

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

№ 4 (68) сентябрь 2025

тема номера

МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Забота о психическом
здоровье
в мегаполисе

стр. 4

Психическое здоровье
детей и подростков.
Организация помощи

стр. 14

Клиники памяти —
9 лет успешной
работы

стр. 92

**ВОЕННЫЕ ВРАЧИ, ФЕЛЬДШЕРЫ, МЕДСЕСТРЫ,
САНИТАРЫ, САНДРУЖИНИКИ ВНЕСЛИ
НЕОЦЕНИМЫЙ ВКЛАД В ПОБЕДУ НАД ВРАГОМ.
БЛАГОДАРЯ ИХ САМООТВЕРЖЕННОЙ РАБОТЕ
РАНЕННЫЕ БОЙЦЫ БЫСТРО ВОЗВРАЩАЛИСЬ
В СТРОЙ, ПРОДОЛЖАЯ ГРОМИТЬ ФАШИСТОВ**



**ПОМНИМ,
ЦЕНИМ,
ГОРДИМСЯ!**





Алексей Хрипун

руководитель Департамента
здравоохранения Москвы

Московская медицина все делает для того, чтобы наш город по праву называли столицей здоровья. Но Москва – это еще и столица счастливых людей. В последние годы особое внимание уделяется вопросам ментального здоровья. Ни для кого не секрет, что мегаполис сам по себе – фактор стресса: высокий темп жизни, большие расстояния, напряженная работа, которая идет днем и ночью. Частью системы московского здравоохранения стали недавно открытые центры ментального здоровья, куда москвичи могут прийти самостоятельно или по направлению врача поликлиники и получить поддержку психолога, психотерапевта, воспользоваться аппаратными методиками для релаксации. Востребованность проекта очевидна, и в дальнейшем этот опыт будет масштабироваться.

Особое значение придается ментальному здоровью москвичей старшего поколения. С ростом продолжительности жизни

сохранение когнитивного и эмоционального статуса до самого преклонного возраста становится насущным требованием времени. И Москва предоставляет для этого широкие возможности – открыты клиники памяти, в рамках межведомственного взаимодействия идет активное сотрудничество с центрами московского долголетия.

Дестигматизация психиатрии – еще одно из важнейших направлений работы всей психиатрической службы города и условие качественной медицинской помощи по этому профилю. И отношение людей к области психического здоровья и психогигиены в целом действительно меняется. В этом заслуга специалистов, которые активно занимаются психообразованием широкой аудитории, «растворяя» барьеры, которые сдерживали своевременный поиск помощи, мешали людям вовремя получать профессиональную помощь, когда она необходима, поддерживать баланс и в целом сохранять душевное здоровье и благополучие.

Содержание

- 1** Вступительное слово руководителя
Департамента здравоохранения Москвы
Алексея Хрипуна

Организация помощи при ментальных расстройствах

- 4** Забота о психическом здоровье в мегаполисе
- 14** Психическое здоровье детей и подростков.
Организация помощи
- 20** Работа центра ментального здоровья
в Москве
- 26** Методы инструментальной психотерапии
в арсенале центра ментального здоровья

Управление ментальным здоровьем

- 32** Первый психотический эпизод: диагностика,
подходы к лечению и влияние на жизнь
пациентов
- 38** Расстройства пищевого поведения:
вызовы современности и подходы к лечению
- 44** Влияние зависимостей на психическое
здоровье: механизмы, последствия и пути
восстановления



Фото: НИИОЗММ

с. 4



Фото: НПЦ им. З. П. Соловьева

с. 50



Фото: НИИОЗММ

с. 20

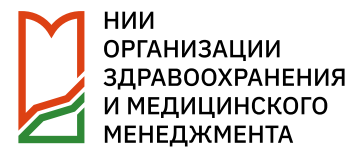
- 50** Инновации в диагностике, лечении
и профилактике связанных со стрессом
расстройств
- 58** Психологическая и психотерапевтическая
помощь ветеранам
- 64** Инновационные методы психокоррекции
в структуре комплексной постинсультной
реабилитации
- 74** Просветительские проекты для москвичей,
посвященные ментальному здоровью
- 80** Краски – целители души

Помощь при ментальных проблемах пожилых

- 86** Сниженное настроение или депрессия?
Ментальное здоровье в пожилом возрасте
- 92** Клиники памяти – 9 лет успешной работы



Фото: НИИОЗММ



Редакция журнала
«Московская медицина»:
115088, г. Москва,
Шарикоподшипниковская ул., д. 9
niiozmm@zdrav.mos.ru

Представителем авторов публикаций
в журнале «Московская медицина»
является издатель. Перепечатка только
с согласия авторов (издателя).

