

*МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ  
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА  
ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ*

*II СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ И НАРКОЛОГОВ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ*

*13-14 декабря 2001 г.  
г.Гродно*

*МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА*

*Гродно  
2001*

*Ответственный редактор:* Р.А. Евсегнеев

*Редакционная коллегия:* А.А. Головач, С.А. Игумнов,  
В.А. Карпюк, Е.Г. Королева,  
Е.В. Ласый, В.П. Максимчук,  
П.В. Рынков, С.Г. Обухов,  
В.И. Савченко, Е.И. Скугаревская

*Фирмы-спонсоры:*

*Генеральный спонсор – Янссен-Силаг*

**СПОНСОРЫ: ГРИНДЕКС, ПФАЙЗЕР, САН, САНОФИ,  
ФАРМАКАР, ФАРМАЦИЯ НВ.СА, ЦИЭХ**

## ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРА

*Настоящий сборник содержит тезисы докладов и другие материалы Второго съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь.*

*Состояние психиатрической науки и практики в нашей стране сегодня характеризуется глубокими переменами в самых разных областях – переходом на новую Международную классификацию болезней 10-го пересмотра, изменением нормативной базы, внедрением принятых в мире стандартов лечения и диагностики психических расстройств, накоплением опыта практического использования Закона Республики Беларусь “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, изменением форм оказания помощи и приближением ее к запросам потребителей, ее децентрализацией и гуманизацией, изменениями в системе обучения и подготовки кадров, расширением международных связей белорусской психиатрии и т.д.*

*Происходит изменение социальной роли психиатра и нарколога, постепенно (пусть и не так быстро, как этого бы хотелось) меняется отношение к представителям этой профессии в населении. В обществе постепенно растет осознание огромной социально-экономической значимости психического здоровья как для государства в целом, так и для каждого отдельного человека.*

*В корне изменились экономические условия деятельности психиатрических и наркологических учреждений, возникли негосударственные (альтернативные) формы помощи. Изменившиеся условия финансирования потребовали пересмотра многих устоявшихся взглядов на методы лечения и формы организации помощи с точки зрения их экономической целесообразности. Все это ставит перед психиатрическими службами нашей страны ряд новых задач, с которыми они ранее не сталкивались.*

*При составлении данного сборника мы стремились к тому, чтобы в нем нашли отражение все эти процессы и все многообразие точек зрения специалистов – практических врачей, организаторов здравоохранения, научных работников, преподавателей, психологов и других о том, какой должна стать психиатрия нашей страны в ближайшие годы и что нам предстоит для этого сделать.*

*Проф. Р.А. Евсегнеев,  
Председатель Правления  
Белорусской психиатрической ассоциации*

# **I. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Т.П. Балашова, С.Е. Славенко**

*Витебский областной психоневрологический диспансер, г. Витебск.*

*Статистические данные прошлых лет (1990-95г.г.) характеризуют Витебскую область как регион со сравнительно высокими эпидемиологическими показателями заболеваемости и болезненности шизофренией в популяции, формируя мнение об эндемичности области по данному заболеванию. Вместе с тем, проведенный нами анализ показателей заболеваемости последних лет свидетельствует о значительном (более чем в 2,5 раза), последовательном их снижении: с 28,1 на 100 тыс. населения в 1995 г. (при выраженных расхождениях показателей по районам области) до 11,2 случаев на 100 тысяч населения в 1999 г. Характерно, что регресс показателей заболеваемости происходил при сравнительно небольших изменениях показателей болезненности. В данный период времени Витебским областным психоневрологическим диспансером как учреждением, осуществляющим организационно-методическую помощь психиатрическим учреждениям области, совместно с кафедрой психиатрии ВГМУ, проводилась активная работа по стандартизации лечебно-диагностических подходов, постепенному переходу на диагностические критерии МКБ-10. Показательна также корреляция получаемых данных с результатами проведенного в 90-е годы Национальным институтом психического здоровья США Эпидемиологического Районного Исследования (ЭРИ), выявившего значительные расхождения показателей заболеваемости при использовании стандартной т.н. "широкой" диагностики (24 случая на 100 тыс. населения) и диагностической методики, основанной на критериях "Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам", близкого к МКБ-10 (выявившего 7-17 случаев на 100 тыс. населения).*

*Выводы: 1). Реальные показатели заболеваемости шизофренией среди населения в настоящее время в Витебской области коррелируют со среднереспубликанскими и общемировыми. 2). Необходимо дальнейшее внедрение в психиатрическую практику единых критериев и ограничений МКБ-10 для диагностики психических расстройств.*

## **МНЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КАК ОДИН ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

**С.В. Давидовский**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

*В последнее время при оценке качества медицинского обслуживания все большее значение стали приобретать субъективные показатели - в частности, удовлетворенность потребителей помощью, которую они получают. Для изучения данного показателя было проведено клинико-социологическое исследование 276 человек, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре, дневном стационаре, а также посещающих психоневрологический диспансер.*

*Пациенты, участвующие в опросе отметили, что они в основном удовлетворены оказанной им помощью (252 или 93,7%, из них 157 или 56,9% отметили, что полностью удовлетворены оказанной помощью и 95 или 36,8% - частично). Полученные данные не зависели от типа лечебного учреждения ( $p < 0,05$ ). Из положительных моментов лечения пациенты, полностью удовлетворенные психиатрической помощью, в первую очередь отмечали качество проводимого лечения. Из отрицательных моментов лечения пациенты, независимо от типа лечебного учреждения отметили наличие ограничительного режима и плохое отношение со стороны медицинского персонала ( $p < 0,05$ ). Чем больше была степень удовлетворенности психиатрической помощью, тем реже пациенты отмечали проявление отрицательных моментов со стороны медицинского персонала. Не было выявлено зависимости между степенью удовлетворенности психиатрической помощью и текущими социально-бытовыми условиями. Пациенты отметили, что их устраивает диспансерное наблюдение, в то же время они отметили недостаточную правовую и информационную поддержку.*

**ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ  
ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**А.Т. Зорко, А.М. Ткачук, В.А. Кабанов**

*Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Минск*

*С 1994 г. численность постоянного населения страны сократилась на 329 тыс. человек и на начало 2001 г. оказалась менее 10 млн. Количество детей уменьшилось на 491 тыс., а подростков и пожилых людей в возрасте 60 лет и старше – наоборот, увеличилось на 59 тыс. и 120 тыс. соответственно. На 1.01.2001 г. пожилых людей было на 85 тыс. больше, чем детей.*

*На таком демографическом фоне росла первичная психическая заболеваемость населения с апогеем в 1998 г. – 41,5 тыс. заболевших (без зависимостей от психоактивных веществ). С 1999 г. заболеваемость стала снижаться и в 2000 г. составила 37,6 тыс. чел. или 375,7 на 100 тыс. населения. Тем не менее, она превысила уровень 1994 г. в целом на 26%, а по детям и подросткам – на 34% и 42% соответственно. В ее структуре преобладали психические расстройства не психотического характера – 74-76%, психозы встречались в 16-18%, а умственная отсталость – в 7-8%, удельный вес психозов и слабоумия старческого возраста увеличился с 5% до 6%.*

*В 2000 г. в ЛПУ зарегистрировано 244,5 тыс. больных психическими расстройствами (1994 г. – 216,8), в том числе 55,6 тыс. детей (1994 г. – 48,7) и 17,7 тыс. подростков (1994 г. – 13,9).*

*Число пациентов, получающих консультативно-лечебную помощь, увеличилось с 47,5 тыс. в 1994 г. до 78,9 тыс. в 2000 г., а находящихся на диспансерном учете уменьшилось со 139,8 тыс. до 128,4 тыс. Удельный вес диспансерной группы в контингентах наблюдаемых у психиатров больных снизился с 74,7% в 1994 г. до 62% в 2000 г. Под диспансерным и консультативным наблюдением в ЛПУ на конец 2000 г. находилось 207,3 тыс. пациентов (1994 г. – 187,3), из них детей – 44,1 тыс. (1994 г. – 40 тыс.), подростков – 15,2 тыс. (1994 г. – 13,1).*

*Как и прежде, 30% наблюдаемых больных в течение года получили помощь в психиатрических стационарах. Средняя продолжительность госпитализации по выбывшим больным уменьшилась с 65,5 дня в 1994 г. до 52,4 дня в 2000 г. За год было госпитализировано 61,1 тыс. чел. (1994 г. – 53,5 тыс.), из них повторно – 14% (1994 г. – 9%).*

*Выход на инвалидность был стабильным до 1997 г., а с 1998 г. стал снижаться. В 2000 г. было первично признано инвалидами 2283 чел. или 2,3 на 100 тыс. населения (1994 г. – 2981 и 2,9 соответственно). Общее число инвалидов по психическому заболеванию увеличилось с 48,6 тыс. в 1994 г. до 52,6 тыс. в 2000 г. Сокращалась их трудовая занятость. В 1994 г. на общем производстве трудилось 4,8%, в ЛПТМ – 1,1% инвалидов, а в 2000 г. – 3,6% и 0,7% соответственно.*

*В ресурсной обеспеченности психиатрической службы произошли следующие изменения. Возросло число занятых должностей психиатров с 827 в 1994 г. до 892 в 2000 г., количество психиатров – с 629 до 849, а психотерапевтов – с 65 до 116. Число психиатрических коек сократилось с 10220 в 1994 г. до 9954 в 2000 г., однако в расчете на 10 тыс. населения обеспеченность была равной 9,9 в 1994 г. и в 2000 г. Продолжало уменьшаться количество мест в ЛПТМ (1994 г. – 2975; 2000 г. – 2236). Число мест в дневных стационарах наоборот увеличилось с 736 в 1994 г. до 808 в 2000 г.*

## ДИНАМИКА УРОВНЯ СУИЦИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

**Е. В. Ласый**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

*Динамика суицидального поведения 90-х г.г. характеризуется беспрецедентным ростом уровня суицидов в ряде государств, ранее входивших в состав бывшего Советского Союза. С 1988 г. до 1994 г. в 10 из 15 бывших “союзных” республик увеличение уровня самоубийств составило в среднем 3,99 на 100 тыс. населения в год (D. Lester, 1998). Наиболее выраженной эта тенденция оказалась в странах Балтии, в России и Беларуси, где показатели уровня суицидов стали увеличиваться с 1990-1991 гг. и достигли относительно стабильных высоких значений в середине 90-х. В 1996 г. в Литве был зарегистрирован наивысший в мире уровень суицидов - 46,4 на 100 тыс. (R. Haghghat, 1997), который снизился до 41,9 к 1998 г. (R. Aranauskas, 2000). В Латвии и Эстонии в 1995 г. уровни суицидов достигли значения 39,0 (WHO, 1999). Наивысший для России показатель был отмечен в 1994 г. - 42,4; к 1998 г. он снизился до 35,4 (V. Krasnov et al., 2000).*

*Нами была изучена динамика уровня суицидов в Республике Беларусь по данным Статистического ежегодника РБ за 1985-1999 г.г. В 1985 г. уровень суицидов составил 23,0, снизился до 18,5 в 1988 г., и затем стал неравномерно увеличиваться, достигнув значения 23,6 в 1992 г. Начиная с 1991-1992 г.г. отмечалось прогрессивное увеличение показателя до 35,3 в 1996 г., что на 52% превышает уровень суицидов 1985 г. В 1996-1998 гг. уровень самоубийств колебался около значения 35,0, а в 1999 г. составил 34,0. С 1994 г. самоубийство является четвёртой по частоте причиной смерти в Беларуси после сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований и болезней органов дыхания. Таким образом, в 1994 г. Беларусь вошла в число государств, в которых показатели смертности от самоубийств достигли “сверхвысоких” значений (более 30,0). Причины этих драматических изменений, вероятно, связаны с социально-демографическими и экономическими процессами в обществе, проходившими на рубеже 80-х – 90-х г.г. Так как уровень суицидов является точным индикатором психического здоровья нации (WHO, 2000), очевидна необходимость разработки национальной программы эпидемиологических исследований и превенции суицидального поведения.*

## МОНИТОРИНГ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 1995-2000 ГОДЫ

*В.В. Лелевич, А.В. Козловский, А.Г. Виницкая, В.П. Максимчук, О.А. Яценко*

*Гродненский медицинский университет, г. Гродно*

*Проблема роста потребления наркотиков и распространения наркоманий в Беларуси продолжает быть актуальной. Особенно это заметно в тех регионах, которые непосредственно граничат с территориями Украины (Гомельская область) или Польши (Гродненская область), откуда в последние годы транзитом растет. Нами изучено изменение наркологической ситуации в Республике Беларусь и ее регионах за период 1995-2000 годы. Установлено, что число пациентов, состоящих на диспансерном и профилактическом учете в наркологических учреждениях республики увеличилось за исследуемый период в 3 раза и составило 5563 человека (55,6 в расчете на 100 тыс. населения республики). Показатель распространенности (болезненности - ПБ) нарко(токсико)маниями по сравнению с 1994 годом в расчете на 100 тыс. населения увеличился в 2,8 раза и к концу 2000 года достиг 37,9. Рост распространения наркоманий за указанный период отмечается и в отдельных регионах республики. Среди них по уровню ПБ наркоманий выделяется Гомельская - 77,9. Несколько выше среднего по республике этот показатель в Гродненской области - 38,6 и городе Минске (38,6). В остальных регионах он ниже. Сходным образом в республике и ее регионах изменяется и показатель заболеваемости наркоманиями. За исследуемый период выявление новых случаев со сформированной зависимостью от психоактивных веществ увеличилось в 2,3 раза и к концу 2000 г. достигло 9,0 в расчете на 100 тыс. населения. Наиболее высокие уровни этих показателей в Гомельской - 15,7 и Гродненской - 13,1, а также в Минской областях - 9,9, тогда как в остальных регионах - ниже.*

*Таким образом, результаты проведенного мониторинга свидетельствуют о дальнейшем росте заболеваемости и распространенности наркоманий в Республике Беларусь.*

### ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**П.В. Рынков**

*Министерство здравоохранения Республики Беларусь*

*Изменения в политической, социальной и экономической жизни, которые произошли в последнее десятилетие в постсоветском пространстве, привели к кризису в различных сферах народного хозяйства, включая здравоохранение.*

*Кризисные явления произошли и в психиатрической службе. Происходит резкое ухудшение ее ресурсной базы, снижается качество наблюдения за больными, их лечения, падает уровень выявления вновь заболевших. Изменения, происходящие на рынке труда, ведут к обнищанию многих психически больных и членов их семей.*

*В условиях дефицита бюджета, полного отсутствия на рынке отечественных препаратов различных групп, применяемых в терапии психических заболеваний и сложившейся структуры психиатрической службы, в которой преобладают стационары, дорогостоящим стало лечение и обслуживание психически больных. Нельзя не учитывать и то, что психиатрия относится к разделам медицины, характеризующимся значительной долей болезней, протекающих хронически, а также высоким уровнем инвалидизации больных.*

*Психиатрическая служба стала не в полной мере отвечать потребностям населения и современным требованиям.*



*Утрачивается преимущество в лечении в стационарных и амбулаторных условиях, что снижает эффективность терапии в целом и приводит к большим финансовым затратам. Не получили своего развития полустационарные формы лечения психических заболеваний.*

*Будучи наукоемкой и не имея отечественного научного обеспечения, практическая психиатрия увеличивает отставание в развитии от аналогичных служб высокоразвитых стран.*

*Стало необходимым усиление акцента на оказание психиатрической службой психосоциальной помощи психически больным и развитие соответствующих служб.*

*Назрела необходимость перехода на стационаророзамещающие технологии.*

*Роль первичной медицинской сети в выявлении психических расстройств и оказании необходимой помощи осталась малозначимой.*

*Очевидной стала необходимость разработки Национальной программы психического здоровья населения Беларуси с ее соответствующим финансовым обеспечением. Она должна стать долгосрочной программой реформирования психиатрической службы, отправной точкой для начала и осуществления реформ во всех сферах научной и практической психиатрии. В то же время, имея теоретическое обоснование необходимости проведения реформы службы психического здоровья, в республике не имеется возможности начать проведение практических мероприятий по ее подготовке и реализации. Этому препятствует ряд объективных причин:*

- недостаточная роль государства в формировании государственной политики в области психического здоровья;*
- сложившаяся система финансирования, которая не обеспечивает потребности психиатрической службы в необходимом объеме и приводит к оттоку бюджетных средств из службы и отрасли при переходе на стационаророзамещающие технологии;*
- отсутствие в аппарате Министерства здравоохранения Республики Беларусь отдела психического здоровья и в системе здравоохранения Научно-исследовательского Института психиатрии и наркологии.*

*Реальное позитивное решение вышеперечисленных вопросов безусловно создает предпосылки для организации законодательного, финансового и научного обеспечения планирования, подготовки и проведения реформы психиатрической службы Республики Беларусь. Очевидно, что это будет способствовать повышению статуса и авторитета Беларуси как члена Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ).*

*• отсутствие в аппарате Министерства здравоохранения Республики Беларусь отдела психического здоровья и в системе здравоохранения Научно-исследовательского Института психиатрии и наркологии.*

*Реальное позитивное решение вышеперечисленных вопросов безусловно создает предпосылки для организации законодательного, финансового и научного обеспечения планирования, подготовки и проведения реформы психиатрической службы Республики Беларусь. Очевидно, что это будет способствовать повышению статуса и авторитета Беларуси как члена Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ).*

## О НАПРАВЛЕНИЯХ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*П.В. Рынков, А.Т. Зорко, В.А. Кабанов*

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь,  
Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Минск**

*Социально-экономический кризис оказал отрицательное воздействие на демографические показатели, вызвал увеличение заболеваемости населения психическими расстройствами и зависимостями от психоактивных веществ, привел к ряду негативных явлений в положении психически больных в обществе. Он выявил значимость прежде всего социального аспекта помощи пациентам. Лица с психическими расстройствами вытесняются из сферы производства. Сокращается трудовая занятость больных-инвалидов. Уменьшается число мест в лечебно-производственных трудовых мастерских. Сужается спектр применения остаточных трудовых возможностей инвалидов по психическому заболеванию.*

*Среди населения остается высоким уровень суицидального поведения.*

*Психиатрические лечебно-профилактические учреждения продолжают функционировать в условиях хронического недофинансирования. Принимаемые меры по внедрению платных услуг ограничены, имеют недостаточное правовое обоснование.*

*Тем не менее, прошедший после I-го съезда психиатров Беларуси период характеризовался дальнейшим развитием служб психического здоровья. Это развитие продолжает осуществляться по следующим основным направлениям:*

- совершенствование законодательства и нормативно-правовой базы, регулирующей отношения между специалистами и пациентами. В 1999 г принят Закон Республики Беларусь “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”;*
- демократизация учета и расширение принципа добровольности обращения за помощью по поводу психических расстройств;*
- разработка моделей диагностики и лечения психических расстройств с учетом современных подходов к тактике ведения больных для обеспечения гарантированных стандартов качества психиатрической помощи;*
- активизация международного сотрудничества с целью адаптации зарубежного опыта лечения и реабилитации психически больных;*
- дальнейшая специализация служб психического здоровья согласно структуре заболеваемости (развитие психолого-психотерапевтической помощи, геронтопсихиатрии, сексологии, суицидологической помощи);*
- подготовка к переходу от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели оказания помощи пациентам полипрофессиональными бригадами специалистов;*
- смещение акцента в оказании психиатрической помощи со стационаров во внебольничную службу; децентрализация служб психического здоровья, внедрение их звеньев в соматические ЛПУ;*
- уход от директивных методов лечения к сотрудничеству с пациентами и их родственниками путем получения информированного согласия на применение того или иного подхода, способа, средства;*

*привлечение внимания общественности к проблемам, от решения которых зависит повышение качества жизни психически больных и инвалидов. Повышение роли ассоциаций больных, инвалидов и их родственников в решении этих проблем.*

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОДСЛЕДСТВЕННЫХ, СОВЕРШИВШИХ УБИЙСТВА

В.И. Савченко, А.Н. Чемкаев

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Минск*

*Большое число подэкспертных стражского судебно-психиатрического стационарного отделения, совершивших убийство, послужило причиной анализа наличия у них психотических нарушений. В 1999 г. из 545 подэкспертных 254 (46,4%) совершили убийство, в 2000 г. соответственно – 581 и 273 (47%). В 1999 г. было 225 мужчин и 29 (13,3%) женщин, в 2000 году – 256 и 17 (6,2%). Признаны вменяемыми в 1999 г. 219, невменяемыми 35 (13,8%), в 2000 г. – 256 и 40 (14,7%). Психически здоровыми признаны 95 (17,4%) подэкспертных в 1999 г. и 87 (15%) – в 2000 г.*

*В зависимости от характера психических расстройств и экспертного решения выявлено следующее.*

Диагноз	Вменяемые		Невменяемые	
	1999 г.	2000 г.	1999 г.	2000 г.
Умственная отсталость	19	12	5	9
Шизофрения	-	-	16	16
Алкоголизм и алкогольные психозы	21	27	1	2
Расстройство личности, в т. ч. и органическое	80	105	5	4
Реактивные психозы	-	-	8	9
Не решены	4	2	-	-

*Исследование показало, что для назначения стационарного судебно-психиатрического обследования правонарушителей, совершивших убийство, есть клинические показания. Подавляющее большинство их имеют психические расстройства, диагностическая и экспертная оценка которых возможна в условиях психиатрического стационара с учетом экспериментально-психологического обследования.*

## **II. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Е.И. Белячкова**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Минский городской психоневрологический диспансер*

*Тревожные расстройства и, в частности, паническое расстройство (ПР) являются на сегодняшний день одной из актуальнейших проблем современной медицины. Данная патология наиболее часто встречается в сфере первичной медицинской помощи, пациенты с ПР лечатся врачами-интернистами с различными соматическими диагнозами и не получают, как правило, адекватного лечения, а врачи все еще мало знают об этом расстройстве (особенно врачи общесоматической практики). Недостаточная эффективность помощи пациентам с ПР связана, кроме того, во многом с редким использованием комплексного подхода с применением как фармакологических средств, так и психотерапевтических методов, отсутствием критериев применения различных методов лечения и препаратов с учётом неоднородности данного расстройства.*

*Впервые в нашей стране было проведено изучение лиц, страдающих ПР в условиях общесоматической поликлиники и выполнена оценка эффективности различных форм терапии данной патологии по единой методике с исследованием результата в катамнезе. Нами была исследована эффективность фармакотерапии с применением монотерапии альпразоламом, трициклическими антидепрессантами (ТАД) и комбинированной терапии - фармакотерапии (альпразолам или ТАД) с одновременно проводимой психотерапией. В психотерапии использовался интегративный подход (психодинамическая терапия с использованием элементов когнитивно-бихевиоральной терапии).*

*Была исследована эффективность амбулаторной терапии ПР в целом, что позволило выделить предикторы эффективности фармако- и психотерапии; установить корреляции между уровнем алекситимии и клиническими проявлениями ПР, ответом на терапию, прогнозом для пациента; разработаны практические рекомендации по диагностике и терапии ПР для врачей всех специальностей. Показана эффективность комбинированной терапии ПР с использованием фармакотерапии и одновременно проводимой психотерапией.*

### **ПРИМЕНЕНИЕ СЕРТРАЛИНА (ЗОЛОФТА) В ЛЕЧЕНИИ ДИСТИМИИ**

**Д.И. Донской, И.Г. Сорокин, Д.Ф. Демко**

*10-я городская клиническая больница, г. Минск*

*Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности препарата золофта (сертралина) производства фирмы Pfizer Inc (США) в лечении дистимии.*

*Под нашим наблюдением находилось 32 пациента с диагнозом дистимия. Основными критериями включения в исследование были:*

- 1. Соответствие расстройства диагностическим критериям дистимии, установленным МКБ 10-го пересмотра.*
- 2. Согласие пациентов на проводимое лечение золофтом.*

*Стартовая суточная доза золофта 50 мг назначалась однократно после еды. При необходимости доза препарата повышалась до 200мг. Длительность лечения составляла 4-5 недель.*

*Выделены 2 группы пациентов:*

*I группа – 10 больных, где заболевание развилось в возрасте до 20 лет.*

*II группа – 22 пациента с поздним началом заболевания - после 20 лет.*

*Результаты лечения:*

*У больных I группы в течение первых 2 недель лечения отмечались усиление соматических симптомов тревоги, нарушение сна. Пациенты жаловались на снижение энергии, трудности в принятии решения. В связи с указанной симптоматикой к проводимому лечению золофтом добавлялся транквилизатор феназепам (1-2 мг) на 2-3 неделе. Отчетливый клинический эффект в этой группе отмечался у 4 больных, у остальных пациентов результаты лечения к концу 5-й недели расценены как невысокие.*

*У больных II группы между 14 и 21-м днями терапии отмечен максимальный темп редукции депрессивных расстройств. К 30-35 дню лечения полный терапевтический ответ был отмечен у 16 больных, у всех пациентов этой группы повышался уровень социального функционирования. Они стали значительно активнее, редуцировались усталость, повысились физическая и умственная работоспособность, расширился круг общения.*

*ВЫВОДЫ:*

- 1. Золофт (сертралин) практически не вызывает антихолинэргических побочных эффектов, что позволяет использовать его для непрерывного лечения в течение длительного времени, что является крайне важным при лечении дистимии.*
- 2. Золофт обладает удобным режимом дозирования и достаточно безопасен даже при употреблении высоких доз.*
- 3. Результаты лечения больных, у которых заболевание развилось в молодом возрасте (до 20 лет) недостаточно высокие.*

# РИСПЕРИДОН (РИСПОЛЕПТ) В ЛЕЧЕНИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОГО МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО ИСПЫТАНИЯ

Р.А. Евсегнеев <sup>1</sup>

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Минск  
Гродненский областной психоневрологический диспансер  
Витебская областная клиническая психиатрическая больница  
Брестский областной психоневрологический диспансер*

**Целью исследования** явилось изучение эффективности и переносимости препарата рисполепт (рисперидон) производства фирмы Janssen при лечении параноидной шизофрении в сравнении с традиционно используемым при данной патологии в нашей стране препаратом галоперидол. Испытание проводилось группой из 12 исследователей одновременно в Республиканской и Витебской областной клинических психиатрических больницах, стационарах Гродненского и Брестского областных психоневрологических диспансеров.

**Актуальность** такого исследования диктовалась двумя главными обстоятельствами: относительно малым опытом применения рисперидона в Беларуси, который начал использоваться у нас лишь с 1998 г.; крайне недостаточным опытом проведения в стране клинических испытаний новых психотропных препаратов в соответствии с современными методическими стандартами и требованиями.

**Форма исследования** – открытое, индивидуально контролируемое, мультицентровое.

В исследование являлись пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет, находящиеся на стационарном лечении и давшие на это информированное согласие. **Критериями включения** являлись:

- соответствие состояния пациента на момент обследования диагностическим критериям параноидной шизофрении по МКБ-10;
- общая шкальная оценка по Шкале позитивных и негативных симптомов (Positive and Negative Symptom Scale – PANSS, Kay S. e.a., 1987) от 60 до 120 баллов.

**Дизайн исследования.** Отобранным в исследование пациентам на срок 3 дней отменялся прием всех антипсихотических препаратов, а затем случайным путем назначалась терапия либо рисполептом (опытная группа), либо галоперидолом (контрольная группа). Рисполепт назначался в 1-й день в дозе 2 мг на ночь, во 2-й день – по 2 мг утром и вечером, в последующем в зависимости от психического состояния доза либо оставалась прежней (4 мг в сутки), либо при наличии явной необходимости повышалась, но не более 8 мг в сутки в два приема. Галоперидол назначался в 1-й день в дозе 2,5 мг на ночь, во 2-й – по 2,5 мг утром и вечером, в последующем в зависимости от психического состояния доза либо оставалась прежней, либо при необходимости повышалась, но не более 20 мг в сутки в два приема. Продолжительность лечения в обеих группах составляла не менее 6 недель.

В качестве **оценочных инструментов** использовались шкала PANSS (Kay S. e.a., 1987), а также карта учета побочных эффектов и осложнений. Регистрировалась также оценка, даваемая курсу лечения пациентом.

**Полученные результаты.** Испытание в запланированном объеме было проведено у 95 больных, из которых 47 составили опытную (терапия рисполептом) и 48 – контрольную группу (терапия галоперидолом). Отчетливый терапевтический эффект в целом за время испытания наблюдался с одинако высокой частотой – у 45 (95,7%) больных опытной и 43 (89,6%) – контрольной группы ( $p > 0,05$ ).

<sup>1</sup> В проведении испытания также участвовали: д-р Е.В.Ласый, д-р А.Л.Мойсейчик, д-р Е.Р.Евсегнеева (Минск), д-р П.С.Демчик, д-р В.А.Мужиченко, д-р И.В.Бахир (Витебск), д-р О.Г.Климова (Гродно), д-р В.Д.Токарева, д-р Т.Г.Кузнецова, д-р Л.Г.Юшкевич, д-р Н.Н.Брич, д-р А.В.Ширина (Брест)

Темп и выраженность редуцирования симптомов болезни в целом у пациентов опытной и контрольной групп не отличался - к концу лечения (42-й день) общая шкальная оценка по шкале PANSS составила  $58,0 \pm 22,0$  и  $72,3 \pm 12,3$  баллов соответственно ( $p > 0,1$ ), это же касалось и продуктивных симптомов. В то же время в опытной группе в ходе лечения негативные симптомы болезни достоверно редуцировались ( $27,5 \pm 7,1$  баллов в начале и  $17,2 \pm 6,4$  – в конце лечения;

$p < 0,001$ ), тогда, как в контрольной группе этого не произошло ( $27,6 \pm 5,8$  и  $25,1 \pm 5,4$  баллов соответственно;  $p > 0,05$ ).

Экстрапирамидные побочные эффекты в виде различных проявлений паркинсонизма при лечении рисполептом возникали достоверно реже (в  $36,2\%$  и  $79,2\%$  соответственно;  $p < 0,01$ ), как и необходимость назначения корректоров (в опытной группе в 3 раза реже, чем в контрольной). Частота иных побочных эффектов (излишняя седация, инсомния, гипотензия, головная боль, увеличение массы тела и др.) в группах достоверно не отличалась.

Эффективность лечения как высокую в опытной группе оценили 27 ( $57,4\%$ ) пациентов, в контрольной – лишь 8 ( $16,7\%$ ;  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что рисперидон (рисполепт) и галоперидол с примерно одинаковой эффективностью воздействуют на продуктивные симптомы параноидной шизофрении; преимущества первого из них – способность редуцировать негативную симптоматику заболевания и существенно меньшая частота экстрапирамидных побочных эффектов.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Т. Зорко, Д.А. Будько, С.Л. Мельгуй, А.П. Гелда

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА, Г. МИНСК

*Проведено исследование по материалам учетной медицинской информации. Проанализированы случаи применения электросудорожной терапии (ЭСТ) в Республиканской клинической психиатрической (РКПБ) больнице в 1996-2000 г.г. Всего за эти годы проведено 707 курсов ЭСТ (от 87 в 1996 г. до 260 в 2000 г.). В расчете на 10 тысяч учетных психических больных Минского региона (ЭСТ проводилась в основном психически больным, постоянно проживающим в г. Минске или Минской области) показатель в 1996 г. равнялся 32,1 случая и в 2000 г. – 98,4 (среднегодовой темп прироста показателя в 1996-2000 гг. +28,8%; в 3,2 раза выше среднереспубликанского и самый высокий среди регионов республики). Коэффициент охвата больных в РКПБ электросудорожной терапией составлял 0,5-1,4% от общего количества стационарно пролеченных больных (среднестатистический в 1996-2000 гг. – 0,74% против 0,47% по республике).*

*Из общего количества курсов ЭСТ 410 (58%) было проведено больным шизофренией, 178 (25,2%) – маниакально-депрессивным психозом (МДП), 104 (14,7%) – с затяжными депрессивными состояниями (неэндогенного генеза) и 15 (2,1%) – при иных болезненных состояниях. Наиболее часто встречаемый возрастной диапазон больных, которым проводилась ЭСТ, находился в пределах 24-29 лет для страдающих шизофренией, 32-38 лет – МДП, 30-34 лет – неэндогенными затяжными депрессивными состояниями. То есть ЭСТ назначалась преимущественно больным с тяжелыми клиническими формами психических расстройств, причем психически больным лицам в наиболее молодом (трудоспособном) возрасте.*

*Терапевтическая эффективность ЭСТ нами была отмечена в среднем у 80% больных шизофренией, 85% больных МДП и неэндогенными затяжными депрессиями. Средняя длительность пребывания на больничной койке была на 15 дней меньше в сравнении с репрезентативной контрольной группой больных.*

*Таким образом, электросудорожная терапия является эффективным методом лечения душевных заболеваний и должна шире применяться в психиатрической практике.*



## **ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**В.А. Карпюк**

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

*Реформы в сфере психического здоровья в нашей стране, стремление к соблюдению прав человека в отношении больных с психическими проблемами, особенно с выраженной социальной дезадаптацией, приводят к росту потребности в социальной активизации пациентов с психическими расстройствами для того, чтобы они могли жить в сообществе. В этом ряду больные шизофренией занимают особое место. Именно эта категория больных составляет около 40% от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям. Недостаточная клиническая и экономическая эффективность существующих реабилитационных программ обусловлена такими причинами, как односторонний биологический подход к пониманию и лечению шизофрении, неприятие психологических методов воздействия, не ориентированность основных показателей деятельности лечебных учреждений на качественные критерии социальной адаптации больных. Как следствие - учащение рецидивов в силу низкого уровня адаптации у части больных, рост экономических затрат на купирование приступов болезни в стационарных условиях, увеличение психологической нагрузки здорового окружения, связанной с пребыванием в нем больных в предрецидивном состоянии. Повышение эффективности и рентабельности реабилитационных мероприятий возможно лишь на основе междисциплинарных подходов и оптимизирования отдельных компонентов этих программ. Как показывает наш опыт работы с больными шизофренией, одним из важных компонентов таких программ является индивидуализированная психотерапия, наиболее нацеленная на личностную составляющую болезненных проявлений и повышение социально-трудовой адаптации больных. Однако в отечественной психиатрии психотерапевтические подходы не находят должного понимания. На наш взгляд, важно активно внедрять психотерапевтические методы в психиатрических клиниках. Для этого необходимо создать у врачей стимулы к освоению сложных методов психотерапии, использовать бригадные методы работы с больными шизофренией.*

## АТИПИЧНЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ

Н.В. Малыгин

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

*Длительное лечение шизофрении с использованием типичных нейролептиков является на сегодня основным подходом в лечении этого заболевания. Однако этот подход имеет некоторые ограничения: около 25-30% пациентов оказываются резистентными к проводимой терапии; у многих пациентов возникают выраженные побочные явления, а также сохраняется негативная симптоматика - когнитивные нарушения, социальная отгороженность, эмоциональная сглаженность и др.*

*Развитие психофармакологии не стоит на месте. На смену традиционным пришли атипичные нейролептики (синонимы: антагонисты серотонина/дофамина, новые антипсихотики, антипсихотики второго поколения, современные антипсихотики), которые способны устранить существующие недостатки в лечении шизофрении. Новые антипсихотические препараты отличаются от традиционных нейролептиков по ряду признаков (критерии "атипичности"). Во-первых, эти препараты по механизму действия являются блокаторами как дофаминовых, так и серотониновых рецепторов. Во-вторых, атипичные нейролептики значительно реже вызывают экстрапирамидные осложнения, чем типичные. В третьих, они способны значительно уменьшать негативную симптоматику при шизофрении. В четвертых, большинство атипичных нейролептиков не повышают уровень пролактина, в отличие от типичных препаратов.*

*Сегодня многие фирмы выпускают атипичные нейролептики: клозапин (Clozaril, Sandoz), рисперидон (Risperdal, Janssen), оланзапин (Zyprexa, Lilly), кветиапин (Seroquel, Zeneca), сертиндол (Serdolact, Lundbeck). Хотя эти препараты являются еще достаточно новыми в практике психиатров, тем не менее сегодня уже накоплен некоторый опыт их применения, который позволяет судить об их преимуществах и недостатках. Атипичные нейролептики следует назначать в случае непереносимости типичных препаратов, или терапевтической резистентности. Рисперидон, оланзапин, кветиапин являются препаратами выбора во многих странах для лечения шизофрении, шизоаффективных и биполярных расстройств. Клозапин и сертиндол являются препаратами второй линии как при переходе на них с типичных нейролептиков, так и с атипичных.*

*Многие атипичные нейролептики требуют однократного назначения в сутки. Атипичные нейролептики при их длительном приеме способны снижать количество рецидивов и улучшать качество жизни пациентов. Однако требуются дальнейшие исследования экономической эффективности внедрения этих препаратов, а так же скорейшее изобретение форм для внутримышечного введения и пролонгов.*

## СЕМЕЙНАЯ АДАПТАЦИЯ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

С.Г. Обухов, Э.Е. Шустер

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

*Целью работы является определение маркеров восстановления трудоспособности у больных параноидной шизофренией. Обследовано 164 больных параноидной формой шизофренией, все женщины, в возрасте от 16 до 65 лет (средний возраст 43,4 года), состоящих на диспансерном учете в ГОПНД. Обследование проводилось с использованием клинико-психопатологического, катamnестического, патопсихологического и психометрического методов. По характеру реабилитационных программ выделялись следующие группы: не участвуют в каких-либо реабилитационных программах – 28 больных (1-я группа), участвуют только в трудотерапии внутри отделения – 17 больных (2-я группа), участвуют в трудотерапии внутри отделения и в мероприятиях культурно-образовательного характера – 69 больных (3-я группа), участвуют в трудотерапии в трудовых мастерских и в культурно-образовательных мероприятиях – 50 больных (4-я группа).*

*Проведенное исследование показывает, что большую роль в сохранении трудовых и профессиональных возможностей играет уровень семейной и социальной адаптации больных после начала заболевания. Отмечалась прямая корреляционная зависимость между уровнем адаптации и благоприятными биологическими характеристиками течения и проявления заболевания ( $r=3,26$ ,  $p=0.023$ ). При хорошей семейной адаптации у больных формируются добавочные психологические мотивы для участия в реабилитационных мероприятиях. Эффективность реабилитации у данной категории больных выше, чем у больных, утративших семейные и социальные связи. Признаки злокачественности течения заболевания тесно связаны с показателями социальной адаптации и также накладывают свой отпечаток на возможности вовлечения больных в реабилитационные программы.*

*Показаниями к назначению широких реабилитационных программ, включающих работу в лечебно-производственных мастерских, должны быть показатели сохранения социальных, в первую очередь, семейных связей.*

### III. ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ

#### ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМОВ ОТМЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕРОИНОВОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

О.Р. АЙСБЕРГ

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

*Синдром отмены алкоголя является хорошо изученным состоянием. Разработаны эффективные средства его лечения. Тем не менее, достаточно часто встречаются ошибки в ведении таких больных. К наиболее типичным из них относятся следующие.*

*1) Массивная инфузионная терапия, форсированный диурез. Приводит к ускоренному выведению алкоголя и, как следствие этого, к повышению риска развития делирия и судорожных припадков.*

*2) Применение фенотиазиновых нейролептиков. Фенотиазиновые нейролептики увеличивают риск развития судорожных припадков, не влияют на риск развития делирия, могут сами спровоцировать делириозный синдром (из-за холинолитического действия), увеличивают смертность больных с алкогольным делирием.*

*3) Недостаточная дозировка транквилизаторов. Приводит к усилению психомоторного возбуждения.*

*4) Внутривенное капельное введение диазепам. Показано внутривенное введение диазепам частыми болюсами или внутримышечно. Капельное введение может давать парадоксальный эффект – усиление психомоторного возбуждения.*

*4) Применение лекарственных средств, которые никак не влияют на течение синдрома отмены алкоголя. К таким препаратам относятся гепатопротекторы, ноотропы, вазоактивные средства (пентоксифиллин, эуфиллин).*

*5) Неправильное лечение артериальной гипертензии при синдроме отмены – часто назначают адельфан. Показано назначение клонидина.*

*6) Лечение начинают с введения растворов глюкозы до введения тиамина. Это увеличивает риск развития энцефалопатии Гайе-Вернике. Лечение нужно начинать с введения тиамина.*

*7) Назначение строфантина при синусовой тахикардии. Строфантин обладает аритмогенным действием. Тахикардия хорошо поддается лечению бета-блокаторами (пропранолол или атенолол).*

*Наиболее частыми ошибками при лечении синдрома отмены опиатов являются следующие.*

*1) Использование методов экстракорпоральной детоксикации – плазмаферез, гемосорбция.*

*2) Массивная инфузионная терапия или форсированный диурез.*

*Данные методы приводят к ускоренному выведению опиатов из организма и, как следствие этого, к резкому утяжелению синдрома отмены. Внутривенное капельное введение глюкозы и полиионных растворов может проводиться только при упорной рвоте и дегидратации, невозможности приема жидкости внутрь.*

*3) Назначение прологированных нейролептиков (типортил L 4, модитен-депо, галоперидол-деканоат). Они не снижают влечения к наркотику и очень часто вызывают развитие медикаментозных экстрапирамидных расстройств, таких, как паркинсонизм, острые дистонические реакции (окулогирные кризы, ларингеальная дистония, аксиальная дистония с синдромом “Пизанской баини”, цервикальная дистония, лингвальная дистония), акатизия. Эти состояния являются очень мучительными для больных и требуют купирования при помощи центральных холиноблокаторов (бипериден, тригексифенидил) либо бензодиазепинов (диазепам, клоназепам).*

*4) Назначение повышенных доз трициклических антидепрессантов и фенотиазиновых нейролептиков. Приводит к развитию лекарственного делирия. Является вынужденной мерой, так как в Беларуси сегодня отсутствует возможность применения при синдроме отмены бупренорфина и метадона.*

*Следует учесть, что у больных с синдромом отмены опиатов часто встречаются атипичные реакции на введение лекарственных средств. Ведение таких больных требует тщательного наблюдения и своевременной коррекции терапии.*

## ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМЫ “ВРАЧ-БОЛЬНОЙ” В НАРКОЛОГИИ

Ф. Б. Плоткин

*Минский городской наркологический диспансер, г. Минск*

*Главное во взаимоотношениях пациента с врачом – это вера пациента в то, что врачи помогают, а болезни лечатся. Пациент должен быть уверенным, что врач заботится о нём, будет выполнять стоящие перед ним задачи и справится с ними. Врач становится частью “человеческой системы” пациента.*

*Вместе с тем, налицо весьма своеобразное, двойственное отношение врача к больному с зависимостями: с одной стороны, требования гуманизма, продиктованного высокими морально-этическими нормами и профессиональным долгом, с другой – осуждающее, отрицательное отношение к больному как личности, ведущей аморальный образ жизни и совершающей антисоциальные поступки. Проблемы медицинской этики и её важнейшей составляющей части – деонтологии – в сфере наркологии практически не разработаны. В обществе в целом и в профессиональной среде – иногда прямо, а чаще – завуалировано – ставится под сомнение сама возможность применения в полном объеме этических принципов и норм, принятых в медицине, в отношениях с больными наркологического профиля. Врачи воспринимают больных как функционеров, а не как людей, имеющих такие же чувства и переживания, что и они сами. Этический нигилизм в отношении наркологических больных ведет к терапевтическому нигилизму, к низкой эффективности лечения.*

*Интерес к этическим вопросам растет. Государственная наркослужба утратила монополию на оказание специализированной наркологической помощи и одновременно стала активно развиваться альтернативная. В условиях конкурентной борьбы “за больного” этические нормы взаимоотношения врача и больного приобретают, как это ни парадоксально, коммерческое значение.*

*Особенности психиатрии и наркологии налагают на их этику по сравнению с общемедицинской дополнительную нагрузку в виде необходимости решать задачи совершенствования нравственного облика врачей, повышения толерантности общества к лицам с психическими расстройствами, смягчения нравов общества, ограничения сферы принуждения, достижения баланса интересов общества и больного.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Ю.Е. Разводовский, А.В. Козловский

Гродненский медицинский университет, г. Гродно

*В целом эффективность лечения алкогольной зависимости достаточно низка. Согласно официальным статистическим данным, в состоянии ремиссии от 1 до 2 лет находится 14,8% пациентов, состоящих на учете в наркологических учреждениях Беларуси. Воздерживаются от употребления алкоголя более 2-х лет только 9 % пациентов. В разных странах применяются различные терапевтические подходы. Наиболее эффективными считаются различные виды психотерапии. Следует отметить существование различий в предпочтении тех или иных психотерапевтических методов в нашей стране и на Западе. Если у нас доминируют краткосрочные психотерапевтические воздействия, основанные на прямом либо опосредованном внушении ("кодирование", имплантация препарата "эспераль"), то на Западе предпочтение отдается длительным курсам психокоррекции.*

*Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности различных методов лечения пациентов с алкогольной зависимостью. Нами было проанализировано 142 амбулаторные карты, в которых содержится информация о результатах динамического наблюдения за пациентами. Наиболее распространенными терапевтическими подходами являются: детоксификация в условиях стационара, эмоционально-стрессовая терапия, "кодирование", внутримышечная имплантация препарата "эспераль". Согласно нашим данным, длительность ремиссии после курса детоксификации в среднем составляет 2,4 месяца. Длительность ремиссии после внутримышечной имплантации препарата "эспераль" в среднем составляет 8,3 месяца. Длительность ремиссии после сеанса эмоционально-стрессовой терапии в среднем составляет 19,7 месяцев. Результаты анализа позволили выявить некоторые закономерности. Обычно лечение пациента, впервые обратившегося за медицинской помощью по поводу алкогольной зависимости, ограничивается курсом детоксификации. Чем короче ремиссия после курса детоксификации, тем менее эффективны другие методы терапии, применяемые в последствии. Как правило, первые попытки лечения методом эмоционально-стрессовой терапии более эффективны, нежели последующие. Нужно подчеркнуть, что при отсутствии установки на лечение у самого пациента любые методы терапии являются малоэффективными.*

## VI. ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

### КЛИНИКА ПОСЛЕДСТВИЙ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ

Л.Ю. Данилова

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва

Любое насилие, ущемляя физическую, психологическую свободу личности и/или подавляя чувство достоинства, приводит к психологической травме, глубина и стойкость которой могут колебаться в зависимости от внезапности, интенсивности и длительности насилия. Одной из самых тяжелых форм насилия как по клинической картине “острых” расстройств, так и по отдаленным последствиям является сексуальное насилие, особенно если ему подвергаются дети или подростки, личность которых еще только формируется.

Следует дифференцировать “неожиданные”, “случайные” с точки зрения жертвы и, как правило, однократные случаи собственно изнасилования и постепенное пролонгированное во времени вовлечение детей в сексуальную деятельность. Изнасилование совершается против желания жертвы под воздействием физического насилия или угроз со стороны насильника. Жертвами чаще оказываются дети старшего возраста и подростки, насильниками - примерно с одинаковой частотой как взрослые, так и другие подростки. Вовлечение в сексуальную деятельность предстает в виде различных сексуальных ласк, организации сексуальных игр, принудительного неадекватного возрасту сексуального “просвещения” (включая просмотр порнофильмов, присутствие при сексуальных контактах взрослых, восхваления эротических “талантов” ребенка с побуждением к позированию в порносъемках, собственно половыми контактами и др.). Вовлечению в сексуальную деятельность подвергаются даже дети раннего возраста, но максимальная частота выявляемости этого вида насилия приходится на детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста; насильниками чаще оказываются хорошо знакомые жертве взрослые, более чем в половине наблюдений - близкие родственники, члены одной семьи, проживающие совместно с ребенком.

Вовлечение в сексуальную деятельность, в свою очередь имеет два подтипа: 1/ принуждение к сексуальным контактам на фоне эмоционально обедненных, поверхностных и/или формальных отношений с игнорированием чувств ребенка /включая страх, отвращение, ненависть/ с использованием обмана и/или запугиванием; 2/ принуждение к сексуальным контактам на фоне истинной и нередко глубокой, но искаженной или извращенной эмоциональной привязанности к ребенку с трансформацией родительской (родственной) любви в сексуальное влечение и восприятием ребенка как психологического и сексуального партнера; при этом насильник внимателен, осторожен, ласков, по-своему (односторонне, искаженно) заботлив и, нередко, ему удается сохранить любовь и привязанность жертвы. При обоих подтипах насилие пролонгировано во времени с постепенным, как бы “пошаговым” вовлечением ребенка в сексуальную деятельность и “пошаговым” преодолением пассивного (значительно реже активного) сопротивления ребенка.

Наиболее тяжелая клиническая картина “острых” расстройств наблюдается при внезапном изнасиловании. На момент обращения за помощью к специалисту чаще всего диагностируется посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР; F43.1). Несколько реже выявляется клиника депрессивного эпизода (F32.1 и 32.2) с реактивной фабулой переживаний.

При вовлечении ребенка в сексуальную деятельность на тяжесть клиники влияют: а/ форма насилия, б/ степень агрессивности в преодолении сопротивления ребенка, в/ длительность и/или частота насилия. При первом подтипе может формироваться симптоматика ПТСР (особенно в случаях, сближающихся с повторным изнасилованием), однако клиническая картина отличается от “отдельных элементов синдрома). Значительно чаще у этих детей диагностируются расстройства адаптации с нарушением эмоций, поведения или другими специфическими симптомами (F43.22-43.28) или специфические расстройства, начинающиеся в детском возрасте (F9) в виде различного сочетания невротических или психопатоподобных симптомов. При этом подтипе, так же как и при внезапном изнасиловании, в клиническую картину могут вплестаться различные диссоциативные расстройства (F44) вплоть до расстройства в форме множественной личности (F44.81).

При втором подтипе вовлечения в сексуальную деятельность продуктивные расстройства наиболее стертые и представлены единичными невротическими или поведенческими нарушениями, однако нередко выявляется раннее пробуждение (реже расторможение) сексуального влечения с вторичными изменениями поведения, приобретающего сексуализированный характер.

*При пролонгированном вовлечении детей в сексуальную деятельность, в отличие от внезапного изнасилования, значительно чаще и отчетливее выявляются психологические (характерологические) изменения: нарушается самовосприятие (снижается при первом подтипе, повышается или приобретает амбивалентную окраску - при втором), искажается оценка окружающего мира, как правило, на негативную или циничную, нарушается половая идентификация и психосексуальное развитие личности, искажаются базовые представления о взаимоотношении личности и общества, размываются или искажаются социальные нормы и запреты. Продуктивные расстройства острого периода имеют тенденцию к постепенному обратному развитию при разрешении травмирующей ситуации, психологические (характерологические) сдвиги сохраняются в течение длительного времени и могут влиять на поведение и адаптацию индивидуума в дальнейшей жизни.*



# **V. ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ЛИЧНОСТНЫЕ, НЕВРОТИЧЕСКИЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У МУЖЧИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГЕНИТАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ**

**В.А. Доморацкий**

*Белорусский государственный университет, г. Минск*

*Проведено сексологическое и клинико-психопатологическое обследование 75 мужчин, страдающих отсутствием (недостаточностью) генитальных реакций (F 52.2). Выявлено системное взаимодействие ряда негативных факторов, участвующих в развитии указанных сексуальных дисфункций: повторные сексуальные срывы, первоначально обусловленные ситуационно; высокая личностная значимость интимных отношений для мужчины; сниженные параметры половой конституции; неблагоприятный личностный преморбид; проблемы партнерского и межличностного взаимодействия.*

*Невротическая симптоматика у 49 пациентов (65,3%) ограничивалась сферой интимных отношений, проявляясь дезавтоматизацией генитальных реакций в момент близости, тревожным ожиданием новых неудач при коитусе и возможных упреков партнерши в сексуальной несостоятельности, ипохондрическими идеями и снижением самооценки.*

*У 26 мужчин (34,7%) невротические нарушения уже не исчерпывались ситуациями, связанными с сексуальным функционированием. Они были квалифицированы как расстройство адаптации, поскольку имеющаяся у больных психопатологическая симптоматика была самым непосредственным образом связана с хроническим стрессовым фактором, которым являются серьезные проблемы в личностно-значимых отношениях с противоположным полом. Прослежена временная взаимосвязь между развитием на фоне половых нарушений симптомов расстройства адаптации (депрессивного настроения, тревоги, беспокойства, чувства неспособности справиться с ситуацией, снижения продуктивности в повседневных делах, склонности к драматическому поведению, вспышек агрессивности) и непосредственно предшествующих им (в сроки от 2 недель до 3 месяцев) учащения неудачных попыток коитуса и серьезных партнерских конфликтов вплоть до полного разрыва отношений, а у 5 пациентов травматических событий несексуального характера (потеря работы, отчисление из института, смерть близких родственников), причем даже у них наряду с тревожно-депрессивной симптоматикой отчетливо звучала сексологическая проблематика. Среди 26 пациентов с расстройствами адаптации у 4 отмечались кратковременные депрессивные реакции (F43.20); у 7 – пролонгированные депрессивные реакции (F43.21); у 10 – смешанные тревожные и депрессивные реакции (F43.22); у 5 – смешанные расстройства эмоций поведения (F43.25).*

*К особенностям расстройств адаптации следует отнести сочетание собственно тревожной и/или депрессивной симптоматики, режес – поведенческих расстройств и навязчивых опасений сексуальной неудачи, страхов перед интимной близостью, а также ипохондрических проявлений, адресованных половой сфере.*

*Корреляционный анализ позволил установить наличие прямой взаимосвязи между имеющимися у пациентов расстройствами адаптации и большим полиморфизмом и выраженностью сексологической симптоматики ( $r=0,62$ ;  $p<0,01$ ), а также обратной зависимости тяжести половых дисфункций от отсутствия генерализации невротических расстройств, ограничивающихся системно-сексуальными нарушениями ( $r=-0,41$ ;  $p<0,05$ ). Таким образом, присоединение расстройств адаптации усугубляет клиническую картину психогенных сексуальных дисфункций, что необходимо учитывать для построения адекватной терапевтической программы.*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПНЕВМОКАТАРСИСА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ**

**Д.Ф. ДЕМКО, Д.И. ДОНСКОЙ**

*10-я городская клиническая больница, г. Минск,*

*Проводилось исследование эффективности применения пневмокатарсиса в комплексной терапии тревожных расстройств в условиях отделения пограничных состояний многопрофильной больницы. В исследовании участвовали пациенты отделения с паническим расстройством, агорафобией, генерализованным тревожным расстройством (F40.0, F41.0, F41.1). Больные получали медикаментозное лечение (транквилизаторы, антидепрессанты, седативные средства), проходили занятия по обучению методам саморегуляции (аутотренинг, прогрессивная нервно-мышечная релаксация по Джекобсону), использовались методы рационально-эмотивной психотерапии в форме индивидуальных бесед, групповая седативная гипнотерапия.*

*Больные исследуемой группы проходили также лечение методом пневмокатарсиса. Методика пневмокатарсиса заключается в достижении лечебного эффекта при помощи измененного состояния сознания, вызываемого форсированным дыханием, применением особого музыкального фона и сфокусированной работой с телом в рамках техник телесноориентированной психотерапии. Уровень тревоги оценивался при поступлении пациентов в отделение и на 15, 25 день лечения при помощи Интегративного Теста Тревожности.*

*При анализе полученных данных выяснилось следующее:*

- У 74% больных, проходивших сеансы пневмокатарсиса, уже к 5 сеансу (15-й день лечения) снижался уровень ситуационной тревоги до 6-7 баллов, преимущественно за счет уменьшения уровня эмоционального дискомфорта и фобического компонента, в то время как в контрольной группе тревога сохранялась на уровне 8 баллов.*
- К моменту окончания лечения 86% пациентов исследуемой группы имели уровень ситуационной тревоги не превышающий 6 баллов, субъективно они отмечали значительное улучшение состояния и большую эффективность метода (для лиц, имевших предшествующий опыт лечения).*
- Наблюдалась достоверная корреляция скорейшей динамики показателя оценки перспектив в структуре ситуационной и личностной тревоги при включении пневмокатарсиса в комплекс лечебных мероприятий.*

*Полученные данные убедительно свидетельствуют об эффективности пневмокатарсиса в комплексной терапии тревожных расстройств, обусловленной более глубокой проработкой бессознательных механизмов патологической тревоги.*

## АППАРАТНЫЕ ПСИХОТЕХНОЛОГИИ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

А.А. Головач

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

*Развитие техники и компьютерных технологий в последнее десятилетие дало возможность внедрить в повседневную практику новые пути и методы, позволяющие или повлиять на нейрофизиологические параметры деятельности мозга в сторону оптимизации адаптивных возможностей, или изменить состояние сознания пациента, чаще с целью обойти его контроль (цензуру), чтобы усилить действенность суггестии; или активизировать ресурсы личности на бессознательном уровне.*

*Наиболее изученными являются аппараты биологически обратной связи (БОС). Доказано, что пациенты успешно обучаются управлять теми функциями, которые в обычных условиях не поддаются регуляции (ЧСС и вазомоторные реакции, частоты ЭЭГ-ритмов и другие). Произвольная активация механизмов  $\alpha$ -ритмов ЭЭГ с помощью БОС вызывает изменение состояния сознания, характеризующегося положительными эмоциями, повышением чувства контроля, уверенности в себе, уменьшение переживаний страха, повышение уровня корреляции между самооценкой стресса и его объективными физиологическими показателями. Сочетание БОС с релаксационными техниками, образным мышлением помогает врачу оперативнее обнаружить “ключевые” слова и ситуации, имеющие отношение к “фокусу” проблемы. Порой это является главным для переработки и десенсибилизации травматического опыта. Из серии аппаратов данного назначения заслуживает внимания “ФотСтрим” разработки корпорации Synectic Systems Int. (США).*

*Нашли широкое применение аппараты электросна, использующие импульсные токи разных частот. Имеется техническая возможность одновременного сочетанного применения электрофореза лекарственных веществ (Br, Mg, эуффилин и других) с целью воздействия на структуры гипоталамуса, гипокампа, таламических образований. Доказано, что установление доминирующего ритма 8-12 Гц склонно к фиксации, что положительно влияет на формирование позитивного мышления и ускоренного обучения. А это значимо в психотерапевтическом процессе, когда психотерапевт формирует новые адаптивные формы поведения пациента при проведении терапевтических сессий.*

*В последние годы появились аппараты сочетанной светозвуковой стимуляции мозга (Brein-Stim, Orion), располагающие обширным набором компьютерных программ для достижения различных функциональных состояний или способствующих эффективному обучению. Это направление хорошо разработано, безвредно, ибо использует естественные пути поступления информации в мозг. Аппараты портативны, просты в эксплуатации как самостоятельно, так и в качестве вспомогательного средства в терапевтическом процессе.*

*В настоящее время заслуживают внимания аппаратно-програмные комплексы Альфа-массаж 2000, Сан-спектра 9000, Вояджер. Это сложные и дорогостоящие аппараты, комплексно использующие различные формы воздействия звука, света, цвета, запахов, вибромассажа, тепла и ингаляцию ионизированного воздуха. Имеется возможность подключения музыкальных или обучающих аудио кассет, компакт дисков и личного (психотерапевтического) участия врача. Такое интегративное воздействие, по мнению многих ученых, способно существенно влиять как на психофизиологические, так и на телесные функции. Данное направление перспективно при лечении невротических и психосоматических расстройств, поддержания хорошего физического и интеллектуального уровня без применения лекарственных веществ.*

*Современные аппаратные технологии могут быть значимым подспорьем в работе психотерапевта. Их использование требует специальных знаний, четкой диагностики с целью установления показаний, противопоказаний и границ терапевтического применения.*

## РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Е.Г. Горюшкина, С.Л. Сакович

*Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Минск*

*Традиционная биомедицинская парадигма в психиатрии переживает период кризиса в связи с нарастающим количеством факторов, которые невозможно объяснить, оставаясь в ее пределах. Несмотря на формальное признание значения социопсихологических факторов в психиатрической практике, они не влияют существенным образом на диагноз, оценку состояния пациентов, терапию и профилактику.*

*Создавшаяся ситуация объективно не соответствует современным требованиям, противоречит положению об индивидуальном подходе к каждому пациенту. Необходим анализ психологических механизмов психических нарушений, что особенно важно при лечении расстройств, в возникновении и развитии которых социопсихологические факторы имеют особое значение - личностные расстройства, посттравматические стрессовые расстройства, кратковременные психические расстройства. Во всех этих случаях участие психолога не только уместно, но продиктовано конкретными задачами в рамках комплексного подхода. Он имеет свое поле деятельности и устоявшиеся условия взаимодействия с врачом.*

*Другое дело так называемая "большая" психиатрия, где до настоящего времени вклад психолога ограничивается сугубо диагностическими задачами. В то время, как за рамками традиционно сложившейся практики остается множество проблем, требующих внимания и решения. Прежде всего это относится к вопросам реабилитации, социальной адаптации психически больных. Следует признать, что на сегодняшний день состояние дел в этом направлении находится на стадии постановки проблемы, делаются лишь первые шаги. Так, в 1996 году в РКПБ создан Реабилитационный центр, где работает мультидисциплинарная бригада (врач-психиатр, психолог, культработник, медицинская сестра). Усилия их направлены в основном на восстановление социобытовых навыков. Ведется психокоррекционная работа, в основном индивидуальная, в отделениях для первичных больных. Всего этого, однако, совершенно недостаточно. Необходима планомерная работа, охватывающая, по возможности, всех больных отделения на всех стадиях терапии и включающая в себя: поддержание и восстановление коммуникативных навыков, поведенческую терапию, направленную на коррекцию нежелательного поведения, семейную терапию. Осуществление подобной работы подразумевает, по сути, революционные изменения во взглядах на содержание и организацию лечения, поскольку ставит конечной целью не только снятие патологического симптома, но и социальную адаптацию, и реабилитацию больных.*

## VI. ОБУЧЕНИЕ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ

### ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБУЧЕНИЕ ПСИХИАТРОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ – ДОСТИЖЕНИЯ И НЕДОСТАТКИ

Р.А. Евсегнеев

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

*Обязательным условием успеха любых реформ здравоохранения, в том числе и в области охраны психического здоровья, является хорошая система обучения кадров, которые эти реформы будут проводить в жизнь. Сложившаяся в стране система последипломного обучения психиатров имеет свои сильные и слабые стороны, которые мы и хотели бы здесь обсудить.*

*К ее безусловным преимуществам относятся следующие:*

- *бесплатность и относительно высокая доступность для практических врачей, желающих продолжить образование – в отличие от систем последипломного обучения не только экономически развитых стран Запада, но и ряда стран Восточной Европы и СНГ, где за это часто приходится платить;*
- *программы обучения за последние 5 лет приведены в определенное (хотя еще и неполное) соответствие с принятыми в современной психиатрии нормами и стандартами – они построены в формате МКБ-10, отражают сегодняшнее состояние предмета, содержат почти все те же разделы, что и программы стран с развитой психиатрией, ряд разделов создавался совместно с известными специалистами из разных стран, имеется достаточный набор современной литературы на русском языке;*
- *в последние 2-3 года усилилась взаимосвязь образования с сертификацией (аттестацией) – новые квалификационные требования и компьютерная аттестационная программа составлены точно в том же формате, в котором ведется преподавание;*
- *увеличилась степень дифференцированности преподавания для разных категорий обучаемых – начинающих врачей-стажеров, психиатров со стажем, врачей-наркологов, преподавателей психиатрии, врачей общей практики, хотя степень этой дифференциации все еще явно недостаточна.*

*К числу недостатков сегодняшней системы последипломного образования следует, на наш взгляд, отнести:*

- *слабую мотивацию к повышению профессионального уровня у многих врачей, поскольку связь квалификации и уровня их доходов все еще очень слаба – в тех отраслях, где выше процент частнопрактикующих врачей (например, в психотерапии) мотивация к обучению заметно выше. Необходимо, на наш взгляд, ставить вопрос о существенном увеличении различий в заработной плате врачей в зависимости от квалификации и квалификационных категорий (вплоть до двукратной, как это имеет место в ряде стран Западной Европы). Целесообразно также вернуться к практике переаттестаций психиатров и наркологов – это, с одной стороны, повысит мотивацию к обучению, а с другой даст возможность существенно повысить “планку” требований к претендентам. Так, для врача-психиатра высшей категории совершенно обязательным должно стать наличие печатных работ, регулярное участие в научных конференциях, учебных семинарах, преподавании и т.д.;*
- *явно недостаточные сроки обучения врачей-стажеров-психиатров и психиатров-наркологов (в большинстве стран они составляют не 1, а 3 года);*
- *существенный разрыв между содержанием обучения и тем, что врач часто встречает в повседневной работе, особенно в периферийных лечебных учреждениях. Хотелось бы подчеркнуть, что выход здесь состоит не столько в том, чтобы “приземлить” содержание обучения, а в том, чтобы быстрее изменять повседневную практику, приближая ее к современным стандартам психиатрической помощи – иными словами, делать не “как получается”, а “как нужно”, иначе реформы не состоятся;*

- к сожалению, в большинстве психиатрических и наркологических учреждений страны, в том числе и крупных, отсутствуют хотя бы минимально оборудованные техническими средствами учебные центры, кабинеты, комнаты и т.д. Крайне необходимо, чтобы система образования психиатров имела бы непрерывный характер и включала учебу на местах, проводимую наиболее квалифицированными коллегами, по определенному плану, в специально оборудованных помещениях и т.д.

Будем помнить, что каждый квалифицированный психиатр полезен не только для себя самого и своих пациентов, но и для коллег, принадлежащих к этой профессии, поскольку он своей работой каждый день повышает мнение о нас в глазах остальной части общества.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИИ ВРАЧАМ-ПСИХОЛОГАМ**

**В.А. Каршук**

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

*Патопсихология является одним из основных разделов клинической психологии, что определяет ее предмет, цели, задачи, методы исследования. Для нее характерна тесная связь как с психологией, так и с психиатрией. До недавнего времени патопсихология традиционно изучалась как раздел клинической психологии на психологических факультетах университетов. Однако возросшие потребности медицины в использовании психологических знаний в диагностике, профилактике и лечении болезней обусловили необходимость специализации будущих врачей в области психологии.*

*Впервые в Гродненском медицинском университете патопсихологию стали изучать будущие психиатры, психотерапевты, наркологи, врачи-психологи. В связи с этим возникла необходимость поиска новых подходов в преподавании патопсихологии, учитывающих особенности клинического мышления и характер образования в медицинском университете.*

*Специфика подготовки врачей-психологов приводит к необходимости установления четких теоретических и диагностических различий в патопсихологических и психопатологических (психиатрических) подходах к общему предмету исследования – патологии психической деятельности.*

*Цель преподавания патопсихологии на медико-психологическом факультете – формирование у будущих специалистов целостного представления о психолого-психопатологических механизмах, лежащих в основе психических и поведенческих расстройств. Задачи изучаемой дисциплины – подготовить врача, владеющего теоретическим аппаратом патопсихологии, практическими навыками проведения патопсихологического обследования, анализа и интерпретации данных, использующего полученные знания в повседневной деятельности. В процессе обучения большое внимание уделяется тем возможностям, которые дают данные патопсихологического эксперимента для получения объективных сведений о структуре психических нарушений, путей их коррекции, для понимания механизмов формирования внутренней картины болезни, вероятностного прогноза течения заболеваний.*

## ПРЕПОДАВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Е.Г. Королева

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

*Медицинская психология является интенсивно развивающейся и социально значимой областью знаний на стыке психологии и медицины, использующей теорию и методы психологической науки для исследования роли психических факторов в этиологии, патогенезе, лечении и профилактике заболеваний, диагностике нарушений психических функций, процессов, состояний, личности и поведения человека в условиях болезни или при ситуациях, угрожающих нарушениям психического здоровья у практически здоровых людей.*

*Медицинская психология, по большому числу определений, - есть прикладная область психологической науки, но, вместе с тем, она является, с нашей точки зрения, неотъемлемой составной частью медицины – клинической и профилактической, в каждой из областей которых решает свои задачи.*

*Медицинская психология – общепризнанная научная дисциплина (специальность 190004); она, по существу, является фундаментальной наукой для ряда других медицинских дисциплин, таких, как психиатрия, психотерапия, валеология и др., раскрывая закономерности развития и формирования психической сферы человека в условиях патологии (опираясь на представления о норме), изучая структуру нарушенных и сохраненных компонентов личности (в широком понимании) с целью уточнения механизмов симптомообразования, эффективности лечения и предупреждения нарушений психического и соматического здоровья, обоснования психотерапии и психологической коррекции личностных девиаций.*

*Современная клиническая психология на Западе в большинстве стран шире медицинской психологии: она включает и патопсихологию, и психологические интервенции, психологические проблемы психосоматики, психогигиены, психопрофилактики, взаимоотношения врача и больного, и даже расстройства в условиях школы и производства, и еще многое другое.*

*Поэтому едва ли можно считать перспективным попытку ограничить подготовку специалистов в области клинической психологии одними лишь рамками университетов. Должны существовать и другие пути – в частности, это создание факультетов клинической психологии в медицинских вузах.*



## ПОДГОТОВКА ДЕТСКИХ И ПОДРОСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ПСИХОЛОГОВ НА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

А.Н. Мельников

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

*В психиатрическом учреждении ограничена возможность получения детьми мультимедицинской помощи и коррекции. В психотерапевтической и психологической помощи нуждаются дети и подростки с нервно-психическими и поведенческими расстройствами, число же таких больных постоянно растет. Немало случаев злоупотребления наркотическими и токсикологическими средствами, противоправных действий. Все это делает необходимым расширение возможности оказания им помощи врачей-психотерапевтов и врачей-психологов детского и подросткового профиля.*

*Регламентирует деятельность этих специалистов Приказ МЗ РБ № 23 от 21.01.1994г., согласно которому для нашей Республики необходимы должность 142 детских психиатров и 142 детских психотерапевтов и врачей-психологов (работают же единицы). Кроме того, специальные знания нужны детским невропатологам и педиатрам. Система подготовки кадров для этой службы не налажена.*

*С 1993 года в Гродненском государственном медицинском университете функционирует медико-психологический факультет, сделаны уже 3 выпуска врачей, прошедших специализацию “медико-психологическое дело”. На кафедре медицинской психологии и психотерапии накоплен достаточный опыт самостоятельного преподавания новых для медицинского вуза предметов: общая психология, социальная психология, психология личности, возрастная и дифференциальная психология, этика и деонтология, общая медицинская психология, сексология и психология семейных отношений, наркология, психосоматика, частная медицинская психология, психотерапия, общая психодиагностика, психодиагностика и психокоррекции в клинике. Гораздо больше часов по психиатрии и неврологии.*

*Все это дает возможность готовить врачей-психологов детского и подросткового профиля на нашем факультете. Самым лучшим вариантом было бы обучать их, начиная с 1-го курса по специальной программе. Это улучшит качество оказания специализированной психолого-психотерапевтической помощи детям и подросткам нашей Республики.*

## **ПРОГРАММА КОМПЬЮТЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ**

**С.Г. Обухов, С.А. Ляликов**

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

*С целью облегчения и унификация клинической диагностики с использованием диагностических критериев МКБ-10, что особенно важно в переходный период, когда нет должного навыка и практики, нами создана справочно-экспертная компьютерная диагностическая программа.*

*Программа основана на логическом дереве решений, оценивает ряд положительных, либо отрицательных ответов, и, таким образом, сводит полученную информацию к диагнозу. Каким-то образом это напоминает дифференциально-диагностическую процедуру в клинической практике.*

*Диагностическая процедура с использованием программы состоит из нескольких этапов. На первом этапе, после интервью с пациентом и квалификации данных анамнеза и психического статуса выделяются основные клинические синдромы, которые врач на основании предложенных в меню критериев, относит к одному из 10 диагностических модулей МКБ – 10: психоорганический синдром, синдром злоупотребления психоактивными веществами, психотические продуктивные синдромы, аффективные синдромы, невротические синдромы и др.*

*На следующем этапе, после выбора диагностического модуля, на экране раскрывается классификация диагностической рубрики, и врач выбирает из предложенных критериев те, которые он нашел у данного больного. После того, как выбрано достаточное количество критериев, отвечающих клиническим признакам диагностической рубрики, программа позволяет выбрать подрубрику по аналогичному принципу. Весь процесс выбора критериев отражается в протоколе, который после завершения диагностической процедуры может быть распечатан в виде обоснования диагноза.*

*Кроме экспертной части, программа содержит справочную часть, в которой отражены описательные клинические критерии каждой рубрики МКБ-10, стандарты диагностических и лечебных мероприятий для каждой нозологической формы.*

*Программа включает в себя регистрационную часть, в которую заносятся паспортные данные пациента, хранящиеся, наряду с протоколом диагностики в базе данных. Все эти данные могут использоваться при составлении отчетов о работе психиатрического подразделения, при проведении исследовательской работы.*

## VI. БЕЛОРУССКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

### БЕЛОРУССКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ:

#### ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ЗА 1995-2001 г.г. И БЛИЖАЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Р.А.Евсегнеев

*Белорусская психиатрическая ассоциация*

На I съезде психиатров Республики Беларусь (декабрь 1994 г.) была намечена задача превращения нашего профессионального сообщества в самостоятельную и влиятельную общественную организацию, которая стала бы оказывать существенное воздействие на деятельность психиатрической службы страны.

Основные **итоги и достижения** нашей работы за этот период могут быть кратко суммированы следующим образом.

1. Количество членов Белорусской психиатрической ассоциации (БПА) выросло с 525 в декабре 1994 г. до 774 в октябре 2001 г. и сегодня ассоциация объединяет более 80% работающих в Беларуси психиатров и наркологов, в том числе фактически всех наиболее квалифицированных, опытных и авторитетных специалистов в области охраны психического здоровья нашей страны – руководителей учреждений, ученых и преподавателей, практических врачей. Так, среди ее членов 8 докторов и 20 кандидатов наук, 85 врачей высшей, 179 – первой и 124 – второй категории. Все эти сведения собраны в компьютерной базе данных, налажен нормальный учет членов БПА.

2. Начиная с 1996 г. стали регулярно проводиться ежегодные пленумы Правления ассоциации в различных городах Беларуси (1996 г. – в Гомеле, 1997 г. – в Молодечно, 1998 г. – в Пинске, 1999 г. – в Полоцке и в 2000 г. – в Могилеве).

3. В 1999 г. вместе с другими общественными организациями страны БПА прошла перерегистрацию в Министерстве юстиции (Свидетельство о регистрации № 00678 от 21.09.1999 г.), были внесены некоторые изменения и дополнения в ее Устав. Напечатаны и распространены членские билеты новой формы.

4. На X Всемирном конгрессе психиатров в Мадриде в августе 1996 г. БПА была принята в члены Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА|WPA). Наша ассоциация стала известна в стране и мире, сведения о ней появились во всех международных, зарубежных и отечественных справочных изданиях.

5. Значительно расширились международные связи БПА как со странами ближнего, так и дальнего зарубежья. Члены ассоциации стали регулярно участвовать в работе крупных международных съездов, конгрессов, конференций, учебных семинаров и т.д.

6. В 1996-1999 г.г. БПА выступила инициатором внесения в Национальное Собрание и фактически основным разработчиком Закона Республики Беларусь “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, вступившем в силу 1 июля 1999 г.

7. С 1996 г. выходит “Вестник Белорусской психиатрической ассоциации” – первый в Беларуси психиатрический журнал, к настоящему времени вышло шесть его номеров; качество журнала в сравнении с первыми выпусками существенно выросло.

8. В Республиканской клинической психиатрической больнице создан и активно работает Научно-образовательный центр БПА, где собраны все современные технические средства обучения и лучшая в Беларуси библиотека современной зарубежной литературы в области психического здоровья.

8. Ассоциация за эти годы приняла и продолжает принимать участие в качестве партнера в проведении ряда международных образовательных и научно-практических проектов:

- три последовательных проекта (1995-2001 г.г.) по обучению врачей в области зависимостей от психоактивных веществ (Беларусь-ВОЗ-Джесселинк-центр, Нидерланды);
- проект в области психиатрии пожилого возраста (Беларусь - Оксфордский университет, Англия);
- проект по созданию современного глоссария психиатрических терминов (Национальные психиатрические ассоциации Беларуси-России-Украины-Международная организация “Женевская инициатива в психиатрии”);
- проект по изданию журнала “Обзор современной психиатрии” (“Женевская инициатива в психиатрии” - Ассоциация психиатров Украины - Белорусская психиатрическая ассоциация) – не имеющего аналогов в отечественной, в том числе и советской психиатрии издания, с которым знакомы, вероятно, многие психиатры и наркологи нашей страны;

- проект по обучению врачей в области депрессивных расстройств (Всемирная психиатрическая ассоциация).

В работе над этими проектами участвовали прямо или косвенно более ста психиатров и наркологов Беларуси, и каждый из проектов принес много важных для нашей отрасли результатов. О некоторых из них рассказывают статьи настоящего сборника.

9. Ассоциация начала участвовать, хотя и весьма ограниченно, в процедуре сертифицирования врачей-психиатров Беларуси.

10. Существенно улучшилось финансовое положение ассоциации.

11. Пример БПА стимулировал и ускорил создание в стране двух других профессиональных организаций, работающих в сфере охраны психического здоровья – Белорусской ассоциации психиатрических медицинских сестер и Белорусской ассоциации психотерапевтов, которая, в свою очередь, начала издание журнала “Психотерапия и клиническая психология”, а также придал импульс развитию в стране движения потребителей психиатрической помощи.

Таким образом, главные задачи, намеченные перед БПА I съездом психиатров можно считать выполненными.

Основными **целями БПА** на ближайшие несколько лет являются:

- развитие активности региональных (областных и Минской городской) структур ассоциации; в ряде областей они существуют лишь формально и никакого влияния на работу психиатрических служб не оказывают;
- повышение степени информированности рядовых членов БПА о ее текущей деятельности, планах, мероприятиях и т.д.;
- участие совместно с органами здравоохранения в создании и внедрении современных стандартов оказания психиатрической помощи;
- выработка и внесение согласованных поправок и дополнений в Закон о психиатрической помощи и внесение их в Национальное Собрание (вероятно, к 2003-2004 г.);
- существенное увеличение роли БПА в процессе сертификации и лицензирования врачей-психиатров в стране;
- деятельность, связанная с контролем за соблюдением в стране профессиональных этических стандартов в сфере психиатрии;
- работа по реформированию общественного мнения, а также взглядов органов управления в отношении места охраны психического здоровья в системе приоритетов сегодняшней системы здравоохранения;
- продолжение международного сотрудничества, участие в новых научных и образовательных международных проектах;
- увеличение издательской деятельности и ряд других.

Хочется думать, что и эти цели будут через некоторое время достигнуты, и что II съезд психиатров Республики Беларусь даст новый импульс к их достижению.

## СОЗДАНИЕ АНГЛО-РУССКОГО ГЛОССАРИЯ ПО ПСИХИАТРИИ

**Н.В. Малыхин**

*Научно-образовательный центр  
Белорусской психиатрической ассоциации, г. Минск*

*Проблема единства терминологии, используемой психиатрами разных стран приобрела в последние годы особое значение в связи с унификацией номенклатуры и переходом на Международную классификацию болезней 10-го пересмотра. Во многих издаваемых сегодня в Беларуси и других русскоговорящих странах СНГ переводных книгах по психиатрии и смежных с ней дисциплинах (особенно психотерапии и психологии) встречаются самые разные варианты перевода одних и тех же терминов, что приводит к терминологической путанице, значительно усложняет правильное понимание и применение терминов, создает препятствия для эффективного международного сотрудничества в области охраны психического здоровья.*

*С целью преодоления имеющихся противоречий при переводе на русский язык англоязычной психиатрической литературы при поддержке международного фонда "Женевская инициатива в психиатрии" была создана Рабочая группа экспертов по созданию англо-русского глоссария психиатрических терминов, представляющих профессиональные ассоциации психиатров Беларуси, России и Украины.*

*Автором идеи, инициатором и руководителем данного проекта стал доц. В.Б. Позняк (Минск, Беларусь). В состав рабочей группы вошли: проф. В.Д. Вид (Санкт-Петербург, Россия), проф. Р.А. Евсегнеев (Минск, Беларусь), проф. В.Н. Краснов (Москва, Россия), д-р Н.В. Малыхин (Минск, Беларусь), доц. С.А. Маляров (Киев, Украина), проф. Ю.Л. Нуллер (Санкт-Петербург, Россия), доц. В.Б. Позняк (руководитель проекта) (Минск, Беларусь), проф. В.И. Полтавец (Киев, Украина), проф. С.Ю. Циркин (Москва, Россия).*

*Целью Рабочей группы был перевод трех лексиконов ВОЗ - по общей психиатрии, наркологии и кросс-культуральной психиатрии, а также создание англо-русского глоссария по психиатрии, куда вошло бы более 13000 терминов из области психиатрии, психотерапии и нейронаук. Кроме этого, словарь содержит названия 300 инструментов и шкал и более 500 сокращений, встречающихся в англоязычной психиатрической литературе. Каких-либо проектов, подобных этому по целям и объемам в странах СНГ никогда ранее не проводилось.*

*Работа над проектом заняла более 2 лет и сегодня близка к завершению. Особенность работы заключалась в том, что русскоязычные эквиваленты терминов обсуждались на совещаниях Рабочей группы экспертов с целью достижения консенсуса в отношении адекватного перевода терминов. Результатом сотрудничества стало издание на русском языке лексиконов ВОЗ и англо-русского глоссария по психиатрии. Учитывая возрастающую роль новейших информационных технологий в работе врача, а также с целью обеспечения максимального доступа к необходимой информации наших коллег из русскоговорящих стран был создан Интернет-сайт, на котором размещены все представленные в книгах материалы.*

*Мы надеемся, что результаты осуществления проекта будут способствовать формированию "единого языка" и росту взаимопонимания русскоязычных специалистов и специалистов других стран, а также интеграции психиатрической науки и практики наших государств в процессы, происходящие сегодня в мировой психиатрии.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ БЕЛОРУССКО-ГОЛЛАНДСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ НАРКОЛОГИИ НА ВЕБ-САЙТЕ “БЕЛОРУССКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ”

Д.В. Подручный, Н.Б. Позняк

Научно-образовательный центр психиатрии и наркологии  
Белорусской психиатрической ассоциации, г. Минск

С 1995 года установилось сотрудничество между белорусской стороной и Джеллинек-Центром (Амстердам, Нидерланды). Его целью было совершенствование подходов к профилактике и лечению зависимостей, а также оптимизация системы наркологической помощи в Беларуси. В рамках сотрудничества было реализовано 3 совместных проекта:

- Новые подходы к обучению/образованию в области зависимостей 1995-1997 г.г.
- Новые подходы к профилактике и лечению зависимостей 1997-2000 г.г.
- Новый подход к проблеме зависимостей в Беларуси в Интернете 2000-2001 г.г.

За годы сотрудничества была проведена большая работа, имевшая своим результатом, в частности, разработку и издание целой серии материалов профилактической и практической направленности. Целью завершающего третьего проекта стало создание веб-сайта **Белорусский Наркологический Проект**, на котором были бы представлены многолетние наработки, и который смог бы стать центром национальной информационной сети для специалистов, работающих в сфере профилактики и терапии зависимостей.

Реализация проекта “Новый подход к проблеме зависимостей в Беларуси в Интернете” проходила на базе Научно-образовательного центра психиатрии и наркологии Белорусской психиатрической ассоциации в Минске. В ней были заняты Олег Лисковский - доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Минского государственного медицинского университета, Наталья Позняк - технический руководитель; Олег Айсберг - ординатор кафедры психиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования; Денис Подручный - врач Республиканской клинической психиатрической больницы.

В сообщении приводятся основные этапы и результаты Белорусско-Голландского сотрудничества, подробно рассматриваются цели и задачи созданного веб-ресурса, анализируются перспективы и потенциальные преимущества внедрения новых информационных технологий в медицине на примере системы наркологической помощи Беларуси.

