

Министерство здравоохранения
Республики Беларусь
Республиканский научно-практический центр
психического здоровья

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Материалы республиканской
научно-практической конференции**

(Минск, 29 октября 2013 г.)

Минск
«Профессиональные издания»
2013

УДК 616.89:614.2(082)

ББК 56.14я43

О-64

Рецензент:

Вальчук Э.А., профессор кафедры общественного здоровья
и здравоохранения Белорусской медицинской академии
последипломного образования,
доктор медицинских наук, профессор

О-64 **Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи** : материалы республиканской научно-практической конференции (Минск, 29 октября 2013 г.) / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Республиканский научно-практический центр психического здоровья. Минск : Профессиональные издания, 2013. – 106 с.

ISBN 978-985-90320-5-9.

В сборнике представлены основные принципы организации психиатрической помощи, правовые и этические вопросы, касающиеся деятельности психиатрической службы, разработки методик профилактики, диагностики и лечения психических заболеваний

Сборник материалов «Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи» предназначен для врачей психиатров, занимающихся исследованиями в данном направлении, аспирантов и студентов соответствующих специальностей.

ISBN 978-985-90320-5-9

УДК 616.89:614.2(082)

ББК 56.14я43

© РНПЦ психического здоровья, 2013
© Оформление. УП «Профессиональные издания», 2013

Раздел 1. Организационно-правовые, этические и исторические вопросы оказания психиатрической помощи 5

Организация оказания психиатрической помощи лицам с коморбидными психическими расстройствами
Александров А.А. 5

Проблемные вопросы в организации реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами
Воронко М.В., Букин С.И. 7

Геронтологический аспект организации амбулаторной психиатрической помощи
Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Шлафер М.И., Каштанова Н.Д. 10

Организационно-правовые аспекты взаимодействия социальных и амбулаторной психиатрической служб по вопросам социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами
Замятина И.И., Оруджев Н.Я., Поплавская О.В. 13

Правовые основы принудительной госпитализации и лечения граждан
Королева И.Н. 15

Организация оказания помощи психически больным: исторический аспект
Короткевич Т.В. 19

Структура психических расстройств у пациентов, госпитализированных в психиатрические стационары
Короткевич Т.В., Голубева Т.С. 23

Международные подходы к организации комплексной психосоциальной и медицинской помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами
Короткевич Т.В., Лелека Е.В., Арефьева О.Е. 25

Особенности охраны труда в организациях здравоохранения психиатрического профиля
Крайко О.В., Кралько А.А., Сорока Е.И. 28

Исторические аспекты развития законодательства, регулирующего оказание психиатрической помощи
Кралько А.А. 32

Организационные подходы к выявлению и лечению туберкулеза у пациентов с алкогольной или наркотической аддикцией
Кралько В.Я. 35

Актуальные этико-правовые проблемы психиатрии
Кралько А.А., Короткевич Т.В., Петров В.И. 37

Методологические основы личностно-ориентированной психиатрической помощи больным шизофренией и шизофреническими психозами
Лихолетова О.И., Абрамов В.А.Н., Путятин Г.Г., Абрамов В. А.П., Бойченко А.А. 40

Особенности организации амбулаторной психиатрической помощи
Мартынова Е.В., Никифорова В.В. 43

Проблемы правовой защиты психически больных пациентов
Мартынова Е.В., Никифорова В.В. 45

Вопросы профилактики суицидов в Витебской области (выполнение Комплексного плана по профилактике суицидального поведения населения на 2009–2012 гг.)
Мартынова Е.В., Шапиро А.Ю. 47

О работе психиатрической службы Витебской области в 2012 г. и сформировавшихся проблемах по ее функционированию
Мартынова Е.В., Шапиро А.Ю. 50

Вопросы организации профилактических осмотров граждан врачом психиатром-наркологом <i>Мартынова Е.В., Шишко О. И.</i>56	Диспансерная группа как один из показателей распространенности психических расстройств <i>Шилова О.В., Френкель Е.В.</i>81
Особенности организации психиатрической службы Санкт-Петербурга в дореволюционный период <i>Некрасов В.А.</i>57	Раздел 2. Вопросы диагностики, лечения и профилактики психических расстройств 84
Социальные последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь <i>Медведев А.С., Кралько А.А., Щербицкая Е.С.</i>60	Психоанализ и понимание современной агрессивности <i>Абрамов Б.Э., Сквиря И.М.</i>84
Снижение потребления алкоголя в популяции: организационно-экономические механизмы, правовое регулирование <i>Осипчик С.И.</i>62	Влияние эмоциональных расстройств на жизнь пациентов с сахарным диабетом <i>Гринь В.В., Жалейко Е.В., Путейко Т.Н.</i>86
Организация помощи детям с аутизмом на межведомственном уровне <i>Пятницкая И.В.</i>66	Психическое здоровье и суицидальное поведение осужденных в местах лишения свободы <i>Кашинский М.Ю.</i>89
Принудительная госпитализация: критерии и реализация положений на практике <i>Рынков П.В.</i>68	О типологии преодоления трудностей людьми с хроническими заболеваниями, включая психические заболевания и зависимости <i>Матвейчик Т.В.</i>93
Правовые основы организации оказания психиатрической помощи военнослужащим <i>Сачек В.И.</i>71	Распространение потребления алкоголя среди учащейся молодежи Республики Беларусь <i>Медведев А.С., Кралько А.А., Щербицкая Е.С.</i>97
Особенности применения законодательства при досрочном переосвидетельствовании водителей <i>Скаскевич Н.П., Чесноков И.И.</i>75	К проблеме коморбидности при психических и поведенческих расстройствах <i>Плоткин Ф.Б.</i>100
Исторический, международный и национальный опыт правового регулирования психиатрического освидетельствования и принудительной госпитализации <i>Хвостова И.И.</i>77	Внутренняя картина лечения психотропными средствами <i>Семенухин Д.Г., Кучаева А.В.</i>103
Семья больного и психиатры: чем мы можем быть полезны друг для друга? <i>Хмара Н.В.</i>80	Диагностика уровня тревожности детей школьного возраста г. Гомеля <i>Соболева Л.Г., Новак Н.Г., Шаршакова Т.М.</i>104

Раздел 1.

Организационно-правовые, этические и исторические вопросы оказания психиатрической помощи

Александров А.А.
Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
Минск, Беларусь

Организация оказания психиатрической помощи лицам с коморбидными психическими расстройствами

В настоящее время наличие у пациентов нескольких психических расстройств стало скорее правилом, чем исключением, поэтому выставление в медицинской документации нескольких диагнозов уже не является редкостью. Коморбидность создает диагностические сложности (первичное или вторичное расстройство, основное (преобладающее по тяжести) и сопутствующее). Проблемы возникают в лекарственной терапии (частота полипрагмазии, важность учета лекарственных и иных взаимодействий).

В данной статье хотелось бы обратить внимание на организационные вопросы ведения таких пациентов. Министерством здравоохранения Республики Беларусь принят приказ от 28.12.2006 № 989 «Об организации медицинской помощи лицам с сочетанной соматической, психической и наркологической патологией». Предусмотрено, что при сочетании хронических психических и наркологических заболеваний пациенты подлежат диспансерному наблюдению и лечению у психиатра (в психоневрологическом диспансере), а при стационарном лечении – в зависимости от более тяжелого расстройства.

Вместе с тем ряд пациентов (с алкоголизмом и хроническим бредовым расстройством с шизофренией и наркоманией) представляет сложности в организации помощи, даже если обе службы (психиатрия и наркология) объединены в структуре одной организации (областной клинический центр).

Первым моментом, требующим адаптации существующих сервисов к нуждам коморбидных пациентов, является цель их лечения с точки зрения самого пациента и его окружения (общества, семьи, родственников).

Если пациент имеет признаки зависимого потребления психоактивных веществ (ПАВ), то симптомы отмены побуждают его искать помощи в наркологической службе. Детоксикация от ПАВ также может снизить выраженность дистресса, вызванного психическим расстройством. В то же время, предъявляя медицинским работникам (психологам – в случае дальнейшей реабилитации)

симптомы, не характерные для абстинентного состояния, пациент рискует быть «отправленным» к другому специалисту.

Причинами досрочного прекращения пациентом лечения могут стать страх его возможных ауто- и гетероагрессивных действий, мнение о неспособности коморбидного пациента к рефлексии при психотерапии, сложности работы в группе и участия в динамических занятиях.

Следующим барьером в лечении зависимости может стать потребность пациента в применении, иногда длительном, действующих на нервную систему лекарств (антипсихотики, антидепрессанты, бензодиазепиновые анксиолитики).

Многие подходы в лечении и реабилитации зависимых (терапевтическое сообщество, 12-шаговые группы самопомощи) требуют от участников процесса выздоровления воздержания от любых веществ и лекарственных средств (за исключением табака, кофеина (кофе, чай, но не «чифирь»)).

Хорошо если пациент способен стабилизироваться только с помощью психотерапии (легкие депрессия и тревога, резидуальные психотические расстройства, патология личности вне декомпенсации). Тогда неприменение лекарств может даже повысить результативность лечения: пациент осознает, что проблемы можно преодолеть, не прибегая к помощи «веществ».

Также это повышает самооценку и способность к психологической переработке проблемы, что позволяет пациенту далее более свободно обращаться к поддерживающей индивидуальной и групповой психотерапии.

Вынужденное воздержание от лекарств помогает отдифференцировать симптомы, присущие одновременно как отмене ПАВ, так и расстройству.

При этом важно знать потенциальные риски нелечения психических расстройств, сопутствующих потреблению алкоголя и других ПАВ.

Состояние отмены алкоголя и ряда ПАВ (седативные и снотворные) само по себе является опасным для жизни и здоровья состоянием за счет соматических (гипертензия, аритмия, рвота), неврологических (припадки) и психических нарушений (сознания – спутанность и делирий, восприятия – галлюцинации, памяти – амнестический синдром, эмоций – депрессивные симптомы, мышления – острый чувственный бред). Последние могут вызвать агрессию к медицинскому персоналу и другим пациентам, обусловленную растерянностью и страхом, аутоагрессивные и суицидальные поступки, дезорганизованное или рискованное поведение, ведущее к несчастным случаям, которые зачастую бывает трудно отличить от попыток самоубийств.

Присоединение к этой симптоматике проявлений сопутствующей психической патологии (бессонницы, паники, импульсивности, дисфории, ангедонии, параноидных идей, симптомов психического автоматизма и других) делает пациентов несотрудничающими, неуправляемыми, опасными и требующими мер стеснения в условиях психиатрического стационара.

Таким образом, обязательное применение медикаментозного лечения при умеренных и выраженных сопутствующих психических расстройствах необхо-

димо в интересах как пациента (уменьшение страданий), так и других людей (снижение рисков и повышение комплаентности).

Сложность организации терапии коморбидного пациента вызвана необходимостью определить место ее оказания. Так как специализированных отделений для ведения пациентов с двойным диагнозом не создано, с позиции пациента лучшим местом для лечения будут наркологические отделения, а с позиции общества – психиатрические.

Тактика руководителя учреждения здравоохранения в организации помощи коморбидным пациентам будет определяться: ресурсами учреждения (наличие стационара или отделения дневного пребывания, их профилем – психиатрия (кризисное отделение или общее) или наркология (отделение детоксикации или реабилитации); идеологией специалистов (недирективные, директивные, ориентированные на воздержание или снижение вреда) и их подготовкой в области психо- и фармакотерапии, а также готовностью ее использовать.

Учитывая рост количества случаев коморбидной патологии в работе службы психического здоровья, изучение ее организационных возможностей с целью оптимального расходования ресурсов представляется актуальным и социально значимым.

Воронко М.В., Букин С.И.

Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Гродно, Беларусь

Проблемные вопросы в организации реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами

Реабилитационное направление в здравоохранении является важным разделом организационной и практической деятельности в связи с наличием в ней социальной и экономической составляющих. Реабилитация представляет собой комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности.

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что термин «реабилитация» правомочен в тех случаях, когда точкой приложения являются тяжелобольные и инвалиды, а достигнутый эффект предполагает восстановление всех трех компонентов реабилитации (медицинского, профессионального и социального), для чего требуется участие специалистов разных профилей.

Реабилитация в психиатрии имеет свои принципиальные отличия в связи с особенностями инвалидирующих последствий заболеваний. При всем мно-

гообразии видов психических расстройств общим для них является измененное представление пациента об отношении людей к нему и наличие в обществе особенного отношения к лицам с психическими заболеваниями, в связи с чем наличие психического расстройства обуславливает низкую конкурентность пациента на рынке труда.

Инвалидность по психическому заболеванию в трудоспособном возрасте в Гродненской области составляет 0,74 случая на 100 тыс. соответствующего населения, когда в популяции взрослого населения данный вид инвалидности равен 0,92.

Среди пациентов, находящихся под диспансерным психиатрическим наблюдением, в Гродненской области на начало 2013 г. инвалидов было всего 7934, или 85,7% (без учета инвалидов, находящихся в домах-интернатах психоневрологического профиля, – 67,4%). При этом инвалиды 3-й группы составляют только 5% (430 пациентов). Среди детей, находящихся под диспансерным наблюдением, инвалиды по психическому заболеванию составляют 7,9% (662 пациента).

Таким образом, психические расстройства в целом являются заболеваниями с высоким риском инвалидизации, что обуславливает социальную и экономическую значимость реабилитационного направления в психиатрии.

В соответствии с действующим порядком установления группы инвалидности (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 № 97 «Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья») основаниями для инвалидизации является констатация наличия ограничения жизнедеятельности, которая основывается на выраженности клинических проявлений основного заболевания, а не на оценке остаточного реабилитационного потенциала (трудоспособности). В результате психические нарушения, изменяющие коммуникационные возможности, но не нивелирующие потребность в самореализации, во многих случаях приводят к тому, что соматически здоровые пациенты лишены возможности участвовать в трудовой и профессиональной реабилитации.

В связи с отсутствием в действующем законодательстве механизма, определяющего гарантированную возможность трудоустройства пациентов психиатрического профиля¹ (в т.ч. инвалидов по психическому заболеванию), профессиональная реабилитация в психиатрии имеет принципиальные трудности.

¹ Нормативные документы, регулировавшие порядок трудоустройства (профессиональной реабилитации) инвалидов в связи с психическим заболеванием, утратили силу: в 2012 г. – статья 19 Закона Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством) и постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 16.12.2003 № 157 «Об утверждении инструкции об организации трудовой реабилитации инвалидов, зарегистрированных в органах по труду, занятости и социальной защиты в качестве безработных»

В настоящее время наиболее полноценно реабилитация лиц с психическими расстройствами представлена в наркологии и связана в первую очередь с наличием нормативного регулирования самого процесса реабилитации на межведомственном уровне – в рамках реализации Декрета Президента Республики Беларусь от 24.11.2006 № 18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях», внутри системы здравоохранения – внедрение Миннесотской модели реабилитации зависимых и программы заместительной терапии метадонном в УЗ «ГОКЦ «Психиатрия – наркология».

На 01.07.2013 г. в трудовой, в том числе профессиональной реабилитации из пациентов группы диспансерного наблюдения в Гродненской области нуждаются не менее 50% (около 5000): F 00–F 09 – 30%, F 20–F 29 и F 30–F 39 – 40%, F 70–F 79 – 20%.

В психиатрической службе трудовая реабилитация, как основной способ ресоциализации пациентов трудоспособного возраста, несмотря на рост образовательного уровня среди инвалидов по психическому заболеванию, по-прежнему представлена ограниченным количеством мест в лечебно-производственных трудовых мастерских (картонажные и швейные работы) и нескольких предприятий общества инвалидов (низкоквалифицированный труд). Профессиональная подготовка детей с особенностями психофизического развития (около 8,5 тыс.) осуществляется по специальностям: обувщик по ремонту обуви, швея, маляр, штукатур и т.п. без гарантированного прикрепления выпускников, не способных на равных условиях конкурировать на рынке труда, к определенному предприятию.

Таким образом, реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, декларируемая как комплекс мероприятий, основанный на тесном межведомственном взаимодействии, в настоящее время имеет форму внутриведомственной и в психиатрической службе представлена мероприятиями по диспансеризации, направлением на медико-реабилитационную экспертную комиссию с целью установления группы инвалидности, медикаментозным сопровождением в амбулаторных условиях, стационарным лечением, лечением в условиях дневных стационаров.

Из результатов работы следуют основные выводы.

1. Используемый в настоящее время методологический подход к реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, нуждается в принципиальном изменении оценки статуса инвалида: от оценки степени утраты трудоспособности к определению остаточной трудоспособности.
2. Отсутствие нормативного регулирования трудовой занятости инвалидов по психическому заболеванию обуславливает низкую эффективность их профессиональной реабилитации и, соответственно, рост финансовых затрат.
3. Введение в системе здравоохранения должностей специалистов, занимающихся трудовой занятостью инвалидов по психическому заболеванию, при-

ведет к повышению качества реабилитации и, как следствие, к снижению экономических затрат в связи с инвалидностью по психическим заболеваниям.

4. Несоответствие объемов и видов трудовой реабилитации инвалидов в связи с психическим заболеванием реальной потребности в них способствует преждевременной утрате остаточной трудоспособности, утяжелению инвалидности и, как следствие, росту бремени экономических потерь, связанных с инвалидностью в связи с психическим заболеванием.
-

Друзь В.Ф.¹, Олейникова И.Н.², Шлафер М.И.², Каштанова Н.Д.²

¹Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия;

²Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1, Оренбург, Россия

Геронтологический аспект организации амбулаторной психиатрической помощи

Недостаточная выявляемость психически больных позднего возраста и отсутствие оказания им эффективной помощи традиционной диспансерной службой (Гаврилова С.И., 1987) вызвали необходимость организации новых форм амбулаторного обслуживания данного контингента больных, в частности, создание геронтопсихиатрических кабинетов в диспансерах (Концевой В.А. с соавт., 1987). Исследования (Земельштерн Ю.Б., Вовина Е.Н., 1990; Лугина О.В., 1994), посвященные анализу их работы, показали возможность успешного решения указанной проблемы. Однако положительный опыт создания амбулаторной геронтопсихиатрической помощи не получил пока широкого распространения, а такие исследования довольно малочисленны. В настоящее время продолжается активный поиск организационных форм геронтопсихиатрической помощи. Многие авторы (Концевой В.А. с соавт., 1988; Avison W.R., Speechley K.N., 1987) отмечают потребность в ее дальнейшей дифференциации.

В Оренбургском психоневрологическом диспансере организация геронтопсихиатрической помощи проводилась следующим образом. В трех из четырех районов города, каждый из которых обслуживали три обычных участка, один участок был перепрофилирован в геронтопсихиатрический. Под его наблюдением находятся больные, как ранее состоявшие на учете в диспансере и достигшие 60 лет, так и вновь обратившиеся в возрасте 60 лет и старше. Психиатры прошли подготовку по геронтопсихиатрии на кафедре психиатрии ОрГМА. О создании специализированных участков были извещены врачи поликлиник и работники центра социального обслуживания населения каждого района.

Между ними и геронтопсихиатрами установилась постоянная связь. В четвертом районе, который обслуживали два участка, сохранилась традиционная форма психиатрической помощи больным позднего возраста.

С целью оценки результатов выделения указанных участков проведено сравнительное исследование клинико-демографической структуры состава больных геронтопсихиатрического участка с аналогичной структурой больных позднего возраста обычных территориальных участков диспансера.

Сплошным невыборочным методом обследованы две группы больных. Основную группу составили больные геронтопсихиатрического участка – 508 человек, контрольную – все больные в возрасте 60 лет и старше двух обычных территориальных участков диспансера – 240 человек. Помимо клинических данных (нозологическая форма, ведущий синдром, возраст к началу заболевания, соматическое состояние), выяснялись демографические показатели (пол, возраст на момент обследования и семейный статус).

Полученные результаты показывают, что на территории района, где находился геронтопсихиатрический участок, специализированной помощью было охвачено значительно больше лиц старшего возраста (508 из 1548 – 32,8%), чем в районе, где психиатрическая помощь данному контингенту больных оказывалась традиционной участковой службой (240 из 1077 – 22,3%, $p < 0,001$). Выявлены существенные различия (за исключением пола – в обеих группах соотношение женщин и мужчин составило 2:1) в клинико-демографической структуре состава больных геронтопсихиатрического участка и пациентов позднего возраста обычных участков. Больные геронтопсихиатрического участка на момент обследования (средний возраст – $75 \pm 1,8$ и $67 \pm 2,1$ года соответственно, $p < 0,05$) и начала заболевания (средний возраст – $49 \pm 2,3$ и $41 \pm 2,3$ соответственно, $p < 0,05$) были старше. Удельный вес пациентов основной группы, заболевших после 45 лет, был выше (50,8%), чем в контрольной (39,6%), $p < 0,01$. У больных геронтопсихиатрического участка соматическое состояние было лучше: чаще отмечались компенсация и субкомпенсация (41,3% и 26,3% соответственно, $p < 0,001$). Среди них чаще встречались пациенты с атрофическими (16,1% и 2,9%, $p < 0,001$) и психогенными (2,2% и 0,) заболеваниями, а также инволюционным параноидом (1,2% и 0,) реже наблюдались больные шизофренией (27,3% и 43,3%, $p < 0,001$) и эпилепсией (1,6% и 10%, $p < 0,001$). Остальные заболевания (эндогенные аффективные, сосудистые, экзогенно-органические и умственная отсталость) отмечались примерно с одинаковой частотой ($p > 0,05$). В основной группе был выше удельный вес больных с деменцией (21,4% и 12,9%, $p < 0,01$), психоорганическими (16,9% и 11,3%, $p < 0,05$) и кататоническими (0,8% и 0,) синдромами и ниже – пациентов с параноидными (16,9% и 23,7%, $p < 0,05$) и депрессивными (14,2% и 20,4%, $p < 0,05$). Отличия по другим синдромам (психопатоподобный, апато-абулический, дебильность, имбецильность, невротические и неврозоподобные) не достигают статистической значимости.

Указанные различия объясняются главным образом более высокой выявляемостью пожилых и старых людей с психической патологией и оказанием им более эффективной помощи на геронтопсихиатрическом участке по сравнению с обычными участками, где преобладали состарившиеся пациенты, заболевшие в молодом и среднем возрасте.

Важным демографическим фактором, влияющим на социальную адаптацию больных, является семейный статус. На геронтопсихиатрическом участке несколько чаще встречались одинокие больные (32,5% и 29,2%, $p>0,05$). Сравнение клинико-демографической структуры одиноких больных выявило менее заметные отличия в группах. Отсутствовали достоверные различия между возрастными показателями (хотя тенденция оставалась прежней) и синдромальными проявлениями. Между тем у больных геронтопсихиатрического участка отмечался также более низкий уровень соматической отягощенности: чаще встречались пациенты с умеренно-выраженной декомпенсацией (60% и 24,3%, $p<0,001$) и реже – с выраженной и тяжелой (9,1% и 51,4%, $p<0,001$), примерно с одинаковой частотой наблюдались больные с компенсацией и субкомпенсацией (30,9% и 24,3%, $p>0,05$). Сохранились в основном различия и по нозологическим формам: шизофрении (36,3% и 55,7%, $p<0,01$), атрофическим (3,0% и 0,) и психогенным заболеваниями (3,0% и 0,).

Кроме того, в обеих группах установлены сходные явления, которые не наблюдались в общих контингентах сравниваемых групп. К ним относятся: значительное преобладание женщин над мужчинами (4:1), более молодой возраст на момент наблюдения ($69\pm 1,8$ года и $66\pm 2,1$ года) и начала заболевания ($46,7\pm 2,3$ года и $40\pm 2,5$ года), преобладание больных шизофренией и пациентов с параноидными синдромами (24,8% и 30%), высокий удельный вес больных с психопатоподобной симптоматикой (16,4% и 17,1%) и низкий – с деменцией (6,7% и 4,3%), отсутствие больных с умственной отсталостью. Перечисленные клинико-демографические особенности вероятнее всего связаны с фактором одинокого проживания, возможно, являясь его предпосылками, что совпадает с данными литературы (Шахматов Н.Ф., 1973; Трифонов Е.Г., 1990; Голик А.Н., 1996).

Таким образом, создание геронтопсихиатрического участка позволяет значительно улучшить помощь психически больным позднего возраста и повысить их качество жизни. Его организация возможна в психоневрологическом диспансере путем перепрофилирования одного из обычных территориальных участков, обслуживающих район со взрослым населением 115–120 тыс. человек, в пределах существующего штатного расписания без дополнительных финансовых затрат.

Замятина И.И., Оруджев Н.Я., Поплавская О.В.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Организационно-правовые аспекты взаимодействия социальных и амбулаторной психиатрической служб по вопросам социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами

Работа амбулаторной психиатрической службы в максимальной степени связана с социальными службами, однако остаются недостаточно разработанными механизмы их взаимодействия. Так, согласно ст. 18 Федерального закона от 2.08.1995 № 122 «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (далее – Федеральный закон – ФЗ), порядок и условия социально-медицинского обслуживания на дому определяются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Во исполнение указанной нормы на территории Волгоградской области был издан совместный Приказ Управления социальной защиты населения Администрации Волгоградской области и Комитета по здравоохранению Администрации Волгоградской области от 21.09.2007 №№ 942, 464 «Об организации совместной работы амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения и государственных учреждений социального обслуживания населения по совершенствованию медико-социальной помощи престарелым гражданам и инвалидам на дому». Однако данный приказ не устанавливает механизма взаимодействия между медицинскими учреждениями и социальными службами по данному вопросу, ограничиваясь лишь отдельными общими положениями, связанными с содействием одной службы другой. Отсутствует такой механизм и в государственном стандарте социального обслуживания населения Волгоградской области «Социально-медицинская реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов в нестационарных условиях», утвержденном Приказом министерства социальной защиты населения Волгоградской области от 04.06.2012 № 343. Кроме того, действующее законодательство оставляет без ответов еще некоторые вопросы, связанные с оказанием гражданам, страдающим психическими расстройствами, социальных услуг на дому. Например, ст. 18 ФЗ № 122 предусмотрена возможность социально-медицинского обслуживания на дому, которая может осуществляться в отношении граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в надомных социальных услугах, в том числе страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии), за исключением заболеваний, указанных в ч. 4 ст. 15 ФЗ № 122. При этом ч. 4 ст. 15 указанного ФЗ, установлено, что гражданам пожилого возраста и инвалидам, при наличии у них тяжелых психических расстройств, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, может быть отказано в предоставлении социальных услуг на дому.

Таким образом, законом установлено, что социально-медицинское обслуживание на дому граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих психическими расстройствами, может осуществляться только при нахождении их в стадии ремиссии. Более того, действующее законодательство устанавливает, что гражданам пожилого возраста и инвалидам может быть отказано в социально-медицинском обслуживании на дому при наличии у них тяжелых психических расстройств, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения вне зависимости от нахождения их в стадии ремиссии. Однако следует учитывать, что закон не запрещает оказание услуг таким гражданам, а предоставляет право отказать им в предоставлении услуг по социально-медицинскому обслуживанию, оставляя реализацию такого права на усмотрение органов социального обслуживания. Применение указанных норм на практике прямо влияет на права граждан, страдающих психическими расстройствами, так как данные нормы устанавливают саму возможность обслуживания на дому граждан, страдающих психическими расстройствами. При этом если ст. 15 рассматриваемого ФЗ определяет, что отказ в предоставлении социальных услуг на дому гражданам пожилого возраста и инвалидам, страдающим психическими расстройствами, подтверждается совместным заключением органа социальной защиты населения и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения, то на основании какого документа или каким образом определяется пребывание гражданина, страдающего психическим расстройством, в стадии ремиссии, действующее законодательство не устанавливает. В то же время пребывание гражданина в стадии ремиссии или в подостром состоянии психического расстройства может иметь значение для предоставления или отказа в предоставлении социальных услуг на дому гражданам, страдающим психическими расстройствами.

Понятны и затруднения, возникающие у специалиста социальной службы при обслуживании лиц с психическими расстройствами. Вследствие незнания закономерностей развития и проявлений психических расстройств многие работники социальной службы испытывают страх перед больным, ожидая от него любой неадекватной реакции, в том числе и противоправных действий. Специалист по социальной работе или социальный работник, прошедший соответствующее обучение, получивший теоретические и практические навыки работы с лицами, имеющими психические расстройства, которому разъяснены особенности медицинских и этико-правовых аспектов оказания помощи душевно больным, испытывал бы меньше затруднений в работе с данными пациентами. Обученный специалист может осуществлять дополнительные специальные психосоциальные мероприятия (тренинг навыков независимого проживания, психообразовательные программы с элементами когнитивного тренинга, тренинг социальных и коммуникативных навыков), которые позволяют значительно расширить возможности оказания помощи психически больным с инвалидностью.

Встречаются случаи, когда социальные услуги на дому получает гражданин, проживающий с психически больным родственником. При этом социальные службы обращаются в психоневрологический диспансер за «разрешением» на дальнейшее обслуживание гражданина, учитывая, что больной родственник может представлять опасность для социального работника. Подобные ситуации не регламентированы действующим законодательством. Получается, что нельзя определить основания для ограничения прав на получение социальных услуг на дому гражданину, исходя из психического состояния проживающих с ним членов его семьи.

Отсутствие четкого правового механизма взаимодействия медицинских учреждений и социальных служб, недостаточная подготовка, просвещенность и предвзятое отношение специалистов социальной службы к работе с лицами, имеющими психические заболевания, указывает на необходимость совершенствования действующего законодательства, например, включение в ФЗ № 122 специальных норм, четко определяющих условия и регулирующих особенности предоставления социальной помощи на дому гражданам, страдающим психическими расстройствами.

Кроме того, на уровне регионов необходимо принятие правового акта, регулирующего порядок и условия социально-медицинского обслуживания на дому, который должен содержать четкий механизм взаимодействия сотрудников медицинских учреждений и социальных служб, с указанием конкретных мер взаимодействия, сроков осуществления тех или иных действий в рамках такого взаимодействия и содержащего особенности оказания социально-медицинского обслуживания на дому лиц, страдающих психическими заболеваниями, или граждан, проживающих совместно с лицами, имеющими психические расстройства. Необходимо создание отдельной специализированной службы или нового подразделения существующей социальной службы для оказания социальной помощи лицам с психическими расстройствами.

Королева И.Н.

Гомельская областная клиническая психиатрическая больница, Гомель, Беларусь

Правовые основы принудительной госпитализации и лечения граждан

В последнее время в законодательных актах особое внимание уделяется защите гражданских прав психически больных. Организация оказания психиатрической помощи в Республике Беларусь осуществляется в соответствии

с Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» № 349–3 от 07.01.2012. Цель закона – правовое регулирование в области оказания психиатрической помощи и обеспечение прав граждан при ее оказании. Закон направлен на то, чтобы сделать психиатрическую помощь более эффективной и опирающейся на современную правовую базу. Специфика психических болезней делает необходимым в ряде случаев применение мер помощи вопреки желанию больных, не осознающих болезненного характера своего состояния и поступков, иногда представляющих серьезную угрозу для них самих или окружающих.

Психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности. Необходимым условием оказания психиатрической помощи является предварительное согласие пациента, за исключением случаев, установленных Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи», (ст. 17). В соответствии со ст. 36 основанием для принудительной госпитализации и лечения является решение суда о принудительной госпитализации и лечении. Решение суда о принудительной госпитализации и лечении выносится в случае нахождения лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием) и уклоняющегося от лечения, в состоянии, которое обуславливает: его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц; его беспомощность; возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Уклонением от лечения являются: отказ от госпитализации в психиатрический стационар; несоблюдение врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка, самовольное приостановление лечебных процедур в случае, когда психиатрическая помощь в психиатрическом стационаре оказывается с его согласия или согласия его законного представителя.

Пациент, принудительно госпитализированный в психиатрический стационар, подлежит обязательному освидетельствованию врачебно-консультационной комиссией в течение суток со дня госпитализации, за исключением выходных и праздничных дней. Комиссия принимает решение об обоснованности госпитализации. Если она признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признается обоснованной, то психиатрический стационар в течение двух суток направляет в суд по месту жительства (месту пребывания) пациента или месту нахождения психиатрического учреждения заявление о принудительной госпитализации и лечении. К заявлению прилагается заключение, вынесенное врачебно-консультационной комиссией. Заявление о принудительной госпитализации и лечении рассматривается судом в течении 5 дней со дня его поступления с обязательным участием представителя государственной организации здравоохранения, прокурора, гражданина, заявление о принудительной госпитализации и лечении которого рассматривается, или его законного представителя. Суд может рас-

смотреть дело о принудительной госпитализации и лечении гражданина в его отсутствие, если участие гражданина в судебном заседании невозможно по состоянию здоровья (ст. 391 Гражданско-правового кодекса Республики Беларусь). Решение суда об удовлетворении заявления о принудительной госпитализации и лечении является основанием для принудительной госпитализации и лечения. Хотелось бы отметить, что решение суда в 10-дневный срок со дня вынесения может быть обжаловано.

Принудительная госпитализация и лечение пациента в психиатрическом стационаре продолжаются до выздоровления или значительного стойкого улучшения состояния его психического здоровья, при которых не требуется дальнейшее оказание психиатрической помощи в стационарных условиях. В течение первых 6 месяцев не реже одного раза в месяц лицо подлежит освидетельствованию комиссией психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При необходимости продолжения лечения свыше 6 месяцев психиатрический стационар подает в суд заявление о продлении срока принудительной госпитализации и лечения, к которому прилагается заключение о необходимости продления срока принудительной госпитализации и лечения, вынесенное врачебно-консультационной комиссией. При принятии судом решения о продлении срока принудительной госпитализации и лечения свыше 6 месяцев психиатрическое освидетельствование проводится не реже одного раза в 6 месяцев. В случае необходимости лечения пациента свыше 12 месяцев со дня госпитализации психиатрический стационар обращается в суд для продления срока принудительной госпитализации и лечения не реже одного раза в год.

Отдельно хотелось бы остановиться на таком проблемном вопросе, как принудительная госпитализация иностранных граждан.

Приведем пример: гражданка Российской Федерации была доставлена в психиатрический стационар из изолятора временного содержания. Находясь в изоляторе, она вела себя неадекватно, в связи с чем была освидетельствована СПЭК (судебной психиатрической экспертной комиссией). Комиссией было рекомендовано госпитализировать ее в психиатрический стационар. При поступлении на лечение гражданка дала свое согласие на госпитализацию. Однако через некоторое время по своему психическому состоянию отказалась от дальнейшего лечения. В соответствии со ст. 37, врачебно-консультационная комиссия вынесла заключение о ее принудительной госпитализации и лечении, так как гражданка страдает психическим расстройством (мания с психотическими симптомами) и находилась в состоянии, которое обуславливает опасность для окружающих, и отсутствие лечения привело бы к ухудшению ее психического состояния. После чего, в соответствии со ст. 38 Закона, заявление о принудительной госпитализации и лечении было направлено в суд. Судом было вынесено решение об отказе в принудительной госпитализации и лечении. В основу отказа были положены разъяснения, содержащиеся в п. 11 Постановления Пленума Вер-

ховного Суда Республики Беларусь о том, что принудительная госпитализация и лечение не допускаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства. При наличии у них заболевания, представляющего опасность для здоровья населения, и отказе от лечения они могут быть выдворены за пределы Республики Беларусь в порядке, определяемом законодательством Республики Беларусь. Согласно ст. 28 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» иностранные граждане и лица без гражданства, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, и отказывающиеся от лечения, могут быть депортированы за пределы Республики Беларусь в порядке, определяемом законодательством Республики Беларусь.

Однако в соответствии со ст. 5 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», «иностранцы граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие в Республике Беларусь, имеют право на доступное медицинское обслуживание наравне с гражданами Республики Беларусь, если иное не определено законами Республики Беларусь и международными договорами Республики Беларусь».

Иностранцы граждане и лица без гражданства, временно пребывающие или временно проживающие в Республике Беларусь, имеют право на доступное медицинское обслуживание за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Беларусь, если иное не установлено законодательными актами Республики Беларусь и международными договорами Республики Беларусь».

Оказание психиатрической помощи регулируется Законом Республики Беларусь № 349–З от 07.01.2012 «Об оказании психиатрической помощи». В соответствии со ст. 2, «действие настоящего Закона распространяется на граждан Республики Беларусь, а также иностранных граждан и лиц без гражданства, если иное не предусмотрено Конституцией Республики Беларусь, иными законодательными актами и международными договорами Республики Беларусь.» Следовательно, на иностранных граждан распространяются и статьи о принудительной госпитализации и лечении.

Также отмечу, что, согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 75 от 15.06.2012, психические расстройства не включены в перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения.

Из приведенного выше примера можно сделать вывод о том, что в настоящее время вопрос о принудительной госпитализации иностранных граждан и лиц без гражданства действующим законодательством урегулирован не в полном объеме.

Короткевич Т.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Организация оказания помощи психически больным: исторический аспект

Любая проблема, которую решает общество в современном мире, имеет под собой историческую основу. Анализ исторических фактов позволяет выявить предпосылки сложившихся взглядов, идей, отношений, найти их истоки, взглянуть на проблему «через призму истории». Целью настоящей работы явилось освещение исторических аспектов организации оказания психиатрической помощи психически больным на территории Беларуси.

Существование психических расстройств среди наших предков подтверждают средневековые летописи, где описаны «кручина», «беснование», «падучая», «лютый недуг». Помощь таким больным оказывалась врачевателями монастырей и представляла собой их изоляцию от общества. Среди монастырских строений обычно имелась «крепкая темница», куда помещали еретиков и беспокойных психически больных («бесных»). Слабоумные больные («убогие») чаще находились среди населения.

Зачатки организации оказания психиатрической помощи начали формироваться с середины XVII в., когда на территории современной Беларуси появились первые психиатрические учреждения («шпитали для умалишенных»), которые были созданы монашеским орденом бонифратров (орден госпиталитов св. Иоанна Божьего). Подобные заведения были открыты в Вильно (1635 г.), Минске (1700 г.) и Гродно (1728 г.). Шпитали существовали на благотворительные пожертвования и находились в тяжелом материальном положении. В начале XIX века начали создаваться палаты для психически больных при больницах общего профиля. В 1804 г. в больнице приказа общественного призрения г. Минска был открыт смирительный дом с комнатами для психически больных, при минских богоугодных заведениях – «дом скорбящих». Однако в связи с отсутствием врачей больные были лишены медицинского обслуживания, предоставлены сами себе, в лучшем случае – находились под контролем надзирателей.

Организация психиатрической помощи как специализированного вида медицинской помощи, предоставляемого врачом-специалистом, начала формироваться с середины XIX в., когда увеличилось число коек в психиатрических отделениях, были назначены специальные врачи для их обслуживания, несколько улучшились условия содержания больных. Первыми психиатрами, практиковавшими на территории современной Беларуси, были доктора С.И. Штейнберг, А.О. Вейнрех в Могилеве, Е.Т. Цвигман – в Витебске. В психиатрических отделениях улучшилось питание пациентов, назначалась лекарственная терапия (хлорал-гидрат – для купирования возбуждения, опий – при

меланхолии), вводился лечебно-охранительный режим, обустроивались прогулочные дворники, создавались комнаты для беспокойных больных, улучшалось санитарное состояние отделений.

Указом Сената «Об обязательном лечении и призрении душевнобольных без ограничения штатным числом мест» в 1875 г. было разрешено проводить расширение психиатрических отделений местных больниц за счет найма дополнительных помещений. В 1897 г. число психиатрических коек составляло 190, из них в Витебске – 30, Гродно – 40, Минске – 60, Могилеве – 60. Однако это количество коек не в состоянии было обеспечить потребности в оказании психиатрической помощи. По данным I Всероссийской переписи населения, количество психически больных в белорусских губерниях составляло 28 836 человек. Таким образом, одна койка приходилась на 130–150 больных. Психиатрические отделения были переполнены, в некоторых из них число больных превышало число мест в 1,5–2 раза. Смертность пациентов составляла 11–26%. В отделения часто помещали хронических больных, которые находились там годами, в то время как больные в состоянии обострения психического расстройства оставались без специальной помощи и ухода. Пациенты страдали от недостаточного питания, антисанитарных условий. Так, Минское отделение для душевнобольных при посещении его директором Медицинского департамента А.Ф. Рагозиным в 1890 г. было признано совершенно непригодным для содержания больных.

Совершенствование оказания психиатрической помощи в начале XX в. связано с учреждением в 1903 г. выборных земств в Витебской, Минской и Могилевской губерниях. Больницы приказов общественного призрения были реорганизованы в губернские земские больницы, психиатрические отделения в которых были переполнены, больные находились в крайне тяжелых условиях. В Минском психиатрическом отделении не было дифференцированного размещения больных, стены в изоляторах для размещения беспокойных больных были сырые, а сами изоляторы больше напоминали «конюшню, чем лечебницу». Больные находились там без всякого присмотра. На одного больного приходилось «0,96–1,6 куб. сажени воздуха».

Количество больных в психиатрическом отделении Минской губернской больницы возросло с 265 в 1908 г. до 450 в 1911 г., расходы на их содержание увеличились за указанный период в 1,9 раза. Однако потребность в психиатрических койках была намного выше. В начале XIX в. в Минской губернии проживало около 2,5 тыс. психически больных, половина которых требовала ухода («призрения») и лечения. По данным ординатора психиатрического отделения Ф.С. Петрасевича, на 220 психиатрических койках губернской больницы находилось лишь 7% от общего количества психически больных, в то время как в Московской губернии – 25%. Ежегодный прирост больных в Минском психиатрическом отделении составлял 14%.

Несмотря на слабую материальную базу и финансовые трудности, в начале XX в. продолжается процесс становления организационных форм оказания психиатрической помощи населению. Так, известный российский психиатр П.И. Якобий, принимавший участие в создании Могилевской Георгиевской психиатрической больницы в Печерске в 1907–1908 гг., считал наиболее важным обеспечить раннее поступление заболевших на стационарное лечение. Для этого необходимо, по его мнению, создавать психиатрические больницы, которые «имеют задачу благо больных, а не удобство здоровых». П.И. Якобий выступал за децентрализацию в оказании психиатрической помощи, против создания крупных централизованных психиатрических лечебниц. Он считал, что наиболее целесообразной формой оказания психиатрической помощи являются небольшие специальные психиатрические больницы-колонии для пациентов с хроническими заболеваниями, в которых они могли бы проходить курс лечения и заниматься трудотерапией.

В этот период рассматривались также следующие направления реорганизации психиатрической помощи в Минской губернии:

- децентрализация психиатрической помощи с устройством порайонных лечебниц на 2–3 уезда по 50–60 коек;
- создание на окраине города психиатрической больницы на базе психиатрического отделения Минской губернской больницы;
- проведение переписи душевнобольных по губернии;
- организация патронажа психически больных для того, чтобы препятствовать переполнению психиатрических коек;
- создание психиатрических колоний для хронических больных.

Наряду с децентрализацией психиатрической помощи выдвигались также предложения создания большой центральной психиатрической лечебницы в центре страны (в Минске) для различных категорий пациентов, которая бы располагала «разнообразным материалом больных», «вспомогательными учебными средствами» и осуществляла бы организационное руководство психиатрической службой (Е.А. Копыстинский).

Идея создания крупной психиатрической лечебницы под Минском на 500 коек начала реализовываться еще в 1914 г., когда для этих целей был приобретен участок земли на хуторе Новинки, бывшем владении помещика Верниковского. Однако реализации этих планов помешала Первая мировая война.

Первая советская трудовая колония душевнобольных была организована в 1918 г. после перевода на хутор Новинки около 40 больных, страдающих психическими расстройствами, вместе с медицинским персоналом из Лошицы, где находился госпиталь для инвалидов Первой мировой войны. Хозяйство психиатрической колонии располагалось на 75 десятинах земли и состояло из деревянных построек и сельхозугодий. На 1 января 1922 г. в колонии постоянно проживало 30 больных. Первым руководителем колонии был Семен Иванович Волочкович, старшей медицинской сестрой – Мария Готлибовна Барсукевич. Одним из ведущих компонентов лечебного воздействия на состояние паци-

ентов в то время являлась трудотерапия. Пациенты были заняты на полевых и плотницких работах, трудились над починкой обуви.

Перед Великой Отечественной войной колония значительно расширилась и представляла собой психиатрический стационар для длительного проживания душевнобольных на 300 штатных коек с земельными угодьями, животноводческой фермой, садом.

Трагическая страница истории психиатрической больницы в Новинках связана с Великой Отечественной войной. По сохранившимся сведениям, немецкие солдаты появились на территории трудовой колонии в Новинках в самом начале войны – 25 июня 1941 г. В первый месяц захватчики не вмешивались в деятельность колонии, не запрещали больным и персоналу заниматься сельскохозяйственными работами. Представители немецкой управы регулярно навещались в колонию и даже выделяли пациентам продукты питания.

Все изменилось в августе 1941 г., после посещения колонии Гиммлером. В июле в результате пожара было повреждено одно из помещений колонии, в котором размещалось около 75 больных. Напуганные пациенты разбежались, а тех, кто вернулся в Новинки, фашисты расстреливали.

Массовое уничтожение пациентов в Новинках гитлеровцы провели в сентябре 1941 г., когда большая часть ослабленных больных была удушена газом в помещении бани. Некоторые пациенты были убиты смертельными инъекциями морфия. Небольшую часть больных фашисты оставили в живых, вероятно, для того, чтобы завершить сельскохозяйственные работы. После сбора урожая в ноябре 1941 г. все пациенты трудовой колонии в Новинках были уничтожены.

Возрождение психиатрической больницы в Новинках началось после освобождения Беларуси. С сентября 1949 г. психиатрическая больница в Новинках стала республиканской. В феврале 2009 г. на базе Республиканской клинической психиатрической больницы образован Республиканский научно-практический центр психического здоровья, ведущее учреждение по оказанию психиатрической и наркологической помощи населению Республики Беларусь.

Таким образом, анализ исторических фактов свидетельствует, что становление психиатрической службы в Беларуси в начале XX в., несмотря на дефицит материальных и кадровых ресурсов, сопровождалось формированием различных организационных концепций ее развития, которые в дальнейшем были реализованы на практике. Некоторые идеи того времени, в частности, децентрализация и приближение психиатрической помощи к потребителям услуг, гуманизация психиатрической помощи, ресоциализация психически больных, не потеряли актуальности в современных условиях.

Короткевич Т.В., Голубева Т.С.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

Структура психических расстройств у пациентов, госпитализированных в психиатрические стационары

В настоящее время в Республике Беларусь оказание психиатрической помощи в стационарных условиях, в том числе лечение синдрома зависимости от психоактивных веществ, осуществляется сетью специализированных стационаров, клинических центров, диспансеров, имеющих стационарные отделения, а также ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (далее – РНПЦ психического здоровья). За период 2008–2012 гг. общее количество психиатрических коек в республике несколько уменьшилось: с 6665 до 6370, или с 6,88 до 6,75 на 10 тыс. населения. Это в целом отражает тенденцию развития внестационарных форм оказания психиатрической помощи, являющихся менее затратными и стигматизирующими. Число наркологических коек за указанный период несколько увеличилось: с 1380 до 1434, или с 1,42 до 1,50 на 10 тыс. населения.

По данным государственной статистической отчетности за период 2008–2012 гг., на психиатрических койках республики было пролечено 550 167 пациентов, из них 111 292 человека (20,2%) находились на лечении в РНПЦ психического здоровья. Уровень госпитализации в стационары психиатрического профиля на протяжении исследуемого периода оставался практически неизменным и составлял 11,2–11,9 на 1 тыс. населения.

Вместе с тем, доля пациентов, госпитализированных в РНПЦ психического здоровья, год от года увеличивалась. Если в 2008 г. на республиканском уровне было пролечено 20 928 человек, или 21,6 на 1 тыс. населения, то в 2012 г. – 23 016 человек, или 24,3 на 1 тыс. населения. При этом коечная мощность учреждения за указанный период не изменялась (1770 коек).

При анализе структуры психических расстройств у пациентов, госпитализированных в психиатрические стационары, установлено, что соотношение пациентов психиатрического и наркологического профиля за указанный период не претерпело существенных изменений. Пациенты психиатрического профиля составляли 48,6–52,1% от общего числа пациентов, которым специализированная помощь была оказана в стационарных условиях; наркологического профиля – 46,3–49,2%. В РНПЦ психического здоровья на долю пациентов психиатрического профиля приходилось 56,4–61,3% от пролеченных; наркологического профиля – 35,9–39,8%.

Среди пациентов наркологического профиля, госпитализированных в психиатрические стационары, за период 2008–2012 гг. снизился удельный вес лиц с алкогольными психозами и увеличилась доля пациентов, страдающих нарколо-

манией и токсикоманией. В целом по республике удельный вес алкогольных психозов в психиатрических стационарах снизился с 7,1% в 2008 г. до 5,2% в 2012 г., в РНПЦ психического здоровья – с 13,5% в 2008 г. до 8,6% в 2012 г. Указанное изменение в структуре госпитализированной заболеваемости отражает снижение общего количества регистрируемых случаев алкогольных психозов в республике (в 2012 г. – на 29,4%) в результате выполнения мероприятий Государственной программы национальных действий по борьбе с пьянством и алкоголизмом на 2011–2015 гг.

Вместе с тем доля наркоманий и токсикоманий в нозологической структуре пациентов, пролеченных в психиатрических стационарах, за период 2008–2012 гг. выросла с 1,7% в 2008 г. до 3,3% в 2012 г., в РНПЦ психического здоровья – с 4,0% в 2008 г. до 6,9% в 2012 г.

Среди пациентов психиатрического профиля, госпитализированных в психиатрические стационары в период 2008–2012 гг., наибольший удельный вес приходился на лиц, страдающих органическими заболеваниями, включая симптоматические (соматогенные) психические расстройства (психиатрические стационары республики – 14,9–16,0%, РНПЦ психического здоровья – 19,4–21,2%). Следует отметить, что за указанный период наметилась тенденция к снижению удельного веса указанной нозологической формы в структуре пролеченных пациентов (психиатрические стационары республики: 2008 г. – 16,0%, 2012 г. – 15,1%; РНПЦ психического здоровья: 2008 г. – 21,0%, 2012 г. – 19,8%), что обусловлено уменьшением доли госпитализированных пациентов, страдающих органическими непсихотическими расстройствами (психиатрические стационары республики: 2008 г. – 8,1%, 2012 г. – 7,4%; РНПЦ психического здоровья: 2008 г. – 10,4%, 2012 г. – 9,2%).

За период 2008–2012 гг. снизился удельный вес пациентов, госпитализированных в психиатрические стационары по поводу шизофрении и шизофреноподобных расстройств (психиатрические стационары республики: 2008 г. – 17,0%, 2012 г. – 15,1%; РНПЦ психического здоровья: 2008 г. – 22,2%, 2012 г. – 19,2%). Вместе с тем, чаще стали получать стационарную помощь пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (психиатрические стационары республики: 2008 г. – 6,5%, 2012 г. – 7,2%; РНПЦ психического здоровья: 2008 г. – 7,2%, 2012 г. – 7,7%), а также с поведенческими синдромами, непсихотическими расстройствами детского и подросткового возраста, расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (психиатрические стационары республики: 2008 г. – 4,3%, 2012 г. – 4,9%; РНПЦ психического здоровья: 2008 г. – 2,5%, 2012 г. – 4,4%). В целом по республике отмечается также некоторое увеличение частоты госпитализаций в психиатрические стационары лиц с умственной отсталостью: 2008 г. – 4,4%, 2012 г. – 4,9%. В РНПЦ психического здоровья удельный вес данной патологии в структуре госпитализированных пациентов за указанный период не изменился и составлял 4,0% как в 2008 г., так и в 2012 г.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует, что в большинстве случаев структура госпитализированной заболеваемости психическими расстройствами отражает изменения общей заболеваемости в популяции. Полученные данные могут быть использованы при планировании коечной мощности стационаров психиатрического профиля, а также должны учитываться при организации различных форм внестационарной психиатрической помощи населению республики.

Короткевич Т.В.¹, Лелека Е.В.², Арефьева О.Е.²

¹ Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь;

² Белорусское Общество Красного Креста, Минск, Беларусь

Международные подходы к организации комплексной психосоциальной и медицинской помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами

По данным Всемирной организации здравоохранения, число людей, имеющих проблемы психического здоровья, в мире составляет более 450 млн человек и неуклонно увеличивается с каждым годом. Для многих стран мира актуальной задачей является создание адекватных условий для функционирования таких людей в обществе, обеспечение достоинства, уважения, расширение их возможностей как равноправных граждан. Международный опыт свидетельствует, что обеспечение поддержки психически больных осуществляется за счет объединения усилий государства и негосударственных общественных организаций и фондов. Приоритетным направлением является создание разнообразных организационных форм оказания комплексной психосоциальной реабилитации психически больным непосредственно рядом с местом их проживания. В частности, опыт работы таких структур был изучен авторами на примере Исландии, где проживает около 320 тыс. жителей, более половины которых составляет население Рейкьявика и его пригородов.

Основной идеей реформирования системы поддержки психически больных в Исландии явилось осознание того, что человек с психическим расстройством имеет разнообразные потребности, а не только нуждается в оказании специализированной медицинской помощи, а также подвержен стигматизации и дискриминации со стороны общества и не может в полной мере реализовать свои права.

В связи с тем, что люди с психическими расстройствами являются наиболее уязвимой категорией населения, подвергающейся стигматизации со стороны общества, оказание поддержки таким людям в различных социальных сферах регламентировано на законодательном уровне. Парламентом Исландии принят План действий в отношении лиц с ограниченными возможностями на 2012–2014 гг., предусматривающий проведение мероприятий по созданию условий для их включения в общественную жизнь в сфере образования, трудоустройства, здравоохранения, социального обслуживания. Мониторинг исполнения плана возложен на Министерство здравоохранения и социального обслуживания Исландии.

План предусматривает обеспечение равных прав всем членам общества, независимо от состояния их психического здоровья, и одинаковой доступности услуг в сферах информирования, образования, коммуникации.

План включает комплекс мероприятий по созданию условий для самостоятельного проживания и возможностей для трудоустройства психически больных, что способствует их финансовой независимости и повышению социальной значимости; обеспечению права выбора на получение образования в соответствии с их потребностями и возможностями, а также организацию оказания качественной медицинской помощи, как специализированного, так и общесоциального профиля.

Предусмотрено также приведение законодательных актов государства в соответствие с международными документами, в частности, с Конвенцией ООН о правах инвалидов (2006), ратифицированной Евросоюзом.

Вместе с тем, позитивное реформирование отношения к психически больным, осознание необходимости создания комфортных условий для их жизнедеятельности и расширения возможностей участия в общественной жизни происходили в Исландии в течение последнего десятилетия. Так, созданы и успешно функционируют организации для психически больных и инвалидов, предоставляющие различные услуги: дневного пребывания, оказания психологической и юридической помощи, представления интересов, дома для реабилитации, клубные дома с последующим обучением и трудоустройством, дома открытых дверей и т.п. Большинство создаваемых центров курируются национальной либо муниципальной социальной службой. Финансирование их деятельности частично осуществляется за счет государства с привлечением финансовых средств общественных организаций, фондов, пожертвований, спонсорской помощи. Присутствие психиатра и лечение пациентов необязательно во всех структурах, однако тесная связь с врачами имеется и используется при необходимости.

Активное участие в психосоциальной реабилитации психически больных принимает Исландский Красный Крест (Icelandic Red Cross), приоритетным направлением деятельности которого является поддержка лиц, имеющих ограничения жизнедеятельности в связи с психическим расстройством. Под непосредственным патронажем Исландского Красного Креста в стране

функционируют 4 центра дневного пребывания для людей, имеющих психические расстройства, организованы 14 групп самопомощи для пациентов и их родственников, подготовлено более 800 волонтеров для посещения больных на дому (visiting services), проходят психообразовательные мероприятия.

Преобразования произошли и в психиатрической службе Исландии со смещением фокуса оказания специализированной помощи в амбулаторное звено, в сторону потребителей психиатрических услуг. С 2004 г. в районах Рейкьявика созданы амбулаторные центры для психически больных, т.н. команды психического здоровья (psychiatric community teams), куда пациент может обратиться за оказанием психиатрической помощи, получить медикаменты, обратиться за советом к психологу либо социальному работнику. Обращение в такие центры осуществляется на добровольной основе. Часто практикуется заключение соглашения между пациентом и работником, определяющее индивидуальный план посещения центра. Работа в таких амбулаторных центрах базируется на партнерских отношениях между врачом и пациентом и направлена на повышение личного потенциала (Empowerment), поддержку (Support), решение проблем пациента (Problem solving). Об эффективности такого подхода в оказании помощи психически больным свидетельствует тот факт, что с открытием амбулаторных центров количество психиатрических коек сократилось с 300 до 130, а число пациентов, получающих стационарную психиатрическую помощь в течение года, уменьшилось с 1400 до 400. В настоящее время госпитализация в стационар проводится только при выраженных обострениях психических расстройств. В Национальном госпитале Рейкьявика палаты для длительного пребывания пациентов перепрофилированы в палаты для оказания неотложной психиатрической помощи. Принудительная госпитализация используется в отношении около 4% пациентов, поступающих на стационарное лечение.

После выписки из стационара при необходимости ухода и наблюдения и невозможности самостоятельного проживания пациент направляется в дома для реабилитации, где может оставаться под наблюдением медицинского персонала длительное время (до нескольких лет). В дальнейшем у пациента имеется возможность проживать самостоятельно в квартирах под патронажем медицинского и социального работников (сопровожаемое проживание). В зависимости от потребностей пациент обеспечивается определенным набором услуг, в том числе возможна организация ухода в ночное время. Аренда сопровождаемого жилья и медицинские услуги частично оплачиваются пациентом.

В результате проведенной деинституционализации психиатрической помощи финансовые средства, сэкономленные на оказании стационарной помощи, были использованы на создание условий для помощи пациентам в обществе (покупка квартир для пациентов, финансирование амбулаторных центров и т.п.).

Таким образом, опыт Исландии подтверждает важность следующих аспектов в организации психосоциальной и медицинской помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами:

- разработка специальной государственной программы по совершенствованию оказания психиатрической помощи и улучшению состояния психического здоровья общества;
- потенцирование совместных усилий путем взаимодействия психиатров, психологов, социальных работников, общественных организаций в решении проблем охраны психического здоровья;
- создание различных центров, предоставляющих комплексные медицинские и социальные услуги психически больным вне стационара;
- увеличение потенциала негосударственных организаций в области психосоциальной поддержки психически больных и инвалидов;
- осознание обществом необходимости обеспечить людям, страдающим психическими расстройствами, достойные условия жизни и возможность реализации своих гражданских прав.

В заключение хотелось бы отметить, что при поддержке Исландского Красного Креста в Минске в октябре 2013 г. открыт центр дневного пребывания для людей с психическими расстройствами «Открытый дом».

Крайко О.В.¹, Кралько А.А.², Сорока Е.И.³

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь;

² Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь;

³ Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Особенности охраны труда в организациях здравоохранения психиатрического профиля

Вопросы охраны труда в организациях здравоохранения продолжают оставаться приоритетными. В то же время в системе здравоохранения ежегодно регистрируется несколько десятков случаев производственного травматизма и несчастных случаев: число потерпевших на производстве в системе Министерства здравоохранения в 2011 г. составляло 56 человек, в 2012 г. – 44 человека, за 9 мес. 2013 г. – 39 человек. Профилактика производственного травматизма в организациях здравоохранения, в том числе в организациях психиатрического профиля, зависит от четкой организации системы управления охраной труда (СУОТ).

Целью СУОТ является обеспечение здоровых и безопасных условий труда, сохранение жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, соблюдение законодательства в области охраны труда в органах и организациях здравоохранения. Основными направлениями политики в области охраны труда в организациях здравоохранения психиатрического профиля должны быть следующие:

- соблюдение требований законодательства об охране труда;
- обеспечение безаварийной работы производственных объектов, предупреждение несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, улучшение условий и охраны труда на основе управления рисками;
- обучение, постоянное повышение квалификации работающих по вопросам охраны труда, совершенствование навыков работающих по локализации и ликвидации аварий и инцидентов;
- организация мониторинга состояния условий и охраны труда;
- систематический анализ состояния охраны труда и принятие управленческих решений по совершенствованию СУОТ на основе осуществляемых или планируемых к осуществлению видов деятельности;
- информирование работающих об условиях труда, производственном травматизме, профессиональной заболеваемости, авариях и инцидентах на производственных объектах.

Работа по охране труда персонала должна быть организована в соответствии с требованиями действующих нормативных документов по охране труда. Инструктажи по охране труда необходимо проводить в соответствии с инструкциями по охране труда по профессии или виду работ. Администрация обязана обеспечить персонал больницы инструкциями по охране труда, санитарной одеждой, специальной одеждой и средствами индивидуальной защиты в соответствии с установленными нормами.

С принятыми на работу вводный инструктаж по охране труда проводит инженер по охране труда, который по утвержденной руководителем инструкции разъясняет специфические особенности работы в психиатрическом учреждении (подразделении) с учетом Закона Республики Беларусь от 07.01.2012 «Об оказании психиатрической помощи», специфические требования к устройству кабинетов. Каждый кабинет должен быть оснащен сигнализацией в связи с возможностью возникновения внезапного возбуждения больных. Администрация больницы должна обеспечить все двери всех отделений качественными вагонными замками. Для хранения ключей должно быть отведено определенное место, недоступное для больных. Обязательно проведение инструктажа по пожарной безопасности.

Руководитель работ проводит первичный инструктаж по охране труда на рабочем месте, повторный, внеплановый и целевой инструктаж по охране труда. В соответствии с Инструкцией о порядке принятия локальных нормативных правовых актов по охране труда для профессий и отдельных видов

работ (услуг), утвержденной постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 28.11.2008 № 176, в каждом структурном подразделении должны быть разработаны, одобрены службой охраны труда, профсоюзом и утверждены руководителем учреждения инструкции по охране труда для профессий и видов работ. Данные инструкции должны содержать общие требования по охране труда, требования по охране труда перед началом работы, требования по охране труда при выполнении работы, требования по охране труда по окончании работы, требования по охране труда в аварийных ситуациях. В общих требованиях по охране труда излагаются требования по допуску к работе по обслуживанию психически больных на конкретном рабочем месте. Так, не допускаются к работе лица в возрасте моложе 18 лет, лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями. Выраженные формы пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально. Все принимаемые на работу должны пройти медицинский осмотр для определения пригодности к поручаемой работе. Разъясняются обязанности работающим соблюдать требования по охране труда, правила поведения на территории организации, в производственных, бытовых и вспомогательных помещениях, необходимость уметь оказывать первую помощь потерпевшим при несчастных случаях, отравлениях или внезапных заболеваниях.

В требованиях по охране труда перед началом работы проверяется годность к эксплуатации и применению средств индивидуальной защиты, исправность вентиляционных систем, инструмента, электрооборудования, оградительных и предохранительных устройств, сигнализации и др. Ответственная медицинская сестра (медбрат), руководствуясь графиком, распределяет средний и младший медперсонал по постам и знакомит с особенностями состояния и поведения больных для предупреждения случаев агрессии и аутоагрессии больных. При этом каждому вручается список социально опасных больных, находящихся на принудительном лечении, нуждающихся в строгом надзоре. В отделении должен находиться только персонал, занятый на дежурстве. Замена на посту, уход с поста допускается только с разрешения ответственной дежурной медсестры. Запрещается самовольный уход с поста и сон на посту. Категорически запрещается персоналу, свободному от дежурства, приходить в отделение. При смене дежурных медсестер особое внимание должно уделяться передаче сильнодействующих лекарств (список «А» и «Б»), а также острых предметов (скальпели, ножницы, иглы и пр.). Заступая на дежурство, персонал должен обратить внимание на сохранность кроватей, другой мебели, окон. При обнаружении повреждений необходимо срочно выяснить: кем, когда, при каких обстоятельствах они нанесены, также принять меры к устранению повреждений. В каждом отделении должен вестись журнал наблюдений для записи особенностей психического состояния отдельных категорий больных (агрессивных, аутоагрессивных, с

отказом от пищи и т.п.), с содержанием которого должен знакомиться персонал при заступлении на смену. В этом журнале регистрируются все случаи телесных повреждений, нанесенных больными персоналу.

В требованиях по охране труда при выполнении работы отражаются порядок и способы безопасных приемов при работе с психически больными и методов труда, например, при удержании психически больных. Медицинские работники должны знать основные приемы удержания возбужденных больных, которые позволяют предотвратить возможность нанесения повреждений себе и окружающим его лицам. Персонал должен ставить в известность ответственную дежурную медицинскую сестру в случае недостачи ложек, ножей, потери ключей. В отделении не должны оставаться без присмотра все предметы, которыми больные могут нанести увечье окружающим или себе. Больные, поступающие из приемного покоя, возвращающиеся из мастерских или пробных отпусков, должны тщательно осматриваться дежурным персоналом, чтобы в отделения не проникли острые и другие предметы, которые могут причинить травмы больным и персоналу. Возбужденные больные из приемного покоя должны поступать в сопровождении двух санитаров (мужчин). Медицинскому работнику нельзя оставаться наедине с больными, особенно с вновь поступающими, во время осмотра, консультаций, процедур, в закрытых кабинетах, процедурных и т.п.

Запрещается использовать больных, без их письменного согласия, на ружных работах. В случае использования больных на указанных работах, администрация больницы должна принять меры по обеспечению безопасности этих работ. Лиц, не работающих в отделении и не знающих особенностей состояния больных, должен сопровождать медперсонал. Необходимо соблюдать требования гигиены и безопасности при работе с нейролептиками. В требованиях по охране труда по окончании работы необходимо отключить приборы и аппараты, которыми работник пользовался во время работы. Обо всех недостатках и неисправностях во время работы персонал обязан сообщить руководителю подразделения, который должен внести запись об этом в журнал ежедневного контроля охраны труда. В требованиях безопасности в аварийных ситуациях необходимо отразить все возможные (основные) аварийные ситуации, которые могут привести к аварии или несчастному случаю, а также причины их вызывающие, действия работающих при возникновении таких ситуаций, действия по оказанию первой помощи потерпевшим при аварии, травмировании, отравлении, внезапном заболевании, порядок сообщения об аварии и несчастном случае на производстве.

Таким образом, при выполнении указанных несложных требований по охране труда медицинского персонала организаций здравоохранения психиатрического профиля можно значительно снизить и даже исключить случаи производственного травматизма.

Кралько А.А.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Исторические аспекты развития законодательства, регулирующего оказание психиатрической помощи

Психиатрия во все времена тесно соприкасалась с необходимостью правовой регламентации организации помощи психически больным, а также с необходимостью установления законодательных мер, направленных на профилактику противоправного поведения пациентов. Анализ доступных литературных источников позволяет сделать вывод, что правовые нормы, затрагивающие интересы душевнобольных, стали появляться одновременно с общими актами законодательства, как их составная часть.

Юридические акты средневековья содержали меры, предусматривавшие дифференциальный подход к больному пациенту в зависимости от характера и проявления болезни, от материальной обстановки больного и его родственников или места жительства. В соответствии с древнеиспанским кодексом, «помешанный, маньяк и слабоумный не ответственны за поступки, содеянные ими во время болезни; ответственность падает на родных, если они не сторожили больного и этим не воспрепятствовали тому ущербу, который он нанес другим». В Британии предписывалось отвечать за больного приходскому духовенству при отсутствии родных. В Германии заботу об одиноких больных должны были брать на себя цехи; расходы по содержанию больного часто брали на себя города.

В весьма значимом для Киевского государства Церковном уставе князя Владимира 996 г. на церковь возлагалась обязанность устраивать в городах гостиницы-странноприимницы, сиротские, вдовьи дома и больницы. Ряд историков полагает, что значительная часть контингента монастырских больниц состояла именно из психически больных людей, так как неоднократно в дошедших до нас письменных источниках упоминаются исцеляемые монахами «бесные», а также «странные и убогие», к которым логично отнести слабоумных спокойных больных.

Ряд статей, касающихся психически больных, содержал Судный закон Владимира: предписывалось, чтобы завещатель был в здравом уме и твердой памяти; содержались нормы о вознаграждении опекуна, о совете старших при обручении, если родители психически больны. Этим же законом запрещалось свидетельствовать на суде несовершеннолетним, рабам, глухим, немым, бесным и блудникам. Церковный устав Ярослава не разрешал развода в случае психической болезни жены или мужа.

Статут Великого княжества Литовского 1529 г. в ст. 14 раздела 5 содержит положение, согласно которому запрещается составлять завещание буйно по-

мешанным, еретикам, невольникам и теряющим рассудок. «Однако последние, когда придут в себя, вправе составлять свои завещания».

В решениях Стоглавого собора, проходившего во времена Ивана Грозного, имевших характер церковного законодательства, также упоминались психически больные лица. Их рекомендовалось направлять в монастыри «чтобы не быть им помехой и пугалом для здоровых» и чтобы дать им возможность получить «вразумление или приведение в истину».

Законодательство, затрагивающее вопросы психиатрии, продолжило свое интенсивное развитие во времена Петра I. Указ от 07.05.1715 признавал кликушество следствием невежества и «непотребства» и предписывал кликуш «приводить в приказы для розыска, действительно ли они больны или нарочно накидывают на себя порчу». Указом от 16.01.1721 учреждаются магистраты, в обязанности которых вменялось устройство смиренных домов и госпиталей. Эти учреждения предназначались для широкого круга лиц «непотребного жития», в том числе для психически больных. Следующим указом от 05.09.1722 предписывалось не посылать в монастыри «сумасбродных и под видом изумления бывающих». Историки утверждают, что эти два указа не были исполнены. Учреждение магистратов оказалось непрочным, после смерти Петра I они были уничтожены, смиренные дома в первой половине XVIII в. так и не открылись, как и не были созданы учреждения для психически больных. Вследствие этого душевнобольные продолжали направляться в монастыри, что закрепилось указом Сената от 15.03.1727, согласно которому предписано Синоду не чинить никаких препятствий к приему душевнобольных в монастыри и не ссылаться на указ Петра I.

Широко известен также указ Петра I «О свидетельствовании дураков в Сенате» (1722 г.), целью которого была забота «о государственной пользе», чтобы дворянские дети не уклонялись от службы, сказавшись «дураками». Освидетельствование в Сенате «как высших чинов, так нижних чинов... у кого в фамилии ныне есть или впредь будет дурак» фактически означало установление дееспособности, что имело соответствующие правовые последствия.

В странах Европы принятие первых правовых актов относят к XVI в., когда происходило становление европейской институциональной психиатрии. Выделяют три модели психиатрического законодательства: «медицинскую», американскую и английскую, ключевыми вопросами которых являются соотношение права больного на защиту от постороннего вмешательства в личную жизнь и права членов общества быть огражденными от его действий. Оценка такого баланса проводят на основе анализа процедуры оказания психиатрической помощи без согласия пациентов, в том числе недобровольной госпитализации.

Медицинская модель законодательства закрепляет исключительное право врача решать вопрос о необходимости оказания психиатрической помощи пациенту, в том числе и без согласия последнего.

В соответствии с американской моделью законодательства применение недобровольной госпитализации ограничивается больными, которые мо-

гут представлять опасность для окружающих или для себя, в том числе неспособными удовлетворить свои повседневные нужды. Таким образом, в американской модели был провозглашен приоритет прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Госпитализация таких больных без предварительной санкции суда возможна лишь для предотвращения общественно опасных деяний. Лица, отвечающие установленным законом критериям, могут удерживаться в стационаре в течение непродолжительного времени (от 3 до 5 рабочих дней) до слушания в суде. При длительной изоляции (от 3 до 6 мес. с возможностью дальнейшего продления) судья должен утвердить срок госпитализации, а больной имеет право наблюдать за процессом, присутствовать и выступать перед судом, иметь юридического советника. Такой модели придерживались многие страны: Австрия, Бельгия, Германия, Израиль, Нидерланды, Северная Ирландия, Россия, Тайвань и ряд других, однако законодатели в названных странах часто осознанно отходили от ограничений, налагаемых американской моделью.

Английская модель оказалась более востребованной, чем американская. Она берет свое начало с принятия в 1983 г. «Закона о психическом здоровье» в Англии и Уэльсе. Критерии недобровольной госпитализации в английской модели требуют, чтобы пациенты страдали психическим расстройством «такой природы или в такой степени, которые соответствуют получению ими медицинской помощи в больнице», и чтобы госпитализация была необходима для здоровья и безопасности пациента или для защиты других лиц. Оказание помощи без согласия оправданно в случае, если это необходимо для лечения психических расстройств пациента. При этом отсутствует обязательный и немедленный пересмотр решений врачей о госпитализации, однако пациенты могут затребовать пересмотра после помещения в стационар. Автоматический пересмотр производится через 6 месяцев и впоследствии – каждые 3 года. Органом пересмотра является не суд, а трибунал по психическому здоровью, в состав которого входят юрист, врач и неспециалист. Считается, что британский подход в большей степени отражает международные тенденции, чем более строгая американская модель.

Таким образом, можно говорить о том, что во 2-й половине XX в. произошла глобальная реформа законодательства, регулирующего оказание психиатрической помощи. Ведущим мотивом этих изменений было более четкое определение критериев недобровольной госпитализации, обеспечение надзора за решениями врачей и защита прав пациентов. Вместе с тем идеальной модели оказания психиатрической помощи ни в одной стране мира еще нет, поэтому современные тенденции нормотворчества в психиатрии видятся в обеспечении баланса прав и свобод пациентов и интересов общества.

Кралько В.Я.

Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии,
Минск, Беларусь

Организационные подходы к выявлению и лечению туберкулеза у пациентов с алкогольной или наркотической аддикцией

Пациенты с алкогольной или наркотической аддикцией представляют серьезную проблему для общественного здоровья. Как правило, это социально дезадаптированные лица, многие из которых ранее находились в пенитенциарных учреждениях. Организовать контроль за состоянием их здоровья сложно, так как они редко самостоятельно обращаются за медицинской помощью и в случае заболевания туберкулезом становятся источником заражения окружающих. Кроме того, у лиц с алкогольной или наркотической зависимостью с уже установленным диагнозом наблюдается низкий уровень приверженности к лечению, что способствует формированию лекарственной устойчивости и также представляет эпидемиологическую опасность.

По данным различных исследований, среди впервые выявленных больных туберкулезом удельный вес лиц, имеющих синдром зависимости от алкоголя, составляет от 10–14 до 20–25%, а среди пациентов, состоящих на диспансерном учете, их численность возрастает до 50–60%. Российские ученые, изучая проблему туберкулеза и алкоголизма в Ульяновской области, указывают на значительный рост удельного веса лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с 18,6% в 1974–1975 гг. до 43,2% в 2004–2005 гг. (Молофеев А.Н., Пантелеева Л.Г., Манушина И.В. и др., 2007). Результаты анализа структуры пациентов с туберкулезом в Минске показали, что лица, страдающие хроническим алкоголизмом или наркоманией, среди вновь выявленных больных туберкулезом составляли в 2007 г. 13,2%, в 2008 г. – 10,3%, а в Минской области – 10,9% и 15% соответственно (Синьков Г.В., Кривонос П.С., Кособуцкий А.А. и др., 2010).

Вышеприведенные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации стратегии выявления и лечения туберкулеза легких у лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Взгляды фтизиатров на формы организации комплексного лечения больных с указанной сочетанной патологией противоречивы. Ряд врачей считает возможным проводить лечение в обычном противотуберкулезном или психиатрическом стационаре. В этом случае повышение эффективности комплексной терапии возможно только при совместной работе фтизиатра и нарколога. Другие авторы утверждают, что лечение больных с сочетанной патологией может быть эффективным только при проведении его в специализированных больницах закрытого типа при тесном контакте фтизиатра и нарколога.

На наш взгляд, лечение лиц с алкогольной зависимостью, страдающих туберкулезом, в обычном противотуберкулезном стационаре будет эффективным лишь в случае внедрения программы снижения вреда от алкоголя на время лечения. Программа должна включать следующие мероприятия:

- проведение AUDIT-теста всем пациентам до начала лечения;
- при выявлении склонности к алкоголизму – организация консультации врача – психиатра-нарколога, при необходимости – специализированная наркологическая помощь до начала противотуберкулезного лечения;
- обеспечение консультативной и специализированной помощью психиатра-нарколога на весь курс лечения;
- вывод из запоя в туберкулезном стационаре или туберкулезном отделении психиатрической больницы при бактериовыделении, в наркологическом диспансере – при отсутствии бактериовыделения;
- обеспечение психологической поддержки;
- организация отдельных кабинетов для работы психиатра-нарколога и психолога.

В последние годы в отношении лиц с алкогольной зависимостью, страдающих туберкулезом, рекомендуют расширять пациенто-ориентированные подходы, включающие: развитие сети стационаров дневного пребывания с организацией 2-разового горячего питания, создание стационаров на дому, углубленное патронажное сопровождение злостных и потенциальных «отказчиков» от лечения туберкулеза (медико-психологическое сопровождение и социальная поддержка с элементами оперативно-розыскной работы), лечение на фельдшерско-акушерских пунктах, развитие сети волонтеров в отдаленных районах.

В выявлении больных туберкулезом среди лиц с аддикциями должны активно участвовать врачи психиатры-наркологи, средние медицинские работники организаций здравоохранения, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. В зависимости от направленности мероприятий, проводимых медицинскими работниками, должны применяться два основных подхода к выявлению туберкулеза: активный и пассивный.

Активное выявление туберкулеза любой локализации – система организационных мероприятий по целенаправленному отбору, привлечению к обследованию и собственно обследованию пациентов с синдромом зависимости от алкоголя или наркотических веществ.

Пассивное выявление или выявление по обращаемости представляет собой диагностику туберкулезного процесса в организациях здравоохранения у пациентов с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом. Как правило, таким образом выявляют распространенные, деструктивные и запущенные формы туберкулеза. При обнаружении у пациентов, любым из методов, признаков, указывающих на заболевание туберкулезом, в целях постановки диагноза необходимо провести полное клиническое обследование с обязательным использованием рентгенологического и бактериологического (микроскопия мазка мокроты, другого патологического диагностического мате-

риала) исследований. С полученными результатами в течение 3 дней больного направляют в противотуберкулезный диспансер (отделение, кабинет) по месту жительства.

При анализе эффективности использования различных методов выявления необходимо учитывать также случаи установления диагноза после смерти больного, с оценкой качества медицинской помощи при этом и своевременности проведения противоэпидемических мероприятий.

Контроль проведения своевременного и полного обследования должен осуществлять направивший специалист и специалист специализированного противотуберкулезного учреждения. Лиц без определенного места жительства при подозрении на заболевание туберкулезом необходимо госпитализировать в противотуберкулезный стационар для завершения обследования и лечения.

Кралько А.А.¹, Короткевич Т.В.¹, Петров В.И.²

¹ Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь;

² Исправительное учреждение «Тюрьма № 4» Управления Департамента исполнения наказаний МВД Республики Беларусь по Могилевской области, Могилев, Беларусь

Актуальные этико-правовые проблемы психиатрии

Моральные и правовые нормы являются основными социальными нормами, регулирующими сложные отношения в области оказания психиатрической помощи. В связи с этим на международном и национальном уровнях принят ряд документов, посвященных этико-правовым проблемам психиатрии. Одним из основных международных нормативных актов медицинской этики в области психиатрии является Гавайская декларация, принятая Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) в 1977 г. и переработанная в 1983 г. Прямое отношение к обсуждаемой теме имеют также «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии», принятые Генеральной ассамблеей ООН в 1991 г. Широкую известность за рубежом приобрели «Принципы медицинской этики и аннотации к их применению в психиатрии», разработанные Американской психиатрической ассоциацией (АПА), опубликованные в 1973 г. и пересмотренные в 1981 г.

Следует также отметить, что Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации (1948 г.) предписывает каждому врачу не допускать никакой дискриминации пациентов отдельных групп, в связи с полом, возрастом, вероисповеданием, этнической и национальной принадлежностью, заболеванием

и недееспособностью и т.д. Эта норма должна работать и в психиатрии, так как при оказании психиатрической помощи могут иметь место моральные и социальные проявления дискриминации.

Этические вопросы психиатрии в определенной мере регулируются новым Законом Республики Беларусь «О психиатрической помощи» от 07.01.2012 (далее – Закон). Отличительной особенностью нового Закона является установление презумпции отсутствия психического расстройства. Смысл этой презумпции заключается в том, что лицо считается не имеющим психического расстройства, пока наличие психического расстройства не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным законом. Ст. 20 Закона предписывает предоставлять информацию о состоянии психического здоровья пациента в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии, а ст. 27 устанавливает независимость врача-специалиста при оказании психиатрической помощи, который при принятии решения должен руководствоваться медицинскими показаниями, врачебным долгом, требованиями медицинской этики и деонтологии и актами законодательства.

На X Всемирном психиатрическом конгрессе в Мадриде (1996) было принято решение разработать примерный кодекс этических стандартов в психиатрии, на основе которого национальные психиатрические службы могли бы создавать аналогичные кодексы в своих странах с учетом социальных, экономических и других особенностей этих стран. Белорусской психиатрической ассоциацией на основании этих стандартов был принят «Кодекс профессиональной этики врача-психиатра Республики Беларусь» (далее – Кодекс).

В основу Кодекса легло положение о том, что медицинская профессия во все времена подчинялась этическим нормам, которые были и есть важной частью профессиональной подготовки и профессиональной деятельности врача. Для психиатра, имеющего дело с психическим здоровьем и поведением человека, в силу специфики его профессии соблюдение этических норм приобретает особую актуальность. Кодекс закрепил основные нормы и правила этического поведения в профессии. Изложенные в нем правила не являются законами, но представляют собой стандарты поведения психиатра. Кодекс основывается на гуманистических традициях отечественной медицины, принятых сегодня мировым психиатрическим сообществом.

В современной психиатрии сохраняется ряд этико-правовых проблем (или дилемм), которые напрямую связаны с особенностями психиатрии.

Во-первых, круг лиц и явлений психиатрической жизни, оказавшихся в поле зрения психиатров, расширился. Психиатров стали интересовать не только больные или «условно больные», но и практически здоровые лица в аспекте вероятности возникновения у них психических расстройств. Одновременно возник риск расширительного толкования понятий психической патологии, гипердиагностики психических заболеваний. В этих условиях возрастает опасность не только ошибочных суждений, но и намеренных искажений действительности, установления психиатрами ложных диагнозов под давлением со-

циальных обстоятельств или субъективных предубеждений. Поскольку цена таких искажений слишком велика, профессиональная этика требует от психиатра предельной честности, объективности и ответственности при вынесении заключений о состоянии психического здоровья обследуемых лиц.

Во-вторых, диагноз психического расстройства несет в себе негативную социально-этическую нагрузку. Лица, признанные душевнобольными, неизбежно попадают в особую категорию людей, лишенных в полной мере доверия и потому ущемленных в моральном отношении и испытывающих на себе различные социальные ограничения. Размеры и характер социальных ограничений, которым подвергаются больные, должны соответствовать степени тяжести их психических расстройств, а не обращаться фатально против каждого, кто получает помощь у психиатра.

В-третьих, существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских дисциплин, является применение к некоторым категориям больных недобровольных мер. При этом имеет место противоречие между необходимостью применения медицинских мер к лицам, которые в силу своего болезненного состояния представляют опасность или не осознают грозящего им вреда, и, с другой стороны, их отказом от предлагаемой медицинской помощи. Ситуация значительно усложняется в тех случаях, когда болезнь проявляется не столь грубыми и очевидными для всех нарушениями, а умеренно выраженными признаками при формально организованном поведении. Применение принуждения в таких случаях бывает неожиданным для больного и окружающих и производит впечатление актов произвола, репрессии, а уж никак не помощи.

Четвертая особенность психиатрии состоит в том, что пациенты, с которыми она имеет дело, по своей способности к волеизъявлению разнообразны. На одном полюсе находятся те больные, которые из-за тяжелых нарушений психики не могут не только самостоятельно защитить, но и выразить свои интересы. На другом полюсе – те, которые по степени своей личностной автономии, интеллектуального развития, правового и нравственного сознания не уступают психиатру, несмотря на наличие пограничных психических расстройств. Из этого следует неоднозначность модели взаимоотношений между врачом и пациентом.

Применительно к первой категории больных с психозами и слабоумием адекватной является патерналистская (родительская) модель, которая оставляет за врачом последнее слово в выборе методов оказания психиатрической помощи и ограничивает участие пациента в принятии решения. Отношения врача и пациента с менее тяжелыми психическими расстройствами строятся на основе партнерства с четким распределением полномочий. Врач выступает в роли компетентного профессионала, который оценивает состояние здоровья пациента, сообщает ему свое мнение и предлагает ту или иную медицинскую помощь, а пациент выбирает или отклоняет эти предложения по своему усмотрению. Может иметь место и совещательная модель, когда врач выступает не

как бесстрастный функционер, выполняющий заказы потребителя, а как друг, учитель, советчик, помогающий пациенту выбрать правильное решение.

Пятой особенностью психиатрии как объекта этического регулирования является двуединая функция защиты интересов больного и интересов общества. Противоречивость этого требования следует из несовпадения личных и общественных интересов, что, однако, не означает их полной и абсолютной противоположности. Общим моральным основанием, из которого исходит любая медицинская, в том числе психиатрическая, практика, является позитивная ценность здоровья и жизни человека.

Таким образом, психиатрическая этика стремится к достижению баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Лихолетова О.И., Абрамов В.Ан., Путятин Г.Г., Абрамов В. Ал.,
Бойченко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
Донецк, Украина

Методологические основы лично-ориентированной психиатрической помощи больным шизофренией и шизофреническими психозами

Лично-ориентированная психиатрия (ЛОП) является основой правовой защиты, она исходит из утверждения, что ценность и достоинство личности являются важнейшей отправной точкой действий по охране общественного здоровья. Хотя многие утверждают, что лично-центрированная помощь уже стала господствующей тенденцией в психиатрии, на самом деле во многих учреждениях здравоохранения центральной мишенью воздействия по-прежнему остается болезнь, что ухудшает эффективность оказания психиатрической помощи. При этом далеко не всегда учитывается совокупность позитивных аспектов здоровья – адаптивное функционирование, экзистенциальные параметры личностной направленности (цели и смысл жизни, ответственность и свобода выбора, передача и прием полномочий по управлению болезнью), поддержка, качество жизни, личностное достоинство, которые являются основой для укрепления психического здоровья (Mezzich J.E., 2007). Неспособность осознать человеческое достоинство больных психическими расстройствами, а также признать высокую ценность психического здоровья индивида и общества, выражаются в частом игнорировании лично-центрированного подхода в психиатрии.

Теоретическое и практическое развитие ЛОП вносит мощный импульс в развитие системы здравоохранения, направленной на укрепление психического здоровья, профилактику психических болезней и обеспечение эффективной и гуманной службы помощи. ЛОП существенно дополняет традиционную медицинскую модель психиатрической помощи, дает представление о процессе функционального восстановления при шизофрении и шизофренических психозах и указывает новые направления в деятельности психиатрических служб: 1) пациент-центрированный и ценностно-ориентированный подходы с направленностью помощи на восстановление целостности личности больного, с опорой на его потребности и ценностную систему ориентаций, с оказанием помощи в продвижении за пределы системы психиатрической помощи, где пациенты могут получить значимые, социально ценные роли и самореализоваться; 2) сотрудничество с пациентом при осуществлении психиатрической помощи, партнерские отношения «врач – пациент»; 3) предоставление пациенту возможности выбирать свои цели, способы их достижения и специалистов лечебных учреждений; 4) доступность получения психиатрической помощи (быстрый доступ в медицинские учреждения, доступная связь со специалистами); 5) обязательная реабилитационная работа с больными шизофренией и шизофреническими психозами с коррекцией личностной направленности (цели, ценности, установки, мировоззрение, оптимизм, надежда на будущее) и экзистенциальных данностей (смысла опыта психоза и смысла жизни в целом, свободы выбора, принятия решений, ответственности и т. д.); 6) формирование активной позиции пациента, передача ему полномочий по самоуправлению своей болезнью, взятию на себя ответственности за свою жизнь; 7) фокусировка на сообщество (подготовка пациента к жизни в обществе, присоединение поддержки близких).

ЛОП при взаимодействии с пациентами оперирует терминами и понятиями, не совсем привычными для практической психиатрической деятельности, функционирующей в рамках традиционной медицинской модели. Используемая в рамках гуманистического ключа терминология (ценностная ориентация, личностный смысл, личностный процесс, само- и взаимопомощь, сильные стороны личности, свобода выбора, дистресс, ответственность, самоуправление болезнью, передача полномочий пациенту), обладает сама по себе терапевтическим эффектом, способствует и укрепляет процесс функционального восстановления личности больных психозами.

Оказание помощи, centered на пациенте, опирается на такие понятия, как самость (самоидентичность) – представление о себе, восприятие собственного сознания как самоотждественного, а себя самого – как уникальной, онтологически целостной и самостоятельной личности; условие ценности самого себя, связанное с правильной оценкой себя и своих возможностей; признание важности познания себя через социальные отношения.

Пациент-центрированный подход при оказании психиатрической помощи больным шизофренией и шизофреническими психозами базируется на сле-

дующих принципах: 1) признание стремления каждого человека к состоянию баланса, гармонии и здоровья (выздоровления); 2) признание наличия заложенного в пациенте ресурса (потенциала), сильных сторон его личности, развитие и ориентирование которых в нужном направлении позволит пациенту обрести автономию в решении проблем и реализации своих потребностей; 3) формирование мотивации пациента в личностном росте и самореализации путем поощрения его активной позиции и установления с ним партнерских отношений; 4) восприятие в процессе лечебно-реабилитационной работы пациента как личности, как живого человека, а не как формального субъекта профессиональной деятельности или носителя болезненных симптомов; 5) стимулирование участия пациента в дизайне и осуществлении психиатрической помощи с использованием не только эффективных, проверенных опытным путем вмешательств, но и тех мероприятий, которые воспринимаются как значимые самими пациентами; 6) ориентировка в процессе реабилитационной деятельности на потребности пациента, поставленные им личностные цели; 7) ориентировка на доверие пациенту и передача ему ответственности, полномочий и контроля над своей болезнью и жизнью в той степени, в которой пациент может их принять и реализовать; 8) фокусировка на интеграцию пациентов в сообщество, при наличии их готовности видеть возможности реализации себя в обществе, наличии у них целей, ценностей и видения смысла жизни.

ЛОП по отношению к больным шизофренией и другими психозами реализуется также через позитивный подход к личности пациента и имеющимся у него нарушениям. Суть позитивного подхода заключается в стремлении изменить негативную точку зрения пациента на свою болезнь и ее симптомы, изменить субъективный взгляд на ситуацию и самого себя, следствием чего является повышение самооценки и формирование мотивации на поиск новых возможностей и личностных резервов в борьбе с болезнью.

Позитивный подход к пациентам с шизофренией и психозами шизофренического спектра включает:

- во-первых, а) позитивную интерпретацию симптомов, поведения больного и болезни в целом; б) положительную формулировку терминов и определений, касающихся пациента, болезни и ситуации, связанной с госпитализацией; в) нахождение позитивных аспектов психиатрического опыта и конструктивное его использование; г) фокусировку на достоинствах и ресурсных аспектах личности, а не акцентирование внимания пациента на проблемах, недостаточности и дефицитарности;
- во-вторых, вербализацию во время работы с пациентами термина «выздоровление», «здоровье», что несет терапевтическую нагрузку с точки зрения субъективного восприятия пациентов;
- в-третьих, акцент на сохранных, здоровых аспектах личности пациента, их вербализация и развитие, поощрение новых, конструктивных способов мышления и поведения;

-
- в-четвертых, переориентацию взгляда специалиста с традиционной медицинской модели оказания психиатрической помощи на внимание к субъективному миру пациента, переживанию им экзистенциальных данностей, его мировоззрению и видению им смысла жизни после психоза, уровню его функционирования и реализации себя в социуме, субъективному самоощущению им психического здоровья;
 - в-пятых, максимальную актуализацию позитивных личностных особенностей и сведение к минимуму негативных;
 - в-шестых, формирование «новой», «послепсихотической» личностной направленности в позитивном ключе, включающей анализ и коррекцию системы ценностных ориентаций, расширение жизненных целей, стимуляцию к принятию решений, активной деятельности и мотивирование к их реализации.

Таким образом, использование принципов ЛОП при оказании помощи больным шизофренией и психозами шизофренического спектра является актуальным и перспективным направлением современной психиатрии.

Мартынова Е.В., Никифорова В.В.
Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии, Витебск, Беларусь

Особенности организации амбулаторной психиатрической помощи

Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в случае, если состояние психического здоровья пациента или характер течения его психического расстройства (заболевания) не требует постоянного круглосуточного наблюдения врача-специалиста и интенсивного лечения (Закон Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» № 349–3 от 07.01.2012, ст. 32 «Оказание психиатрической помощи в амбулаторных условиях»).

Основным учреждением, оказывающим амбулаторную психиатрическую помощь, является психоневрологический диспансер и психиатрические (наркологические) кабинеты. Кроме того, получение внебольничной помощи по месту жительства возможно в дневных стационарах, специализированных психиатрических и психотерапевтических кабинетах, созданных на базе обще-медицинских учреждений. Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного

наблюдения. Выбор вида, в котором амбулаторная психиатрическая помощь должна оказываться конкретному лицу, является важным моментом деятельности психиатра, поскольку от правильности такого выбора во многом зависит эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

Диспансерное наблюдение устанавливается за пациентом, страдающим хроническим или затяжным психическим расстройством (заболеванием) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Порядок осуществления диспансерного наблюдения регламентирован Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 110 от 19.07.2012 «Инструкция о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями».

В зависимости от изменений психического состояния лица возможен переход от одного вида помощи к другому, причем число таких изменений вида помощи одному и тому же лицу в принципе не ограничивается.

Лицо, получающее консультативно-лечебную помощь, вправе самостоятельно (с учетом врачебных указаний) определять причины и поводы обращения к психиатру, выбирать время и частоту контактов с врачом, решать для себя, следовать или не следовать врачебным рекомендациям. Факт добровольности обращения за консультативно-лечебной помощью следует подтверждать письменным оформлением согласия или, при необходимости, отказа от лечения. Несмотря на минимальный объем ограничений и предоставление значительной свободы пациенту в принятии решений, все лица, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, имеют право на получение полного объема лечебно-реабилитационных мероприятий и льгот. К последним можно отнести получение листков временной нетрудоспособности, установление облегченных условий труда или инвалидности, получение направлений на госпитализацию в психиатрические больницы, право на бесплатное получение лекарств, предоставление жилищных и иных льгот, предусмотренных для лиц с психическими расстройствами, и т.п. Кроме того, возможно анонимное оказание консультативно-лечебной помощи.

Другим видом амбулаторной психиатрической помощи является диспансерное наблюдение. В соответствии со ст. 33 Закона отличительными особенностями диспансерного наблюдения являются следующие:

- диспансерное наблюдение может устанавливаться только за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;
- диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя, следовательно, по признаку добровольности диспансерное наблюдение существенно отличается от консультативно-лечебной помощи;

-
- диспансерное наблюдение осуществляется путем регулярных осмотров психиатром и оказания больному необходимой медицинской и социальной помощи, что подразумевает проявление врачом активности в оказании помощи больному даже в тех случаях, когда со стороны самого больного такой инициативы не обнаруживается.

В практической деятельности психиатра существует множество нюансов, которые необходимо учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий. Связано это с целесообразностью выделения среди контингента больных, находящихся под диспансерным наблюдением, разнородных групп пациентов. При формальном сходстве их правового статуса на деле степень принуждения и обязанности получения ими психиатрической помощи существенно различается. При слабоумии и стойком психическом дефекте, особенно в отношении недееспособных лиц, значительная доля ответственности по лечению и уходу за больными возлагается на их родственников и законных представителей. Однако при активном диспансерном наблюдении врачу отводится активная роль в проведении мероприятий, направленных на снижение социальной опасности больного. Несмотря на трудности в розыске и принудительной доставке лиц, подлежащих диспансерному наблюдению и уклоняющихся от него, в психиатрические учреждения, определенные мероприятия и действия могут осуществляться при содействии работников милиции. В связи с этим очень важное направление в работе амбулаторного врача психиатра-нарколога занимает организация и проведение совместных мероприятий с работниками органами внутренних дел и органами образования по профилактике правонарушений и социального неблагополучия в семьях.

Мартынова Е.В., Никифорова В.В.
Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии, Витебск,
Беларусь

Проблемы правовой защиты психически больных пациентов

В условиях социально-экономических и политических реформ актуальность эффективного правового регулирования психиатрической помощи регулярно возрастает.

Потребность в правовых знаниях в области оказания психиатрической помощи существует не только у психиатров-наркологов и других специалистов, участвующих в ее оказании (социальных педагогов, социальных работников, психологов), но и у представителей других врачебных специальностей, а также

юристов, которые работают в психиатрических учреждениях, органах управления здравоохранением, правоохранительных структурах.

Психиатрическая помощь населению оказывается на основании Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18.06.1993 № 2435–XII с изменениями и дополнениями, Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» № 349–3 от 07.01.2012.

В Законе Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» разработана процессуальная последовательность действий при оказании психиатрической помощи, перечислены все участники этого процесса, а также последовательность и сроки оформления документов.

Однако особенно часто права людей с психическими расстройствами нарушаются вне оказания психиатрической помощи, в обычной жизни, где, несмотря на гарантированную законом тайну обращения к психиатру, они подвергаются дискриминации в связи со своим психическим расстройством.

Практически все высшие и средние учебные заведения требуют от абитуриентов справки о психическом здоровье, хотя в большинстве случаев будущие профессии не включены в утвержденный Министерством здравоохранения список профессий, имеющих ограничения по психическому здоровью. При трудоустройстве и профилактических осмотрах работодатели в обязательном порядке требуют заключение от психиатра-нарколога и обычно отказываются принимать на работу людей с психическими расстройствами или увольняют их при первой возможности. Правоохранительные, судебные и административные органы, узнав, что человек наблюдается у психиатра, не желают разбираться с его проблемами, и порой приходится добиваться того, чтобы пациента по крайней мере выслушали.

Особенно грубо нарушаются права пожилых людей с психическими расстройствами и одиноких больных, проживающих в отдельных квартирах. Такие люди становятся жертвами преступников, мошенников, а порой и ближайших родственников. С проблемой нарушения жилищных прав людей с психическими расстройствами в последние годы приходится сталкиваться все чаще и чаще. Многие люди с психическими расстройствами, конфликтующие с родственниками, не могут вселиться на принадлежащую им по закону площадь, и вынуждены прозябать без крова над головой. Психоневрологические диспансеры выдают справки: право на льготы, право на дополнительную площадь, и при предоставлении социального жилья якобы учитываются интересы пациента. Однако на деле психически больной пациент, имеющий льготы на предоставление отдельного жилья, имеет проблемы в самостоятельном жизнеустройстве, и, как следствие, из-за различных нарушений правил проживания постоянно возникают конфликтные ситуации с соседями и ставятся вопросы о принудительном выселении психически больных либо помещении их в дом-интернат на постоянное место жительства.

Приобретение специальных знаний в целях правильного применения норм законодательства при оказании психиатрической помощи является основой

для соблюдения прав и законных интересов потребителей психиатрической помощи, а также прав и интересов врачей психиатров-наркологов и других специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Осуществление консультаций по правовым вопросам и другой юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях предполагает наличие в них специалистов, компетентных в вопросах права. Целесообразно введение в штат указанных учреждений юрисконсультов (для разъяснений вопросов, касающихся правового положения пациентов, страдающих психическими расстройствами, для консультаций психически больных и их родственников, предоставление определенных знаний и консультаций всем медицинским работникам (врачи психиатры-наркологи, медицинские сестры, специалисты по социальной работе и др.) на различных этапах оказания специализированной медицинской помощи психически больным людям.

Улучшению правовой защищенности пациентов психиатрического профиля помогут: развитие и использование программ правовой осведомленности, открытые консультационные встречи юристов и специалистов по социальной работе с пациентами и их родственниками, а также врачами других специальностей, расширение психообразовательных программ на стационарном и амбулаторных этапах лечения психических пациентов и др.

Мартынова Е.В., Шапиро А.Ю.
Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии, Витебск, Беларусь

Вопросы профилактики суицидов в Витебской области (выполнение Комплексного плана по профилактике суицидального поведения населения на 2009–2012 гг.)

На момент принятия в Республике Беларусь Комплексного плана по профилактике суицидального поведения на 2009–2012 гг. (октябрь 2009 г.) (далее – План) Витебская область характеризовалась самым высоким уровнем суицидов из всех регионов (2009 г.: 40,7 на 100 тыс. населения; Республика Беларусь (РБ) – 28,8) на фоне высокого уровня алкоголизации населения (2009 г.: смертность от отравления алкоголем составила 31,5 на 100 тыс. населения; РБ – 25,6; заболеваемость алкоголизмом – 326,6 на 100 тыс. населения, РБ – 305,9).

Выполнение задач, поставленных Планом, психиатрической службой Витебской области было начато с углубленного мониторинга ситуации, причин и обстановки, приводящих к такой ситуации.

Проведенный анализ суицидов по области в период с 1990 по 2008 гг. показал, что самый низкий уровень самоубийств приходился на «спокойный» в плане социально-экономического развития 1990 г. – 26,8 на 100 тыс. населения. С ухудшением социальной обстановки происходил рост суицидов с 29,3 (1991 г.) достиг максимума в 1997 г. (51,9 на 100 тыс. населения), а затем постепенно снижался до 35,9 на 100 тыс. населения в 2007 г. С 2008 г. наблюдался снова рост суицидов. За анализируемый период рост суицидов по отношению к 2008 г. наблюдался по населению 12 регионов области.

Для исправления ситуации управлением здравоохранения и психиатрической службой Витебской области был предпринят ряд действий для изменения обстановки с учетом выявленных особенностей.

Управлением здравоохранения был утвержден план экстренных мер по предупреждению суицидов и смертей от алкогольных отравлений в рамках выполнения Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг. по Витебской области, утвержденный управлением здравоохранения Витебского облисполкома.

Приказами управления здравоохранения Витебского облисполкома был регламентирован еженедельный мониторинг демографической ситуации по области, в том числе по психиатрической и наркологической службам. Разработан и внедрен в работу «Алгоритм диагностики суицидального риска» (для врачей общей практики).

Витебским облисполкомом утвержден План по профилактике пьянства и алкоголизма, травматизма и суицидов среди населения Витебской области на 2009–2010 гг.

В ноябре 2009 г. облисполкомом утвержден План мероприятий по выполнению Комплексного плана по профилактике суицидального поведения на 2009–2012 гг., утвержденного Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Разработано и утверждено Методическое пособие для педагогов учреждений образования по вопросам профилактики суицидов. Произошло развитие психологической службы как по кадровому составу, так и по количеству введенных должностей.

Всеми организациями здравоохранения области проводилась совместная с органами внутренних дел работа по профилактике зависимостей среди населения с выездом в сельскую местность.

На терапевтических участках и фельшерско-акушерских пунктах был выделен контингент повышенного риска, налажено взаимодействие с психиатрической и наркологической службами. По всем неблагополучным семьям, одиноким гражданам распространены памятки по работе «телефонов доверия». Все случаи суицидов, произошедшие с пациентами, состоящими на диспансерном учете у врачей, рассматривались на лечебно-контрольной комиссии организации здравоохранения.

Совместно с органами здравоохранения мероприятия по профилактике суицидов проводились и другими заинтересованными службами облисполкома в разрезе Плана.

В то же время на том этапе действия служб и государственных органов по профилактике суицидов были еще разрозненными и не носили системный характер.

В связи с этим Витебским облисполкомом был утвержден Комплекс мер по профилактике суицидов в Витебской области на 2011–2012 гг., который был основан на новых подходах в профилактике психических и наркологических расстройств, внедренных в 2011 г.

Они предполагают в частности:

- 1) изменение стратегии антиалкогольной и антинаркотической политики. В области разработаны и реализуются социальные программы, направленные на замещение и вытеснение девиантного поведения, в частности алкоголизации, другой социально позитивной деятельностью. Создаются благоприятные экономические, социальные и культурные условия, поощряется социально позитивный и здоровый образ жизни;
- 2) разработку системы профилактики, рассчитанной на все возрастные группы от рождения человека и до зрелого возраста, которая предполагает выявление рисков предрасположенности к зависимостям и психическим расстройствам;
- 3) мониторинг демографической ситуации с коррекцией изменений и выработкой определенных решений и рекомендаций для организаций здравоохранения и исполкомов.

На основании Комплекса мер по профилактике суицидов и при поддержке Витебского облисполкома удалось сместить координирующую функцию по профилактике суицидов с организаций здравоохранения на местные органы власти (горисполкомы и райисполкомы).

Создание в декабре 2011 г. Витебского областного клинического центра психиатрии и наркологии позволило планировать и реализовать задачи по улучшению наркологической обстановки и психического здоровья Витебской области, активно вмешиваться в демографическую ситуацию с целью ее коррекции.

Все данные мероприятия позволили, начиная с 2010 г., улучшить показатели психического здоровья населения области, в том числе добиться существенного снижения числа погибших жителей Витебской области от суицидов.

К 2012 г. удалось достичь снижения уровня суицидов до 18,8 на 100 тыс. населения. Уровень суицидов по области снизился на 42,3% по отношению к уровню 2011 г. и на 53,7% к уровню 2009 г. и составил 228 случаев. При этом по городскому населению снижение произошло более чем в 2 раза, по сельскому населению – на 33,0% по отношению к уровню 2009 г.

Таким образом, опыт профилактики суицидов в Витебской области показывает, что эффективность профилактики суицидов зависит от координатора

усилий. Необходима координация действий на уровне исполнительной власти. В дальнейшем при планировании государственных мероприятий по созданию программы профилактики суицидов необходимо учитывать данный факт. Организации здравоохранения не могут полностью нести груз ответственности за данную работу. Снижение уровня суицидов напрямую зависит от интенсивности профилактической работы по борьбе с пьянством и алкоголизмом. На сегодняшний день алгоритм оказания помощи суицидентам в стационарных организациях здравоохранения не соответствует требованиям Закона Республики Беларусь «О психиатрической помощи» и не позволяет эффективно осуществлять их профилактику. Назрела необходимость в изменении нормативной базы по профилактике суицидов.

Мартынова Е.В., Шапиро А.Ю.

Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии, Витебск, Беларусь

О работе психиатрической службы Витебской области в 2012 г. и сформировавшихся проблемах по ее функционированию

С 1 декабря 2011 г. в Витебской области создан Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии, который был образован на базе Витебской областной клинической психиатрической больницы и Витебского областного психиатрического диспансера. Создание Центра позволило соединить стационарное и амбулаторное звенья исторически сложившегося в Витебской области объединения психиатрической и наркологической служб. Это дало возможность планировать и реализовать задачи по улучшению наркологической обстановки и психического здоровья населения Витебской области, активно вмешиваться в демографическую ситуацию с целью ее коррекции.

Изменились подходы в планировании и руководстве службой, создав возможность принятия коллегиальных, научно обоснованных и сжатых по времени решений, направленных на изменение ситуации. Появилась возможность централизованно, на уровне службы, а не только управления здравоохранения, регулировать работу коечного фонда психиатрических больниц.

В течение 2012 г. служба реализовывала основную цель – улучшение демографической обстановки в Витебской области.

В 2012 г. общая наркологическая заболеваемость составила 235,5 случая на 100 тыс. населения и снизилась относительно уровня 2011 г. на 13,3%, а 2009 г. – на 31,1%. Произошло снижение первичной заболеваемости хроническим алко-

голизмом – на 11,8% в сравнении с уровнем 2011 г. и на 31,7% с уровнем 2009 г. – и составило 223,2 на 100 тыс. населения.

В 2012 г. произошло снижение заболеваемости психическими расстройствами на 7,5% по сравнению с 2011 г., которая на протяжении последних 5 лет оставалась стабильной и составила 607,0 на 100 тыс. населения. Снижение произошло по взрослому трудоспособному населению на 10,4%. Эффективность диспансеризации в 2012 г. в психиатрических кабинетах службы составила 9,5% (2011 г. – 8,1%), в том числе среди пациентов детского возраста – 22%.

В психиатрических стационарах Витебской области пролечено 15 560 человек, уровень госпитализации составил 12,9 на 1 тыс. населения и снизился на 8,5% по сравнению с 2011 г. Снижение произошло по психиатрическим койкам за счет увеличения объемов пролеченных пациентов в дневных стационарах. Занятость койки составила 353,3 койко-дня.

К 2012 г. удалось достичь снижения уровня суицидов до 19,0 на 100 тыс. населения (2009 г. – 41,0 на 100 тыс. населения). Уровень суицидов по области снизился на 42,3% в сравнении с уровнем 2011 г. и на 53,7% с уровнем 2009 г. и составил 228 случаев. При этом снижение показателя по городскому населению произошло более чем в 2 раза, по сельскому – на 33,0% в сравнении с 2009 г.

От отравления алкоголем по области за анализируемый период умерли 310 человек, что ниже уровня 2011 г. на 25,1% (414 случаев). Уровень смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя, снизился на 43,3% и составил 148 случаев.

Кроме того, психиатрическими учреждениями Витебской области получено 7 676,3 млн рублей доходов от внебюджетной деятельности (174,7% в сравнении с уровнем 2011 г.).

В то же время в деятельности службы остается ряд проблем, которые, по нашему мнению, не решены на республиканском уровне или проигнорированы при принятии решения на уровне Министерства здравоохранения Республики Беларусь (МЗ РБ).

Оказание наркологической помощи фактически осталось на прежних правовых позициях, хотя законодательно подходы к оказанию этой помощи существенно изменились.

Для успешного функционирования службы отмечается несогласованная кадровая политика.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03.12.2012 № 185 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений) и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь» на 2013 г. должности врачей психиатров-наркологов в поликлиниках не разделены по видам деятельности, установлен норматив должности 1,0 на 12 тыс. населения, должности врачей психотерапевтов и детских врачей психиатров-наркологов исключены из расписания поликлиник.

На сегодняшний день Министерством здравоохранения Республики Беларусь не утверждены положения о работе психиатрического и наркологического кабинетов поликлиники. Все это в совокупности приводит к оказанию психиатрической и наркологической помощи в сельской местности одним специалистом, без разделения функций.

Справочно: На 01.01.2013 г. в Витебской области было введено 181,75 должностей врачей психиатров-наркологов, из них 115,75 – в амбулаторной службе. В том числе 60,25 должностей введено в амбулаторной наркологической службе. На данных должностях работает 123 физических лица, из них 71 врач – в амбулаторной службе. Кроме того введено 37,0 должностей врачей психотерапевтов. В ЦРБ области функционирует 9 психотерапевтических кабинетов.

В то же время в Витебской области в 9 из 21 сельских районов количество населения не достигает 24 тыс. населения, что повлечет сокращение должностей и в дальнейшем увольнение специалистов. Психотерапевтическая служба в ЦРБ практически перестанет существовать.

В связи с этим для сохранения раздельно психиатрической и наркологической служб в ЦРБ в 2013 г. в Витебской области разработаны временные нормативные требования к психиатрическому кабинету поликлиники и наркологическому кабинету поликлиники центральных районных больниц.

В случае отсутствия необходимости разделения служб в сельских районах необходимо утвердить положение о психонаркологическом кабинете ЦРБ для придания юридического статуса врачу психиатру-наркологу ЦРБ.

Нормативные требования к психиатрическому кабинету ЦРБ Витебской области:

- наличие лицензии в ЦРБ на вид деятельности «психиатрия»;
- отдельный кабинет с площадями, обеспечивающими хранение медицинской документации и архива кабинета;
- информатизация кабинета с созданием базы данных по контингенту, спецучету, особому учету, принудительному лечению, Декрету № 18;
- кабинет должен быть телефонизирован (желательна работа «телефона доверия»);
- в штатном расписании должен быть выделен кабинет со штатами: не менее 1,0 должности врача психиатра-нарколога (или более – в зависимости от численности населения); 1,0 должности медсестры (или более – в зависимости от численности населения); должность психолога; должность социального работника;
- паспорт кабинета (в котором отражен полный годовой и короткие поквартальные анализ работы кабинета, указано население, структура ЦРБ, адреса и телефоны организаций, с кем поддерживается взаимодействие);
- медицинские карты на амбулаторных больных оформляются и ведутся в соответствии с нормативными требованиями и Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими

хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», утвержденной постановлением МЗ РБ от 19.07.2012 № 110 и Инструкцией по применению «Порядок оказания внестационарной (амбулаторно) психиатрической помощи», диагнозы формулируются в соответствии с требованиями МКБ-10;

- номенклатура дел кабинета с обязательным отражением сроков хранения архивных форм № 025/у – 07 (медицинская карта амбулаторного больного) и № 030 – 1/у – 07 (контрольная карта диспансерного наблюдения);
- алфавитный журнал пациентов, журнал движения пациентов, журнал учета инвалидности (возможно наличие журнала регистрации ВКК, проведенного с участием врача психиатра-нарколога);
- картотеки пациентов: действующая по алфавиту; архивная; для анонимных пациентов; форма 030 – 1/у – 07 разложена по срокам явки;
- на рабочем месте должны быть: Закон Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи», МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств», Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами» (приказ МЗ РБ от 31.12.2010 № 1387;
- папка с нормативными документами или ссылки на их местоположение;
- папка по профилактике суицидов с копиями нормативных документов МЗ РБ, УЗО и местных органов власти;
- папка по анализу демографической безопасности с нормативными документами по данному разделу работы.

Психиатрический кабинет выполняет следующие функции:

- осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами диспансерной группы, принудительного амбулаторного лечения, спецучета, особого учета, консультативной группы;
- ведет консультативную и диагностическую работу с пациентами по профилю в соответствии с требованиями Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»;
- оказывает платную анонимную психиатрическую помощь;
- организует оказание скорой неотложной психиатрической помощи;
- проводит работу по обучению медперсонала по вопросам оказания психиатрической помощи и профилактики суицидов;
- проводит психотерапевтическое лечение в рамках своей компетенции и имеющихся знаний;
- руководит работой психологического кабинета и социального работника;
- осуществляет работу по опеке и попечительству в рамках своих полномочий (решение местных органов власти);
- организует и ведет работу по профилактике суицидов в регионе;
- ведет работу по дембезопасности в рамках своих полномочий;

- осуществляет взаимодействие с органами образования по вопросам оказания психиатрической помощи детскому населению в рамках своей компетенции;
- проводит работу по формированию здорового образа жизни.

Нормативные требования к наркологическому кабинету ЦРБ Витебской области:

- наличие лицензии в ЦРБ на виды деятельности «наркология» и «освидетельствование для установления факта употребления алкоголя, наркотических и токсических средств и состояния опьянения»;
- отдельный кабинет с площадями, обеспечивающими хранение медицинской документации и архива кабинета;
- информатизация кабинета с созданием базы данных по контингенту, принудительному лечению, особому учету, учету несовершеннолетних, Декрету № 18;
- кабинет должен быть телефонизирован (желательна работа линии «телефон доверия»);
- в штатном расписании должен быть выделен кабинет со штатами: не менее 1,0 должности врача психиатра-нарколога (или более – в зависимости от численности населения); не менее 1,0 должности медсестры (или более – в зависимости от численности населения);
- паспорт кабинета (в котором отражен полный годовой и короткие поквартальные анализ работы кабинета, указано население, структура ЦРБ, адреса и телефоны организаций, с кем поддерживается взаимодействие);
- медицинские карты на амбулаторных больных оформляются и ведутся в соответствии с нормативными требованиями и Постановлением МЗ РБ № 53 от 10.07.02 «Положение о порядке признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией», диагнозы формулируются в соответствии с требованиями МКБ-10;
- номенклатура дел кабинета с обязательным отражением сроков хранения архивных форм № 025/у – 07 (медицинская карта амбулаторного больного) и № 030 – 1/у – 07 (контрольная карта диспансерного наблюдения);
- алфавитный журнал пациентов, журнал движения пациентов, (возможно наличие журнала регистрации врачебно-консультативной комиссии (ВКК), проведенного с участием врача психиатра-нарколога);
- журнал работы специальной медицинской комиссии;
- картотеки пациентов: действующая – по алфавиту; архивная, для анонимных пациентов;
- форма 030 – 1/у – 07 разложена по срокам явки;
- на рабочем месте должны быть: Закон Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи»; МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств»; Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами» (приказ МЗ РБ от 31.12.2010 № 1387);

-
- папка с нормативными документами или ссылки на их местоположение;
 - папка по Декрету № 18;
 - папка по Государственной программе национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг. и решение Витебского облисполкома № 356 от 06.06.2011 «О мероприятиях по выполнению Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг.»;
 - папка по Государственной программе комплексных мер противодействия наркомании, незаконному обороту наркотиков и связанным с ними правонарушениям в Республике Беларусь на 2009–2013 гг.;
 - документация по проведению освидетельствования и диагностике опьянения;
 - папка по работе передвижного наркологического пункта;
 - папка по работе с несовершеннолетними;
 - папка по анализу демографической безопасности с нормативными документами по данному разделу работы.

Наркологический кабинет выполняет следующие функции:

- осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами диспансерной группы, принудительного амбулаторного лечения, несовершеннолетних, за группой лиц по Декрету № 18, консультативной группы;
- ведет консультативную и диагностическую работу с пациентами по профилю в соответствии с требованиями Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»;
- оказывает платную анонимную наркологическую помощь;
- организует оказание неотложной наркологической помощи;
- проводит работу по обучению медперсонала по вопросам оказания наркологической помощи и профилактики суицидов;
- проводит психотерапевтическое лечение в рамках своей компетенции и имеющихся знаний;
- организует и ведет работу по профилактике смертей от отравления алкоголем и от причин, связанных с употреблением алкоголя в регионе;
- осуществляет межведомственное взаимодействие и медицинское сопровождение лиц в рамках работы по Декрету № 18;
- ведет работу по демографической безопасности в рамках своих полномочий;
- осуществляет принудительное амбулаторное лечение по приговору суда и направление в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП);
- осуществляет взаимодействие с органами образования и органами внутренних дел по вопросам оказания наркологической помощи детскому населению в рамках своей компетенции и выявление несовершеннолетних, злоупотребляющих алкоголем и ПАВ;
- курирует работу по освидетельствованию и диагностике опьянения;
- организует работу передвижного наркопункта в рамках своей компетенции;

- принимает участие в работе комиссий по делам несовершеннолетних, советах профилактики, совместных рейдах по неблагополучным семьям;
 - выявляет, осуществляет сверку с РОВД, проводит дотестовое и послетестовое консультирование с лицами, употребляющими наркотические и психотропные вещества;
 - проводит работу по формированию здорового образа жизни.
-

Мартынова Е.В., Шишко О. И.

Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии, Витебск, Беларусь

Вопросы организации профилактических осмотров граждан врачом психиатром-наркологом

Профилактические осмотры врача психиатра-нарколога на предмет годности к работе с вредными и опасными условиями труда, управлению автотранспортом, ношению оружия являются необходимыми для обеспечения безопасности населения. Непосредственный осмотр врача, а не просто выдача справки об отсутствии учета позволяет своевременно выявлять психические и поведенческие расстройства. Для разделения потока обращающихся за медицинской помощью пациентов и желающих пройти только медицинское освидетельствование (осмотр) граждан в диспансере Витебского областного клинического центра психиатрии и наркологии выделен отдельный кабинет. Данная услуга является востребованной у населения, несмотря на организацию осмотра врачами психиатрами-наркологами непосредственно в поликлинических учреждениях области. В 2011 г. для решения данных вопросов обратились 53 539 человек, в 2012 г. – 44 218 человек, за 6 мес. 2013 г. – 25 507 человек.

Необходимо отметить, что в соответствии с постановлением МЗ РБ № 11 «Об утверждении единых норм и нормативов материальных и трудовых затрат на платные медицинские услуги по профилактическим осмотрам и медицинскому освидетельствованию граждан», на профилактический осмотр врача психиатра-нарколога отводится 10 минут. Медицинское освидетельствование в данных условиях возможно с применением скрининговых методик, позволяющих выявить только достаточно грубые нарушения когнитивной, эмоционально-волевой сферы. Выявление расстройств невротического спектра вызывает определенные затруднения, несмотря на то, что пограничные расстройства являются наиболее распространенными в общей популяции населения. Работа в условиях интенсивного потока обращающихся, дефицит времени для форми-

рования необходимого контакта, желание обратившегося гражданина быстро получить необходимые ему документы не способствуют своевременной и точной диагностике данных состояний. В то же время в соответствии с действующим законодательством невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства вне зависимости от частоты обострений и степени выраженности являются противопоказанием к ношению оружия. Для решения данного вопроса в диспансере Витебского областного клинического центра психиатрии и наркологии по направлению врача психиатра-нарколога проводится психологическая диагностика кандидатов на ношение оружия. Психологи отделения используют методики исследования эмоционально-волевой сферы, когнитивных функций, проективные методики, позволяющие выявить установочное поведение, пограничные и невротические расстройства. При подозрении на наличие психического расстройства допуск к ношению оружия, управлению автотранспортом осуществляется ВКК учреждения.

Таким образом, при проведении профилактических осмотров населения имеются объективные трудности в диагностике пограничных и невротических расстройств; психологическое обследование является необходимым при освидетельствовании отдельных категорий граждан; проведение комплексного медико-психологического освидетельствования значительно повышает качество диагностики психических и поведенческих расстройств.

Некрасов В.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Особенности организации психиатрической службы Санкт-Петербурга в дореволюционный период

Целью нашей работы являлся анализ и изучение опыта развития психиатрической службы Санкт-Петербурга в дореволюционный период, сопоставление его с современным состоянием и выделение актуальных в настоящее время организационных решений и моделей развития.

Для достижения поставленной цели нами были обработаны литературные источники, посвященные организации психиатрической службы Санкт-Петербурга и России в целом в дореволюционный период (вторая половина XIX – начало XX вв.). Была проведена разработка архивных материалов, касающихся данного вопроса, в Российском государственном историческом архиве, Центральном государственном историческом архиве Санкт-Петербурга и Российском государственном военно-историческом архиве.

Началом истории психиатрической службы и систематического призрения душевнобольных в Санкт-Петербурге считается открытие первого «долгауза», на месте будущей Обуховской больницы в 1771 г. Призрение умалишенных в те годы возлагалось на Приказы Общественного призрения, которые были созданы во всех губерниях. В целом создание все большего количества больниц определялось не столько разработанным планом и положениями психиатрической науки, сколько финансовыми возможностями приказа и остротой потребности призрения больных.

Полноценные концепции призрения душевнобольных появляются позднее, когда задача призрения душевнобольных переходит от центральной власти (Ведомства учреждений Императрицы Марии и Приказов общественного призрения) к земствам и городскому общественному управлению. В Санкт-Петербурге передача лечебных учреждений, ответственных за призрение душевнобольных, городскому общественному управлению состоялась лишь в 1884 г. Это передача представляла собой не механическое изменение системы управления и финансирования, а формирование полноценной модели ее организации на фоне острого недостатка ресурсов и постоянно увеличивающегося количества пациентов.

Ключевая роль в формировании психиатрической службы Санкт-Петербурга принадлежит Оттону Антоновичу Чечотту (1842–1924). На момент передачи функции призрения душевнобольных городу О.А. Чечотт был старшим врачом больницы св. Николая Чудотворца – единственного полноценного учреждения для лечения душевнобольных из переданных городу. Вскоре О.А. Чечотт перешел на должность главного врача, возглавив всю психиатрическую службу города, взяв на себя и задачи ее дальнейшего развития.

Основными принципами организации психиатрической службы Санкт-Петербурга стали централизация руководства и специализация отдельных учреждений. В рамках создаваемой модели острые и хронические больные разделялись в зависимости от различной терапевтической перспективности и интенсивности оказываемой им помощи. Больница св. Николая Чудотворца в создаваемой модели должна была выполнять функцию больницы-лечебницы для лечения свежезаболевших больных. Хронизированные больные в свою очередь подразделялись по нуждаемости в регулярном наблюдении врача и способности к труду. Для них создавались значительные по занимаемой территории и имеющие высокий реабилитационный потенциал учреждения на окраинах Санкт-Петербурга.

Первым этапом по реализации этого проекта стала организация Пантелеймоновской больницы для хронизированных больных, прежде всего переводимых из больницы св. Николая Чудотворца и нуждающихся в регулярном наблюдении врача и постоянном призрении. Больница св. Пантелеймона была открыта в 1885 г., таким образом впервые в России было проведено разделение острых и хронизированных больных. Однако потребность в местах для психически больных не оказалась удовлетворенной и после открытия второй круп-

ной городской психиатрической больницы. Согласно расчетам О.А. Чечотта, сделанным им в 1888 г. на основании имеющегося отечественного и зарубежного опыта, была потребность в 3 койках на каждые 2000 жителей, т.е. на то время городу требовалось 2500 коек с последующим увеличением их количества на 60 в год, с учетом постоянно увеличивающегося населения Санкт-Петербурга.

В связи с указанными причинами было принято решение о создании большой больницы-колонии в которой находились бы хронизированные больные, прежде всего способные к труду, пребывание в которой было более комфортным, и что не менее важно – более дешевым, чем в городских больницах. Городским начальством было принято решение строить новую больницу в Новознаменской даче, вблизи станции Лигово, за городом. При проектировании новой больницы были использованы все достижения современной науки. В основу ее устройства была положена павильонная система, причем разделение больных внутри больницы должно было происходить не столько на основе пола и диагноза, но прежде всего в связи с их способностью к труду.

В 1893 г. Новознаменская больница-колония начала прием больных, а строительство новых зданий продолжалось вплоть до Первой мировой войны. Вложение практически всех выделяемых городом на развитие психиатрической службы средств в первоочередное построение современной больницы-колонии было основной ошибкой в стратегии развития городской психиатрии. При создании замечательных условий в больнице-колонии для «хроников», больница св. Николая Чудотворца и больница св. Пантелеймона оставались в плачевном состоянии.

Изучая дальнейшее развитие психиатрической службы, видим как реализацию проектов О.А. Чечотта, часто путем их видоизменения, так и частичную правоту его многих оппонентов. Данная система, несмотря на все сложности, успешно функционировала до 1917 г. Проблемы с эвакуацией «хроников» и переполнением больницы св. Николая Чудотворца решились созданием ряда филиалов больницы и выселением части персонала из основного здания. Сложности, связанные с появлением острых больных в Новознаменской и Пантелеймоновской больницах, были решены созданием там небольших острых отделений. Под руководством Н.Н. Реформатского был организован Ябургский семейный патронаж, в котором находилось до 200 больных – еще один этап развития психиатрической службы, хотя и не сыгравший в Санкт-Петербурге столь значимой роли, как в Москве и целом ряде других регионов.

Указанные факты достойны рассмотрения, с учетом опыта их масштабной реализации и тщательного анализа возникавших сложностей. При внимательном взгляде на перемены, произошедшие за последнее столетие, как в нашем обществе, так и в психиатрической науке, они не становятся фактором, делающим концепции, предложенные в тот период, нежизнеспособными сейчас, а лишь требуют поправок при приложении их к современной службе.

Медведев А.С., Кралько А.А., Щербицкая Е.С.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

Социальные последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь

Республика Беларусь относится к группе стран с высоким уровнем потребления алкоголя, и проблемы пьянства и алкоголизма, а также наносимого этим пагубным явлением социального вреда являются весьма актуальными. Нами на основе доступных данных были проанализированы основные показатели, отражающие социальные последствия употребления алкоголя: инвалидность, обусловленная алкоголь-специфическими заболеваниями; дорожно-транспортные происшествия, совершенные лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения; травмы и смерти, связанные с огнем; производственный травматизм; нетрудоспособность; правонарушения; разводы; количество неблагополучных семей и детей-сирот.

Анализ показателей инвалидности, обусловленной алкоголь-специфическими заболеваниями за период 2002–2011 гг., показал, что в структуре лиц, получивших инвалидность, преобладает городское население (77,5%). Среди нозологических форм лидирует дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем – 53,2%. Анализ динамики уровня первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь вследствие алкоголь-специфических заболеваний дает основание утверждать относительную стабильность этого показателя в течение 2002–2010 гг. и резком возрастании его в 2011 г. Также имеются существенные региональные различия уровня первичной инвалидности вследствие алкоголь-специфических заболеваний: наибольший показатель отмечается в г. Минске (8,46 на 100 тыс. населения) и Минской области (5,7 на 100 тыс. населения).

За период 2002–2011 гг. в республике зарегистрировано 5257 человек с впервые установленной инвалидностью вследствие состояний, высоко обусловленных алкоголем, из них 83,1% – по причине фиброза и цирроза печени. Среди данного контингента преобладает городское население (79,5%). Общее число инвалидов вследствие состояний, средне обусловленных алкоголем, за период 2002–2011 гг. составило 10 809 человек, из них 62,5% составляет городское население. Преобладающие состояния в этой группе – злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (С 00–С 14), пищевода (С 15), печени и внутрипеченочных желчных протоков (С 22), гортани (С 32) – 55,5% и туберкулез органов дыхания (А 15–А 16) – 44,4%.

За 2012 г. произошло 680 дорожно-транспортных происшествий (ДТП), совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, что на 23,9% меньше, чем в 2011 г. (893 ДТП).

Из-за неосторожного обращения с огнем при курении в нетрезвом состоянии в старне происходит более четверти всех пожаров. Так, за 2012 г. на территории Гомельской области произошло 1040 пожаров, 274 из них – по причине пьянства (при этом погибли 116 человек (73,4% от общего количества погибших), получили травмы 28 человек, уничтожено 39 и повреждено 196 строений. Прямые экономические потери от указанных пожаров составили 1,6 млрд рублей, общие – 2,6 млрд рублей.

Экономическая убыточность алкоголизма в условиях производства пропорциональна его распространенности среди лиц, участвующих в различных производственных процессах. В 2012 г. при общем снижении числа фактов производственного травматизма отмечается рост количества несчастных случаев, произошедших с потерпевшими в состоянии алкогольного опьянения: 16 человек в момент травмирования находились в состоянии алкогольного опьянения (в 2011 г. – 9).

В 2012 г. оперативная обстановка в сфере правонарушений, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения, стабилизировалась. Количество преступлений данного вида снизилось на 19,4% (с 26 906 до 21 691). В 2012 г. в состоянии алкогольного опьянения совершено 1389 тяжких и 722 особо тяжких преступлений, что соответственно на 22,6% и 21,9% меньше, чем в 2011 г. При этом зарегистрировано снижение на 13,8% убийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, на 24,9% – умышленных причинений тяжких телесных повреждений, на 25,4% – разбоев, на 24,7% – грабежей, на 47,0% – хулиганств, на 21,7% – угонов транспортных средств.

Число лиц, совершивших преступления в состоянии алкогольного опьянения, за последние 5 лет снизилось на 32,1%, в то время как число лиц, совершивших преступления в состоянии наркотического опьянения, увеличилось на 21,6%. Среди осужденных в 2012 г. несовершеннолетних 26,7% совершили преступление в состоянии алкогольного опьянения.

Дети пьющих родителей составляют генетическую группу риска по заболеваемости алкоголизмом и наркомании. Дети из «алкогольных семей» несут в себе комплекс психологических проблем, связанных с определенными правилами и ролевыми установками такой семьи, что тоже ведет к вероятности попасть в группу социального риска. Ребенок, чтобы выжить в подобной семье, неизбежно усваивает дезадаптивные формы поведения. Учет количества неблагополучных семей, динамики роста этого показателя является важным пунктом в системе мониторинга употребления алкоголя и связанного с ним вреда. Важным является учет количества детей-сирот, а также родителей, лишенных родительских прав, так как в экономическом плане это является серьезным бременем для государства (содержание детей в интернатах), а в социальном – деформация системы общественных ценностей, в том числе семейных ценностей, значительный ущерб духовно-нравственному потенциалу общества в целом.

В Республике Беларусь насчитывается 16 249 неблагополучных семей, число несовершеннолетних в этих семьях составляет 26 038 детей. Мини-

стерством труда и социальной защиты Республики Беларусь, органами по труду, занятости и социальной защите в 2012 г. малообеспеченным гражданам и семьям, в том числе неблагополучным семьям, оказывалась государственная адресная социальная помощь (далее – ГАСП), гуманитарная и другие виды социальной помощи. По итогам 2012 г. ГАСП назначена 281,9 тыс. человек на общую сумму 411,6 млрд рублей. При этом неблагополучным семьям помощь назначена в натуральной форме (продукты питания, одежда, обувь, школьные принадлежности и др. предметы первой необходимости) на сумму около 1,6 млрд рублей. На учете в 149 территориальных центрах социального обслуживания населения на 01.01.2013 состояло более 1,6 млн человек, включая 277,8 тыс. семей: многодетных, малообеспеченных, неполных и некоторых других.

Таким образом, учет выявленных тенденций, отражающих ситуацию в области социальных последствий употребления алкоголя, может способствовать разработке дополнительных мер по оптимизации профилактической работы.

Осипчик С.И.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Снижение потребления алкоголя в популяции: организационно-экономические механизмы, правовое регулирование

В течение ряда последних десятилетий в Республике Беларусь отмечается распространение пьянства среди населения, особенно среди молодежи, а также рост числа состоящих на наркологическом учете лиц, страдающих хроническим алкоголизмом и лиц, употребляющих алкоголь с вредными для здоровья последствиями, в том числе несовершеннолетних и женщин.

Употребление алкоголя и алкоголизм являются серьезнейшими социальными и медицинскими проблемами, решение которых требует принятия внеочередных мер воздействия.

Злоупотребление алкоголем выходит на ведущее место в списке причин нездоровья населения. Несмотря на то, что алкогольные напитки употребляет две трети населения республики, алкоголь является третьей ведущей причиной нездоровья и преждевременной смерти после низкой массы тела при рождении и небезопасного секса, опережая в этом отношении табак.

Чем выше подверженность употреблению алкоголя в больших количествах, тем больше негативное воздействие на качество жизни. Из-за алкоголя снижа-

ется производительность труда, что подрывает эффективность общественного производства. Реальный риск смерти от заболевания, обусловленного алкоголем, возрастает прямо пропорционально количеству выпитого в течение всей жизни алкоголя. Основная часть алкоголя потребляется во время эпизодов употребления в больших количествах, которые усугубляют все виды риска. В частности, эпизоды употребления алкоголя в больших количествах являются причиной всех типов умышленного увечья и непреднамеренных травм, а также ишемической болезни сердца и скоропостижной смерти. Алкоголь причиняет вред не только пьющим, но и другим людям: этот вред может проявляться либо в форме насилия на улице или бытового насилия в семье, либо просто в виде отвлечения государственных ресурсов, в частности, вследствие издержек на оказание медицинской помощи, издержек преступности и нарушения общественного порядка.

Если добавить к этому еще и вред, причиняемый алкоголем в результате его употребления другими лицами, социальные издержки вредного употребления алкоголя могут оказаться в два раза больше. Обусловленное алкоголем снижение производительности труда подрывает эффективность экономики.

Ключевым индикатором социально-экономических проблем, связанных с потреблением алкоголя, является показатель среднедушевого потребления алкогольных напитков в республике. В 2012 г. уровень реализации алкогольных напитков составил 12,6 л абсолютного алкоголя на душу населения, включая детей в возрасте до 15 лет (в 2010 г. – 12,22 л, в 2011 г. – 13,3 л). Если не учитывать группу детей моложе 15 лет, а также 26% взрослого населения, ведущего трезвый образ жизни, уровень потребления нелегального алкоголя (27% от всего потребленного алкоголя для стран Европейского региона ВОЗ), то потребителями алкогольных напитков в республике являются примерно 5900 тыс. человек. При этом на каждого взрослого жителя Республики Беларусь приходится не 12,6 литра, а около 22 литров абсолютного алкоголя в год. Следует учесть и группу трудовых эмигрантов, находящихся за территорией страны, но остающихся гражданами Республики Беларусь (примерно показатель составляет до 10% трудоспособного населения страны). В таком случае показатель поддушевого потребления абсолютного алкоголя увеличивается до 24 литров на душу населения в год.

Рост данного показателя способствует росту и распространению социально-экономического ущерба, который превышает выгоду от производства и реализации алкогольных напитков на территории республики. Согласно справке Государственного секретариата Совета безопасности Республики Беларусь по анализу деятельности государственных органов «О результатах контроля за выполнением директивы Президента Республики Беларусь от 11.03.2004 № 1 за 9 месяцев 2012 г.» следует, что, по экспертным оценкам, в 2008 г. уровень затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом, составил 7,2% от ВВП и превышает доходы бюджета, полученные за счет реализации алкогольной продукции в том же году (1% от ВВП), в 7,2 раза.

Между изменениями в уровне потребления алкоголя населением и изменениями в показателях вреда, связанного с чрезмерным употреблением алкоголя, существует сильная взаимосвязь. Также существует сильная перекрестная связь между уровнями потребленного алкоголя и степенями распространенности вреда, связанного с употреблением алкоголя, среди населения.

В экономической теории широкое распространение получило понятие «механизм», имеющее двоякое толкование – как процесс, так и ресурсы процесса. Механизм не может существовать без процесса, так как является его составной частью и настроен на выполнение только процессных функций. Механизм не имеет собственного управления, является как бы «обездвиженным» и находится в состоянии ожидания управления процессом. Соединение механизма с управлением представляет внутреннее содержание процесса, его «ноу-хау» и описывается понятием организационно-экономического механизма. Разработка мероприятий организационно-экономического механизма производится в следующей последовательности:

- анализируются входы процесса, которые представляют собой наличные ресурсы механизма;
- анализируется выход процесса – экономический механизм – состав и взаимодействие ресурсов, его основные параметры и характеристики, предназначение, экономическая эффективность, соответствие базовому процессу;
- разрабатывается управление процессом: основные законодательные, нормативно-правовые акты, руководство, программы, процедуры, инструкции.

Таким образом, правовое, нормативное и информационное обеспечение организационно-экономического механизма является внешним фактором управления процессом регулирования общественного вреда, связанного с употреблением алкоголя в стране.

Во всех странах существуют правовые регуляции, касающиеся производства и продажи спиртных напитков. Они преследуют различные цели. В одних странах законодательные усилия направлены на соблюдение интересов общественного здравоохранения или социальной политики либо на устранение возможности личных доходов в этой сфере. Так, например, соображения охраны здоровья граждан и социальной политики вкуче с устранением возможности личных доходов в течение многих десятилетий составляли основу стратегии контроля за алкогольным потреблением в странах Северной Европы. В странах Средиземноморья, напротив, данные мотивы представляются не настолько важными, и контрольные меры направлены на повышение качества алкогольных напитков, соблюдение экспортных гарантий, обеспечение приемлемого уровня жизни для фермеров, выращивающих виноград, и виноделов, а также на бесперебойное снабжение потребителей винами по доступным ценам. Во всех странах продажа алкоголя облагается налогом, что составляет важную статью государственного дохода. Европа является важным производителем алкогольных напитков, поэтому частные экономические интересы в сфере производства

и торговли оказывают несомненное влияние на масштаб и диапазон мер проводимой политики по контролю над алкоголем.

Меры, направленные на снижение масштаба проблем, связанных с алкоголем, включают: высокое налогообложение; установление возрастного ценза на покупку спиртных напитков или лимитированного доступа к ним; мероприятия, направленные на предотвращение управления транспортными средствами в состоянии опьянения; влияние на существующие условия (контекст) распития спиртных напитков; меры, направленные на развитие просвещения и агитации, контроль за рекламой алкоголя, а также на ранние вмешательства или проведение лечения по отношению к лицам с проблемным характером употребления спиртных напитков и лицам, страдающим хроническим алкоголизмом.

Следует отметить, что стратегия в отношении употребления алкоголя в нашей стране до сих пор не отражает всей тяжести ущерба для общественного здоровья, социального и экономического развития, который причиняет вредное употребление алкоголя: антиалкогольные стратегии не интегрированы в надлежащей степени в общие стратегии в области здравоохранения, социального и экономического развития и не создают адекватного потенциала, необходимого для того, чтобы обеспечить последовательность политики и объединение усилий различных государственных ведомств и общественных секторов на всех уровнях юрисдикции.

В современных условиях преодоление негативных тенденций в социальной сфере и снижение уровня угроз национальной безопасности вследствие алкогольного потребления требует инновационных подходов к повышению эффективности управления. В такой ситуации решение данной социальной проблемы зависит прежде всего от эффективности системы координации в деятельности различных органов государственного управления и местного самоуправления, общественных институтов на республиканском и региональном уровнях.

В числе мер, которые пока не получили правового обеспечения и находятся вне общественного внимания у нас в стране, можно назвать следующие:

- установление более низких допустимых значений концентрации абсолютного этилового спирта в крови или выдыхаемом воздухе для двух категорий граждан: молодых (стаж вождения до 5 лет) и профессиональных водителей в размере 0,15 и более промилле, вместо 0,3 и более промилле;
- установление государственной монополии на розничную торговлю бутылированными алкогольными напитками;
- обеспечение отчислений в фонды местных исполнительных администраций части средств от продажи алкогольных напитков на подведомственной территории.

Пятницкая И.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Организация помощи детям с аутизмом на межведомственном уровне

В настоящее время в Республике Беларусь активно обсуждается проблема роста показателей заболеваемости аутизмом (РДА) и другими расстройствами аутистического спектра. Число детей от 1 до 18 лет, состоящих на учете в психиатрической службе с официально установленным диагнозом рубрик F 84 «Общие расстройства развития» по МКБ-10 на 01.01.2013 г., составило 699 человек (4 на 10 тыс. детского населения). В 2005 г. таких детей под наблюдением психиатров было в 2,8 раз меньше – 251 человек. Рост общей заболеваемости в группе общих расстройств развития отмечается во всех без исключения областях Беларуси и городе Минске.

Как правило, это сложные по клиническому течению формы заболевания, приводящие к серьезным нарушениям развития, социальной дезадаптации и высокому уровню выхода на инвалидность. В настоящее время нет методов, полностью излечивающих аутизм. Немногим детям удастся перейти к самостоятельной жизни по достижению совершеннолетия. Однако ранняя диагностика и раннее вмешательство, особые условия, формы, методы обучения и воспитания приводят к лучшим долгосрочным результатам.

В большинстве стран Западной Европы и Северной Америки развитие системы помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) было связано с борьбой родителей за права своих детей. В Беларуси наиболее активную часть родителей детей с аутизмом объединяет Международная благотворительная общественная организация «Дети. Аутизм. Родители». Члены организации затронули широкий круг проблем, связанных с оказанием помощи детям с РАС, что повлекло за собой внесение корректив в оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи на межведомственном уровне.

В мае 2013 г. в Минске создан координационный совет, в состав которого вошли: представители комитетов по образованию, здравоохранению, труду, занятости и социальной защите Мингорисполкома, представители общественных организаций. Был принят протокол поручений, в соответствии с которым:

- в опорных учреждениях дошкольного и общего среднего образования открыты группы, классы интегрированного обучения и воспитания для детей с РАС в соответствии с рекомендациями Центров коррекционного развития и обучения;

-
- выделены помещения на базе ГУО «Вспомогательная школа-интернат № 7 г. Минска» для открытия ресурсного центра комплексной помощи детям с расстройствами аутистического спектра;
 - специалистами службы охраны психического здоровья детей и подростков организована работа по консультированию педагогов опорных учреждений образования по вопросам оказания комплексной помощи детям с РАС; консультативно-просветительская работа с родителями, имеющими детей с РАС;
 - внесены предложения по организации социального сопровождения (тьютора) детей с РАС и организации их подвоза в дошкольные и школьные учреждения.

Однако проблемными остаются следующие моменты:

- низкий уровень системы ранней диагностики и мониторинга пациентов с РАС, осведомленности и информированности специалистов и родителей о ранних проявлениях аутизма, и, как следствие, позднее обращение за помощью к специалистам службы охраны психического здоровья детей и подростков;
- недостаточное количество специалистов (медиков, психологов, логопедов-дефектологов, педагогов), имеющих специальную подготовку и образование по вопросам оказания помощи детям с аутизмом;
- несоответствие условий для организации образовательного процесса детей с РАС в опорных учреждениях образования;
- низкий уровень всех видов помощи семьям детей с особенностями развития.

К вышеперечисленному можно добавить проблему кадрового обеспечения подразделений детской психиатрической службы врачами психиатрами, психотерапевтами, психологами, особенно в сельской местности, снижающую доступность и качество оказываемой помощи.

Современные подходы в диагностике и реабилитации детей с аутизмом и другими дезинтегративными расстройствами требуют тесного взаимодействия образовательной, социальной и медицинской систем, общественных организаций, преемственности во взаимодействии реабилитационных структур и подразделений Министерства здравоохранения Республики Беларусь, оказывающих психиатрическую помощь детям. Необходимость развития такой системы помощи детям с РДА, где были бы задействованы специалисты различных министерств и ведомств, не вызывает сомнений.

Рынков П.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Принудительная госпитализация: критерии и реализация положений на практике

Принудительная госпитализация (далее – ПГ) – одна из важных форм оказания психиатрической помощи, связанная с помещением лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), в психиатрический стационар в недобровольном порядке, что сопоставимо с лишением свободы. ПГ можно трактовать как акт, аналогичный задержанию или взятию под стражу. В связи с этим Закон требует соблюдения определенной юридической формы, соблюдения процессуальных норм при ПГ. Кроме того, ПГ необходимо рассматривать как одну из мер безопасности при оказании психиатрической помощи, обеспечивающей безопасность пациента и (или) иных лиц.

Обязательными условиями для осуществления госпитализации, в том числе ПГ, являются:

- наличие психического расстройства (заболевания) (ст. 34, 36);
- нуждаемость пациента по состоянию психического здоровья или характеру течения его психического расстройства (заболевания) в постоянном круглосуточном наблюдении врача-специалиста и интенсивном лечении, т. е. только в психиатрической помощи в стационарных условиях, исключая любую другую, менее ограничительную альтернативу (ст. 34);
- наличие одного из трех критериев ПГ (ст. 36);
- уклонение от лечения (ст. 36).

Статьей 36 Закона определены 3 критерия, являющихся основаниями для ПГ, при этом следует указать, что Закон не выделяет ни один из приведенных в данной статье трех критериев в качестве главного; они в равной степени могут служить основанием для госпитализации в недобровольном порядке:

- 4) непосредственная опасность пациента для себя и (или) иных лиц;
- 5) беспомощность пациента;
- 6) возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Непосредственная опасность – это начавшееся или возможное совершение лицом, страдающим психическим расстройством (заболеванием), или лицом, совершающим действия, дающие основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания), действий, угрожающих жизни, здоровью, имуществу другого человека, его правам и интересам либо наличие реальной угрозы совершения таких действий. Направленность таких действий и опасность могут быть различны: для иных лиц, для самого себя, реже – для себя

и иных лиц. Такие пациенты расцениваются как представляющие «активную опасность» для себя и иных лиц.

Беспомощность (патологическая) – это кратковременная, длительная или постоянная невозможность или выраженное снижение возможности удовлетворения пациентом своих жизненных потребностей, обусловленные психическим расстройством (заболеванием) и сопровождающиеся нуждаемостью в посторонней помощи. Такие пациенты расцениваются как представляющие «пассивную опасность».

Третий критерий используется редко, в связи с отсутствием четких критериев определения существенного вреда здоровью и применяется к пациентам с тяжелыми состояниями, характеризующимися определенной остротой, симптоматика при которых не обуславливает опасности пациента для себя или иных лиц, хотя необходимость лечения таких больных в условиях стационара представляется очевидной.

О добровольности принятия решения пациентом можно говорить лишь при соблюдении следующих трех условий:

- осведомленности пациента о своем праве согласиться с предложением врача о госпитализации или отказаться от нее;
- отсутствии принуждения к госпитализации;
- способности пациента в данный момент по состоянию психического здоровья выразить свое отношение к госпитализации.

Необходимо отметить, что на практике, при необходимости осуществления ПГ имеют место 2 различных ситуации.

Ситуация первая. ПГ оформляется в соответствии со ст. 37 и 38 Закона, при этом:

- пациент получает, иногда впервые в жизни, качественную психиатрическую помощь в полном объеме, в соответствии с показаниями, Клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами (далее – Клинический протокол); и в связи с этим – новый, более качественный психиатрический статус при выписке;
- стационаром подтверждается законность и обоснованность решения о ПГ, принятого амбулаторным психиатром или психиатром психиатрической бригады ССНМП;
- сохраняется или даже улучшается комплаенс пациента и амбулаторного психиатра, в результате чего часть пациентов добровольно начинают получать поддерживающую терапию;
- повышается уровень социального функционирования пациента;
- сохраняется трудоспособность пациента;
- сокращается число госпитализаций, повышаются шансы пациента на «жизнь без госпитализаций»;
- улучшается качество жизни пациента, его родных и ближайшего окружения;
- снижается вероятность совершения пациентом общественно-опасных деяний и суицидальных действий, сохраняется и повышается уровень безопасности пациента и его окружения.

В данной ситуации руководство процессом лечения, определение сроков пребывания в стационаре осуществляется лечащим врачом и ВКК. В конечном итоге достигается главная цель – оказание качественной стационарной психиатрической помощи.

Ситуация вторая. Принудительная госпитализация не оформляется в соответствии со ст. 37 и 38 Закона, а «согласие» на госпитализацию получается любым путем. Пациент госпитализируется «с его согласия» и, начиная с этого момента, именно он (пациент) определяет, за редким исключением, сроки лечения. Как правило, через 1–2 недели пациент пишет заявление об отказе от лечения и часто благополучно выписывается. Реально такая выписка квалифицируется как преждевременная. Решение принимается без учета содержания ст. 36 и 39.

Результат такого лечения:

- пациент получает психиатрическую помощь, нередко в очередной раз, в течение короткого срока, не соответствующего срокам, установленным Клиническим протоколом, в объеме, не обеспечивающем даже частичное редуцирование симптоматики, явившейся основанием для ПГ, и в связи с этим «ему остается в наследство» психиатрический статус «недолеченного, запущенного» пациента;
- стационаром, в понимании пациента, таким образом, ставится под сомнение законность и обоснованность решения о ПГ, принятое амбулаторным психиатром или психиатром психиатрической бригады ССНМП;
- ухудшается или прекращается комплайенс пациента и амбулаторного психиатра, в результате чего часть пациентов только эпизодически получают поддерживающую терапию, а часть отказывается от нее совсем;
- возрастает количество госпитализаций в психиатрический стационар;
- понижается уровень социального функционирования пациента и его трудоспособность;
- возрастает вероятность совершения пациентом общественно-опасных деяний и суицидальных действий, снижается уровень безопасности пациента и его окружения;
- продолжается оставаться низкой или ухудшается качество жизни пациента, его родных и ближайшего окружения;
- значительно снижаются шансы пациента на «жизнь без госпитализаций».

В данной ситуации руководство процессом лечения, определение сроков пребывания, лечения и выписки формально осуществляется лечащим врачом (ВКК), а фактически – потенциально опасным пациентом.

В конечном итоге не достигается главная цель – оказание качественной психиатрической помощи.

Сачек В.И.

432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Правовые основы организации оказания психиатрической помощи военнослужащим

Психиатрическая помощь в Вооруженных Силах Республики Беларусь оказывается в психиатрическом отделении ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» (ГВКМЦ) территориально расположенного в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь на основании Договора и располагает 25 койками для военнослужащих (мужчин) в 24 (мужском) отделении на 60 коек. Психиатрическая помощь военнослужащим-женщинам оказывается в женских отделениях РНПЦ психического здоровья под непосредственным наблюдением и при участии врачей психиатров-наркологов психиатрического отделения 432 ГВКМЦ. Лечение, обследование и освидетельствование военнослужащих с психическими расстройствами осуществляют психиатры-наркологи психиатрического отделения 432 ГВКМЦ. В отделении проводится лечение, обследование, военно-врачебная экспертиза по психиатрическому профилю военнослужащих Министерства обороны Республики Беларусь, а также обследование военнослужащих других министерств и ведомств: военнослужащих внутренних войск МВД, органов пограничной службы, КГБ, МЧС, контингента ВС РФ, находящегося на территории Республики Беларусь.

В связи с сокращением Вооруженных Сил в Республике Беларусь сокращается и количество военных медицинских организаций, в состав которых входят психиатрические стационары, и в настоящее время осталось единственное психиатрическое отделение в структуре медицинских организаций Министерства обороны Республики Беларусь. В такой ситуации, учитывая значительное удаление от Минска большого количества воинских частей и соединений, психиатрическая помощь военнослужащим, оказываться в психиатрических организациях Министерства здравоохранения Республики Беларусь после оказания военнослужащим неотложной психиатрической помощи в учреждениях здравоохранения психиатрического профиля. Далее такие военнослужащие направляются в психиатрическое отделение 432 ГВКМЦ, где продолжается их лечение до определившегося исхода и установления окончательного диагноза с последующим медицинским освидетельствованием для определения степени их годности к дальнейшей военной службе.

Перечень Законов Республики Беларусь и иных правовых актов, регламентирующих оказание психиатрической помощи военнослужащим:

- Закон Республики Беларусь от 04.01.2010 № 100–3 «О статусе военнослужащих», принят Палатой представителей 11.12.2009, одобрен Советом Республики 17.12.2009;
- Закон Республики Беларусь от 20.06.2008 № 363–3 «О здравоохранении»;
- Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 № 349 «Об оказании психиатрической помощи»;
- Постановление Совета Министров от 01.06.1998 № 868 «Об утверждении положения о военно-врачебной экспертизе»;
- Постановление Министерства обороны Республики Беларусь от 02.11.2010 № 44 «Об утверждении инструкции о порядке организации и проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Беларусь и транспортных войсках Республики Беларусь и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства обороны Республики Беларусь»;
- «Инструкция об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь», утвержденная Постановлением Министерства обороны и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2010 № 51/170.

В соответствии со ст. 2 (Граждане, имеющие статус военнослужащих) Закона Республики Беларусь от 04.01.2010 № 100–3 «О статусе военнослужащих», статус военнослужащих имеют:

- военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, в том числе слушатели и курсанты военных учебных заведений, других учреждений образования, осуществляющих подготовку офицерских кадров для Вооруженных Сил Республики Беларусь и других войск и воинских формирований Республики Беларусь (далее – другие учреждения образования);
- военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
- граждане, проходящие службу в резерве (далее – резервисты), – при нахождении на занятиях или учебных сборах, определенных программами подготовки резервистов;
- военнообязанные – при нахождении на военных или специальных сборах.

Офицеры, проходящие военную службу по призыву, по своему правовому положению приравниваются к офицерам, проходящим военную службу по контракту, если иное не установлено законодательством.

В соответствии со ст. 14 (Право на охрану здоровья) Закона «О статусе военнослужащих», военнослужащие, суворовцы, воспитанники воинских частей

имеют право на получение медицинской помощи в организациях здравоохранения, подчиненных государственным органам, в которых предусмотрена военная служба (далее – военные организации здравоохранения), в соответствии с законодательством. При отсутствии по месту военной службы, месту их жительства (месту пребывания) военных организаций здравоохранения, а также при необходимости оказания скорой (неотложной) медицинской помощи медицинская помощь оказывается в соответствии с законодательством в иных государственных организациях здравоохранения (далее – гражданские организации здравоохранения).

Предусмотренное частью пятой настоящей статьи право на медицинскую помощь предоставляется также уволенным с военной службы гражданам, ставшим инвалидами вследствие ранения (контузии), травмы или увечья, полученных при защите Республики Беларусь, при исполнении воинского долга в государствах, где велись боевые действия, или иных обязанностей военной службы, либо заболевания, связанного с пребыванием на военной службе, независимо от выслуги лет.

В соответствии со ст. 14. (Организация оказания медицинской помощи) Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (Принят Палатой представителей 14.05.2008, одобрен Советом Республики 04.06.2008) граждане Республики Беларусь имеют право на получение медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения вне их места жительства (места пребывания). Порядок оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь вне их места жительства (места пребывания) определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Медицинская помощь военнослужащим, лицам начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, членам их семей, пенсионерам из числа военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава, уволенным из органов внутренних дел, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, оказывается в соответствии с настоящим Законом и иными законодательными актами Республики Беларусь. В соответствии со ст. 19 (Скорая (неотложная) психиатрическая помощь) Закона Республики Беларусь от 07.01.2012 № 349 «Об оказании психиатрической помощи» – скорая (неотложная) психиатрическая помощь оказывается пациенту, у которого внезапно возникло и (или) обострилось психическое расстройство (заболевание). При оказании скорой (неотложной) психиатрической помощи пациент, у которого внезапно возникло и (или) обострилось психическое расстройство (заболевание), которое требует срочного (неотложного) медицинского вмешательства и может привести к совершению им действий, угрожающих его жизни и (или) здоровью, жизни и (или) здоровью иных лиц, независимо от его согласия либо согласия его законного представителя направляется медицинским работником, оказывающим скорую (неотложную) психиатрическую

помощь, в психиатрический стационар. Территориальный орган внутренних дел Республики Беларусь по месту жительства (месту пребывания) такого пациента оказывает содействие медицинским работникам в доставке его в психиатрический стационар в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Беларусь по согласованию с Министерством внутренних дел Республики Беларусь.

Порядок оказания скорой (неотложной) психиатрической помощи устанавливается Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

В соответствии со ст. 35 (Военно-врачебная экспертиза) Закона «О здравоохранении», военно-врачебная экспертиза проводится в целях определения годности граждан Республики Беларусь по состоянию здоровья к воинской службе, службе в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям, органах финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, других войсках и воинских формированиях, создаваемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь, а также в целях определения причинной связи заболеваний, в том числе травм, ранений, увечий и контузий, с прохождением военной службы, службы в резерве, специальных и военных сборов в Вооруженных Силах Республики Беларусь, службы в органах внутренних дел, органах и подразделениях по чрезвычайным ситуациям, органах финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, других войсках и воинских формированиях, создаваемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Порядок проведения военно-врачебной экспертизы устанавливается законодательством Республики Беларусь. Заключение военно-врачебной экспертизы может быть обжаловано в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Постановление Министерства обороны Республики Беларусь от 02.11.2010 № 44 «Об утверждении инструкции о порядке организации и проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Беларусь и транспортных войсках Республики Беларусь и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства обороны Республики Беларусь» определяет порядок организации и проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Беларусь и транспортных войсках Республики Беларусь (далее – Вооруженные Силы), в том числе порядок создания, права и обязанности военно-врачебных и врачебно-летних комиссий, медицинского освидетельствования граждан, а также оформления, рассмотрения и утверждения заключений военно-врачебных и врачебно-летних комиссий.

В соответствии с п. 4. Положения о военно-врачебной экспертизе, медицинское освидетельствование военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов, получивших в период военной службы (службы в органах) увечье (ранение, травму, контузию), заболевание, проводится для определения категории годности их к военной службе (службе в органах) при определившемся врачебно-экспертном исходе.

Под определенным врачом-экспертным исходом понимается такое состояние здоровья, когда результаты обследования и лечения дают основание военно-врачебной комиссии (врачебно-лётной комиссии) вынести заключение о категории годности к военной службе (службе в органах) и когда дальнейшее лечение не приведет к изменению этой категории годности. На основании п. 7 Положения о военно-врачебной экспертизе, заключение военно-врачебной (врачебно-лётной) комиссии действительно в течение года с момента медицинского освидетельствования, если иное не оговорено в этом заключении. Если заключение комиссии не реализовано или в состоянии здоровья свидетелем произошли изменения, дающие основания для пересмотра ранее вынесенного заключения, проводится повторное освидетельствование.

Скасевич Н.П.¹, Чесноков И.И.²

¹ Брестский областной психоневрологический диспансер, Брест, Беларусь;

² Брестский областной наркологический диспансер, Брест, Беларусь

Особенности применения законодательства при досрочном переосвидетельствовании водителей

Большинство из нас со школьной скамьи знает, что дорога представляет собой участок повышенной опасности. С целью предупреждения или минимизации возможных рисков для участников дорожного движения, согласно действующим нормативным правовым актам, учреждениями здравоохранения осуществляется обязательное медицинское освидетельствование кандидатов в водители механических транспортных средств (далее – водители МТС) и медицинское переосвидетельствование водителей МТС. И если с порядком обследования кандидатов в водители МТС существенных проблем не возникает, то имеет место нестыковка ряда нормативных документов, определяющих основания и порядок направления водителей МТС на досрочное переосвидетельствование. В части случаев требования нормативных документов носят рекомендательный характер, с расчетом на сознательность гражданина и его законопослушность. Вследствие чего ряд граждан, игнорирующих рекомендации медицинских работников, в случае возникновения медицинских противопоказаний для управления МТС могут оставаться водителями до истечения медицинской справки о состоянии здоровья (форма 1 здр\у – 10). При этом у сотрудников Государственной автомобильной инспекции в ряде случаев нет законодательно закрепленных оснований для изъятия водительского удостоверения у гражданина, даже в случае наличия информации о возникших противопоказаниях для управления транспортными средствами.

Так, согласно пункту 10 Инструкции о порядке обязательного медицинского освидетельствования кандидатов в водители механических транспортных средств, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 18.12.2002 № 89 с дополнениями и изменениями, организация здравоохранения при выявлении у пациента, являющегося водителем механического транспортного средства, заболевания, включенного в перечень медицинских противопоказаний, может инициировать досрочное направление такого водителя на переосвидетельствование с указанием его причины. Как видим, данная норма носит рекомендательный характер и, кроме того, механизм ее реализации (например, алгоритм действий конкретных специалистов и должностных лиц) четко не регламентирован.

Пункт 25 вышеуказанной инструкции, согласно которому данные о лицах, признанных по результатам переосвидетельствования негодными к управлению механическими транспортными средствами, направляются комиссиями в подразделения Государственной автомобильной инспекции Министерства внутренних дел Республики Беларусь по месту расположения государственных (ведомственных) организаций здравоохранения, проводивших переосвидетельствование, в течение трех рабочих дней после проведения переосвидетельствования, противоречит ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» и ст. 20 Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи». Соответственно, в случае судебного разбирательства по инициативе гражданина по факту лишения его права управления МТС, что не исключено вследствие растущей правовой грамотности населения, может возникнуть ряд вопросов к сотрудникам учреждений здравоохранения о разглашении врачебной тайны. Особенно это касается вопросов психического здоровья в связи с жесткими требованиями соблюдения конфиденциальности психиатрической помощи. Согласно Закону Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» врач психиатр-нарколог не имеет права предоставить без согласия пациента информацию о выявленных у него противопоказаниях для управления транспортными средствами председателю водительской комиссии. Таким образом, соблюдение требований ведомственного нормативного правового акта (подзаконного акта) предполагает нарушение действующего законодательства.

На сегодняшний день отсутствует нормативный документ, дающий право обмениваться информацией различным ведомствам с целью организации своевременного переосвидетельствования водителей МТС. Так, из военных комиссариатов не поступают сведения в территориальные учреждения здравоохранения о лицах, признанных по медицинским показаниям негодными к службе в войсках, многие из которых также имеют противопоказания для управления МТС. Учреждения здравоохранения не имеют информации о наличии или отсутствии водительского удостоверения у пациента, которому впервые установлен диагноз заболевания, включенного в перечень заболеваний и противопоказаний, препятствующих управлению механическими транспортными средствами,

самоходными машинами, утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28.04.2008 № 78. Психиатрические учреждения здравоохранения не могут получать информацию о нарушении правил дорожного движения конкретным гражданином для получения объективного подтверждения общественно опасного или неадекватного поведения лица, страдающего психическим расстройством и др.

Для улучшения взаимодействия организаций здравоохранения с заинтересованными ведомствами с целью исключения управления МТС лицами с противопоказаниями, и, как следствие, повышения безопасности движения, считаем целесообразным инициировать на республиканском уровне разработку нового законодательного нормативного документа или внести изменения в существующие.

Хвостова И.И.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Исторический, международный и национальный опыт правового регулирования психиатрического освидетельствования и принудительной госпитализации

Процедуры психиатрического освидетельствования и принудительной госпитализации потенциально опасны, поскольку могут привести к злоупотреблениям и использованию с целями, весьма далекими от медицинских. Свое юридическое значение и правовые последствия эти процедуры приобрели еще до того, как психиатрия выделилась в самостоятельную отрасль медицины и появились первые врачи психиатры. Необходимость законодательного регулирования порядка оказания помощи лицам с психическими расстройствами, их принудительного освидетельствования и госпитализации общество поняло достаточно давно.

В России первые законодательные меры в отношении душевнобольных были приняты в Уложении 1669 г. В соответствии с ними душевнобольные приравнивались к глухим и малолетним и освобождались от дачи свидетельских показаний в уголовных делах. В 1722 г. был издан Указ Петра I «О свидетельствовании дураков в Сенате». Указ оговаривал необходимость наблюдения за имуществом сумасшедшего, в нем также поднимался вопрос о запрете таким людям вступать в брак. Только спустя 24 года с момента появления указа Медицинская коллегия предоставила в Сенат рапорт, в котором предлагался по-

рядок освидетельствования психически больных. Таким образом, Указ Петра I стал первым законодательным актом в данной сфере гражданского права, а рапорт Медицинской коллегии не только первым юридическим документом по вопросу определения дееспособности, но и первой отечественной инструкцией по проведению психиатрического освидетельствования.

Ни чем иным, как историческим прототипом принудительной госпитализации, является помещение психически больных в госпитали, обязанность учреждения которых Петр I в 1723 г. возложил на главный магистрат, запретив при этом направлять «сумасбродных и под видом изумления бываемых» в монастыри. Лишь в 1775 г. был издан указ о создании Приказов общественного призрения, в компетенцию и обязанность которых входило учреждение специальных домов умалишенных.

С 1815 г. до 1917 г. в России действовал Указ Сената об освидетельствовании психически больных, в котором впервые больные делились по психическому состоянию на «безумных» (с отсутствием здравого ума с самого детства) и «сумасшедших» (с умственным расстройством по случайным причинам уже после рождения). «Сумасшедших», согласно Указу, предполагалось осматривать в губернских органах власти по месту их проживания. Такие осмотры проводились врачами, которые не имели психиатрической подготовки, а также членами губернской администрации. В отдельных случаях пациенты подвергались стационарному наблюдению в домах умалишенных. При рассмотрении гражданских дел в суде было необходимым утверждение таких заключений Сенатом.

Первый всеобъемлющий закон об обращении с «умалишенными» был принят более 150 лет назад во Франции. Согласно этому закону, душевнобольной приравнивался к страдающему физически, и поэтому объявлялся нуждающимся в уходе и защите общества. В Англии правила задержания общественно опасных больных и обеспечения минимальных стандартов помощи в частных и государственных убежищах для умалишенных, которые стали правовой основой существующей системы больничной службы Англии и Уэльса, были утверждены еще в XVIII в. А в США свод законов о психическом здоровье был принят в первой половине XIX в.

С середины XIX в. во многих странах Европы были введены защитные механизмы для лиц, подвергаемых указанным процедурам: помощь адвоката; независимая оценка состояния больного врачом; право на «беспристрастное и публичное слушанье дела в справедливом суде»; подача апелляции больными, которые получили право через суд опротестовывать решение о госпитализации.

Нормы международного права, касающиеся вопросов принудительной госпитализации и психиатрического освидетельствования, содержатся в резолюции Генеральной Ассамблеи ООН «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи». В 16-м и 17-м принципах данной резолюции указано, что любое лицо может быть госпитализировано в психиатрический стационар в принудительном порядке только тогда, когда уполномочен-

ный для этой цели, согласно закону, квалифицированный специалист, работающий в области психиатрии, установит, что данное лицо страдает психическим заболеванием, и определит существование серьезной угрозы причинения непосредственного или неизбежного ущерба этому лицу или другим лицам. Принудительная госпитализация обоснована также, если отказ от нее может привести к серьезному ухудшению здоровья пациента или сделает невозможным применение надлежащего лечения. Аналогичные правила содержатся в ч. 10 Положений и взглядов Всемирной психиатрической ассоциации о правах и юридической защите психически больных от 17.10.1989.

Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод не определяет, какой из органов в процедуре, предписанной законом, может принимать решение о лишении свободы лиц, страдающих психическими расстройствами. Но, согласно мнению Европейского Суда по правам человека по делу «Винтерверп против Нидерландов», «любая мера, лишаящая человека свободы, должна исходить от соответствующего органа, осуществляться им и не быть произвольной». В большинстве стран с развитой правовой системой решение о принудительной госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами, принимается судом. Так, например, суд всегда принимает решение о принудительной госпитализации лица в психиатрический стационар в таких государствах, как Бельгия – по Закону «О защите личности душевнобольных» от 26.06.1990, Голландия – по Закону «Об экстренной госпитализации в психиатрические больницы» от 29.10.1992, Австрия – по Закону «О помещении душевнобольных в психиатрические учреждения» от 01.03.1990, Италия – по Legge Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori от 13.05.1978, Польша – по Закону «О защите душевного здоровья» от 19.08.1994.

Таким образом, процедура принудительной госпитализации в Республике Беларусь соответствует нормам международного права. В 2012 г. через приемные отделения психиатрических стационаров республики прошло 820 пациентов, госпитализированных принудительно. Подавляющее большинство из них впоследствии дали согласие на госпитализацию и лечение. Лишь в 130 из этих случаев (15,8%) психиатрические стационары обратились за решением суда о принудительной госпитализации и лечении. В 2013 г. наметилась тенденция к некоторому росту обращений в суд психиатрических стационаров по поводу принудительной госпитализации – 17,0% случаев от всех принудительно госпитализированных. Рост правосознания потребителей психиатрической помощи проявляется в обжаловании принудительных госпитализаций, в том числе и во время самой принудительной госпитализации. Такие обжалования не являются негативным явлением, а скорее свидетельствуют о предоставлении администрацией психиатрических стационаров своим пациентам возможности защищать свои права.

Хмара Н.В.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Семья больного и психиатры: чем мы можем быть полезны друг для друга?

В настоящее время доказана важная роль семьи в психосоциальной реабилитации пациента с психическим заболеванием. Она является связующим звеном между больным и системой оказания психиатрической помощи. Однако зачастую семья психически больных людей оказываются в социальной изоляции. Одной из возможных причин этого являются наши разные ожидания друг от друга. Мы, врачи, хотим получить как можно больше информации о больном и ожидаем от родственников желание заботиться о своем близком. В то же время члены семьи больного могут оказаться в растерянности: они испытывают противоречивые чувства к больному и устали от его болезни. В этом случае наши ожидания воспринимаются как дополнительное бремя, что может приводить к разногласиям и трудностям в общении. Одним из возможных путей установления взаимопонимания и сотрудничества между врачом и родственниками больного является предоставление информации об особенностях болезни и потребности пациента в уходе. Например, родственников необходимо обучить знаниям о том, что больной шизофренией лучше всего чувствует себя, если в семье существует определенный порядок, правила и постоянные обязанности для каждого члена семьи. Установление режима, соответствующего возможностям больного, помогает родственникам прививать навыки личной гигиены, аккуратного одевания, регулярного и аккуратного приема пищи, а также правильного приема лекарственных препаратов и контроля побочных эффектов медикаментов. Для семьи понимание своей полезности и важности может выступать поддержкой. Важно также предоставление информации о том, что через некоторое время больному можно будет поручать какие-то работы как по дому (мытьё посуды, уборка квартиры, уход за цветами, за домашними животными и др.), так и вне дома (покупки в магазине и др.). Это задает ориентиры и понимание того, что можно ожидать от человека, страдающего шизофренией, что по мере улучшения больной способен лучше ориентироваться в быту и не обязательно должен быть камнем на шее семьи.

Позволяя родственникам в нашем контакте озвучивать негативные чувства (усталости, раздражения, гнева) у членов семьи появляется возможность получить сочувствие, которого так им не хватает, а также «вернуть» право на отдых от больного. Часто испытывая вину, из-за болезни близкие лишают себя этой возможности.

Освоение навыков общения с больным человеком в семье, а также умения разбираться в симптомах болезни дает реальную возможность снизить частоту

обострений заболевания и повторных госпитализаций, а для семьи дает ощущение безопасности и контроля ситуации.

Зарубежный опыт показывает, что члены семей могут внести существенный вклад в борьбу со стигмой и дискриминацией, а также в совершенствование законодательства в отношении психически больных людей и членов их семей. Однако для этого родственники должны действовать совместно, организованно: создавать группы поддержки и организации потребителей помощи. В таком случае они получают поддержку людей, столкнувшихся с аналогичными проблемами, и станут силой, с которой будут считаться структуры, ответственные за предоставление качественной психиатрической и социальной помощи.

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

Шилова О.В.¹, Френкель Е.В.²

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь;

² Гомельская областная клиническая психиатрическая больница, Гомель, Беларусь

Диспансерная группа как один из показателей распространенности психических расстройств

Планирование и совершенствование работы психиатрической службы неотделимо от результатов клинико-статистических и клинико-эпидемиологических исследований, что обуславливает необходимость корректных знаний о количественных, структурных и динамических показателях психического здоровья населения.

Как известно, одним из важнейших показателей оценки состояния общественного здоровья является распространенность заболеваний (болезненность, или общая заболеваемость). Ее уровень зависит как от самого состояния психического здоровья, так и от организации службы, доступности помощи, а применительно к психиатрической помощи – и от ее «популярности», то есть способности заболевших граждан преодолевать страх стигматизации и возможных социальных ограничений.

Психиатрическая помощь – высокоспециализированный вид медицинской помощи, имеющий ряд особенностей. Важную роль в ограничении обращает-

мости (и точных данных о распространенности) играет страх стигматизации и социальных ограничений. Существуют, кроме того, различия в распространенности заболеваний. Шизофрения, как известно, имеет приблизительно равную распространенность – около 1%, в то время как количество невротических расстройств в значительной степени зависит от уровня социальных стрессов и кризисов. Кроме того, невозможность проведения сплошного эпидемиологического исследования диктуется Законом «О психиатрической помощи» от 07.01.2012.

Исследования по распространенности психических расстройств в целом содержат приблизительные данные и основаны на анализе обращаемости и принудительного освидетельствования. С этим, видимо, связан разброс показателей в разных странах и в разное время. По данным ряда авторов, в конце XIX в. этот показатель был равен 0,05–0,2% населения, в первой половине XX в. – уже 3–6% населения, а во второй его половине (обобщая данные разных исследователей) – 13–20 % и более. Однако вывод, что за 100 лет число психически больных увеличилось на порядок и более, некорректен, тем более что увеличение непропорциональное – в значительной степени оно произошло за счет увеличения доли непсихотических, связанных со стрессом расстройств.

На демографические показатели, касающиеся пациентов психиатрической службы, влияет большое количество факторов. Во-первых, большой вклад вносят изменения самой психиатрической службы за последнее столетие. Улучшились возможности оказания помощи (выросло число психиатрических учреждений, врачей психиатров и т.п.), и увеличилось, соответственно, число обращающихся за ней. Во-вторых, постепенно (хоть и достаточно медленно) меняется отношение к психиатрии и пациентам психиатрического профиля, что способствует обращаемости. И наконец, изменились представления о самой психической патологии, они значительно расширились за счет включения расстройств, которые ранее таковыми не считались, или диагностировались и лечились врачами других специальностей. Например, панические атаки до конца прошлого столетия лечились неврологами как «гипоталамические кризы». Изменились представления о распространенности аффективных расстройств (прежде всего, депрессивных) как в популяции условно здоровых, так и у соматически больных, в сторону их увеличения. Относительно новым является контингент пациентов с посттравматическим расстройством, возникшим после катастроф различного происхождения.

До настоящего времени отсутствует подробная количественная, качественная динамика, а также клинико-эпидемиологические характеристики данного контингента пациентов. Тем более что изменяющаяся социально-экономическая ситуация, демографические изменения, методы внебольничного психиатрического наблюдения меняют контингент лиц, страдающих психическими расстройствами, и предъявляют новые требования по их медицинскому обслуживанию и улучшению их качества жизни.

Более точные эпидемиологические данные обычно касаются лишь определенных категорий пациентов: проходивших стационарное лечение, находящихся на диспансерном учете, проживающих в домах-интернатах, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу. Акцент в медицинском наблюдении обычно делается на контроль и профилактику социально-опасных действий, однако в меньшей степени, чем на реабилитацию и помощь в решении психолого-социальных проблем. А ведь пациенты диспансерной группы наблюдения в психиатрии – сложная и потенциально наиболее уязвимая в социальном плане группа. Это связано как с инвалидизирующим влиянием самих психических расстройств, так и с сопутствующими социальными проблемами в виде сложностей трудоустройства, одиноким проживанием и бедностью.

Был проведен анализ клинико-демографических показателей пациентов одного из участков диспансерного отделения УЗ «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница». Под динамическим наблюдением на диспансерном учете на данном участке состоит 306 человек. По последним данным статистики, на участке проживало 48 344 человек, из них 7346 – младше трудоспособного возраста. Таким образом, болезненность населения, за исключением лиц младше трудоспособного возраста, составила 7,46 на 1 тыс. человек, что соответствует усредненным европейским показателям. Возраст пациентов – от 19 до 92 лет. Средний возраст составил 51 год. Согласно амбулаторным картам, на учете состояли 153 мужчины (50%) и 153 женщины (50%).

В рубрике F 2 «Шизофрения и близкие к ней расстройства» (шизоаффективные, бредовые) на учете состояли 139 человек (45,42%), мужчин – 65 человек (21,24%) женщин – 74 (24,18%). Это самая многочисленная группа пациентов диспансерной группы наблюдения, но распространенность с учетом количества проживающих на участке наблюдения людей – 0,3%.

Именно шизофрения обуславливает то, что возраст постановки на учет для женщин достоверно выше, чем у мужчин. В возрасте от 31 и старше 60 на учет поставлено больше женщин: от 31 до 60 лет (16,67% мужчин и 19,93% женщин, $p < 0,05$) и старше 60 (3,59% мужчин и 8,82% женщин, $p < 0,01$).

Среди пациентов, состоящих на учете с диагнозом «Шизофрения», 68 (49%) имели среднее и неоконченное среднее образование, 44 – средне-специальное (32%), 21 пациент (15%) – неоконченное высшее и высшее. Около половины пациентов с высшим образованием – пациенты с шизофренией. Из них 120 человек (86%) не работают, из 19 работающих 8 – не по специальности.

Развитие новых форм медицинской помощи и реабилитации может не только улучшить качество жизни данной категории пациентов, но и (возможно) может быть экономически целесообразным.

Раздел 2. Вопросы диагностики, лечения и профилактики психических расстройств

Абрамов Б.Э., Сквиря И.М.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Психоанализ и понимание современной агрессивности

«Жизнь учит лишь тех,
кто ее изучает»

В.О. Ключевский

Проблема размежевания и консолидации на разных уровнях – одна из самых острых. Территориальное размежевание переходит в этническое, производственное и т.д. Возможно размежевание по характеру культуры, происхождению, профессии, религии, материальному статусу и т.д. Опасность в том, что идея размежевания психологически дается проще, чем идея консолидации – отождествления своего «Я» с другими. Человека легче подтолкнуть к размежеванию, тающему в себе опасность гражданских конфликтов.

Согласно психоанализу, провести границу индивидуального и социального развития крайне сложно. В период формирования своего «Я» личность противопоставляет себя другим людям или группам, даже общности. Она стремится оформиться в суверенную единицу, осознать свою независимость и лишь тогда может с уверенностью объединиться с другими, самостоятельно выбирать линию поведения. Только будучи зрелым, избавившись от инфантилизма, человек может объединиться с другими.

В условиях тоталитарной системы и застоя и отдельные люди, и общество в целом пребывали в инфантильном состоянии. Не было необходимости в самостоятельном мышлении и принятии серьезных решений, что препятствовало формированию зрелой личности.

Весь мир изменился. Процесс перестройки его продолжается. От людей потребовалось самостоятельно мыслить, познавать себя и окружение, определить отношение к своему историческому прошлому, к земле, на которой живут. Это вошло в противоречие со старыми политическими нормами, моралью, нравственностью и усугубило потребность в независимом поведении.

Психоаналитическая оценка и современная жизнь приводят к выводу, что нет надобности искусственно тормозить размежевание, поскольку это лишь этап, за которым следует неизбежное стремление к интеграции. Если процессу размежевания препятствовать, это может привести к тяжелым обществен-

ным конфликтам. Сама жизнь должна убедить людей в необходимости сотрудничества: любая изоляция – социальная гибель. Любая изоляция способствует усилению агрессивных влечений. Сочетание этих двух начал мы наблюдаем в различных «горячих точках» по всему миру, где очевидны попытки решать политические проблемы преступными средствами. При этом широко используются ссылки на исторические документы, экономические выкладки, математические расчеты и т.п. В качестве доводов для размежевания другой стороне приписываются негативные помыслы, она обвиняется в лживости, коварстве, агрессивности и многих других грехах.

С точки зрения психоанализа, размежевание – это «внутренняя агрессия» или «социальное самоубийство». В этом процессе преобладают деструктивные тенденции, нарушающие нормальное развитие общества. Можно говорить о массовом проявлении «инстинкта смерти».

Замечено: когда процесс размежевания происходит в отрыве от осознания необходимости интеграции, он ведет к бессознательной нетерпимости человека к мнению других.

Нельзя принуждением добиться «дружбы народов», объединяющими факторами выступают экономика и культура.

В мировом сообществе происходит процесс активного размежевания. Чем скорее он пройдет, тем очевиднее станет необходимость интеграции. Пока люди сами не убедятся, что без экономических взаимосвязей они не смогут существовать, процесс размежевания неминуем. Попытки его остановить обнаруживают огромное сопротивление, переходящее в агрессивность. Здесь действует не только разум, но и огромный пласт подсознания.

Мы видим митинги, демонстрации, стихийные сборища, которые перерастают в бессмысленные разрушения культурных ценностей, поджоги, убийства.

Нельзя предотвратить разгул толпы, не учитывая ее психологии. Понять сложнейшие вопросы, связанные с поведением масс, помогает психоанализ. Основываясь на концепции о бессознательных потребностях и влечениях человека, он объясняет, почему в толпе большинство людей обнаруживает падение нравственности. Почему люди поддаются под магическую власть слов, легко принимают на веру лживые идеалы, не улавливают разницу между реальными и нереальными призывами, готовы к агрессии.

В толпе исчезает ощущение личной свободы, свободы совести, свободы мысли. Оно заменяется вседозволенностью силы и активностью масс. Сливаясь с другими, личность освобождается от своих моральных устоев, а главное – от ответственности. Человек незаметно для себя вписывается в структуру безличной массы.

Многообразие человеческих инстинктов можно свести к двум жизненным феноменам: инстинкту агрессии (или деструктивности), несущему разрушительное начало в человеке, и эротическому влечению, обозначающему самосохранение и объединение. Они определенным образом связаны. В толпе инстинкт самосохранения оказывается сниженным, а инстинкт деструктивно-

сти – усиленным. Отсюда необычайная легкость агрессии и акты вандализма. Совесть, мораль, нравственность здесь умолкают. Личность может совершить поступок, обычно ей чуждый.

Если человек, находясь в толпе, знает законы ее поведения, он способен критически воспринимать совершающиеся события и понять, куда заправили пытаются направить толпу. Понимание психологии толпы позволяет личности не поддаться стихии безумия, сохранить в себе «диктатуру разума».

Следовало бы с детства учить людей умению моделировать поведение в нестандартных ситуациях. Например, в бушующей гневом толпе делать правильный выбор между собственными убеждениями и сиюминутной реакцией. Чем больше в сознании человека будет готовых моделей поведения в особых ситуациях, тем легче он справится с разнообразными жизненными коллизиями. Необходимо учить распознавать мотивы своих поступков, в том числе причины, по которым возникает размежевание одних групп от других, переходящее порой в конфронтацию.

В ряде случаев, пользуясь лексикой психоанализа, обнаруживаются два глубоких феномена нашей психики. Эмоции, имеющие отношение к любви, результатом которой является обычно созидание, оказались приглушенными. Зато в полную силу обнаружилась противостоящая этому тенденция – агрессивность, неизменно приводящая к разрушению. Агрессивное влечение – важный источник социальных конфликтов и уродливого развития личности.

Жизнь многократно подтверждает постулат основоположника психоанализа Зигмунда Фрейда, что агрессивность неизбежно приводит к деструкции концепций, к невозможности осуществить их на практике, к краху теории и основанных на ней практических решений. Агрессивность и созидание несовместимы.

Прикладной психоанализ, как система взглядов, коренящихся в клиническом психоанализе, позволяет более глубоко понимать различные аспекты человеческой природы, культуры, общества.

Гринь В.В.¹, Жалейко Е.В.¹, Путейко Т.Н.²

¹ 1-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь;

² Минский институт управления, Минск, Беларусь

Влияние эмоциональных расстройств на жизнь пациентов с сахарным диабетом

Результаты последних литературных данных показывают: у пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), отмечаются психопатологические на-

рушения, предшествующие и развившиеся в ходе заболевания, причиняющие страдания, снижающие комфортность жизни, влияющие на лечение и исход диабета. При реактивной депрессии и СД возникает потребность в привязанности: доминируют проблемы отдаления, физического расставания, действительность воспринимается пессимистично, развиваются тревожно-депрессивные нарушения, повышающие риск развития диабета. Взаимодействие эмоций и гормональных изменений – «дорога с двухсторонним движением» и одно из сложнейших, плохо изученных направлений в физиологии и медицине. Эмоциональная составляющая при СД очень важна и часто недооценивается.

В работе систематизируются значимые отдельные психические расстройства, возникающие у пациентов с СД, требующие активной вовлеченности больного в процесс лечения и осуществление самопомощи. В дополнение к мультидисциплинарным услугам пациент одновременно должен быть сам себе врачом, медицинской сестрой, диетологом и биохимиком.

Исследования проводили в 2012–2013 гг. на базе УЗ «1-я ГКБ» г. Минска. Использованы методики с качественно-количественным и статистическим анализом полученных данных: «Шкалы диагностики личности и реактивной тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин), «Гиссенский опросник», «Шкала «Зунга». В исследовании участвовали пациенты с СД, средний возраст респондентов – 57 лет. По специфике заболевания они разделены на группы: сахарный диабет 1-го типа (СД-1) и сахарный диабет 2-го типа (СД-2), средний период лечения – 2 недели.

Для пациентов с СД характерен высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, для женщин диагностированы более низкие показатели. Проведен анализ результатов диагностики отношения к болезни. Гармоничный тип отношения к болезни имели 4% больных женщин. Анозогностический тип выявлен у 16%: характерно активное отбрасывание мысли о болезни, возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Тревожный тип диагностирован у 6% женщин: испытывали непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Меланхолический тип наблюдали у 2% женщин. Проявлялась сверхдурченность болезнью, доминировал тотальный пессимистический взгляд и сомнение в успехе лечения, неверие в возможное улучшение, активные депрессивные высказывания, вплоть до суицидальных мыслей. Сенситивный тип диагностирован у 4% пациентов: 2% мужчин и 2% женщин. Наблюдалась чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями; испытывали опасения, что окружающие будут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, избегать общения, распускать неблагоприятные слухи о причине, природе болезни. Эгоцентрический тип определен у 20% пациентов: 14% мужчин и 6% женщин – происходило «принятие» болезни и поиски выгод в связи с болезнью, выставление напоказ близким и окружающим сострадания, переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием.

Они требовали исключительной заботы, демонстрируя полное невнимание к близким, другим людям – отношение неприязненное. Паранойальный тип имели 2% мужчин; смешанный тип – 18%: 4% мужчины и 14% женщины. Выявлено 2 эгоцентрико-дисфорических типа, 3 – эгоцентрико-тревожных, 2 – агнозико-тревожных, 1 – агнозико-меланхолический, 1 – эгоцентрико-паранойальный. Диффузный тип, включающий более 3 компонентов разных типов, определен у 26% пациентов: 16% мужчин и 10% женщин. Дисфорический, эргопатический, апатический, ипохондрический и неврастенические типы отношения к болезни не диагностированы.

Из результатов проведенных нами исследований следует: у мужчин с СД присутствуют чистые типы отношения к болезни (анозогностический и эгоцентрический). Характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни. Имела место дезадаптация и интерпсихическая направленность реагирования на болезнь: стеснялись своего заболевания перед окружающими, «использовали» его для достижения определенных целей, проявляли гетерогенные агрессивные тенденции. Для женщин характерны смешанные типы с превалированием тревожного типа: выявлена интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь. Эмоциональная сфера отношений проявлялась в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии.

Анализ результатов диагностики субъективной картины физических страданий пациентов с СД показывает, что наибольшую выраженность у мужчин и женщин имела шкала «Кардиологические жалобы» (16,6/13,8): пациенты локализовали недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере. Наименьшую выраженность у мужчин имели шкалы «Истощение» и «Диспепсические жалобы». Вероятно, страдающие диабетом мужчины не характеризуются ни общей потерей энергии, ни желудочными недомоганиями. Наименьшую выраженность у женщин имели шкалы «Боли в различных частях тела» и «Диспепсические жалобы», то есть женщины не имели болей, носящих алогический или спастический характер, и желудочных недомоганий (табл. 1).

Таблица 1
Результаты исследования субъективной картины физических страданий у больных диабетической патологией по шкалам

Название шкалы	Среднее значение	
	Мужчины	Женщины
«Истощение»	16	13,7
«Диспепсические жалобы»	16	12,8
«Боли в различных частях тела»	16,2	12,8
«Кардиологические жалобы»	16,6	13,8

Итоговой шкалой, отражающей выраженность субъективной картины физических страданий, являлась шкала «Интенсивность жалоб (давление)». Для уточнения параметров распределения показателей по симптомокомплексу рассчитывали среднеарифметическое значение $\bar{X}=59$. Для женщин с СД характерна меньшая выраженность давления интенсивности жалоб в отличие от мужчин (у 32% от общей выборки исследования выявлен высокий уровень симптомокомплекса, из них 8% – женщины, 24% – мужчины; 44% – средний уровень: 22% – мужчины, 22% – женщины; низкий уровень – 24%: 4% – мужчины, 20% – женщины).

Согласно результатам диагностики уровня депрессии пациентов с диабетической патологией, наибольшую выраженность имело субдепрессивное состояние или маскированная депрессия, сопровождающиеся пониженным фоном настроения. Женщины с СД в целом характеризовались более приподнятым фоном настроения, в отличие от мужчин (табл. 2).

Таблица 2
Показатели выраженности уровня депрессии у пациентов с диабетической патологией

	Депрессия		Субдепрессия		Легкая депрессия		Без депрессии	
	АВ	%	АВ	%	АВ	%	АВ	%
Мужчины	3	6	18	36	1	2	3	6
Женщины	2	4	12	24	2	4	9	18
Всего	5	10	30	60	3	6	12	24
хи – квадрат	4,7333							
p	0,1924							

Кашинский М.Ю.
Академия МВД Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Психическое здоровье и суицидальное поведение осужденных в местах лишения свободы

Современная наука, рассматривая суицидальное поведение, основывается на следующих принципах: самоубийство и попытка его совершения являются одним из видов общеповеденческих реакций человека, независимо от наличия психической патологии; суицидальное поведение является результатом множества взаимовлияющих факторов психологической, биологической и социальной природы; для развития суицидальных интенций необходимым условием является конфликт, который может носить реальный или «псевдореаль-

ный» (в случае психической патологии) характер, а суицидальное поведение – следствие «социально психологической дезадаптации личности»; психическую патологию нельзя рассматривать как непосредственную причину аутодеструктивного поведения, а лишь как существенный фактор риска.

Как показало проведенное исследование, основной причиной аутодеструктивного поведения (как суицидальных, так и несуйцидальных форм членовредительства, демонстративных попыток самоубийства, голодовок), лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее – УИС), являются так называемые пенитенциарные причины, имеющие место исключительно в местах лишения свободы, обусловленные прежде всего экстремальным воздействием среды мест лишения свободы и особенностями отношений, характерными для ИУ и СИЗО, которые возникают как по горизонтали (осужденный – осужденный), так и по вертикали (сотрудник УИС – осужденный). Эта группа причин является основной в возникновении аутодеструктивной мотивации личности в условиях мест лишения свободы, что объясняется жизненно необходимыми потребностями осужденного: обеспечением безопасности жизни и здоровья; самоутверждением в среде осужденных; сохранением личного достоинства; изменением своего социального положения в системе неофициальной стратификации и т.д. Они во многом обусловлены самой природой такого вида уголовного наказания, как лишение свободы, которое наиболее существенно деформирует правовой статус гражданина, меняет весь его образ жизни. Данное обстоятельство, безусловно, не может не отразиться и на состоянии психического здоровья осужденного, под которым, согласно определению Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время понимают наличие способности человека хорошо адаптироваться к среде, прежде всего – социальной, и состояние психического, психологического и социального благополучия. Исходя из данного определения, психически здоровым (в широком смысле этого слова) нельзя считать ни одного осужденного, поскольку, как установлено настоящим исследованием, даже неоднократно судимые рецидивисты с достаточно высоким неформальным статусом отмечали «негативное психоэмоциональное состояние» – сниженный фон настроения, тревожность, расстройства сна и т.д., связанные с попаданием и нахождением в учреждении УИС. Необходимо подчеркнуть, что сам факт лишения свободы часто ввергает осужденного (особенно лиц, впервые осужденных к данному виду уголовного наказания) в депрессию, которая усугубляется сложностью адаптации к новым (для большинства лиц с суицидальными формами аутодеструктивного поведения) условиям лишения свободы, отсутствием жизненных перспектив на будущее (чаще на часть срока лишения свободы, необходимого для перевода в колонию-поселение, для представления к условно-досрочному освобождению; реже – на весь срок заключения), мысленным «вычеркиванием» предстоящего срока лишения свободы из жизни, что нередко способствует совершению аутодеструктивного акта, в том числе и самоубийства.

Настоящим исследованием установлено, что абсолютное большинство лиц (71%) с суицидальными формами аутодеструктивного поведения так и не смогли адаптироваться к условиям мест лишения свободы и совершили самоубийство в течение первых 3 лет нахождения в учреждении УИС. Подчеркнем, что 65,8% самоубийц – лица, впервые привлеченные к уголовной ответственности. Уместно также отметить, что абсолютное большинство несуйцидальных форм аутодеструктивного поведения проявляется уже в течение первого года содержания лица в местах лишения свободы. Данные факты, по нашему мнению, свидетельствуют о ярко выраженных проблемах с адаптацией к новым условиям существования в учреждении УИС.

По сведениям Департамента исполнения наказаний МВД Республики Беларусь, общая заболеваемость контингентов учреждений УИС значительно превышает республиканский показатель, при этом в структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания и пищеварения, а в общей заболеваемости лидирует психическая патология, а относительное число лиц в учреждениях УИС с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства и зависимости от ПАВ, состоящих на учете, намного выше общереспубликанского уровня

Таким образом, состояние психического здоровья несомненно оказывает существенное влияние на аутодеструктивное поведение в местах лишения свободы.

Исследования в общей популяции граждан показали, что примерно 70% самоубийц страдали активным или хроническим соматическим заболеванием ко времени смерти, а «среди покончивших жизнь самоубийством на учете в психоневрологических диспансерах состояло 12–19%». Вся же совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями: больные психическими заболеваниями, пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровыми в психическом отношении лицами, что может быть представлено в следующем количественном соотношении названных категорий 1,5: 5: 1. Причем среди психических расстройств преобладают депрессивные расстройства (часто, реактивные), зависимость от алкоголя и других ПАВ, невротические расстройства и расстройства личности (психопатии). Кроме того, инвалиды, лица, страдающие онкологическими, тяжелыми соматическими заболеваниями, ВИЧ/СПИД, большинством ученых отнесены в группу высокого суицидального риска.

Среди исследованных самоубийств мужчин в учреждениях УИС 57% относились к категории практически здоровых, а проблемы со здоровьем выявлены у 43%. При этом 21% исследованных состояли на амбулаторном учете как страдающие зависимостью от ПАВ: 19% – в связи с зависимостью от алкоголя, причем 11% проводилось принудительное амбулаторное лечение от алкогольной зависимости (ст.107 УК), а 2% – в связи с наркотической зависимостью и зависимостью от летучих растворителей. Двое самоубийц обследовались в связи с подозрением на туберкулез легких, у пяти были выявлены соматические хронические заболе-

вания вне обострения. Лишь 9 суицидентов состояли на учете у психиатра в связи с нервно-психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, причем у 4 из них фигурировал диагноз «Расстройство адаптации», впервые поставленный психиатром учреждения УИС, в связи со стрессовой ситуацией возникшей из – за нахождения в местах лишения свободы.

Нами установлено, что в большинстве случаев факты психической патологии не являются причиной суицидальных форм аутодеструктивного поведения, а выступают лишь в качестве фактора риска, при этом нервно-психические расстройства в абсолютном большинстве случаев не являются причиной аутодеструктивного поведения, а лишь выступают в качестве фактора риска такового. Отметим, что только 6,6% опрошенных сотрудников и 8,7% осужденных в качестве основной причины самоповреждений лиц, содержащихся в СИЗО и ИУ, выделили психическое расстройство. Похожие цифры приводят и другие исследователи аутодеструктивного поведения в местах лишения свободы.

Как показало проведенное исследование, в учреждениях УИС наиболее распространены несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения (членовредительства, голодовки, демонстративные попытки суицида, употребление психоактивных веществ, нанесение татуировок, умышленная аггравация заболеваний), не приводящие непосредственно к смертельному исходу, цель которых не лишение себя жизни, а получение какого-либо иного результата. Так, согласно проведенному исследованию, 24,2% осужденных прибегали к симуляции заболеваний, в том числе активно используя несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения, мотивируя их различными причинами: для госпитализации в стационар, для освобождения от работы, для проверки знаний врача и др.

Следует заметить, что часто одним из мотивов несуйцидальных форм аутодеструктивного поведения, прежде всего – членовредительства, была неудовлетворенность качеством медицинской помощи. В частности, 26,7% осужденных отмечают, что не имеют возможности посетить врача, а 42% называют трудности, связанные с возможностью посетить врача, при этом 51,5% опрошенных нами сотрудников в комплексе необходимых профилактических мероприятий выделили своевременное выявление осужденных (заключенных под стражу) с нервно-психическими расстройствами.

Таким образом, проведенные исследования показали, что в большинстве случаев факты психической патологии не являются причиной суицидальных форм аутодеструктивного поведения, а выступают лишь в качестве существенного фактора риска. В условиях учреждений УИС состояние психического здоровья оказывает более выраженное влияние на показатели несуйцидальных форм аутодеструктивного поведения, чем в условиях свободного общества. Учитывая значительную концентрацию в учреждениях УИС лиц, по состоянию психического здоровья относящихся к группе высокого аутодеструктивного риска, необходимо своевременно осуществлять комплекс всех необходимых психопрофилактических мероприятий, особенно среди лиц, впервые осужденных к лишению свободы.

Матвейчик Т.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь

О типологии преодоления трудностей людьми с хроническими заболеваниями, включая психические заболевания и зависимости

Хроническое заболевание приносит особые проблемы в жизнь пациента, поскольку снижает качество выполнения жизненных функций. Метод, который помогает пациенту и его семье повысить качество жизни с хроническим заболеванием или зависимостью, оказывает влияние на характер и степень приспособления к болезни в течение жизни, называют стратегией преодоления. Пациенты и их семьи должны учиться справляться с социально-психологическими трудностями болезни. Это появившееся знание может смягчить негативное влияние беспомощности на психику больного (Джонсон, Лауэр, Нэйл, 1989).

Существуют различные способы, позволяющие справляться пациенту с болезнью с хроническим течением:

- индивидуальный эмоциональный способ, имеющий прямое отношение к болезни;
- физиологический способ посредством осознанного и подсознательного стимулирования гипоталамуса, регулирующего механизмы стресса;
- поведение и эмоции, сопровождающие критические ситуации и зависящие от окружающих условий;
- изменение эмоций и умственных усилий с целью удовлетворения особых потребностей;
- привычные действия, к которым прибегает пациент с целью получить облегчение, спокойствие и равновесие;
- преодоление критической ситуации, не заостряя внимание на болезни, чтобы сохранить физическую и психическую целостность.

Ощущение обычного состояния включает контроль признаков болезни или его отсутствие людьми, окружающими пациента. Человек с хроническим психическим заболеванием внушает себе, что является работоспособным, как коллеги, он моделирует ситуацию существования, хорошего самочувствия, или ему помогают в этом окружающие.

Существуют нормализующие стратегии укрытия, поддерживания и передышки. Укрытие означает, что признаки нетрудоспособности и боли скрываются; подразумевает неиспользование устройства для поддержки. Самым эффективным при укрытии является установление контроля над видимыми признаками дискомфорта или их устранение. Пациенты затрачивают на укрытие много сил, не только для сохранения обычного состояния, но с целью избежать вопросов любопытных, предотвратить неловкость у окружающих. Ино-

гда окружающие могут испытывать неловкость в связи с тем, что не знают, как реагировать на явную боль, как приуменьшить на этом фоне собственную силу, чтобы уменьшить разницу между своим состоянием здоровья и ухудшившимся состоянием пациента.

Поддерживание подразумевает, что пациент успешно справляется с проблемами в виде выраженной усталости и обострения болезни. Например: совместный отдых с семьей или праздничный обед. Передышка необходима для восстановления энергии. Укрытие и поддерживание должны чередоваться с отдыхом. Передышка – это результат осознания ограничения возможностей, деятельность по удовлетворению личных потребностей больного человека без их истощения.

Изменение обычного образа жизни и привычного распорядка дня. Для контроля симптомов болезни и привычного образа жизни их нужно изменить: иногда это отказ от курения, переедания, сидячего образа жизни или излишнего труда. Важным является изменение обычного режима для лечебных процедур. Необходимо знание и устранение видов деятельности, усугубляющих симптомы. Например, человеку, страдающему алкоголизмом, нельзя иметь профессиональный доступ к алкоголю.

Соблюдение предписанного режима является сложным, когда это касается избавления от привычки на всю оставшуюся жизнь, а не на время. Новые привычки и лечение являются менее сложными по сравнению с избавлением от привычек курить, пить алкоголь и есть. Помощь больным в соблюдении дисциплины или при осложнениях является сложной задачей для профессиональных сестер.

Обретение знания и навыков для заботы о здоровье. Сохранение оптимального состояния человека, страдающего хроническим заболеванием, возможно путем заботы о собственном здоровье. Основная идея достижения эффекта зависит от предпринимаемых пациентом действий в борьбе с болезнью. Оказание самопомощи означает применение нужных навыков, знаний, наличие энергии, умение понимать собственное тело, правильно истолковывать физические изменения, принимать верные действия.

Сохранение положительного образа «Я». В преодолении кризиса пациента, страдающего психическим заболеванием или зависимостью, важным является сохранение положительного образа «Я». Беспомощность или болезнь индивидуума не должна стать его отличительной чертой. Вместо этого болезнь, связанные с ней изменения и способы лечения должны составлять положительный образ «Я», помогающие пациенту сохранять дееспособность и обычное состояние. Необходимо определить виды деятельности, повышающие чувство собственного достоинства и придать особое значение оставшимся силам человека. Чувство собственного достоинства у больного можно укрепить, помогая в анализе достижений и осознании наличия невыполненных еще ролей.

Приспособление к жизни с хроническим заболеванием и изменению социальных взаимоотношений. Болезни с хроническим течением могут вы-

зывать чувство одиночества из-за отдаления окружающих: «Все будут вспоминать о больном человеке лишь в день его рождения и по праздникам», писала об этом одна больная. Пациент должен привыкнуть и смириться к сужению круга людей.

Социальная изоляция как следствие болезни. Люди с хроническими психическими заболеваниями терпят нравственные страдания в связи с ограничением дееспособности, отсутствием права на вождение транспортного средства, сужением социальных функций. Описывают 3 типа реакции больных людей на насмешки, о чьем заболевании становится известно окружающим:

- не обращать внимания, прятать голову в песок;
- принимать близко к сердцу, выражая гнев, враждебность и обещая отомстить;
- относиться к ситуации с юмором, что приводит к возрастанию достоинства.

Изменение роли. Потери могут включать утрату социальных ролей (церковный прихожанин, участник команды по игре в футбол, работник общественной организации), роли в сфере занятости, утрату способности принимать участие в принятии решения и контроле дисциплины в семье. Приходится принимать роль постоянно зависимого человека, что сопровождается страданием. Установлено 4 аспекта роли пациента с хроническим психическим заболеванием: зависимость, взаимодействие, изменение способа выполнения роли и отказ. Роль зависимого человека, ищущего помощи, требует искреннего принятия отличия человека в силу болезни от других. Необходимым является условие чувствовать себя равным, когда он сталкивается с конфликтными ситуациями.

Сохранение контроля над происходящим. Пациент с хроническим психическим заболеванием может столкнуться с проблемой потери контроля в связи с вторжением в личную жизнь и необходимостью предоставления личной информации медицинским работникам. Способность к контролю над внедрением окружающих, к уединению, сохранит чувство собственного достоинства, поэтому не стоит требовать от пациента беспрекословной уступчивости. Психологическое ощущение контроля обретается, когда он сам устанавливает время проведения процедур и меняет привычки.

Чувство утраты, сопутствующее хроническому заболеванию (зависимости). Это чувство утраты физических способностей, мобильности, функционирования органов, запаса жизненных сил, сексуальной привлекательности, половой функции. Среди прочих отмечают утрату чувства собственного достоинства, выполнения социальных ролей.

Физический дискомфорт. Заболевания с хроническим течением и зависимости сопровождаются дискомфортом (потребность в приеме алкоголя, дозы наркотика). Пациента нужно учить способам перенесения боли при воздержании: расслаблению, самовнушению, отвлечению внимания и обратной биологической связи. Когда боль и иной физический дискомфорт становится хроническим, пациент тратит время и силы на получение поддержки от окружающих с целью доказать ее истинность.

Принятие неизбежности своей смерти. При осмыслении временности человеческого существования у пациента с ВИЧ/СПИД и иными тяжелыми заболеваниями с хроническим течением могут появиться мысли о том, что «осталось мало времени» по сравнению с планами здоровых. Цель медицинского работника в таком случае – помочь преодолеть это время, рассматривая мысли как сигнал активно прожить жизнь, не поддаваясь упадку сил в ожидании смерти.

Сохранение надежды вне зависимости от нестабильности здоровья. Когда болезнь прогрессирует, надежда является силой, помогающей избежать разочарования. Характерным является волнообразное течение болезни, вызывающее неопределенность при выполнении повседневных дел, невозможность планирования. Необходимо показать человеку и подтвердить ценность жизни, помочь ставить реальные задачи. На улучшение состояния здоровья влияют позитивные взаимоотношения в семье. Надежда и жажда жизни связаны с тем, что у пациента есть кто-то или что-то, ради кого или чего стоит жить.

Примерами стратегии приближения являются: заостренное внимание к деталям лечения, контроль симптомов, соблюдение требований, возникших в результате болезни, вопросы по поводу лечения.

Важной и часто используемой является также стратегия, развивающая духовную жизнь пациента: возрождения веры в Бога, преодоление трудностей через упование на Бога, молитвы, дающие умиротворение и надежду. Способы переключения внимания с болезни на другие стороны жизни: осведомленность человека о собственных реакциях на проблемы, способность поделиться ими с человеком, желающим помочь, погружение в работу, размышление, просмотр телепередач, вышивание. Они эффективны, если пациент сознательно их выбирал.

При стратегиях избегания используются механизмы отказа, сдерживания и подавления. Пациенты избегают принятия серьезного характера болезни, сводя симптомы и лечение к минимуму, преуменьшению последствий болезни. Если человек отрицает факт, что диабет или шизофрения – серьезное заболевание, то участие в лечении может быть не систематическим. Наиболее распространенным было отчуждение от людей, преследующее целью сокрытие от окружающих последствий болезни.

Таким образом, в качестве современных методов может быть предложен ряд разнообразных стратегий преодоления кризиса, привносимого психическим заболеванием, которые под руководством и при содействии медицинского персонала выбирает пациент.

Медведев А.С., Кралько А.А., Щербицкая Е.С.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Распространение потребления алкоголя среди учащейся молодежи Республики Беларусь

В настоящее время алкоголь является одной из наиболее приоритетных проблем в области общественного здоровья. Потребление алкоголя оказывает существенное воздействие на состояние здоровья и благополучия населения: продолжительность жизни, трудоспособность, количество несчастных случаев и т. д. В Республике Беларусь сохраняются высокие показатели потребления алкоголя и связанного с ним вреда, что обуславливает необходимость постоянного поиска новых профилактических мер. Особенно важно начинать профилактику пьянства и алкоголизма с раннего возраста, так как молодежь в силу особенностей психики наиболее подвержена риску развития различных видов зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ), в том числе от алкоголя. Для выработки адекватных профилактических мероприятий следует знать частоту и модели потребления алкоголя молодежью, которые изучаются на основе социологических опросов. С этой целью нами в 2013 г. были изучены уровни и модели потребления алкоголя в молодежной среде.

Объектом исследования явилась популяция учащейся молодежи, жителей города и села, в возрасте от 16 до 21 года. Выборочная совокупность определялась исходя из предполагаемой ошибки репрезентативности выборки 0,05 и составила 2998 учащихся. Вся выборочная совокупность была разделена на четыре группы по типам учебных заведений: средние школы, лицеи, техникумы (колледжи), ВУЗы. Предварительно были составлены полные списки школ и других учебных заведений. Затем случайным методом отбирались учебные заведения по каждой из четырех категорий и также случайным методом – классы или академические группы.

Полученные данные показали, что среди учащейся молодежи сформировано преимущественно толерантное отношение к употреблению алкоголя: 40,5% учащихся считают, что иногда позволительно немного выпить, в отношении сверстников, употребляющих алкогольные напитки, преобладает безразличие у 35,4% респондентов, при этом наименьший процент осуждения и высокий процент безразличия к употреблению алкоголя сверстниками отмечен у учащихся лицеев, у жителей села и в группе респондентов более старшего возраста, при отсутствии различий по половому признаку.

Пятая часть опрошенных (22,4%) не планирует менять своего отношения к алкоголю и стиль его употребления, при этом юношей, которые никогда не употребляли алкоголь и не собирались начинать его употребление, больше, чем девушек. Жителей городов и студентов ВУЗов чаще устраивает сложившийся тип употребления алкоголя, в то время как учащиеся сельской местности скло-

няются к необходимости полностью прекратить употребление алкогольных напитков. Рост желания полностью отказаться от употребления алкоголя характерен для возрастной группы до 20 лет и для учащихя лицеев.

Первые пробы слабоалкогольных напитков для одной трети молодежи наступают в возрасте младше 14 лет. После достижения подростками 15-летнего возраста частота первого знакомства с алкоголем увеличивается, 45,3% начинают знакомиться с водкой. Наиболее активно молодежь начинает впервые употреблять алкоголь в возрасте 15–17 лет, причем существенной разницы среди городских и сельских жителей не отмечается. Основным побудительным мотивом первых проб алкогольных напитков является традиция их употребления «в честь праздника» (62,8% ответов), при отсутствии зависимости изменения этого мотива зависят от социально-демографических характеристик респондентов.

Местом первых проб алкоголя молодежью преимущественно является собственный дом или дом друзей (41,6% и 16,1% ответов соответственно, более характерно для девушек), загородная обстановка (14,5% респондентов, более характерно для юношей). Примерно в одной трети случаев первые пробы алкоголя молодыми людьми происходят по собственной инициативе (27%). Значительная доля первых проб также происходит по инициативе друзей (21,1%), родственников (12,1%) и родителей (11,4%).

Наиболее часто молодежь употребляет пиво (36,4%), жители городов чаще сельских жителей предпочитают вино, лишь 8,7% среди опрошенных учащихся отдадут предпочтение употреблению водки или коньяка. Пиво чаще употребляют юноши (46,4%), в то время как девушки отдадут предпочтения сухим винам (28,6%), пиву (27%), ликерам и шампанскому (21,8%). Употребление вина отмечается чаще у студентов ВУЗов. С увеличением возраста респондентов увеличивается число лиц, отдающих предпочтение крепким алкогольным напиткам. Более 40% молодежи употребляет алкогольные напитки один раз в месяц или реже, 14,6% респондентов – 2–3 раза в месяц. С возрастом интенсивность употребления алкогольных напитков растет, к 21 году количество употребляющих алкогольные напитки неоднократно в течение месяца достигает 20%, респонденты из городской местности употребляют алкогольные напитки несколько чаще сельских сверстников.

Приобретение алкогольных напитков не представляет сложности для 42,4% респондентов, в то время как жителям села приобрести алкогольные напитки труднее. Предпочтительным местом приобретения алкогольных напитков для всех групп респондентов являются магазины и киоски (37,2%), в 22,2% случаев молодых людей угощают друзья. В среднем в месяц около трети молодежи тратит на приобретение алкоголя сумму до 50 тыс. рублей, при этом учащиеся городской местности тратят на приобретение алкогольных напитков больше, чем сельской, а юноши – больше, чем девушки. Основным источником финансовых средств для приобретения алкогольных напитков для 22,9% опрошенных выступает собственный заработок, для 17,3% – родители и родственники. Такая модель получения денег больше характерна для юношей.

Более одной трети респондентов употребляют алкоголь в гостях у друзей, знакомых, 26% – в домашних условиях. Для школьников предпочтительным местом употребления алкоголя является дом, у учащихся колледжа, лица и ВУЗа употребление алкогольных напитков происходит чаще в гостях у друзей, знакомых.

Изучение социального окружения, в котором учащиеся предпочитают употреблять алкогольные напитки, позволяет сделать вывод о том, что большинство респондентов (59,4%) употребляют алкоголь в компании с друзьями или знакомыми, около 12% предпочитают употреблять алкоголь с родителями, 12% – с родственниками. Разницы в зависимости от социально-демографических характеристик не наблюдается.

Большинство опрошенных (79,4%) не испытывали никаких проблем, связанных с употреблением алкогольных напитков, лишь незначительная часть (7%) указывает на проблемы с родителями и окружающими (4,6% респондентов участвовали в потасовках, драках, что в большей степени характерно для респондентов мужского пола и для учащихся в возрасте 18–19 лет). Установлено, что 25,8% из опрошенных учащихся испытывали один или два раза в своей жизни сильное алкогольное опьянение, к наступлению 21 года практически половина респондентов имеет представление и пережили сильное алкогольное опьянение, однако на негативные чувства и эмоции, как следствие употребления алкоголя, указывают лишь около 7% опрошенных. При оценке наиболее вероятных эффектов или последствий употребления алкоголя около 60% респондентов отмечают возникновение чувства радости, эйфории, «любви ко всем вокруг» и повышенную активность.

В большинстве случаев отношение родителей к тому, что их ребенок употребляет алкоголь, негативное (29,7% опрошенных указали, что родители относятся к этому скорее негативно, 23% – «резко негативно»), вместе с тем в 15,1% ответов зафиксировано «нормальное» отношение и в 6,5% – «абсолютно нормальное». В отношении к употреблению алкоголя юношами родители относятся более негативно, чем к употреблению девушками.

На основании сравнительного анализа можно также сделать следующие выводы: алкогольная зависимость у детей наблюдается в более раннем возрасте, чем 10 лет назад. Основная масса родителей не видит угрожающей проблемы в употреблении алкогольных напитков. Часто приобщение к распитию алкоголя идет из семьи. Одним из способов приобщения к алкоголю является коллективное «выпивание». Несоблюдение законов о продаже спиртных напитков подросткам способствует их ранней алкоголизации. Острота данной проблемы поддерживается равнодушным отношением со стороны правоохранительных, социальных, медицинских, педагогических работников. Антиалкогольная проблема является не просто бытовой, медицинской или правовой. Эта проблема комплексная, она связана с экономикой, политикой, медициной, педагогикой, психологией, социологией. Решение данной проблемы должно учитывать все факторы, влияющие на нее.

Плоткин Ф.Б.
Минск, Беларусь

К проблеме коморбидности при психических и поведенческих расстройствах

Сочетание психической патологии и потребления психоактивных веществ (ПАВ) – достаточно частое явление. Имеются сведения о широкой распространенности тяжелых психических заболеваний среди пациентов наркологических служб и наличии серьезных проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, у психически больных. Коморбидность часто маскирует основное заболевание, усложняет диагностику и лечение, ускоряет развитие опасных для жизни состояний, явлений личностной и полисистемной декомпенсации.¹

Коморбидные психические нарушения отмечаются у 37% лиц, злоупотребляющих алкоголем, тогда как в общей популяции распространенность психических расстройств не превышает 23%. Известно, что 30–35% пациентов, страдающих депрессией, обнаруживают проявления хронического алкоголизма; у 67% больных алкоголизмом выявляются депрессивные расстройства различной степени тяжести; 10% больных алкоголизмом страдают тяжелой суицидоопасной депрессией; риск суицида при алкоголизме (6–21%) превышает таковой при аффективных расстройствах (6%) и шизофрении (5%). Алкоголикам намного чаще ставят диагноз «Антисоциальное расстройство личности» (14,3–2,6 %).

Известно, что лица, страдающие психогенными заболеваниями (неврозы, невротические развития личности и реактивные депрессии невротического уровня), в значительном числе случаев с большей или меньшей мерой осознания употребляют алкоголь, так как широкий спектр его положительной фармакологической активности, включающий в себя анксиолитические, антидепрессивные, психостимулирующие и другие эмоционально-позитивные психотропные эффекты, позволяет смягчить другую, лежащую глубже психопатологическую симптоматику. В целом величина коморбидности с психическими нарушениями больше при злоупотреблении психоактивными веществами, чем при злоупотреблении алкоголем. В связи с высоким уровнем атрибутивного риска развития зависимости от ПАВ в тех случаях, когда ей предшествует тревожное, аффективное или психогенное расстройство, край-

¹ К примеру, злоупотребление ПАВ больными шизофренией часто отражает (или очень быстро провоцирует) обострение основной эндогенной симптоматики.

не важно раннее лечение психических расстройств как эффективная профилактическая стратегия.

Коморбидной следует считать только такую психическую патологию, которая нозологически самостоятельна и имеется у больных алкоголизмом наряду с основным заболеванием, то есть параллельно с ним. Коморбидность следует определять как наличие в клинической картине двух и более патогенетически самостоятельных клинических феноменов не менее чем синдромального уровня, способных формировать каждый в отдельности самостоятельную клинику заболевания. Коморбидность отражает именно сосуществование в динамическом взаимодействии, а также и взаимовлияние самостоятельных синдромов и нозологий, сочетание которых в принципе возможно, но не является обязательным для данной основной рассматриваемой нозологической единицы. Естественно, что здесь значительно точнее выявляются приоритеты и мишени для осмысленной и адекватной терапии. Это также позволяет сформировать перечень требований как к методике, так и конкретному лекарственному средству, если речь идет о психофармакотерапии.

В применении к проблемам клинической наркологии необходимо четко отграничивать коморбидные состояния, то есть психическую патологию иного происхождения, от аффективных и поведенческих расстройств, входящих в структуру наркологических синдромов (патологическое влечение, абстинентный синдром, психическая деградация). Только после такой работы можно установить нозологическую принадлежность каждого компонента коморбидного присутствия патологий и включить элемент клинического прогноза, а также сформулировать и приступить к реализации терапевтической стратегии.

Практика показывает, что специальная регистрация и кодирование сложных состояний, обозначаемых двойным диагнозом, актуальны и целесообразны, поскольку они связаны с решением специфических лечебно-реабилитационных задач. Один из 13 принципов лечения химической зависимости, разработанных Национальным институтом наркологии США (NIDA), гласит: «Лица, страдающие зависимостью и другими психическими расстройствами, должны получать одновременное и интегрированное лечение обоих заболеваний».

К сожалению, и в психиатрии, и в наркологии в их практическом преломлении продолжает оставаться значительной инерция мононозологического подхода, психиатры не нацелены на выявление у больных, обращающихся в психиатрические учреждения, имеющейся у них в части случаев коморбидной патологии в виде алкоголизма и других болезней зависимости, равно как наркологи далеко не всегда выявляют у своих пациентов психические расстройства, даже если эти расстройства, как показывает анализ, являются одной из причин потребления психоактивных веществ. Диагностические затруднения сопряжены не столько с какими-либо причинами, кроющимися в самих коморбидных патологических образованиях, делающими проблематичным распознавание этих форм, сколько с неподготовленностью специ-

алистов к их диагностике.² Ведь выявление сочетанной патологии требует от врача целенаправленной активности и глубоких знаний.

Задача нарколога в своевременной диагностике коморбидной патологии чрезвычайно важна, ибо без ее выявления и лечения бессмысленны попытки подвинуть пациента прекратить употребление ПАВ. Что мы и видим нередко в клинической практике – пациент безуспешно пытается прекратить злоупотребление, переходя от одного врача к другому до тех пор, пока не выявится истинная причина – наличие психопатологии, не связанной, но часто усугубленной алкоголизацией или наркотизацией. Терапия алкогольной зависимости без диагностики и лечения психической патологии является делом бесперспективным, что, тем не менее, наблюдается достаточно часто.

Подтвердим наши соображения реальными фактами. В Республиканском научно-практическом центре психического здоровья за 2011 и 2012 гг. стационарно пролечено соответственно 14 245 и 13 716 пациентов с различными психическими расстройствами. Сопутствующая аддиктивная патология диагностирована в 2011 г. у 339 из них, что составляет 2,38%, а в 2012 г. – у 306 пациентов (2,23%). Среди пролеченных за 2011 г. 9412 аддиктивных пациентов у 32 из них выявлены сопутствующие психические и поведенческие расстройства, что составило 0,34%. В 2012 г. подобная сопутствующая патология выявлена у 68 из 8255 (0,82%). В Минском городском клиническом наркологическом диспансере, располагающем стационарными отделениями на 300 коек, случаев диагностики у пролеченных за последние 2 года аддиктивных пациентов других психических и поведенческих расстройств не отмечено.

Напоминая коллегам существующее со времен Гиппократа золотое медицинское правило: «Qui bene diagnoscit, bene curat – кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит», призываем их к более внимательному отношению к пациентам. Ведь улучшение диагностики коморбидной патологии будет способствовать более раннему выявлению и терапии заболеваний, сокращению длительности стационарного лечения и увеличению продолжительности ремиссий.

²Происшедшее в 2010 г. в Республике Беларусь изменение названия специальности и введение термина «психиатр-нарколог» имеет лишь формальный характер, как, впрочем, и механическое соединение в 3 областях республики психиатрических и наркологических служб и создание объединений «Психиатрия-наркология». На практике это позволило лишь несколько сократить управленческий аппарат, но ничуть не приблизило наркологию к психиатрии, и по-прежнему каждый специалист имеет свой прежний круг обязанностей, а наркологи так и не приобретают реальный опыт работы с психиатрическими пациентами.

Семенихин Д.Г., Кучаева А.В.

Казанская государственная медицинская академия, Республика Татарстан, Россия

Внутренняя картина лечения психотропными средствами

Внутренняя картина болезни и ее лечение является частью самосознания больного и представляет собой «программу адаптативного поведения личности» в условиях болезни и ее лечения. Применительно к действию психотропных средств наиболее актуальными являются индивидуально-психологические характеристики психофармакотерапии, поскольку стигматизирующее отношение к психическим заболеваниям распространяется на психотропные средства, их клинико-фармакологическую эффективность.

Цель исследования: изучить внутреннюю картину лечения психотропными средствами у больных с параноидной шизофренией и эндогенной депрессией.

В психиатрическом стационаре (г. Казань) наблюдалось 300 больных параноидной шизофренией и 230 пациентов с эндогенной депрессией. В исследовании использовали клинико-психопатологический метод: клиническое наблюдение, интервьюирование, анкетирование. Для оценки эффективности проведенной психофармакотерапии применяли 7-бальную шкалу Дембо – Рубинштейн в модификации Т.М. Габриял (1972). Полученные данные обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Выявлено отрицательное отношение к приему психотропных лекарственных средств у больных с параноидной шизофренией и эндогенной депрессией: у 82% больных шизофренией при первичной госпитализации и 96% – при вторичной госпитализации и более; при лечении эндогенной депрессии – у 71% больных при первичной госпитализации и у 84% пациентов при повторной и более. Было выявлено, что оценка индивидуумом нейролептик-индуцированного тремора, дискинезий, акатизии, скованности достоверно различались у больных и лечащего врача. При эндогенной депрессии больным и лечащим врачом даны достоверно различные оценки степени тимоаналептик-индуцированных седативных эффектов, заторможенности, сомато-вегетативных нарушений – тахикардии, головных болей, желудочно-кишечных расстройств.

Вывод: имеет место разница в оценке побочных эффектов у больных и лечащего врача, что безусловно связано с социальным имиджем психофармакотерапии, с ожиданием у пациентов ее негативных последствий, отрицательным плацебо-эффектом, а также индивидуально-психологическими особенностями психиатра.

Соболева Л.Г., Новак Н.Г., Шаршакова Т.М.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Диагностика уровня тревожности детей школьного возраста г. Гомеля

Проблема тревожности является одной из наиболее актуальных проблем в современной психологии, что обусловлено увеличением числа тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью. Тревожность имеет ярко выраженную возрастную специфику, обнаруживающуюся в ее источниках, содержании, формах проявления компенсации и защиты (А.М. Прихожан, А.И. Захаров, А.О. Прохоров, Ж.М. Глоzman и В. В. Зоткина, В.В. Суворова, Л.И. Божович и др.). Повышенная тревожность негативно влияет не только на соматическое, но и на психологическое здоровье учащихся: она провоцирует развитие нейротичности и депрессивных состояний. Из-за повышенного стремления к безопасности ребенок утрачивает решительность, инициативность, подавляет собственную креативность и способность рисковать. Мотивом его деятельности становятся не стремление к успеху, а избегание неудач: в ситуации выбора или в процессе деятельности школьник выбирает заведомо заниженные цели и задачи, не стремится к самореализации и успешности (успеваемость в таком случае снижается). Падает энергетический потенциал ребенка. Результатом, как правило, становится отсутствие полной реализации личности в обучении, равно как и других областях жизни. В связи с этим один из важнейших факторов повышения эффективности учебной деятельности школьников является создание психологически благоприятного климата и соответствующих условий обучения.

Цель исследования: оценка уровня тревожности школьников.

В исследовании приняли участие 549 школьников – учащиеся младших, средних и старших классов. Для оценки уровня тревожности младших школьников был использован тест тревожности Р. Тэммпл, М. Дорки и В. Амен, предназначенная для детей 5–11 лет. Для измерения степени субъективной неприятности учащимися 8–10 классов различных конкретных ситуаций была использована шкала личностной тревожности А.М. Прихожан. В качестве дополнительного метода сбора информации была использована методика школьной тревожности Филлипса (Phillips B., 1978).

Количество детей, принявших участие в анкетировании (с учетом пола и года обучения), представлено в таблице.

Согласно полученным данным, высокий уровень тревожности был выявлен у 20% детей младшего школьного возраста. 34% учащихся 8-х классов имеют данный уровень школьной тревожности. В 9-х классах данный показатель составляет 54,5%, в 10-х классах – 60,5%.

При оценке уровня тревожности учащихся 5–11-х классов по методике Филлипса было выявлено, что 32% учащихся испытывают общую тревожность в школе. 33% школьников испытывает фрустрацию потребности в достижении

Таблица
Распределение респондентов по классам

Учащиеся	1–4-е классы	5–11-е классы	8–10-е классы	Всего
Мальчики	54 (48,2%)	148 (48,1%)	58 (45,0%)	260 (47,4%)
Девочки	58 (51,8%)	160 (51,9%)	71 (55,0%)	289 (52,6%)
Итого	112 (100%)	308 (100%)	129 (100%)	549 (100%)

успеха. 38% учащихся испытывают страх самовыражения. 40% школьников испытывают страх в ситуации проверки знаний. Страх не соответствовать ожиданиям окружающих испытывают 44% учащихся. 34% учащихся имеют проблемы и страхи в отношениях с учителями.

Результаты нашего исследования подтверждают тот факт, что проблема повышенной тревожности школьников остается по-прежнему актуальной. Причинами этого негативного эмоционального состояния становятся не только индивидуально-типические характеристики (пол, возраст, особенности личности и т.д.), но и особенности внешней ситуации, ближайшее окружение учащихся. В связи с этим дальнейшая деятельность специалистов со школьниками, имеющими повышенный уровень тревожности, должна носить дифференцированный и в то же время комплексный характер. Дифференцированный подход обеспечивает эффективность психокоррекционной работы с учащимися (учет возраста, источников и содержания тревожности), а комплексный – раскрывает необходимость совместных усилий взрослых, имеющих отношение к ребенку (родителей, педагогов, психологов, администрации школы и др.) по созданию условий, способствующих эмоциональному развитию учащихся и сохранению их соматического и психологического здоровья.

Чтобы существенно снизить тревожность школьника, взрослые могут воспользоваться следующими рекомендациями.

1. Обеспечить реальный успех ребенка в какой-либо деятельности (рисование, игра, помощь по дому и др.). Ребенка нужно меньше ругать и больше хвалить, причем, не сравнивая его с другими, а только с ним самим, оценивая улучшение его собственных результатов (сегодня нарисовал лучше, чем вчера; быстрее убрал игрушки и т.д.).
2. Организовать щадящий оценочный режим в той области, в которой успехи ребенка невелики. Например, если он медленно одевается, не нужно постоянно фиксировать на этом его внимание. Однако, если появился хотя бы малейший успех, обязательно нужно его отметить.
3. Поддерживать благоприятную эмоциональную обстановку и дома, и в школе. Теплые эмоциональные отношения, доверительный контакт со взрослыми тоже могут способствовать снижению общей тревожности ребенка.
4. Способствовать формированию в классе благоприятного микроклимата в школьном коллективе. Уделять внимание «непопулярным» школьникам, развивать их положительные качества и помочь в преодолении сложностей личностного и межличностного характера.

Научное издание

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Материалы республиканской
научно-практической конференции
(Минск, 29 октября 2013 г.)

Ответственный за выпуск Т.В. Короткевич
Редактор В.А. Глушук
Верстка С.В. Каулькин

Подписано в печать 24.10.2013 Формат 60x80/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 13,02. Уч-изд. л. 15,35. Тираж экз. Заказ

Издательское частное унитарное предприятие
«Профессиональные издания».
ЛИ № 02330/988 от 31.08.2011.
Ул. Чернышевского, 10а, 220013, г. Минск.

ООО «ТМ АРГО-ГРАФИКС»
ЛП № 02330/110 от 03.04.2009
Ул. Мележа, 1, оф. 221, г. Минск.