Журнал предназначен для специалистов
в области здравоохранения и медицины.

Мнение редакции может не совпадать
с мнением автора.

Журнал представлен в РИНЦ (Российский
индекс научного цитирования).

Учредитель:
Департамент здравоохранения
города Москвы

Издатель:
НИИ организации здравоохранения
и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города
Москвы (НИИОЗММ ДЗМ)

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой
по надзору в сфере связи
и массовых коммуникаций
23 октября 2014 года.
Регистрационный номер
ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 4 (68) 2025 г.
журнала «Московская медицина»
отпечатан 15 сентября 2025 года

Отпечатано ООО «Профпринт»
Заказ № 35
Тираж 10 000 экз.
Распространяется бесплатно.

16+

ISSN 2587 — 8670



9 772587 867000

Журнал «Московская медицина»

Редакционный совет

- Айрапетов Георгий Александрович**, главный внештатный специалист травматолог-ортопед
Департамента здравоохранения города Москвы
- Андреева Елена Евгеньевна**, руководитель Управления Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве,
главный государственный санитарный врач по городу Москве
- Анциферов Михаил Борисович**, главный внештатный специалист эндокринолог
Департамента здравоохранения города Москвы
- Васильева Елена Юрьевна**, главный внештатный специалист кардиолог Департамента
здравоохранения города Москвы
- Загребнева Алена Игоревна**, главный внештатный специалист ревматолог Департамента
здравоохранения города Москвы
- Зайратьянц Олег Вадимович**, главный внештатный специалист по патологической
анатомии Департамента здравоохранения города Москвы
- Князев Олег Владимирович**, главный внештатный специалист гастроэнтеролог
Департамента здравоохранения города Москвы
- Крюков Андрей Иванович**, главный внештатный специалист оториноларинголог
Департамента здравоохранения города Москвы
- Маус Алексей Израилевич**, главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции
Департамента здравоохранения города Москвы
- Мантурова Наталья Евгеньевна**, главный внештатный специалист пластический хирург
Департамента здравоохранения города Москвы
- Одинцов Виталий Евгеньевич**, главный внештатный специалист фтизиатр
Департамента здравоохранения города Москвы
- Орджоникидзе Зураб Гивиевич**, главный внештатный специалист по спортивной
медицине Департамента здравоохранения города Москвы
- Османов Исмаил Магомедтагирович**, главный внештатный специалист педиатр
Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный детский специалист
нефролог Департамента здравоохранения города Москвы
- Потекаев Николай Николаевич**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии
и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы
- Пушкар Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист уролог
Департамента здравоохранения города Москвы
- Турянский Евгений Эдуардович**, врио руководителя Территориального органа Федераль-
ной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области
- Урванова Ирина Анатольевна**, директор МГФОМС
- Фомин Виктор Викторович**, главный внештатный специалист общей врачебной практики
(семейный врач), главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения
города Москвы
- Хатьков Игорь Евгеньевич**, главный внештатный специалист онколог
Департамента здравоохранения города Москвы
- Хубутия Могели Шалвович**, главный внештатный специалист трансплантолог
Департамента здравоохранения города Москвы
- Шабунин Алексей Васильевич**, главный внештатный специалист хирург и эндоскопист
Департамента здравоохранения города Москвы
- Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист невролог
Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Редакторы: **Алина Дмитриевна Хараз**

Анна Андреевна Гришунина

Корректор: **Ирина Давидовна Баринская**

Дизайнер: **Петр Витальевич Жеребцов**

Фотографы: **Людмила Николаевна Заботина**

Алексей Валерьевич Зеленин

Алексей Алексеевич Чеканов

Забота о психическом здоровье в мегаполисе

Психиатрическая служба – важный компонент системы здравоохранения, особенно в условиях мегаполиса с его высокой плотностью населения. В последние годы ее структура и методы работы претерпели существенные изменения. Как это повлияло на качество и доступность этого вида помощи?



Георгий Костюк, главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева, д. м. н., профессор

– **Георгий Петрович, расскажите, пожалуйста, как развивается психиатрическая служба столицы, какие изменения она претерпела?**

– Если взглянуть на историю вопроса, то мы увидим, что подходы к помощи людям, имеющим ментальные проблемы, сильно изменились за прошедшие пару столетий, постепенно становясь более гуманными. Если в XIX веке душевнобольных отправляли исключительно в изоляцию, то в XX веке их стали лечить. Поначалу для этого их помещали в больницы, но вскоре стало понятно, что больницы необходимы в самый острый, тяжелый период, а в остальном нужно быстрее переходить к внебольничным формам терапии. Москва, кстати, стала первым городом, где теперь уже в далеком 1919 году была организована амбулаторная служба психолого-психиатрической помощи и появились первые участковые психиатры, а в 1924 году был создан первый психиатрический диспансер. Уже тогда у организаторов психиатрической службы было ясное понимание, что нельзя всех пациентов собирать в больницах, изолируя их от общества. Необходимо заниматься амбулаторным оказанием помощи и, наоборот, как можно скорее стремиться вернуть их к привычной жизни. Правда, для этого требуются значительные усилия по управлению службой, серьезная работа с пациентами и постоянный контроль. В дальнейшем, к сожалению, возобладал экстенсивный подход к лечению психических заболеваний. Видимо, из-за того, что гораздо проще запереть больного в стационаре. Так, в начале 1990-х годов в Москве было 16 психиатрических стационаров на 16 тысяч коек, и это без учета психоневрологических интернатов. Огромные числа, учитывая, что в столице тогда проживало не 13 млн человек, как сейчас, а всего лишь 9 млн. Больные находились в стационарах годами, а бывало и десятилетиями. В одном из наших подмосковных филиалов мы в 2014 году обнаружили пациента, который попал туда в 1982 году! 32 года в больнице! Он не имел инвалидности, не был лишен дееспособности, просто как-то адаптировался к больничным условиям и жил там.

На территории Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева

Фото: НИИОЗММ

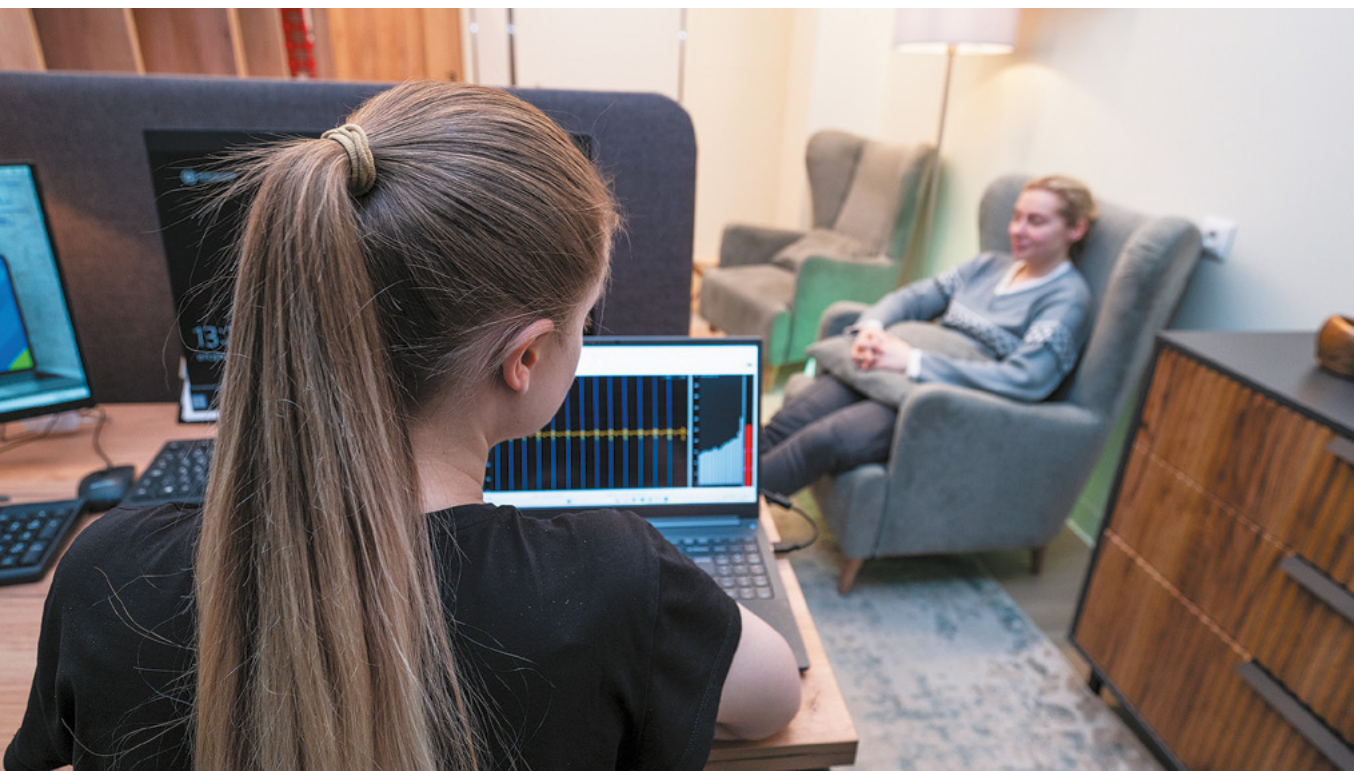


Фото: НИИОЗММ

▲
В центре ментального здоровья

— Но как можно отпустить душевнобольного человека домой? Кто будет отслеживать его состояние? Или хотя бы следить, принимает ли он лекарства?

— Сегодня взамен таблетированных форм антипсихотиков, которые применяются при хронических психических заболеваниях, таких как шизофрения, появились инъекционные препараты пролонгированного действия. Одной инъекции хватает на период от двух недель до трех месяцев. Пациент, который ее получил, находится под медикаментозным прикрытием, и уже нет опасений за него, что он может забыть принять лекарства или целенаправленно отказаться от их приема. И когда у нас появились такие лекарства, стало понятно, что больничный подход к лечению пациентов не соответствует уже ни запросам общества, ни современным возможностям. Ведь за последние годы развитие получила не только медикаментозная сторона лечебного процесса, но и так называемая психосоциальная терапия. Совершенствовались разные методы

психологической, психосоциальной помощи, которые позволяют человеку быстрее адаптироваться, ресоциализироваться, вернуться в общество, к своей привычной жизни.

— Когда началась реорганизация системы психиатрической помощи в Москве?

— Переформатирование службы началось в 2012 году, когда была поставлена задача активно внедрять внебольничные формы лечения. Конечно, было много сомнений по этому поводу, пессимистические и даже порой катастрофические прогнозы: «Как же душевнобольные будут ходить по городу, чем это закончится?». Всегда найдутся люди, которые скептически относятся к любым изменениям. И это хорошо, что они есть, потому что они позволяют иногда увидеть риски, которые не бросаются в глаза, а значит, является возможность их профилактировать. Изменения внедрялись постепенно, и сегодня внебольничная помощь пациентам

ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ — ВАЖНЕЙШИЙ ЭЛЕМЕНТ, ДОВОЛЬНО СЛОЖНЫЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ. ПРИ ВСЕЙ ПОСТУЛИРОВАННОЙ ОЧЕВИДНОСТИ ИХ ПОЛЬЗЫ ЭТОТ РЕСУРС НЕ ТАК ЛЕГКО БЫЛО ЗАДЕЙСТВОВАТЬ

стоит на двух опорах: на системе районных дневных стационаров, максимально приближенных к местам проживания пациента, и системе участковой службы, которая в том числе проводит медикаментозное лечение инъекционными формами лекарственных средств пролонгированного действия. Участковая служба отвечает за своевременное и правильное выполнение инъекции. Значит, вероятность обострения минимальна. Она не равна нулю. Есть разные обстоятельства, когда на фоне приема медикаментов происходят ухудшения, но широкое использование этой группы препаратов дало очень хорошую динамику снижения рецидивов заболеваний. Благодаря этому наши пациенты стали реже госпитализироваться.

— Как организована работа дневных стационаров, какие виды помощи оказываются в них?

— Дневные стационары — важнейший элемент, довольно сложный для развития. При всей постулированной очевидности их пользы этот ресурс не так легко было задействовать. Они и раньше существовали, но в полной мере не выполняли своих задач. Мы занялись активизацией института дневных стационаров. Начали переводить туда на долечивание пациентов из скоропомощного стационара после купирования острой стадии обострения. Было много обоснованных сомнений и опасений. Ведь в стационаре наш пациент под круглосуточным присмотром, с ним ничего не может произойти, а что будет дома?

Тем не менее мы реорганизовали службу и создали такую модель: этап купирующий, самый острый, пациент проводит в круглосуточном стационаре. Когда острое состояние преодолено, он выписывается и начинается внебольничный этап терапии. Стабилизирующее лечение проходит в дневном стационаре. Хотя самый острый период заболевания

уже пройден, пациент все еще находится хотя и в стабилизированном, но все-таки в психическом состоянии. В дневном стационаре он пребывает первую половину дня, где продолжает курс лечения: посещает групповые и индивидуальные занятия с психотерапевтом, психообразование, тренинги социальных навыков, осваивает приемы самонаблюдения. После достижения устойчивой стабилизации состояния пациента начинается амбулаторный этап внебольничной помощи, которым занимается уже участковая служба. Их основная задача — не допустить рецидива психоза.

— Как прошел перевод пациентов из круглосуточного стационара на амбулаторное долечивание?

— Поначалу, как я уже говорил, мы сомневались: будет ли пациент выполнять назначения врача, придет — не придет на следующий прием... На врача лежит серьезная ответственность, поэтому период перехода на новую систему работы с пациентами был сложным. Мы максимально стремились к тому, чтобы перевод пациента из больницы в дневной стационар был бесшовным, чтобы врачи дневного стационара заранее знакомились с пациентом, пока тот лечится в больнице. При сегодняшнем уровне цифровизации организовать их общение по телефону или видеосвязи не составляет труда. Мы взяли за правило доставлять пациента из круглосуточного в дневной стационар в сопровождении медицинского работника, со всей медицинской документацией. Врачи там его уже ждут, они уже знают о нем все: что это за пациент, какая у него терапия, какое дальнейшее лечение предполагается. И когда это все было выстроено, то оказалось, что в общем-то рисков никаких нет, и эта модель стала работать.

В дневных стационарах осуществляется очень большой объем лечебно-реабилитационной работы, который направлен на долечивание либо на предотвращение >>>

госпитализации. Например, если участковый врач замечает у пациента ухудшение состояния, пусть даже незначительное, и в ходе распросов понимает, что действительно у того начинается обострение болезни, он направляет такого человека в дневной стационар, где он будет находиться под ежедневным наблюдением врачей. Сотрудники дневного стационара активизируют фармакотерапию, назначают препараты в инъекционной форме или даже внутривенно капельно.

Дневные стационары существенно разгрузили круглосуточные койки. Если сравнивать с 2012 годом, когда мы только приступили к преобразованию психиатрической службы, то число пациентов в круглосуточных

стационарах снизилось вдвое. И продолжительность лечения также сократилась за это время примерно в два раза.

— **Что же стало с освободившимися психиатрическими учреждениями?**

— Часть психиатрических учреждений были переданы в Департамент труда и социальной защиты населения Москвы, и они превратились в психоневрологические интернаты. Это решило проблему дефицита подобных заведений, поскольку раньше людям приходилось иногда годами ждать очереди в интернат.

Зона релаксации в центре ментального здоровья



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

— **Сколько же сегодня круглосуточных стационаров в Москве, каким количеством коек они располагают?**

— У нас три скоропомощные психиатрические больницы: ПКБ № 1 имени Н. А. Алексеева, ПКБ № 4 имени П. Б. Ганнушкина и ПКБ № 13. В совокупности они располагают тремя тысячами коек и занимаются теперь именно лечебно-реабилитационной работой. Их главная задача – возвращение пациентов к обычной жизни.

В течение последних 4–5 лет основные показатели нашей работы, такие как количество

госпитализированных пациентов, сроки лечения, работа скорой психиатрической помощи, выездных служб, устоялись. Мы вышли на плато. Можно сказать, что сегодня в Москве оптимальное соотношение различных форм психиатрической помощи. В целом в базовой психиатрической службе, как мы ее называем, сейчас достигнуто определенное равновесие: она укомплектована кадрами, обладает оптимальным количеством мест в стационарах, необходимым объемом лекарственной поддержки амбулаторного этапа. В рамках льготного лекарственного обеспечения наши пациенты получают весь необходимый ассортимент фармпрепаратов. В базовой >>>

▲ В диагностическом кабинете

СЕГОДНЯ В МОСКВЕ ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



Фото: НИИОЗММ

▲ Арт-терапия в центрах ментального здоровья – хорошо известный способ навести порядок в сердце и мыслях

службе установлены определенный выверенный алгоритм и преемственность. Это позволило нам заняться некоторыми специальными проектами.

— **О каких именно специальных проектах вы говорите?**

— Жизнь сама продиктовала нам необходимость создания дополнительных форм оказания помощи. В 2020 году случился COVID-19 – затяжная изнурительная пандемия. Она первой ударила по москвичам. Для жителей нашего города это была очень стрессогенная ситуация. Противоэпидемические меры, которые власти вынуждены были принять, стали дополнительным негативным фактором для психического здоровья людей. В начале 2021 года было принято решение

об открытии консультативных центров психического здоровья на базе поликлиник для людей, которые, по большому счету, не являются пациентами психиатров, но которых мучает бессонница, тревога, сниженное настроение. Такие состояния классифицируются как психические расстройства, но при этом к психиатру эти люди не обращаются, так как боятся, что их «залечат» или «поставят на учет», хотя у нас нет никакого учета, а ведется обычная медицинская документация – медкарта пациента, как и в обычной поликлинике.

Кроме того, на приеме у врача поликлиники есть группа пациентов, у которых нет соматической патологии – заболевания органической природы, но они испытывают болезненность, какие-то неприятные ощущения, которые, как им кажется, указывают на заболевание сердца или желудка, какого-либо другого органа. Врач начинает обследовать

такого пациента по определенному алгоритму, прописанному в клинических рекомендациях, но ничего не находит. Такой пациент остается без диагноза и без лечения, а ведь он ничего не придумал, он действительно испытывает неприятные ощущения и страдает от них. Такие психические расстройства называются соматоформными, то есть они по форме похожи на соматические, но не имеют органической природы. Чем раньше такому человеку будет оказана помощь по основному, психолого-психотерапевтическому профилю, тем быстрее он перестанет страдать. И наоборот: если процесс обследования затягивается, назначаются дообследования, дополнительные консультации – время теряется, а недомогания пациента становятся хроническими. Еще одна группа пациентов – это люди с соматическим заболеванием в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами. Эти расстройства требуют серьезного внимания и обязательной психотерапевтической коррекции, поскольку не только ухудшают качество жизни человека, но и затрудняют лечение соматического заболевания, с которым пациент пришел к врачу, будь то язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма, артериальная гипертензия или стенокардия. Мы провели работу с врачами поликлиник – терапевтами и другими специалистами, чтобы они направляли к нам этих пациентов.

— **Как врач в поликлинике может выявить такие проблемы? Как ему понять, что заболевание не телесное, а имеет психическую составляющую?**

— По определенному алгоритму мы провели анализ данных Единой медицинской информационно-аналитической системы и определили несколько критериев, на которые

врачу стоит обращать внимание. Например, есть такие пациенты, которые очень долго обследуются и которым все время ставится функциональный диагноз, например, «вегетососудистая дистония», врачи никак не могут найти причину недомогания, человек остается без диагноза. Мы также выявили группу пациентов, которые очень часто записываются к врачу, а потом отменяют запись, и так много раз подряд в течение месяца. Мы определили и другие критерии, позволяющие вычлнить группу пациентов, имеющих явный психологический компонент, который в большей степени, чем соматика, определяет их поведение. Мы провели большую образовательную и разъяснительную работу с врачами поликлиник, объяснив им, по каким критериям необходимо отбирать пациентов, нуждающихся в психологической разгрузке и психотерапевтической коррекции.

Если подытожить, то для пациентов, которые не нуждаются в диспансерном наблюдении, мы создали специальные консультативные центры психического здоровья, которые разместили на базе 220-й и 195-й поликлиник, затем к ним добавились еще два центра. В их названии мы сознательно ушли от психиатрической терминологии, чтобы люди не боялись к нам обращаться. В положении об этих центрах мы прописали те сопутствующие расстройства (например, бессонница, тревожность), с которыми чаще всего пациенты обращаются в поликлиники.

Эти наши центры показали очень высокую востребованность у людей, и когда вице-мэр Москвы Анастасия Владимировна Ракова провела анализ нашей работы, то приняла решение о том, что такую помощь надо масштабировать и преобразовать в отдельную службу – службу ментального здоровья. Таким образом название службы стало еще более привлекательным для людей.



МЫ ПРОВЕЛИ БОЛЬШУЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ И РАЗЪЯСНИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ С ВРАЧАМИ ПОЛИКЛИНИК, ОБЪЯСНИВ ИМ, ПО КАКИМ КРИТЕРИЯМ НЕОБХОДИМО ОТБИРАТЬ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАЗГРУЗКЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

СЕГОДНЯ ПСИХОЛОГИ ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДА И СОЦЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПСИХОЛОГИ И ПСИХОТЕРАПЕВТЫ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ РАБОТАЮТ НА ЕДИНОЙ ПЛОЩАДКЕ СЛУЖБЫ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

— Как устроена служба ментального здоровья, кто там ведет прием? Какие методы терапии используются специалистами в ходе работы?

— Сегодня эта служба представлена подразделениями двух типов: консультативными центрами психического здоровья на базе поликлиник и центрами ментального здоровья, учреждениями нового поколения. Пока в Москве два центра ментального здоровья: на Игральной и на Рабочей улицах, но работа над их созданием будет продолжена. Центры ментального здоровья выполняют те же функции и используют те же алгоритмы, что и консультативные центры психического здоровья, при этом они обладают большими возможностями. Кроме того, в них созданы максимально комфортные условия для посетителей: безбарьерная среда, много зелени, картин, там скрыты от глаз посетителей все атрибуты медицинской организации.

Еще один очень важный момент, к решению которого был применен комплексный подход: в центрах ментального здоровья объединили службу психологической помощи жителям Москвы Департамента труда и социальной защиты населения (она существует уже более 20 лет, все эти годы ее психологи в круглосуточном режиме принимали звонки по многоканальному телефону и вели очный прием в разных районах города), а также психолого-психотерапевтическую службу Департамента здравоохранения Москвы. Сегодня психологи Департамента труда и социальной защиты населения, а также клинические психологи и психотерапевты Департамента здравоохранения Москвы работают на единой площадке службы ментального здоровья. У каждого из них свои задачи. Психологи ведут первичный прием, проводят тестирование, решают проблемы посетителей, связанные с конфликтами, трудностями в выстраивании

отношений на работе, дома, с ребенком, но если они видят, что у клиента, который к ним пришел, есть потребность в психотерапевтической помощи, они направляют его к психотерапевту.

В работе с посетителями сотрудники службы ментального здоровья используют методы индивидуальной и групповой психотерапии, инструментальные методы коррекции психического состояния — как физиотерапевтические (электросон, транскраниальная магнитная стимуляция, транскраниальная электростимуляция, гипокситерапия и др.), так и нефизиотерапевтические (биологическая обратная связь, разные методы дополненной или виртуальной реальности) — в организационном плане это по-настоящему инновационный раздел нашей работы. Мы очень широко используем эти инструментальные методы в совокупности с фармакотерапией. Большинство посетителей центров ментального здоровья получают противотревожную или антидепрессивную терапию. В совокупности это дает очень хороший результат.

— Обновленные подходы требуют изменений в подготовке кадров.

— Безусловно. Для подготовки новых кадров мы выстроили рабочие отношения с основными медицинскими вузами. Мы приглашаем на практику клинических ординаторов, которые проходят обучение по программам психотерапии, чтобы они еще на этапе обучения уже бывали у нас, набирались опыта, включались в работу. А со второго года обучения наиболее прилежные, успешные ординаторы могут уже работать у нас врачами-стажерами. Мы очень надеемся, что они останутся у нас работать. С этого учебного года наша больница, которая имеет лицензию на образовательную деятельность, проводит набор ординаторов по специальности «психотерапия», чтобы



Фото: mos.ru

В центрах московского долголетия есть возможность проходить специально разработанные нейротренинги

подготовить кадры для вновь открывающихся центров ментального здоровья. Мы также занимаемся постоянным совершенствованием наших специалистов, для этого выстроили целую систему работы внутри коллективов. Кроме того, мы активно сотрудничаем с Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева в Санкт-Петербурге — официальным методическим центром по психотерапии, одной из лучших прогрессивных классических школ по нашей специальности.

— Какая работа проводится для оказания помощи старшему поколению москвичей?

— В 2016 году был организован первый дневной стационар для психосоциальной реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с начальными проявлениями когнитивных нарушений, где была выстроена, апробирована и отточена в деталях технология нейрокогнитивного тренинга, который дает

очень хорошие результаты. Сегодня в Москве девять таких стационаров, где постоянно находятся в процессе реабилитации 350 пациентов. Мы сейчас работаем над расширением этого вида помощи.

Сегодня ожидаемая продолжительность жизни москвичей значительно выше, чем в целом по стране, — 79 лет, поэтому перед нами поставлена задача организации службы когнитивного здоровья, чтобы старшее поколение сохраняло ясность ума, хороший когнитивный статус жизни. Мы создали клиники памяти, которые работают в условиях дневного стационара, отработали и вывели методики. Сегодня перед нами стоит задача масштабировать эти центры. Кроме того, коллеги из Федерального центра мозга и нейротехнологий Федерального медико-биологического агентства разработали цифровой вариант аналогового тренинга. Он не заменяет его, но дополняет. Учитывая, что все площадки московского долголетия оснащены компьютерными классами, дистанционные тренинги организованы в каждом центре московского долголетия. М

Психическое здоровье детей и подростков. Организация помощи

Об изменениях, которые претерпела за последние годы система психиатрической помощи детям и подросткам, о вызовах современности и дестигматизации психиатрии рассказывает главный детский психиатр города.



Петр Безменов, главный детский психиатр Москвы, директор Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой, к. м. н.

— **Детская психиатрическая помощь — очень тонкая тема. Одной из основных проблем была и пока еще остается стигматизация. Как вы ее преодолеваете?**

— Мы очень много усилий направляем на дестигматизацию через психообразование, психопросвещение. У нас много ресурсов в интернете, направленных на повышение общей грамотности общества в вопросах психических расстройств, на формирование понимания, что психическое расстройство не клеймо. И в каждую образовательную программу для врачей, психологов, педагогов, самых разных специалистов, в том числе и правоохранительных органов, мы закладываем психообразовательный блок, направленный на формирование понимания того, что психиатрия — это медицинская наука, и нужно не бояться, а вовремя обращаться за помощью. И обращение к врачу в подавляющем большинстве случаев не влечет за собой

социально значимых последствий для ребенка в будущем. Безусловно, есть ряд заболеваний, которые накладывают определенные ограничения, в том числе профессиональные, но это очень малая часть.

— **С какими психиатрическими проблемами среди детей и подростков приходится сталкиваться сегодня чаще всего?**

— За последние годы есть определенные изменения в процентном соотношении между различными проблемами, с которыми люди обращаются к психиатрам, это касается и взрослых, и детей. Уменьшается доля детей, у которых есть определенное недоразвитие нервной системы органического плана. Речь не об очерченном неврологическом заболевании, а о фоновых особенностях, таких как повышенная возбудимость, рассеянность, трудности концентрации внимания, повышенная утомляемость, головные боли,



Фото: НИИОