

Кризисные пациенты в психиатрической практике

Н.Н. Петрова¹, Ю.Р. Палкин², А.И. Квятковская¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, кафедра психиатрии и наркологии,

² Городская ПБ № 7 имени акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Резюме. С целью совершенствования помощи больным с кризисными психическими расстройствами осуществлен анализ организации работы кризисной службы в условиях психиатрического стационара. В исследовании использованы стандартные аналитические и статистические методы, материалы периодических отчетов и истории болезни. Изучены ситуации, наиболее часто приводящие к развитию кризисных состояний, описаны психопатологические феномены, характерные для кризисных больных, составлен «профиль» пациента кризисного отделения. Уточнены вопросы организации психиатрической помощи кризисным пациентам. Отмечено преобладание женщин инволюционного возраста, находящихся в кризисных ситуациях, связанных с потерей значимого объекта или семейным кризисом. Значительна частота (29 %) пролонгированной депрессивной реакции без суицидальных тенденций. Продолжительность лечения кризисных больных превышает таковой у больных с пограничными расстройствами.

Ключевые слова: кризис, психические расстройства, организация психиатрической помощи.

Crisis patients in psychiatric practice

N. Petrova¹, U. Palkin², A. Kvyatkovskaya¹

¹ Chair of psychiatry and narcology, medical faculty, Saint-Petersburg State University,

² Pavlov Hospital of neurosis

Summary. In order to improve care to patients with crisis mental illness the analysis of organization of the crisis service in a psychiatric hospital was carried out. Standard analytical and statistical methods, materials of periodic reports, and medical history were used in this study. Situations most often leading to crisis conditions, psychopathological phenomena, characteristics of crisis patients described. The organization of mental health crisis patient's care was clarified. It was shown that female in involution age, in situations associated with the loss of significant object or a family crisis are predominate. Significant frequency (29 %), prolonged depressive reaction without suicidal tendencies. The duration of treatment of patients exceeds that of the crisis in patients with borderline disorders.

Keywords: crisis, mental illness, mental health care organization.

Введение

Для современного общества проблема кризисных состояний является весьма актуальной [1, 2]. Это определяется неуклонным ростом числа кризисных ситуаций под влиянием различных факторов. К общечеловеческим факторам можно отнести антропогенные катастрофы, многообразные виды насилия, природные катаклизмы. В современной повседневной жизни наблюдается резкое увеличение темпа деятельности, коренное изменение уклада, а соответственно, и всего комплекса социально-психологических условий существования, включая потерю стереотипных ценностей и установок. В условиях социально-экономического кризиса вопросы психической адаптации являются чрезвычайно актуальными. Растет частота психических, в том числе депрессивных, расстройств, болезней зависимости, первичной стрессогенной психопатологии. Традиционно с проблемами социально-психологической адаптации принято связывать и высокий уровень суицидов [3–6]. Российская Федерация относится к странам с высоким и очень высоким риском самоубийств (свыше 20 человек на 100 тыс. насе-

ления). По данным ВОЗ на 2006 год уровень суицидов в России составляет 30,1 на 100 тысяч человек. У мужчин этот уровень соответствует 53,9 на 100 тысяч человек, у женщин — 9,5 [7]. Особое опасение внушает возрастающее количество суицидов не только среди людей среднего возраста, но и среди подростков. В обзоре «Смертность подростков в Российской Федерации», подготовленном при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), указано, что в России — самый высокий в мире уровень самоубийств подростков [8]. Тем не менее русскоязычные публикации за период с 2002 по 2011 год по вопросам организации кризисной службы практически отсутствуют.

Существуют четыре ключевых понятия, которыми в современной психологии описываются критические жизненные ситуации. Это понятия стресса, фрустрации, конфликта и кризиса. Особое внимание уделяется проблеме фрустрации фундаментальных личностных потребностей.

Любая кризисная ситуация в жизни человека является сильным стрессом. Как любой стресс, кризисная ситуация затрагивает все структуры, действует на все стороны жизни. Традиционно в пси-

хологической литературе выделяют следующие аспекты воздействия стресса [9]:

1. Личность (возникновение тревоги, агрессии; депрессивные состояния, апатия; чувства вины, одиночества, стыда, растерянности; повышенная раздражительность, постоянное напряжение, низкая самооценка и пр.).

2. Поведение в целом (травматизм, развитие зависимого поведения различных видов — наркомания, алкоголизм, азартные игры и др., нарушение пищевого поведения и пр.).

3. Здоровье (развитие психосоматических заболеваний, которые в зависимости от вида и тяжести кризисного состояния могут носить лавинообразный характер: бронхиальная астма, аменорея, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, артериальная гипертензия, сахарный диабет и т.п.; постоянные боли в спине и груди невыясненной этиологии, хроническая бессонница, головные боли мигренозного характера и пр.).

4. Когнитивные функции (неспособность принимать решения и сосредоточиться, ухудшение памяти, заторможенность).

5. Физиологические функции (повышение артериального давления, повышение уровня катехоламинов и кортикостероидов в моче и крови, повышение уровня глюкозы в крови, сухость во рту, усиленное потоотделение, приступы жара и озноба, затрудненное дыхание, онемение в конечностях вплоть до анальгезии и пр.).

Несмотря на значительное число публикаций, теоретические представления о критических ситуациях развиты довольно слабо. Особенно это касается теории стресса и кризиса, где многие авторы ограничиваются такими общими схемами, как нарушение равновесия (психического, душевного, эмоционального), никак их теоретически не конкретизируя. Несмотря на то что темы фрустрации и конфликта, каждая в отдельности, проработаны лучше, установить соотношения между двумя этими понятиями не удается. При выборе понятия стресса, конфликта, фрустрации или кризиса исходят в основном из интуитивных или стилистических соображений, что приводит к большой терминологической путанице.

В настоящее время общепринятого определения кризиса не существует. Понятие о кризисных состояниях в значительной мере условное, объединяющее большую группу психологических состояний и клинически оформленных психических и поведенческих расстройств [10, 11]. Кризисные состояния рассматриваются не только с сугубо узких психиатрических позиций, но и затрагивается целый ряд социально-психологических и философских проблем. В энциклопедическом словаре кризис (от греч. *krisis* — решение, поворотный пункт, исход) определяется как резкий, крутой перелом или острое затруднение в чем-либо, тяжелое переходное состояние или тяжелое положение [12].

Можно выделить три варианта кризиса:

- кризисы в больших группах (социуме, общественных системах): политические, идеологические, экономические, национальные (расовые, этнические). Подобные кризисы являются предметом изучения в наибольшей степени для политологии и социологии (конфликтология больших групп);
- кризис в малых социальных группах (семейные кризисы, кризисы в коллективах);
- кризис личности.

Предметом исследования для психиатрии, по-видимому, должен являться преимущественно кризис личности. Любой личностный кризис (в том числе и кризис, возникший вследствие травмы) является поворотным пунктом в развитии личности. Непрофессиональное оказание помощи (или запоздавшая помощь) личности и группе в кризисном состоянии может привести к таким формам дезадаптации, как девиантное и асоциальное поведение, нервно-психические и психосоматические расстройства, суицидальное поведение. В связи с этим существует насущная потребность в методах и технологиях практической помощи в кризисных состояниях.

Для организации психиатрической помощи лицам, переживающим кризис, необходимо наполнить это понятие клиническим содержанием, чему может способствовать анализ работы кризисной службы в современной психиатрической практике.

В настоящее время порядок оказания психиатрической помощи лицам в кризисных состояниях регламентируется приказом МЗ РФ № 148 от 6 мая 1998 года «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» [13]. Это свидетельствует о том, что законодательная база организации кризисной службы не соответствует тенденциям развития и реформирования практической и научной психиатрии, сформировавшимся за прошедшие 20 лет. Согласно проанализированной литературе кризисная служба является важной составляющей национальной системы здравоохранения и экономически оправдана [14]. Имеется мнение, что оптимизация работы кризисной службы является нетривиальной задачей [15].

Целью данного исследования явился анализ работы кризисной службы на примере ГУЗ СПб «Психиатрическая больница № 7», клиника неврозов им. И.П. Павлова.

В задачи исследования входило:

- установить ситуации, наиболее часто приводящие к развитию кризисных состояний;
- определить психопатологические феномены, характерные для кризисных больных;
- составить «профиль» пациента кризисного отделения;
- установить пути выявления кризисных пациентов;
- обозначить группы риска развития кризисных состояний.

Обобщив имеющиеся в психологической литературе трактовки, при исследовании мы исходили из следующего определения: кризис — это острый внутренний психологический конфликт, возникающий в переломные моменты жизни и ставящий перед человеком проблему, которую он не может разрешить самостоятельно. Соответственно, под кризисной ситуацией понимались те жизненные обстоятельства, которые приводят к развитию кризиса.

Для проведения работы были использованы стандартные аналитические и статистические методы: категоризация, анализ частоты встречаемости, выделение главных компонент. Для анализа достоверности различий использовался двусторонний t-критерий Стьюдента для долей. Анализ статистических различий был произведен при помощи программного пакета Statistica 8.0.

Результаты

В качестве материалов для изучения были использованы периодические отчеты о работе отделения кризисных состояний (ОКС) и кабинета социально-психологической помощи (КСПП), истории болезни пациентов ОКС за 2010 год.

За период 01.01.2010 — 30.11.2010 на кризисном отделении проходили обследование и лечение 85 человек.

Из перечня психотравмирующих обстоятельств, послуживших причиной госпитализации в ОКС, за анализируемый период доминировали кризисные ситуации, связанные с потерей или близкого человека, или любовного объекта, а также семейными трудностями (табл. 1). Не встретилось случаев, когда пациенты указывали на наличие экзистенциальных проблем.

Таблица 1
Частота психотравмирующих ситуаций у лиц, обратившихся в КСПП в 2010 г.

Психотравмы	Абс. кол-во	%
Потеря близкого человека	32	30,19
Семейные	30	28,30
Любовные	11	10,38
Профессиональные	8	7,55
Коммунально-бытовые	5	4,72
Административные	3	2,83
Материальные трудности	3	2,83
Одиночество	3	2,83
Соматическое состояние	3	2,83
Злоупотребление ПАВ	3	2,83
Сексуальные	2	1,89
Физическое и/или сексуальное насилие	2	1,89
Правовые	1	0,94

Характеристика психических расстройств у пациентов ОКС представлена в табл. 2.

Как видно из приведенных данных, основную группу кризисных больных, проходивших лечение в ОКС, согласно МКБ-10 [16], составили пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (87,06 %). Наиболее часто среди этих расстройств наблюдались случаи пролонгированной депрессивной реакции (29,41 %), смешанной тревожной и депрессивной реакции (24,71 %). Аффективные расстройства настроения встречались заметно реже — в 5,88 % случаев.

За 2010 год в КСПП обратилось 16 человек, все женского пола, предъявлявшие жалобы на семейные проблемы (37,5 %). В большинстве случаев поводом для обращения послужили те или иные жалобы на психическое состояние (56,25 %). Потеря близкого человека была установлена только в 6,25 %.

Таким образом, из всех обратившихся в КСПП 10 человек (56,25 %) имели проблемы с психическим здоровьем, 6 человек (37,50 %) — семейные проблемы, 1 человек (6,25 %) обратился в КСПП в связи с потерей близкого человека.

Большинству женщин (81,25 %) был поставлен диагноз из группы невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F 4). В этой группе на первом месте по количеству пациентов находилась смешанная тревожная и депрессивная реакция (37,50 %), на втором — пролонгированная депрессивная реакция (25 %), которые относятся к расстройствам адаптации (F 43.2).

После прохождения лечения в КСПП был направлен 21 пациент кризисного отделения. Типичными для пациентов, которым потребовалась поддерживающая терапия, были ситуации потери близкого человека (50 %) и семейный кризис (25 %). Заметно реже имели место кризисные ситуации, связанные с потерей объекта любви и злоупотребления ПАВ (по 8,33 %) и, еще реже, материальные трудности или различные формы насилия (4,17 %).

Основную массу пациентов, направленных из ОКС в КСПП для продолжения лечения, составляют больные с диагнозами из группы F 4 по МКБ-10 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) — 70,83 %. В этой группе чаще всего встречались реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: у 33,33 % была диагностирована пролонгированная депрессивная реакция, у 25,00 % — смешанная тревожная и депрессивная реакция.

«Профиль» пациента ОКС характеризуется преобладанием старшей возрастной группы (в среднем 47 лет), женского пола (84,62 %). Суицидальные попытки отмечены у 2,35 % больных.

Стационарное лечение кризисного пациента в среднем составляет 43 койко-дня.

При рассмотрении путей попадания пациентов в ОКС было установлено, что по направлению из поликлиники в стационар оказалось 61,54 % больных, 30,77 % человек поступили из КСПП.

Таблица 2 Частота психических расстройств у пациентов ОКС (МКБ-10) в 2010 г.			
Психические расстройства/пациенты			Абс. %
F 0 — Органические, включая симптоматические, психические расстройства			3 3,53
F 06 — Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни			
F 06.4 — Органическое тревожное расстройство	2	2,35 %	
F 07 — Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга.			
F 07.0 — Органическое расстройство личности	1	1,18 %	
F 3 — Аффективные расстройства настроения			5 5,88
F 32 — Депрессивный эпизод			
F 32.0 — Легкий депрессивный эпизод	2	2,35 %	
F 32.1 — Умеренный депрессивный эпизод	1	1,18 %	
F 33 — Рекуррентное депрессивное расстройство			
F 33.1 — Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести	1	1,18 %	
F 33.2 — Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый, без психотических симптомов	1	1,18 %	
F 4 — Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства			74 87,06
F 41 — Другие тревожные расстройства			
F 41.2 — Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	3	3,53 %	
F 43 — Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации			
F 43.0 — Острая реакция на стресс	1	1,18 %	
F 43.1 — Посттравматическое стрессовое расстройство	3	3,53 %	
F 43.2 — Расстройства адаптации	2	2,35 %	
F 43.20 — Кратковременная депрессивная реакция	4	4,71 %	
F 43.21 — Пролонгированная депрессивная реакция	25	29,41 %	
F 43.22 — Смешанная тревожная и депрессивная реакция	21	24,71 %	
F 43.23 — С преобладанием других эмоций	1	1,18 %	
F 43.25 — Смешанное расстройство эмоций и поведения	6	7,06 %	
F 44 — Диссоциативные (конверсионные) расстройства	3	3,53 %	
F 45 — Соматоформные расстройства	3	3,53 %	
F 45.0 — Соматизированное расстройство	2	2,35 %	
F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых			
F 60 Специфические расстройства личности			
F 60.0 — Параноидное расстройство личности	1	1,18 %	
F 60.2 — Диссоциальное расстройство личности	1	1,18 %	
F 61 — Смешанное и другие расстройства личности			
F 61.0 — Смешанные расстройства личности	1	1,18 %	

Таблица 3
Частота психических расстройств, диагностированных в КСПП

Психические расстройства/пациенты			Абс.	%
F 0—Органические, включая симптоматические, психические расстройства			1	6,25
F 06—Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни				
F 06.6—Органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства	1	6,25 %		
F 3—Аффективные расстройства настроения			1	6,25
F 32—Депрессивный эпизод				
F 32.0—Легкий депрессивный эпизод	1	6,25 %		
F 4—Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства			13	81,25
F 41—Другие тревожные расстройства				
F 41.2—Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	1	6,25 %		
F 43—Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации				
F 43.2—Расстройства адаптации				
F 43.21—Пролонгированная депрессивная реакция	4	25 %		
F 43.22—Смешанная тревожная и депрессивная реакция	6	37,50 %		
F 44—Диссоциативные (конверсионные) расстройства	1	6,25 %		
F 45—Соматоформные расстройства				
F 45.0—Соматизированное расстройство	1	6,25 %		
F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых			1	6,25
F 60 Специфические расстройства личности				
F 60.2—Диссоциальное расстройство личности	1	6,25 %		

Таблица 4
Частота психических расстройств у пациентов, направленных в КСПП после прохождения лечения в ОКС

Психические расстройства/пациенты			Абс.	%
F 0—Органические, включая симптоматические, психические расстройства			2	8,33
F 06—Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни				
F 06.0—Органический галлюциноз	1	4,17 %		
F 07—Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга			1	4,17 %
F 07.0—Органическое расстройство личности				
F 3—Аффективные расстройства настроения			2	8,33
F 33—Рекуррентное депрессивное расстройство				
F 33.0—Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени и	1	4,17 %		
F 33.2—Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый, без психотических симптомов	1	4,17 %	17	70,83
F 4—Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства				
F 41—Другие тревожные расстройства				
F 41.2—Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	1	4,17 %		
F 43—Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации				
F 43.2—Расстройства адаптации				
F 43.21—Пролонгированная депрессивная реакция	8	33,33 %		
F 43.22—Смешанная тревожная и депрессивная реакция	6	25,00 %		
F 45—Соматоформные расстройства				
F 45.0—Соматизированное расстройство	1	4,17 %		
F 6—Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых			1	4,17
F 61—Смешанное и другие расстройства личности				
F 61.0—Смешанные расстройства личности	1	4,17 %		

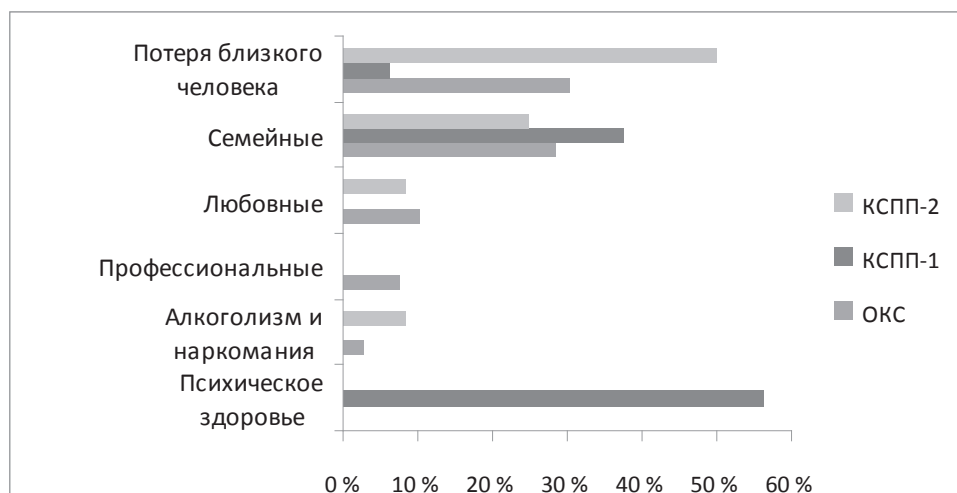


Рис. 1. Частота кризисных ситуаций на различных этапах лечения.
 КСПП-1 — первичное обращение в КСПП;
 КСПП-2 — перевод из ОСП в КСПП для поддерживающей терапии

Данные, приведенные на рис. 1, демонстрируют в целом, с какими кризисными ситуациями наиболее часто сталкиваются пациенты, попадающие в поле зрения психиатрической кризисной службы. Как правило, это ситуации потери или семейный кризис. Пациенты с этими проблемами статистически достоверно чаще требуют более длительного лечения, чем лица, оказавшиеся в другой кризисной ситуации, о чем свидетельствует необходимость прохождения ими амбулаторного этапа поддерживающей терапии (КСПП-2). Сравнительный анализ частоты кризисных ситуаций среди трех групп пациентов (ОКС, КСПП-1, КСПП-2) показал, что при первичном обращении пациентов в КСПП жалобы зачастую носят неспецифический, не вполне конкретный характер, отражающий психическое неблагополучие в целом. Меньше половины больных указывают на семейные трудности. В целом это обуславливает сложность выявления кризисных состояний.

Заключение

Исходя из проанализированных данных, можно констатировать наличие недостаточной информированности населения о наличии медицинской структуры, специализирующейся на оказании помощи в кризисных ситуациях. Об этом свидетельствует низкий уровень обращаемости в КСПП среди населения и значительно более высокий процент пациентов, направленных из поликлиник. При рассмотрении путей попадания пациентов в ОКС было получено, что по направлению из поликлиник в стационаре оказалось более 60 % больных. Косвенно это отражает достаточную настороженность врачей первичного звена оказания медицинской помощи в отношении выявления психических расстройств в популяции.

Примерно 31 % пациентов поступил в кризисное отделение клиники по направлению из КСПП. Можно предположить недостаточную эффектив-

ность работы КСПП в плане верификации кризисных расстройств, которая происходила, как правило, уже в условиях стационарного лечения.

Показано, что среди пациентов кризисной службы преобладают женщины инволюционного возраста, находящиеся в кризисных ситуациях, связанных с потерей значимого объекта или семейным кризисом. Этот факт подтверждает существующее мнение о том, что женщины более склонны искать помощь в трудной жизненной ситуации и поэтому чаще обращаются к врачам различного профиля. Можно сделать заключение о том, что популяризация системы помощи в кризисных ситуациях среди широких слоев населения и дестигматизация психиатрии в целом будут способствовать развитию кризисной службы и своевременности выявления лиц с кризисными расстройствами.

Чаще всего кризисные состояния диагностируются психиатрами в рамках рубрики МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (70–87 % больных). Среди этих психических расстройств чаще всего встречаются пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21 по МКБ-10) (25–33 %), а также смешанная тревожная и депрессивная реакция (F 43.22) (25 % — 37 %), т.е. расстройства аффективного спектра в рамках дезадаптации личности. Показано, что для госпитализированных в ОКС кризисных пациентов не характерны суицидные тенденции, что, однако, не противоречит определению имеющихся психических расстройств как кризисных состояний.

Срок лечения в условиях ОКС можно считать длительным и превышающим средний койко-день больного с пограничными расстройствами [17], что можно объяснить большей тяжестью кризисных расстройств.

Совместив эти данные с данными о преобладающих диагнозах (29 % — пролонгированная

депрессивная реакция) и с низкой частотой самостоятельной обращаемости в КСПП и отсроченной верификацией психического состояния, можно заключить, что большая часть пациентов попадает в поле зрения кризисной службы достаточно поздно. Это также обуславливает увеличение сроков лечения и повышение риска хронизации расстройств и суицидоопасности.

Известно, что лечение в стационаре заметно дороже амбулаторного [18], что делает целесообразным развивать внебольничное звено кризисной службы с наличием дневного стационара и амбулаторного реабилитационного отделения.

Очевидно, что на сегодняшний день отсутствует налаженная система преемственности в оказании психиатрической помощи кризисным пациентам. Психоневрологические диспансеры практически не направляют пациентов в ОКС.

Возможно, целесообразно использовать зарубежный опыт, который свидетельствует о формировании службы экстренной помощи по работе с населением с целью увеличения оперативности оказания помощи в кризисных ситуациях. Например, за рубежом кризисная служба работает по ночам, в это время пациентов обращается не меньше, чем днем [19]. Существует даже выездная служба экстренной помощи [20]. Все это может сделать кризисную службу более доступной и качественной.

Необходимо разработать единые формализованные критерии оценки состояния кризисных больных и стандарты оказания психиатрической помощи кризисному пациенту, включая четко

очерченные показания для госпитализации в кризисные отделения.

Согласно полученным результатам в группу риска развития кризисных расстройств попадают, в частности, люди, переживающие потерю, что необходимо учитывать при осуществлении ранней диагностики и профилактики психических нарушений в кризисной ситуации.

Целесообразно уточнение, детализация систематизации кризисных ситуаций и состояний, что обусловлено различиями переживаний, специфичной симптоматики и психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи в условиях разных кризисов.

Так, например, личностные кризисы можно подразделить на две основные категории: внутренние и внешние кризисы. Внутренние, или трансформационные кризисы (возрастные, экзистенциальные) представляют собой следствие естественного развития личности. Очевидно, что в этих случаях акцент должен быть сделан на психологической помощи. Внешние кризисы развиваются под влиянием стрессора, внешних травматических событий и могут достигать психопатологической степени выраженности, что служит основанием для психиатрической (психотерапевтической) помощи. В обоих случаях обязательным условием для установления кризисного характера расстройств необходимо наличие таких признаков, как: острый внутренний конфликт, переломный момент жизни, невозможность самостоятельного разрешения проблемы.

Литература

1. Амбрумова А.Г. Анализ состояния психологического кризиса и его динамика // Психологический журнал.—1985.—№ 6. С. 20–26.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.—Л.: Наука, 1988.—295 с.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций).—М.: МГУ, 1984.—200 с.
4. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция.—М.: Когито-Центр, 2001.
5. Коровяков В.М. Психотравматология.—М.: Наука, 2005.
6. Madelyn S., Kalafat J., HarrisMunfakh J.L., Kleinman M. An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers // Suicide and Life-Threatening Behavior.—2007.—Vol. 37, № 3.—P. 338–352.
7. Suicide rates (per 100,000), by gender, Russian Federation, 1980–2006 [Internet resource]// WHO. Access to data: http://www.who.int/mental_health/media/russ.pdf
8. Смертность подростков в Российской Федерации [Электронный ресурс] / ЮНИСЕФ Режим доступа к данным: <http://www.unicef.ru/doc/doc.asp.obj=84310>
9. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния.—Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998.
10. Селье Г. Стресс без дистресса.—М.: Прогресс, 1979.
11. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия.—М.: Когито-Центр, 2005.
12. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Толковый словарь психиатрических терминов.—Воронеж: издательство НПО «МОДЭК», 1995.
13. Приказ Минздрава РФ от 6 мая 1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» по состоянию на 25 сентября 2006 года [Электронный ресурс]. Режим доступа к данным: <http://www.jurbase.ru/texts/sector121/tez21754.htm>
14. Thornicroft G., Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation//Epidemiologia e Psichiatria Sociale.—2005.—Vol. 14, № 1.
15. Hopkins C., Niemiec S. The development of an evaluation questionnaire for the Newcastle Crisis Assessment and Home Treatment Service: finding a way to include the voices of service users // J. Psychiatr. and Mental Health Nursing.—2006.—Vol. 13, № 1.—P. 40–47.
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и по-

- веденческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике.— СПб: Адис, 1994.— С. 131–170.
17. Королев А.К. Анализ деятельности амбулаторного психотерапевтического центра (организационные, эпидемиологические и клинико-терапевтические исследования) [Электронный ресурс] / Психотерапия и медицинская психология. Режим доступа к журналу: <http://mirvch.com/PDF/text.pdf>
 18. Walker W. R., Parsons L.B., Skelton W.D. Brief Hospitalization on a Crisis Service: A Study of Patient and Treatment Variables // *The Am. J. Psychiatr.* 130: 896–900, 1973.
 19. Bonyng E. R., Lee R. G., Thurber S. A Profile of Mental Health Crisis Response in a Rural Setting // *Community Mental Health J.*—2005.— Vol. 41, № 6.— P. 675–685.
 20. Damsa C., Hummel C., Sar V., Clemente T.D., Maris S., Lazignac C., Massarczyk O., Pull C. Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: a naturalistic study // *European Psychiatry.* 2005.— Vol. 20, № 8.— P. 562–566.

Сведения об авторах

Петрова Наталия Николаевна — д.м.н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета СПбГУ. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Палкин Юрий Рудиевич — главный врач ГУЗ СПб «Психиатрическая больница № 7», клиника неврозов им. акад. И.П. Павлова. E-mail: palkin0077@mail.ru

Квятковская Александра Игоревна — студентка 6-го курса медицинского факультета СПбГУ. E-mail: kvart08@gmail.com