соматогенные психические расстройства могут быть обусловлены различными факторами — хронической гипоксией, интоксикацией, стойкими метаболиче-

скими расстройствами, имеющими место при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, печени, почек, злокачественных опухолях, эндокринных заболеваниях. Как правило, соматогенные психические расстройства обусловлены органическим поражением головного мозга различного генеза и выраженности (например, сосудистого) и согласно МКБ-10 рассматриваются в разделе «Органические психические расстройства» в рубриках F06.3–F07.8.

Психогенные психические расстройства. Важное отличие психики соматически больного человека от здорового — осознание факта имеющегося заболевания. Всякое заболевание оказывает как общее, так и частное воздействие на личность пациента. При развитии соматического заболевания в зависимости от его тяжести у пациента возникают отдельные психологические и психопатологические феномены. Происходит это в связи с начальными изменениями в работе определенных функциональных систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, гастроинтестинальной и др. посредством интерорецептивных сигналов от пораженных тканей и органов. Постепенно формируются изменения в работе всего организма, приспосабливающегося к новым условиям существования в рамках болезни. Эти воздействия меняют самочувствие больного и его жизненный тонус. В медицине, и в психиатрии в частности, описан психофизиологический феномен «общего чувства», «душевного настроения»; по И.М. Сеченову, именно изменение самочувствия в связи с любым заболеванием выражается в изменении общего соматопсихического тонуса и патологии общего чувства. Появление новых, непонятных ощущений вызывает защитные психологические реакции в форме тревоги, опасения за здоровье. Помимо тревоги возникают и специфические для поражения данного органа симптомы:

- одышка и учащенное сердцебиение при физической нагрузке при заболеваниях сердца;
- тошнота или рвота после приема пищи при заболеваниях органов пищеварительной системы и др.

Меняются и так называемые витальные эмоции: диффузные нелокализованные ощущения (усталость, голод, жажда). Для сознания и чувства болезни имеют значение не разнообразные ощущения от внутренних органов, а развивающиеся в ответ эмоциональные состояния. Постепенно формируются осознание болезненного состояния и отношение к болезни, или внутренняя картина болезни. Субъективное отношение к болезни известный отечественный терапевт Р.А. Лурия определил как внутреннюю картину болезни (1937). Внутренняя картина болезни, сознание болезни, представление болезни, аутопластическая картина болезни, по Гольдштейнеру, это, по существу, тип субъективного восприятия болезни пациентом. Структура внутренней картины болезни представлена следующими психологическими характеристиками и этапами развития:

- сенситивный уровень внутренней картины болезни (изменение самочувствия);
- эмоциональный уровень (страх, тревога, надежда, переживания в связи с болезнью);
- волевой уровень (усилия, направленные на то, чтобы справиться с болезнью);
- рациональный;
- интеллектуальный (знания о болезни и ее оценка).

В действительности все переживания больного взаимосвязаны. Результат «горизонтальных» связей — «вертикальная» связь в форме факта рационализации. При этом рациональный компонент в большей или меньшей степени зависит от эмоциональных процессов. Отношение к болезни, ко всему, что с ней связано и на что она оказывает влияние, определяют три важнейших фактора:

- природа самого соматического заболевания;
- тип личности, в котором важнейшую часть составляет акцентуация характера;
- отношение к данному заболеванию в том значимом для больного окружении, в той микросоциальной среде, к которой он принадлежит.

Под влиянием этих трех факторов вырабатывается отношение к болезни, лечению, врачам, своему будущему, работе, окружающим. Терапия и реабилитация пациентов значительно осложняются при формировании патологического отношения к болезни, которое может быть представлено в двух полярных вариантах:

- гипернозогнозического с уходом в болезнь;
- гипонозогнозического с отрицанием болезни.

Между этими крайними вариантами отношения к болезни наблюдают и неврастеническое, депрессивное, тревожно-фобическое, сенситивное, эгоцентрическое, эргопатическое, паранойяльное отношение к болезни. Концепция внутренней картины болезни отражает психологически понятные реакции личности. Формирование этого психологического феномена носит адаптивный характер. Вместе с тем патологическая внутренняя картина болезни — это тот психологически дезорганизующий фактор, который лежит в основе формирования психогенных психических расстройств. Последние относят к ятрогенным расстройствам. Их клинические проявления — расстройства адаптации в форме тревожных, тревожно-депрессивных, а также невротических, соматоформных расстройств. По мнению Г.К. Ушакова (1984), обычные формы сознания болезни представляют собой лишь особенности психологии больного человека, а сам он нуждается в повседневном разумном сходящем подходе врача. Состояние сознания болезни, сопровождающееся аномальными реакциями на нее, — это уже болезненное состояние психики, которое дополняет и усложняет клиническую картину основной болезни.

А.Б. Смулевичем (1992, 1994) разработана концепция нозогений, которые отражают динамику патологических вариантов внутренней картины болезни, когда эти расстройства начинают приобретать самостоятельный клинически значимый характер. Структуру нозогений детерминируют психологические, социальные, конституциональные (характерологические особенности личности) и биологические (соматическое заболевание) факторы. Выделены следующие основные группы синдромов нозогений:

- невротические (тревножно-фобические, синдром «прекрасного равнодушия»);
- аффективные (по типу тревожной ипохондрии);
- синдром эйфорической псевдодеменции;
- психопатические реакции с формированием сверхценных идей по типу ипохондрии здоровья, патологического отрицания болезни.

Специально выделены бредовые реакции в связи с соматической болезнью, наблюдаемые у больных шизофренией с бредом изобретательства новых видов лечения, бредом умышленного преувеличения медицинским персоналом тяжести соматического заболевания.

К психогенным факторам, способствующим развитию нозогений, относят:

- семантику диагноза;
- ситуацию особой, необычной обстановки;
- опасения социальных последствий болезни;
- невозможность совладения с проявлениями болезни.

Формированию нозогений способствует и «соматически измененная почва» (биологическая составляющая нозогений).

Таким образом, при формировании патологического отношения к болезни может иметь место целый спектр психических реакций: от проходящих психоло-

гически понятных до психопатологических расстройств. Анализ структуры этих состояний показывает, что для соматических заболеваний различных функциональных систем психологические и психопатологические реакции характеризуются общностью содержания: страхом потери той или иной жизненно важной функции. Клиническую актуальность этих феноменов определяют не только личностные особенности пациентов и степень сохранности психического здоровья, но и клинико-динамические характеристики соматического заболевания. Эти психологические и психопатологические реакции могут быть обозначены как психосоматические.

При общей содержательной характеристике (страх за жизнь) при заболеваниях определенных систем имеют место эталонные симптомы и синдромы. Для заболеваний сердечно-сосудистой системы в качестве таковых выступают тревога и страх за сердце, которые в ряде случаев достигают в своем развитии тревожно-фобических расстройств (кардиофобии): например, страх приступа стенокардии, аритмии. Больные начинают ограничивать физические нагрузки, не выходят из дома без сопровождения, боятся оставаться дома в одиночестве, избегают пользоваться городским транспортом. В итоге значительно преувеличенный щадящий режим ухудшает их качество жизни. В ряде случаев у пациентов формируется так называемая вторая болезнь — «кардионевроз», в понимании кардиологов, тревожно-фобические расстройства (нередко — с паническими атаками и кардиофобией), в понимании психиатров, требующие специального лечения. Эти расстройства значительно ухудшают прогноз имеющегося соматического заболевания, снижают компенсаторные возможности организма. Для больных кардиологического стационара характерны и расстройства настроения: от легких аффективных реакций до стойких дистимий и депрессий.

Наблюдаются психогенные психопатологические расстройства (тревожно-фобические, истерические расстройства, ипохондрические и полиморфные психогенные симптомы и др.), возникающие у больных после оперативного вмешательства на сердце, после имплантации кардиостимулятора. Если подавляющее большинство пациентов адаптируются к изменению самочувствия, восстановлению сердечного ритма после имплантации стимулятора в течение 3–6 мес, то у ряда больных в этот период отмечают ухудшение самочувствия. Такие пациенты начинают предъявлять жалобы на острые боли в сердце вследствие работы «стимулятора». В ряде случаев болевой синдром носит постоянный характер. Пациенты требуют дополнительных методов обследования и терапии. Их поведение становится полностью ипохондрическим. Помимо боли, пациенты жалуются на «слишком громкое» сердцебиение, постоянное ощущение работы сердца, которое также представляется крайне тягостным.

Заболевания органов пищеварительной системы также нередко сопровождают различные психические расстройства: невротические, личностные, аффективные. Наиболее типичные расстройства в гастроэнтерологической практике — ипохондрические, выражающиеся в форме многообразных жалоб на состояние здоровья, стремлении к различным повторным обследованиям, в утрированном соблюдении диеты, стремлении к нетрадиционным видам терапии: «очищению организма», «промыванию» и т.д. В основе подобных переживаний, как правило, лежит канцерофобия.

Специфическая картина болезни формируется при гипонозогнозическом (пренебрежительном) отношении к болезни. Остается открытым вопрос: что является причиной такого, по существу, неадекватного отношения к реальной болезни? Можно предположить, что основное значение имеют такие предпосылки, как специфическая личность пациента и коморбидность с определенными проявлениями соматического заболевания.

Опыт показывает, что пренебрежительное отношение к болезни в большей части случаев наблюдают у лиц с устойчиво повышенным фоном настроения (гипертимные личности), когда пациенты как бы игнорируют реальную болезнь в силу присущего им специфического повышенного жизненного тонуса, высокой активности, охваченности другими проблемами, в силу нарушений их прогностических функций. Важно, что подобный жизненный тонус качественно меняет внутреннюю картину болезни, предопределяя неадекватную самооценку пациента как человека соматически здорового, либо не страдающего каким-либо расстройством, требующим лечения.

Специфическая внутренняя картина болезни формируется у истерических личностей. Можно говорить о своеобразной поляризации этой группы пациентов. Часть ее отличает утрированное сверхценное отношение к имеющимся проблемам соматического здоровья с соответствующим поведением: стремление к обследованиям, особым диетам, методам лечения и др. Другую часть пациентов с истерическим складом личности отличает пренебрежительное отношение к имеющейся соматической болезни. Однако, в отличие от гипертимных пациентов, в основе игнорирования имеющейся у них реальной болезни лежит механизм истерического вытеснения, замещения соответствующих реальных проблем мнимыми: неудовлетворенность личной жизнью, собственным внешним видом, признаками старения и т.д.

Своеобразна внутренняя картина болезни и у некоторых пациентов из категории интровертированных личностей. В силу особенностей эмоциональности, ценностных приоритетов у них может формироваться псевдорациональное, своего рода отстраненное отношение к болезни, по существу, ее игнорирование. На начальных этапах болезни при отсутствии субъективного страдания возможный неблагоприятный прогноз многие больные, как правило, недооценивают. На этапе же сформированной болезни игнорирование ее проявлений может иметь место при выраженной общетоксической симптоматике (острое состояние либо конечный этап болезни).

Из клинически наиболее актуальных состояний, когда игнорирование болезни может реально повлиять на ее исход, следует отметить, прежде всего, состояния в постинфарктном периоде, при соматической интоксикации, при инфекциях. Основа такого отношения к болезни в этих случаях — своего рода изменение порога чувствительности к болезненным ощущениям при эйфории, астении.

Общий неблагоприятный эффект как при гипернозогнозическом, так и при гипонозогнозическом отношении к болезни — нерациональное поведение больного, часто препятствующее организации адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Таким образом, как свидетельствует повседневная клиническая практика, при самых различных соматических заболеваниях наблюдают различные психопатологические симптомы и синдромы, которые нередко имеют самостоятельную динамику, значительно утяжеляют течение основного соматического заболевания, затрудняют его прогноз и проведение необходимой терапии. Эти расстройства могут быть квалифицированы как психогенные, ятрогенные, нозогенные, психосоматические синдромы. Необходимо своевременно распознавать их и проводить соответствующую терапию. Понятно, что учет всех перечисленных критериев — это неабсолютная прерогатива только психиатра или врача общей практики. Современный врач общей практики, не выходя за пределы собственной компетенции, может и должен оценить общее состояние больного. Затем, определив приоритетную клиническую модель болезни (соматическую либо психосоматическую), выбрать оптимальную диагностическую и лечебную тактику. Поэтому очень важна предпосылка адекватной ранней диагностики психических расстройств у пациентов общей медицинской практики — организация оптимального

диагностического процесса, построенного на междисциплинарном сотрудничестве специалистов: врачей общей практики и психиатров.

Наиболее сложны для диагностики и терапии те психические расстройства, которые сосуществуют с истинными соматическими заболеваниями.

О возможности сосуществования разных заболеваний у одного пациента в клинической медицине известно давно. Так, в начале прошлого столетия немецкими педиатрами М. Пфлаундером и Л. Зехтом было сформулировано понятие «соотношение болезней». О вариантах соотношения психических и соматических заболеваний (психосоматические, соматопсихические, конвергенция соматических и психических болезней, психосоматическое балансирование) писали В.А. Гиляровский, Е.К. Краснушкин и др. Эти концептуальные положения получили новое развитие в учении о коморбидности. В современной клинической медицине выяснение психосоматических отношений лежит в основе понимания сути многих заболеваний у пациентов общей терапевтической практики.

В тех случаях, когда психические расстройства представляют собой преимущественно соматогенные либо психогенные, говорят о симптоматических психосоматических соотношениях. Независимые психосоматические отношения характеризуют варианты сосуществования психической и соматической патологии без отчетливой зависимости. В этих случаях рассматривают коморбидные связи, особенно если психические расстройства могут существенно изменять клиническую картину соматического заболевания (патопластическое влияние), неблагоприятно влиять на его течение (патокинетическое воздействие).

Наибольшее значение в современной общей медицинской практике имеют расстройства тревожно-аффективного спектра, соматоформные и ипохондрические расстройства. Клиническая картина психических расстройств различной структуры у таких пациентов формируется в соответствии с симптомами основного соматического заболевания, которое в свою очередь приобретает атипичный характер (особая клиническая тяжесть; несоответствие субъективных и объективных проявлений болезни). При гипертонической болезни был описан вариант с необъяснимым на первый взгляд кризовым течением. Прицельный анализ особенностей психического состояния больных выявил, что подобное кризовое течение отражало клиническую динамику коморбидных тревожно-депрессивных и панических расстройств. Подтверждение сказанному — эффективность ПФТ (антидепрессантов, транквилизаторов), назначаемой таким больным. Отмеченный механизм «воспроизведения», «психосоматического копирования» соматической патологии симптомами психического расстройства необходимо учитывать при комплексной оценке состояния пациентов. По А.Б. Смулевичу (2007), для психических расстройств на соматически измененной почве характерны:

- наличие коэнстезиопатического симптомокомплекса как облигатной составляющей синдрома;
- преобладание в клинической картине расстройств ипохондрического ряда;
- яркость, конкретность, сенсорная окраска симптома;
- топическая ориентация психопатологических расстройств, «привязанность» патологических телесных ощущений и ипохондрических фобий к «больному органу»;
- усвоение психопатологическими расстройствами ритма соматического заболевания, тенденция к затяжному течению с персонификацией психопатологических проявлений и формированием ипохондрических развитий.

Таким образом, взаимное влияние соматических и психических расстройств проявляется не только на структурно-феноменологическом уровне, но и на уровне динамических характеристик болезни — «патологический синергизм».

Соматогенные психические расстройства. Наименее специфическое и наиболее распространенное соматогенное психическое расстройство — астения, которая имеет место на различных этапах соматического заболевания — в продромальном периоде, в стадии развернутого болезненного процесса, при выздоровлении, на отдаленных этапах хронической болезни. Характерная особенность соматогенных астенических расстройств — параллелизм выраженности астении развитию соматического заболевания. При многих болезнях, сопровождающихся развитием хронической гипоксии, проявления астении связаны с формированием церебрастенического варианта психоорганического синдрома.

Для астенических расстройств при ревматизме и ревматических пороках сердца характерны в первую очередь стойкие расстройства сна, психическая гиперестезия; при сердечно-сосудистых заболеваниях — снижение настроения, аффективная лабильность. При злокачественных опухолях эти расстройства могут быть первыми симптомами — так называемый синдром «малых признаков», напоминающий субдепрессивное расстройство. Астенический синдром — также один из первых признаков анемии.

К соматогенным психическим расстройствам относят также тревогу и страх, которые занимают важное место в клинической картине стенокардии, аритмий, острого периода инфаркта миокарда (ИМ). Они могут быть обусловлены как выраженной гипоксией, так и реакцией на боль, носящей в ряде случаев адаптивный защитный характер. В действительности соматогенные и психогенные психические расстройства патогенетически тесно связаны, поэтому скорее можно говорить о преимущественно соматогенных или психогенных расстройствах.

Актуальность соматогенных психических расстройств в клинике кардиоваскулярных заболеваний очевидна. В США ежегодно у 300 тыс. человек имеет место внезапная кардиальная смерть. Установлено, что активация симпатической нервной системы повышает риск развития желудочковой аритмии. Стимуляция симпатической нервной системы повышает число сердечных сокращений и может стать триггером возникновения эктопических участков миокарда, искажающих физиологические пути проведения и провоцирующих продукцию потенциально фатальной аритмии. В связи с этим тревога и стресс могут повышать риск аритмии. При эмоциональном напряжении, возникающем, например, при публичном выступлении, при высокой скорости во время езды на автомобиле или ином эмоциональном усилии на фоне уже имеющихся заболеваний сердца или аритмии, повышается адренергическая активность, что в свою очередь может провоцировать желудочковую аритмию. Известно, что у части пациентов психологические стрессоры являются более значимыми триггерами аритмии, чем физические нагрузки.

Установлено, что депрессивные расстройства коррелируют с вероятностью развития желудочковых аритмий. При депрессии имеет место активация автономных центров, регулирующих симпатическую активность. Известно, что смерть в течение 18 мес после ИМ наблюдается чаще у больных с сопутствующей депрессией. У этих пациентов отмечается 10 или более преждевременных желудочковых сокращений в час, в этой группе пациентов 83% смертей являются следствием так называемой смертельной аритмии (Rundell J.R., 2012).

Известно, что среди больных артериальной гипертонией 95% больных страдают эссенциальной (первичной) идиопатической гипертонией, 5% — вторичной (вследствие заболевания почек, при употреблении стероидов или контрацептивов и в силу других причин). Конституциональные и стрессобусловленные факторы способствуют гипертензии. Пациенты с гипертензией в целом отвечают более пролонгированным вазоконстрикторным ответом на психологический стресс по

сравнению с нормотониками. Это явление может быть результатом короткого или длительного подъема артериального давления (АД), связанного с взаимодействием конституциональных и психогенных факторов. При гипертонической болезни клинические проявления в значительной мере зависят от преморбидного личностного склада пациентов, определяющего специфику формирования их субъективного отношения к болезни, предпочтительные формы их эмоционального реагирования. Признаки психической дезадаптации у больных формируются, с одной стороны, как реакция личности на болезнь, а с другой — как результат формирования дисциркуляторной энцефалопатии. Широко известны взгляды классиков психосоматической медицины на суть гипертонической болезни, на особый личностный склад будущих гипертоников — их стеничность, чрезмерная ответственность, агрессивность, постоянное ее подавление вследствие высокой тревожности. Следствием этого служит развитие гипертонии «как подавленной агрессии». Подобное понимание личности гипертоника не полностью соответствует действительности, поскольку гипертонической болезнью страдают пациенты различного личностного склада. Однако сама динамика гипертонической болезни способствует формированию черт тревожности, ранимости, эмоциональной лабильности наряду с чертами психической ригидности.

У лиц с преморбидными по отношению к гипертонической болезни личностными и невротическими особенностями наблюдают достаточно сложные психосоматические отношения по мере динамики гипертонической болезни. Выраженные личностные особенности и невротические реакции способствуют формированию определенных психосоматических синдромов: астенических, тревожных, ипохондрических, аффективных, влияющих на течение соматического заболевания и нередко затрудняющих его терапию. Известно, что тревожные реакции у больных с артериальной гипертензией способствуют повышению АД: «гипертония белого халата», реакция на измерение АД. Существует вариант артериальной гипертензии, осложненный тревожно-депрессивными и паническими расстройствами, когда артериальная гипертензия приобретает необъяснимое кризовое течение.

Острый ИМ может развиваться как в покое, так и на фоне нормальной активности, смерть в связи с ИМ в течение нескольких часов после его начала является результатом желудочковой аритмии. К сожалению, примерно у 20% больных с ИМ заболевание вовремя не диагностируется, что является частой причиной смерти. Наиболее значимым фактором, преципитирующим развитие ИМ у пациентов с ишемической болезнью, является стресс. Ишемия, индуцированная психологическим стрессом, наблюдается чаще, чем ишемия, индуцированная физическими стрессами. Выздоровление от ИМ также высоко зависимо от психологических факторов.

W. Ruberton и соавт. (1984) описывали постинфарктных пациентов как социально изолированных, с высоким уровнем стресса. У этих пациентов риск смерти был выявлен в 4 раза выше, чем у тех, кто имел более низкий уровень стресса и изоляции. Эмоциональный стресс после ИМ связан с худшим прогнозом последующей адаптации и качества жизни. Общеизвестно, что депрессия развивается примерно у 31% больных, перенесших ИМ. Текущий депрессивный эпизод у пациентов с кардиологическими заболеваниями достоверно ассоциируется с утяжелением болезни и смертностью. Большой депрессивный эпизод следует расценивать как важный предиктор ИМ или смерти в течение 12 мес после коронарографии. Пациенты с ИМ и выраженным депрессивным эпизодом умирают в 3–5 раз чаще в течение последующих 6 мес после перенесенного заболевания по сравнению с пациентами без депрессивных расстройств. Это явление обусловлено изменением гомеостаза вследствие депрессии: активация гипоталамо-питуитарно-адрено-

кортикотропной и симпатoadреналовой активности, нарушение variability сердечного ритма способствуют ишемии миокарда в результате стресса и повреждению тромбоцитарных рецепторов, нарушению их реактивности. Эти отрицательные тенденции снижаются при назначении антидепрессантов, упразднении стресса, проведении дополнительной терапии психологическими тренингами, релаксационными техниками. Такие мероприятия уменьшают смертность у больных ишемической болезнью, ИМ и коморбидной депрессией (Rundell J.R., 2012).

Оценка личности пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями и паттерна поведения чрезвычайно важна, потому что личностный тип А является фактором риска развития ИМ. Тип А включает такие черты, как амбициозность, соревновательность, нетерпимость, недоверчивость, возбудимость, цинизм, враждебность и возрастающая потенциальная агрессия, быстрый и эмпативный стиль поведения. Часто эти личности являются «трудоголиками», которые отрицают физическую или эмоциональную уязвимость, их самооценка часто зависит от постоянных достижений. Многие клиницисты считают, что изменение стиля поведения типа А является интегральной частью в предупреждении ИМ. Тип личности Д характеризуется поведением, уклоняющимся от социальных контактов и подавлением негативных эмоций. У пациентов с Д-паттерном может быть повышен риск кардиоваскулярной заболеваемости и смертности.

Клиническая специфика имеет место и при психосоматических расстройствах у больных с респираторными заболеваниями.

Бронхиальная астма — распространенное заболевание и наблюдается от 3 до 8% у населения в РФ, этим заболеванием страдают 300 млн человек в мире. Острота астматических приступов высоко коррелирует с наличием депрессии, панических расстройств, генерализованной тревоги, уровнем страха среди детей, подростков и взрослых. При заболеваниях легких (бронхиальная астма, хронический бронхит) у больного может возникать страх удушья, одышки, ощущение нехватки воздуха, страх возникновения приступа болезни. У больных бронхиальной астмой нередко возникают панические атаки, имитирующие приступы астмы, невротический кашель, затруднения вдоха. Истинные приступы бронхиальной астмы могут провоцироваться психогенно, закрепляться по условно рефлекторным механизмам в определенных ситуациях, когда актуализируются представления об аллергенах при взгляде на изображение цветов, предметы уборки, бытовой химии и др.

Пациенты с астмой и психическими расстройствами имеют более частые обострения, худший контроль заболевания и качество жизни по сравнению с пациентами без психических расстройств. Разъяснение пациентам особенностей их заболевания, принципов его терапии и адаптации к болезни, семейная психотерапия оказываются эффективными при лечении бронхиальной астмы. Большое значение при организации терапии бронхиальной астмы имеет объяснение пациентам вероятности развития нежелательных явлений вследствие лекарственной терапии. Эти нежелательные явления могут выражаться приступами учащенного сердцебиения, тревогой с тремором, бессонницей.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется медленно прогрессирующей обструкцией легких; течение болезни прогрессирует вследствие обострения легочной инфекции, развития тахикардии и неудовлетворительной приверженности терапии. У лиц среднего и пожилого возраста, болеющих ХОБЛ, наблюдаются трудно курабельный кашель с мокротой, диспноэ во сне. При их осмотре выявляются гипервентиляция с включением дополнительных мышц при дыхании для улучшения вентиляции, усиленное, свистящее дыхание. Как и при терапии бронхиальной астмы, некоторые применяемые препараты могут провоцировать развитие психопатологических симптомов (в частности, стероидные

гормоны). У курящих больных с ХОБЛ легочная недостаточность развивается быстрее. Хроническая гипоксия приводит к развитию расстройств настроения и когнитивных функций, которые в свою очередь могут привести к аффективной лабильности, снижению дневной активности, делирию. Депрессивные расстройства выявляются у 20–60% больных ХОБЛ. Развитие депрессии ухудшает прогноз ХОБЛ, насыщение больных кислородом улучшает их состояние и прогноз, но не лечит депрессию. Примерно у 38% больных ХОБЛ наблюдаются панические расстройства, при лечении которых показано назначение антидепрессантов и нейролептиков; назначение бензодиазепиновых транквилизаторов нежелательно в силу возможного угнетения функции дыхания (Rundell J.R., 2012).

Гастроинтестинальные заболевания, воспалительные заболевания кишечника — это общий термин для пациентов с язвенным колитом или болезнью Крона. Этиология этих заболеваний неизвестна, однако в происхождении заболевания имеют значение иммунологические, воспалительные и средовые факторы. Симптомы манифестации язвенного колита — ректальные кровотечения, поносы, лихорадка, потеря веса и иногда боли в животе. При болезни Крона также наблюдаются боли в животе, лихорадка и частые ректальные кровотечения. Лечение этих заболеваний — достаточно сложная проблема, крайний вариант терапии язвенного колита — оперативный. Несмотря на предположение о психосоматическом происхождении этих заболеваний, не существует объективных подтверждений этой концепции. Одновременно пациенты с этими заболеваниями и коморбидными психическими расстройствами обнаруживают больше необъяснимых жалоб по другим органам систем, они более дезадаптированы и нередко имеют опыт сексуального насилия. Обострение этих воспалительных заболеваний связано с большими жизненными усилиями и стрессами. Физиологические реакции, сопровождающие стресс, приводят к повреждению микрофлоры и клеток кишечной стенки, а также некоторых медиаторов. При коморбидности колита и большого депрессивного расстройства показаны назначение антидепрессантов, релаксационная психотерапия, что помогает редукции болей и поносов.

Гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь и язвенная болезнь являются частой причиной некардиальных болей в грудной клетке. При этих заболеваниях боль в эпигастрии развивается через 1–3 ч после еды. При функциональной («некислотной») диспепсии коморбидность с психическими расстройствами высока и достигает 87% с тревогой против 25% при язвенной болезни. При гастроэзофагеально-рефлюксной болезни без эрозии коморбидность с психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра составляет более 50%.

При таком тяжелом соматическом заболевании, как ревматоидный артрит (РА), выявляют достаточно сложные соматопсихические расстройства. У таких больных в связи с особенностями соматического заболевания нередко полностью меняется привычный образ жизни, возникают проблемы адаптации. Личные и социальные конфликты, изменение качества жизни предопределяют возможность развития психических девиаций различной глубины. Как свидетельствует наш собственный опыт, пограничные психические расстройства у лиц, страдающих РА, — сопутствующая патология у 85% стационарных больных. Это значительно усложняет картину основного заболевания и требует специфической терапии. В феноменологическом отношении психические расстройства у данной категории больных — континуум сопряженных по выраженности проявлений, начиная от расстройств адаптации в форме реакции до сформированных болезненных состояний со специфической динамикой. К числу патогномичных для ревматоидного артрита расстройств следует отнести астению, тревожную депрессию, мозаичную личностную патологию. Генез расстройств адаптации и невротических синдромов

сложен и определен взаимодействием соматогенных, психогенных, конституционально-личностных факторов, способствующих индивидуализации динамики расстройств в каждом конкретном случае.

Практика свидетельствует, что среди соматогенных психических расстройств преобладают расстройства тревожно-аффективного спектра — тревожные и тревожно-фобические; соматоформные и ипохондрические (соматогенные депрессивные расстройства; хронические расстройства настроения типа дистимии — эндореактивная дистимия по Wietbrecht).

Аффективные эйфорические реакции наблюдаются у больных с различными соматическими заболеваниями в форме психического возбуждения и поведения, неадекватного общему тяжелому состоянию. Такие состояния характерны для больных с ИМ, внутренним кровотечением, на отдаленных этапах при злокачественных новообразованиях, в продrome инфекционных заболеваний. Как правило, они заканчиваются тяжелой астенией.

Полиморфные психические расстройства при различных эндокринных заболеваниях на начальных этапах носят специфический нозологический характер. На отдаленных этапах происходит нивелирование проявлений психоэндокринного синдрома, когда клиника расстройства становится практически неотличимой от недифференцированного психоорганического синдрома по М. Блейлеру. В клинической картине заболеваний с формирующейся почечной недостаточностью, нарушениями метаболизма в форме гипогликемии при сахарном диабете часто встречаются пароксизмальные расстройства. К соматогенным расстройствам относят и нарушения, связанные с репродуктивной дисфункцией у женщин: предменструальный синдром (ПМС); послеродовые психические расстройства (астения, депрессия, психоз); различные невротические и аффективные расстройства в климактерическом возрасте.

Давно известна структура психических расстройств у больных тиреотоксикозом: эмоциональная лабильность, утомляемость, суетливость, возбудимость. Больным свойственны нарушения сна, непереносимость жары, повышенный аппетит, жажда. У них отмечают крайне неустойчивое настроение, спонтанные приступы тоскливого, тоскливо-злобного настроения, бурные истерические реакции, склонность к сверхценным образованиям, вегетативную неустойчивость. Большинство из перечисленных симптомов — безусловно, следствие токсикоза. Однако наряду с ними имеют место и невротические и личностные расстройства как реакция на болезнь. Психические расстройства у пациентов гипотиреозом представляют клинический континуум от легких астенических, астенодепрессивных расстройств до состояний с выраженной деменцией.

К частным аспектам психосоматических расстройств относятся и различные по происхождению психические расстройства в клинике инфекционных болезней, нервных болезней, кожных болезней, урологических заболеваний (в частности, при хронической почечной недостаточности, при проведении гемодиализа) (Петрова Н.Н., Васильева И.А., Козлов В.В. Психогенные расстройства у больных при лечении гемодиализом // Тер. архив. 1992. № 12. С. 88–91), в онкологической практике.

Существует целое направление в современной психосоматике, определяемое как психоонкология (Holland J.C., Strain J., 1998). При анализе соматопсихических соотношений у больных различными клиническими вариантами раковой болезни К.А. Скворцов (1961) описал феномен двойного действия — соматогенного и психогенного — на психическое состояние пациента. В последнее десятилетие этим проблемам посвящены исследования, выполненные под руководством А.Б. Смулевича. В Оксфордском руководстве по психиатрии (2012) в специальной

главе «Психиатрический аспект рака» выделены две основные проблемы психоонкологии: психиатрическая и психологическая. К первой относят реакции пациентов и их семей на всех стадиях болезни, а также психологический стресс у медиков, оказывающих специализированную помощь. Отношения в системе «врач–больной» имеют важное значение в успехе терапии на всех стадиях болезненного процесса. Второе направление предполагает изучение влияния психологических, поведенческих и социальных факторов на риск развития болезни, выявление заболеваний и выживание при раке различной локализации. В настоящее время за рубежом во многих онкологических центрах работают полипрофессиональные команды, состоящие из врачей и исследователей в области психиатрии, психологии, социальных работников и медицинского персонала. Среди наиболее распространенных психических расстройств при онкологических заболеваниях выделяют тревогу и тревожные расстройства различного происхождения: ситуационного, психологически понятного или достигающего уровня расстройства, соматогенного, а также тревогу, обусловленную терапией и ее последствиями; возможно обострение предшествовавших тревожных расстройств. Высоки процент депрессивных расстройств и риск суицидального поведения. В связи с тем что онкологические заболевания являются значимо жизнеопасными, в структуре психических расстройств имеют место острые аффективно-шоковые реакции с суицидальным риском и широкий круг диссоциативных расстройств. Помимо этого, наблюдаются и соматогенные психозы с делириозным синдромом на конечных этапах болезни и при метастатическом процессе.

Соматизированные психические расстройства. В клинике внутренних болезней существует целый ряд функциональных соматических синдромов, которыми традиционно занимаются клиницисты: нейроциркуляторная дистония, синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональная диспепсия, гипервентиляционный синдром. Эти синдромы представлены в различных рубриках МКБ-10. Например, СРК — в разделе психических расстройств (соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы) и в разделе внутренних болезней органов пищеварительной системы. Такая «двойная диагностика» свидетельствует не только об их клинической специфике, но и об актуальности соответствующей категории больных как в психиатрической, так и в общей медицинской практике, что и определяет необходимость междисциплинарного подхода при организации медицинской помощи в этих случаях. Больные с функциональными соматическими синдромами, обращающиеся за медицинской помощью обычно к врачам-клиницистам, составляют до 30% больных терапевтического стационара. Опыт свидетельствует, что именно в рамках диагноза различных функциональных соматических синдромов («неврозов органов») квалифицируют большинство наблюдаемых у пациентов общей терапевтической практики психопатологических состояний. Эти психические расстройства представляют собой соматизированные эквиваленты различных по происхождению психических расстройств; а функциональные синдромы можно рассматривать как типовые клинические модели коморбидных психических расстройств (невротических, личностных, аффективных) (Иванов С.В., 2002).

Часто при заболеваниях желудочно-кишечного тракта наблюдается СРК — функциональное гастроинтестинальное расстройство, проявляющееся, согласно Римским согласительным критериям (1999, 2006), болями и дискомфортом в животе (в течение 12 нед в году), проходящим после дефекации, изменением частоты или консистенции стула. Распространенность СРК 15–20% среди населения достигает 28% среди лиц, обращающихся к гастроэнтерологу за медицинской помощью. В гастроэнтерологии основная причина этого расстройства связана с

наличием у пациента нарушений висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника.

У больных с СРК обычно наблюдают полиморфные психические расстройства: тревожные, ипохондрические, депрессивные и другие, которые значительно усложняют клиническую картину болезни, требуют дифференцированной оценки, определяют необходимость комплексного подхода при выборе врачебной тактики.

Практика свидетельствует, что наиболее часто (около 60%) соматоформная вегетативная дисфункция в виде СРК коморбидна с депрессивными расстройствами различного генеза (расстройства адаптации, депрессивный эпизод, циклотимия, дистимия). В 20% случаев эта патология связана с тревожно-фобическими расстройствами (панические атаки, социальная фобия, агорафобия). Клиническая картина СРК в этих случаях достаточно типична.

Больные отмечают у себя помимо специфических гастроэнтерологических жалоб также слабость, истощаемость, снижение активности, ощущение нехватки воздуха, боли в сердце, нарушения сна, аппетита, снижение массы тела, страх онкологического заболевания, суточные колебания настроения.

Тревожно-фобические расстройства у пациентов проявляются спонтанными приступами тревоги (панические атаки) со специфическим содержанием переживаний, усугубляющихся на фоне рецидивирующих симптомов СРК. У этих больных особенно отчетливо заболевание сочетается с «избегающим поведением» в структуре агорафобии и социальной фобии. Опасаясь возникновения внезапных позывов на дефекацию, урчания в животе, они отказываются от пользования городским транспортом, от посещения общественных мест, ограничивают круг общения.

В других случаях СРК, связанных с психическими расстройствами, последние представлены нервной анорексией, шизотипическими расстройствами. При нервной анорексии в соответствии с характером болезненных переживаний (недовольство своим внешним видом, фигурой, избыточной массой тела) у пациентов нарушается пищевое поведение. Они резко снижают объем принимаемой пищи, придерживаются особых (прежде всего — низкокалорийных) диет. С целью снижения массы тела они злоупотребляют слабительными и мочегонными препаратами, вызывают рвоту. В процессе развития основного заболевания у пациентов, как правило, формируется СРК. При этом больные преподносят симптомы СРК как исчерпывающую картину болезни, а основное заболевание (нервная анорексия) — диссимулируют.

Шизотипические расстройства, коморбидные с СРК, могут быть квалифицированы как малопрогредиентные варианты шизофрении. У пациентов с этим заболеванием также меняется пищевое поведение; формирующийся в этих случаях СРК выступает в качестве фасадного расстройства. В соответствии с доминирующими ипохондрическими расстройствами больные начинают соблюдать особые диеты, которые, в отличие от диет больных нервной анорексией, преследуют цель не столько ограничения в пище, снижения ее калорийности, сколько «оздоровления». Больные питаются исключительно растительной пищей (например, только бананами), переходят на утрированное сыроедение, «для лечения колита» употребляют в пищу несъедобные вещества (например, мел). Распространенная процедура у таких больных — «очищение» организма с помощью многократных (порой в течение одного дня) промываний кишечника.

Адекватная диагностика рассматриваемых нарушений становится проще благодаря анамнестическим сведениям (наличие в прошлом патогномоничных для шизофрении проявлений), отмеченной «необычности» пищевого поведения, наконец, возможности выявления у больных достаточно отчетливых изменений личности по шизофреническому типу.

В общей медицинской практике у пациентов с нейроциркуляторной дистонией наиболее часто наблюдают соматизированные тревожно-фобические расстройства.

Существуют два варианта тревожно-фобических расстройств, коморбидных нейроциркуляторной дистонии: невротический, депрессивный.

При невротическом варианте тревожно-фобические расстройства имеют определенные особенности манифестации, структуры, динамики, прогноза, а также курбельности заболевания. Понятие «условие манифестации» наиболее адекватно для оценки начала болезни, поскольку очень часто однозначная трактовка ее этиологии, генеза невозможна. Обращает на себя внимание отчетливая связь начала болезни с психогенией. В значительной части случаев речь идет о внезапной смерти близкого человека в связи с заболеванием сердца, либо о ятрогении: подозрение на тяжелое заболевание, ситуация обследования. Реже роль психогении играет ситуация пережитой непосредственной угрозы жизни (причем подчас необоснованной). В половине случаев у пациентов мужского пола манифесту невроза предшествует период злоупотребления алкоголем на фоне актуальной психогении, когда наблюдают фиксацию (по механизмам психогенеза) вегетативных нарушений абстинентного синдрома с развитием тревожно-фобических расстройств.

Помимо тревожно-фобических расстройств, у больных выявляют нарушения сна, тревожное ожидание панических атак, снижение трудоспособности, снижение настроения и активности вплоть до развития вторичных депрессивных расстройств. У этой группы пациентов эффективность терапии зависит от ранней диагностики, своевременного выбора адекватной модели болезни, учета преморбидных личностных особенностей пациента. Неадекватная диагностика на начальных этапах способствует хронификации болезни за счет формирования симптомов избегания (агорафобии) ряда ситуаций, усугубления личностных расстройств, ипохондрии, значительно снижающих адаптацию больных.

Соматоформные расстройства в современных классификациях представлены отдельной диагностической категорией.

В психиатрии давно известны такие соматоформные невротические симптомы, как конверсионные (истерические) расстройства в чувствительной и двигательной сфере, астенические, тревожные. Как было установлено в ряде исследований, невротические расстройства на современном этапе проявляются преимущественно соматизированными феноменами. Такая «соматизация» психических расстройств, по мнению Z. Lipowsky (1988), — сложное явление и огромная медицинская, социальная и экономическая проблема. Соматизация была определена как выражение психологического дистресса через физические симптомы. В современных классификациях психических расстройств категория соматизированных и соматоформных расстройств была выделена при исследовании истерии (DSM-III-R¹). Затем в МКБ-10 были разделены диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства. Вместе с тем в клинической практике соматизированные и соматоформные расстройства нередко отражают клинику истерии. В частности, при обследовании с помощью структурированного интервью были выделены десять групп клинических проявлений, составляющих синдром Брике (Guze S.B., Cloninger C.R., Martin R.L., Clayton P.J., 1986):

- головная боль, слабость;
- слепота, паралич, анестезия, афония, припадки или судороги, нарушения сознания, амнезия, глухота, задержка мочи, нарушения походки;
- утомляемость, ком в горле, обмороки, неясность визуального восприятия, слабость, дизурия;

¹ DSM — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

- трудности дыхания, тахикардия, приступы тревоги, боли в груди, головкружения;
- анорексия, потеря массы тела, заметные колебания массы тела, тошнота, вздутие живота (урчание), непереносимость некоторых видов пищи, понос, запор;
- боли в животе, рвота;
- дисменорея, нерегулярность менструаций, аменорея, внезапные кровотечения;
- сексуальная индифферентность, фригидность, диспареуния, другие сексуальные расстройства, рвота в течение девяти месяцев беременности;
- боли в спине, боли в суставах, жгучие боли в половых органах, во рту, в прямой кишке, другие боли;
- нервозность, депрессия чувств, страхи, потребность оставить работу или неспособность регулярно выполнять свои обязанности из-за слабости, слезливости, ощущение безнадежности, мысли о смерти как об избавлении, желание смерти, суицидальные мысли и попытки.

Диагноз синдрома Брике (соматизированного расстройства) может быть установлен при наличии не менее 25 симптомов из 9–10 групп, причем эти симптомы должны носить «необъяснимый» характер, т.е. не подтверждаться объективными результатами обследования. Это расстройство наблюдают преимущественно у женщин до 35 лет. Его отличают хроническое или рекуррентное течение, сложная и драматическая история болезни. Синдром Брике встречают в клинической картине истерического невроза, личностных расстройств, циклотимии, шизофрении.

Главный признак соматоформных расстройств — повторяющиеся физические симптомы при отсутствии соматической основы для их возникновения. Если такая основа может быть выявлена, то она не объясняет природу и выраженность симптоматики, дистресса и озабоченности больного, его стремления к дополнительным обследованиям. Распространенность соматоформных расстройств в общей медицинской практике составляет от 5,2% в стационаре до 30% в амбулатории (Каплан Г., Сэдок Б., 1999). Однако фактически эти расстройства встречают значительно чаще в силу их коморбидности тревожным, ипохондрическим и депрессивным синдромам.

Один из наиболее актуальных вариантов соматоформных расстройств — устойчивое соматоформное болевое расстройство.

Среди первично поступающих в психиатрические учреждения доля пациентов с хроническими болевыми нарушениями достигает 40%. D.Blumer, M. Heibronn (1982) говорят о «болевом» варианте депрессивного расстройства. В общей практике наиболее часто болевые расстройства представлены в виде головных болей, невралгий различной локализации, фибромиалгий, болей в спине и животе (Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988). E. Walker и соавт. (1996) посредством диагностической лапароскопии определили отсутствие органической патологии у 52% больных с хроническими болями в области малого таза. М.М. Ohayon с соавт. (2003) установили, что хронический болевой синдром (боль в суставах, конечностях, боль в спине, головная боль, гастроинтестинальные расстройства) часто связан с депрессивным расстройством (авторы использовали логистическую регрессионную модель) и увеличивает продолжительность депрессии. Авторы подчеркивают, что больные, обращающиеся к врачу с жалобами на хронический болевой синдром, должны быть тщательно обследованы на возможность наличия депрессии. M. Von Kroff и G. Simon (1996) рассматривали боль как ключевое связующее звено в случаях коморбидности соматических и депрессивных расстройств. Они выявили, что боль отчетливо связана как с тревогой, так и с депрессией; диффузная боль тесно связана с депрессией и снижает активность пациентов; хро-

ническая боль предшествует началу большой депрессии. Существует несколько предположительных объяснений частого сочетания этих явлений:

- хроническая боль — причина депрессии;
- пациенты с депрессией, особенно при длительности ее свыше года, более склонны к восприятию боли;
- хроническая боль и депрессия опосредованно связаны промежуточными факторами.

Распространенность конверсионных расстройств в общей медицинской практике составляет 2–20% в зависимости от контингента пациентов. Результаты многочисленных исследований клинических проявлений истерии свидетельствуют о тенденции отчетливого их видоизменения, в частности в форме нарастающего преобладания соматизированных эквивалентов. Поэтому в МКБ-10 висцеральные конверсионные расстройства отнесены в раздел соматизированных и соматоформных расстройств.

У пациентов общей медицинской практики наблюдают как единичные конверсионные расстройства в форме двигательных и чувствительных нарушений, так и сложные синдромы, в структуре которых конверсионные расстройства коморбидны тревожным, ипохондрическим, депрессивным состояниям. Встречают и истерические личностные расстройства: особое демонстративное поведение, стремление преувеличить степень своего заболевания и таким образом разрешить сложившуюся конфликтную ситуацию. Конверсионные расстройства в виде необъяснимой тошноты, рвоты, отрыжки, спазмов и комка в горле весьма характерны для пациентов гастроэнтерологической практики, которым устанавливают диагноз функциональной диспепсии. Конверсионные расстройства сопровождают и хронические соматические заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, проявляясь приступами немотивированной одышки, синдромом гипервентиляции, кардиалгиями, драматизацией состояния с демонстративными шаржированными личностными реакциями, манипулятивным поведением.

Особую актуальность в общей медицинской практике имеют ипохондрические расстройства (с учетом их феноменологии). Их выявляют примерно у 10% пациентов. В МКБ-10 эти расстройства отнесены в раздел соматоформных. Характерная особенность невротических расстройств у пациентов в общей медицинской практике — их отчетливый полиморфизм (сочетание у одного больного тревожных, соматоформных, ипохондрических расстройств), коморбидность с личностными расстройствами. Депрессивные расстройства протекают, как правило, на неглубоком (циклотимическом) уровне, в их структуре также широко представлены неврозоподобные расстройства. Дифференциальная диагностика соматизированных психических расстройств чрезвычайно сложна. С одной стороны, их необходимо разграничивать с соматической патологией, с другой — значительные трудности возникают при оценке клинико-патогенетических параметров патологии (расстройства психогенные, невротические, личностные, неврозоподобные). Результаты такой оценки определяют лечебно-реабилитационную тактику врача.

Ипохондрические переживания в большей или меньшей степени представлены в структуре практически любого психического расстройства, диагностируемого у пациентов общей медицинской практики. Преувеличенные опасения за свое здоровье, чрезмерная фиксация на имеющихся симптомах соматического заболевания (истинных или мнимых), стремление к обследованиям, противопоставление собственных представлений о природе имеющихся расстройств результатам объективных обследований — все это далеко не полный перечень симптомов ипохондрии.

При внешнем сходстве ипохондрических расстройств они могут быть дифференцированы в зависимости от их генеза (Консторум С.И. и др., 1935; Леонгард К., 1981; Смулевич А.Б., 1997; и др.):

- психогенные и конституциональные ипохондрические реакции (на фоне соматических заболеваний и психогений);
- навязчивые состояния ипохондрического содержания при неврозах (ипохондрические фобии, панические расстройства);
- ипохондрические состояния при хронических психических расстройствах, в частности при депрессии, малопрогредиентной шизофрении.

Психогенные ипохондрические реакции наблюдают у пациентов с истинными соматическими заболеваниями в форме ипохондрических нозогенных реакций, определяющих внутреннюю картину болезни. Известно, что легкость возникновения таких реакций зависит от предрасположенности к подобного типа реагированию. Описаны личности с так называемой соматопсихической акцентуацией, которых отличает особая мнительность в отношении собственного здоровья. В одних случаях подобная акцентуация проявляется соматопатией, под которой понимают астенический личностный склад со склонностью к патологическим ощущениям и ипохондрическим самонаблюдениям; в других — соматотонией, свойственной стеничным экспансивным личностям со стремлением к физическому совершенству, оздоровлению. Легко возникают ипохондрические расстройства и у тревожно-мнительных личностей, у которых эти расстройства носят навязчивый характер, нередко оформляются по типу панических атак (как правило, кардиофобий, нейроциркуляторных дистоний).

При малопрогредиентной шизофрении описана небредовая ипохондрия, которая формируется как вторичное расстройство на фоне патологических ощущений (алгий, сенестопатий), подробно описанная И.С. Консторумом, Э.Г. Окуновой и С.Ю. Борзак (1935) и детально разработанная А.Б. Смулевичем и его учениками — Э.Б. Дубницкой, А.С. Аведисовой, А.М. Басовым и др. (1979–1987 гг.). Выделяют следующие ее клинические варианты: истерическая ипохондрия, навязчивая ипохондрия, сенестоипохондрия с синдромом сверхценной одержимости.

При малопрогредиентной шизофрении ипохондрические расстройства нередко носят пароксизмальный характер. В отличие от панических атак эти расстройства могут длиться часами. Необычная острота и мучительность патологических ощущений в период приступов обуславливают выраженную фиксацию на них пациентов. Они годами лечатся у психиатров с диагнозом «диэнцефальный синдром неясной этиологии», «вегетососудистая дистония» и т.п. Для клинической картины этих приступов характерно усиление имеющихся аффективных расстройств (страх, тревога, тоска), вегетативных нарушений (озноб, тремор, сердцебиения), идеаторных расстройств (растерянность, нарушение восприятия и осмысления окружающего, ментизм). Несколько позже в клинической картине болезни выявляют деперсонализационные и дереализационные расстройства с мучительными ощущениями собственной измененности.

Пациенты с ипохондрическими расстройствами хорошо известны врачам общей практики, хирургам, гинекологам, косметологам, поскольку именно они составляют контингент так называемых трудных больных, мигрирующих от специалиста к специалисту в поисках «правильного диагноза», необоснованно настаивающих на новых (подчас инвазивных) обследованиях, операциях. В этих случаях при отсутствии объективных предпосылок для диагностики какого-либо соматического заболевания и сохраняющихся установок пациента на обследование и лечение диагностическая практика приобретает своего рода компромиссный характер за счет таких диагнозов, как нейроциркуляторная дистония, СРК, функциональная диспепсия и др.

Квалификация состояния у таких пациентов предполагает, прежде всего, диагностику ипохондрии как таковой с определением ее клинического варианта, преобладающих механизмов формирования. Практика показывает, что усилия по адекватной диагностике и определению лечебной тактики в этих случаях обычно малоэффективны без участия консультанта-психиатра. Игнорирование этого обстоятельства может привести к врачебным ошибкам, необоснованным затратам на обследование и лечение, к упущенным терапевтическим возможностям.

С конца прошлого века проблемой депрессии помимо психиатров стали активно заниматься и врачи самых разнообразных специальностей; высокие показатели частоты депрессивных расстройств у пациентов были выявлены в различных областях медицины. Об актуальности депрессии у пациентов общей медицинской практики можно судить по следующим данным.

- Крупнейшие международные исследования, проведенные в 14 медицинских учреждениях общего профиля в 12 странах, показали, что распространенность этой патологии у больных, обращающихся к врачу общей практики, составляет более 10%, а у больных, страдающих соматическими заболеваниями, 22–33% (в частности, у 33–40% больных раком, у 47% больных, перенесших инсульт, и у 45% больных, перенесших ИМ). По итоговым оценкам, доля депрессий у больных, обращающихся за помощью в общемедицинские учреждения как амбулаторной, так и госпитальной сети, составляет до 22–33%.

Согласно результатам масштабного клинико-эпидемиологического исследования депрессии в практике врачей общего профиля КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля) (РФ, 2002 г.), у 22% больных были выявлены расстройства депрессивного спектра, а у 24% больных — выраженные депрессивные расстройства.

Общепризнаны и следующие факты (Руководство по оценке психических расстройств в общей медицинской практике; PRIME-MD):

- только в 10–30% случаев депрессивные расстройства как таковые распознают врачи общей практики;
- лишь 50% больных с диагнозом большого депрессивного эпизода получают адекватную терапию;
- 60% больных с депрессией остаются вне поля зрения психиатров, а 70% лечатся недостаточно активно.

К сказанному следует добавить, что актуальность депрессии в общей медицинской практике определяет и значительное сходство ее клинических проявлений с симптомами соматических заболеваний, поскольку первые признаки депрессии — измененное общее самочувствие, трудно объяснимые, массивные неприятные телесные ощущения. При обосновании основного психопатологического расстройства, определяющего формирование депрессивного синдрома, А.К. Ануфриев (1979) выделял соматопсихическую деперсонализацию. Это сложное психопатологическое расстройство выражается в патологических, труднообъяснимых, необычных ощущениях собственной измененности; в основе расстройства — патология общего чувства как общая патологическая платформа аффективных и соматопсихических расстройств.

Этот психопатологический синдром наиболее наглядно представлен в тех случаях, когда речь идет о «соматических масках» депрессии. Поэтому предпосылка успешного лечения депрессии у пациентов общей медицинской практики — ее адекватная феноменологическая и нозологическая диагностика. Распознавание депрессии в ряде случаев осложнено и диссимулятивными либо анозогнозическими

ми тенденциями самих пациентов, их установками на «признание» соматической природы их страдания, отвержением возможности «дискредитирующего» психиатрического диагноза. Вопрос о неглубоких депрессивных состояниях изложен в отечественной психиатрии Ю.В. Каннабихом, который выделил шесть вариантов неглубоких депрессий (циклотимий): гипотимическая; астеническая; апатическая; психастеническая; ипохондрическая; циклотимия в сочетании с дипсоманией.

В современной психиатрии клинике легких депрессий уделяют особое внимание в связи с необходимостью уточнения критериев отграничения биполярного аффективного расстройства (БАР) от неврозов и психогений, соматогенных психозов и личностных расстройств, где атипичные варианты депрессии (ипохондрической, вегетативной, невротической, «депрессии без депрессии») занимают ведущее место в клинической картине.

У пациентов общей медицинской практики, в соответствии со структурой депрессивного расстройства, можно выделить три чаще других наблюдаемых варианта, различающихся основными проблемами диагностики: маскированная депрессия; соматизированная депрессия; депрессия, коморбидная с верифицированным соматическим заболеванием.

В случаях маскированной депрессии состояние пациентов определяет соматовегетативный симптомокомплекс, собственно же депрессивные расстройства — неочевидны, их выявляют при прицельном исследовании лишь по косвенным признакам. Для диагностики депрессии в этих случаях имеет значение тщательный анализ анамнестических данных. Важно выявить периодичность и фазность течения, внезапность возникновения и редукции соматовегетативных расстройств, сезонность, суточные колебания выраженности, полиморфизм симптоматики, возможность смены у одного и того же пациента жалоб в соответствии с меняющимися функциональными расстройствами и др.

Другой часто встречающийся вариант депрессии — соматизированная депрессия. В этих случаях наряду с выраженными соматовегетативными расстройствами, имитирующими соматическую патологию, в клинической картине болезни выявляют и стержневые аффективные расстройства: отчетливое снижение настроения, активности, заторможенность в сочетании с расстройствами сна, суточными сменами настроения.

Существует и категория больных, у которых депрессия сочетается с соматическим заболеванием (коморбидные депрессивные и соматические расстройства). Клиническая картина аффективного расстройства в этих случаях зависит от симптомов основного соматического заболевания: больные как бы повторяют жалобы, ощущения, их представления о внешних проявлениях соматического заболевания, по поводу которого они уже длительно лечились. Симптомы основного заболевания при этом утяжеляют симптомы депрессии, что определяет особенную его клиническую картину: несоответствие субъективного тяжелого состояния пациента объективно выявляемой соматической патологии и незначительную эффективность его терапии. Для практической диагностики таких пациентов важно учитывать феномен «воспроизведения» в картине депрессии симптомов соматической болезни, даже в состоянии ремиссии.

Специфичны и особенности соматических расстройств у пациентов с выделенными вариантами депрессий. Их учет предоставляет психиатру в соматической клинике дополнительные диагностические возможности. При этом основное значение приобретает оценка выявляемых или функциональных, или органических соматических расстройств.

Констатация функционального характера соматических расстройств у пациентов с маскированной и соматизированной депрессией позволяет отвергнуть

следующие диагнозы: гипертоническая болезнь; стенокардия; хронический или острый панкреатит; хронический или острый гастрит; неспецифический язвенный колит и др.

В случаях же коморбидных депрессивных и соматических заболеваний соматическая патология носит органический характер. Для адекватной оценки состояния важна степень компенсации этой патологии. В подобных ситуациях врачу-интернисту и психиатру целесообразно курировать пациента совместно.

С учетом частоты депрессивных расстройств в клинике внутренних болезней необходимо, чтобы врач любой специальности умел их диагностировать. Уместно отметить, что существует и такая крайняя точка зрения, что в силу распространенности депрессии ее диагностика должна быть столь же привычной для практического врача, как диагностика ИМ либо фарингита. Соответственно, можно сделать вывод, что пациенты с депрессивными расстройствами вероятнее всего будут выявляться и лечиться врачом общей практики, но не психиатром. При всей спорности такого утверждения очевиден тот факт, что депрессия как актуальное расстройство становится объектом диагностики и лечения «врачами-непсихиатрами», поэтому систематическая оценка вероятного депрессивного расстройства у пациента должна быть неотъемлемой составляющей повседневной деятельности врача общей медицинской практики.

Диагностические трудности в этом случае могут быть обусловлены следующими причинами:

- значительное сходство симптоматики депрессии и ряда соматических заболеваний;
- возможность сосуществования депрессии и соматического заболевания;
- недостаточная осведомленность врачей общей практики об основах психопатологического анализа;
- дефицит времени у врача общей практики, не позволяющий «отвлечься» от основного обследования.

Указанные трудности усугубляют и специфические этико-правовые проблемы, которые при диагностике психического расстройства во внепсихиатрической практике выступают особенно остро. Врач-интернист не всегда готов к адекватному их разрешению, а это не способствует его инициативе самостоятельно диагностировать психические расстройства.

Таким образом, при диагностике депрессий в общей медицинской практике основные трудности заключены, прежде всего, в диагностике собственно аффективных нарушений. Опыт показывает, что при распознавании депрессии (и для исключения актуальной соматической патологии) необходимо обратить внимание на следующие клинические факты:

- отсутствие объективных признаков соматического заболевания либо несоответствие тяжелых субъективных ощущений больного объективно выявляемой соматической патологии;
- несоответствие соматовегетативного «фасада» клинической картине соматического заболевания даже с учетом индивидуальной вариабельности его проявлений;
- миграция симптомов соматического страдания (смена жалоб от одной органной системы к другой);
- наличие устойчивых патогенетически необоснованных вариантов сочетания соматовегетативных симптомов разных функциональных систем;
- специфический медицинский анамнез с неопределенностью диагностики соматического страдания («дисфония», «дисфункция» и др.) — не подтвержденным объективными методами диагнозом соматического заболевания,

настойчивым обращением за медицинской помощью, несмотря на очевидное отсутствие результатов лечения, неэффективностью соматической терапии;

- подчиненность самочувствия суточному ритму с улучшением вечером, реже утром;
- периодичность (сезонность) манифестации болезненной симптоматики, ремиттирующее течение, спонтанность возникновения и исчезновения приступов заболевания;
- наличие ПМС;
- стойкие нарушения сна;
- улучшение состояния на фоне приема антидепрессантов.

Кроме того, важны следующие анамнестические данные:

- наличие стрессовой ситуации (потеря члена семьи, миграция, потеря работы и др.);
- наличие тяжелого соматического заболевания;
- ранняя инвалидизация;
- ранний уход с работы в связи с плохим самочувствием;
- преходящие периоды плохого самочувствия без верифицированной соматической патологии.

При установлении подобных сведений эффективной диагностике депрессии способствуют и хорошо зарекомендовавшие себя инструменты скрининга и оценки выраженности депрессивных расстройств. Наиболее известные из них: шкала Цунга, опросник Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Эти шкалы эффективны, просты в использовании и не требуют какой-либо специальной подготовки исследователя.

Дифференцированная оценка возможных психосоматических соотношений имеет значение не только для диагностики, определения приоритетной модели болезни, но и для организации медицинской помощи данному контингенту больных. При выявлении симптоматических соотношений алгоритм оказания медицинской помощи состоит в терапии соматического заболевания и коррекции имеющихся симптомов психической дезадаптации. При соматизированных психических расстройствах целесообразно сначала решить вопрос о возможности лечить пациента с актуальной психической патологией в учреждении общей практики (поликлиника-стационар) либо констатировать необходимость его лечения в специализированном медицинском учреждении. При сочетании соматического и психического заболевания очень важно взаимопонимание специалистов (врачей общей практики и психиатров) относительно оценки модели болезни (соматической, психической) — приоритет специалиста в лечебном процессе. Понятно, что без подобного взаимопонимания работа психиатра во внепсихиатрическом медицинском учреждении в принципе невозможна.

В настоящее время происходит интеграция психиатрической помощи в общую медицину. Эта тенденция развития психиатрии была предсказана в 1962 г. О.В. Кербиковым, который одно из основных направлений развития психиатрии определял как «...сближение психиатрии с соматической медициной и выход психиатрии за стены психиатрических больниц, приближение ее к запросам жизни...». В условиях общемедицинской сети для практического внедрения оптимальна модель интегрированной медицины, предусматривающая в рамках организации психиатрической службы активное привлечение к диагностической и лечебной работе врачей разных специальностей. Использование такой модели создает благоприятные условия для выявления и лечения психических расстройств благодаря достижению тесного взаимодействия, преемственности, междисциплинарного сотрудничества в оказании медицинской помощи. При этом врач-психиатр не только выступает в качестве консультанта при оценке психического здоровья

пациента, возможности осуществления его лечения в соматическом стационаре, но и осуществляет важный «синтетический» подход, с учетом выявленных психосоматических соотношений определяя перспективный алгоритм лечения в пределах своей компетенции. Такую модель используют в нашей стране в работе территориальных поликлиник, многопрофильных больниц. Большой практический и научный опыт по осуществлению психиатрии консультирования-взаимодействия накоплен в Санкт-Петербурге (Лебедев Б.А., 1981).

При оказании лечебно-консультативной помощи пациентам с психическими расстройствами в терапевтическом стационаре необходимо четко представлять показания для назначения консультации психиатра, например:

- несоответствие характера и тяжести субъективных жалоб пациента результатам объективного исследования;
- несоответствие динамики соматического заболевания в процессе клинически обоснованной его терапии;
- особенности поведения пациента в контексте его оценки собственного состояния (игнорирование режима обследования и лечения либо необоснованная активность, «охваченность» болезнью).

Консультация психиатра должна рассматриваться, как всякая другая, в процессе диагностического поиска. Вместе с тем в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от пациента необходимо получить информированное согласие на такую консультацию. Результаты осмотра фиксируют в истории болезни. Эта информация должна быть понятна для врача общей практики. Диагноз предпочтительнее формулировать на синдромальном уровне в соответствии с критериями МКБ-10, избегая преждевременных диагностических суждений, особенно в случаях, когда предполагают тяжелое заболевание (с учетом социальных последствий). Столь же осмотрительно следует подходить к вопросу вынесения результатов психиатрической оценки в окончательный медицинский диагноз.

Указанные деонтологические соображения в связи с высокой вероятностью «маркирования» пациента психическим расстройством остаются актуальными в любой диагностической ситуации. Однако две из них должны быть оговорены отдельно.

Когда психиатр констатирует у пациента терапевтической клиники острое психотическое расстройство, а также наличие показаний для осуществления недобровольных мер психиатрической помощи, в соответствии со ст. 23 и 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ему необходимо завершить процедуру организации такой помощи в необходимом объеме. Учитывая возможные юридические проблемы в процессе оформления юридических актов (завещание, сделки, дарение и др.), исчерпывающая, убедительная оценка психического состояния, особенно при наличии преходящих психотических расстройств, признаков интеллектуального снижения, обязательна у больных пожилого возраста, в послеоперационном периоде, в случаях неопределенного прогноза.

Вторая диагностическая ситуация — необходимость достижения преемственности медицинской (в данном случае, психиатрической) информации, значимой для осуществления лечебно-реабилитационных программ, например после выписки из стационара. Речь идет о рекуррентных психических расстройствах, когда их обострение коррелирует с ухудшением общего соматического состояния пациентов; о соматизированных психических расстройствах, имитирующих соматическую патологию. Следует помнить, что такого рода информация также может

приобретать характер «маркирующей», если у врача общей практики формируется установка на игнорирование реальных соматических проблем пациента.

В заключение следует напомнить известный факт о высокой вероятности ятрогенного влияния не только в случаях необоснованной переоценки результатов параклинических обследований, но и при объяснении пациенту результатов психиатрической консультации. Это объяснение должно быть исчерпывающим (если нет на то противопоказаний по психическому состоянию пациента); оно должно быть построено на принципах рациональной психотерапии с использованием конкретных рекомендаций по реабилитации и лечению; предполагать возможность обращения пациента за помощью к психиатру в дальнейшем. Определение этой необходимости остается, прежде всего, за пациентом.

Общие признаки психосоматических расстройств включают хроническое течение и недостаточную эффективность традиционных методов лечения соматической патологии, положительный эффект при применении ПФТ и психотерапии. Диагностику затрудняют преобладание соматических жалоб над психологическими, «психологизация» клинических явлений, патоморфоз в виде значительного числа стертых, атипичных проявлений.

Основным принципом лечения сочетанных психических и соматических расстройств является междисциплинарный интегративный подход. Показаниями для лечения в общей медицинской практике служат легкие и умеренно выраженные расстройства аффективного спектра без психотических включений, в частности соматизированные. Противопоказаниями являются: психические расстройства психотического уровня; терапевтически резистентные психические расстройства; сопутствующее злоупотребление алкоголем, ПАВ; суицидальные попытки в анамнезе. Допускаются амбулаторные условия проведения терапии. До начала лечения необходимы консультации и заключения терапевта и, при необходимости, невролога и эндокринолога для исключения связи симптомов с соматоневрологической патологией.

Оптимизация терапии заключается в приоритете безопасности (минимизации побочных явлений). Проводится индивидуализированная ПФТ препаратами первого ряда, рекомендованными к применению в психосоматике, в сочетании с различными методами психотерапии. Критериями препаратов первого ряда для применения в общей медицине являются: простота схемы лечения, минимальная поведенческая токсичность, минимальное соматотропное влияние, быстрота терапевтического эффекта, минимальный риск при передозировке, высокая избирательность действия, отсутствие аддитивного потенциала. Низкая потребность в средствах с мощным психотропным действием дает возможность применения психотропных средств с минимальными побочными эффектами и низким потенциалом лекарственных интеракций. Применяются терапевтические/субтерапевтические стартовые дозы с постепенной титрацией в зависимости от индивидуальной эффективности и переносимости. Выбор психотропных средств определяется выраженностью психопатологии. При психопатологически завершенных формах выбор психотропных средств определяется структурой синдрома. Во многих случаях показана длительная и непрерывная терапия с учетом хронической стрессовой ситуации и полиморфизма триггерных факторов.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 707 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // Психиатрия и психофармакол. 2002. № 1. С. 4–7.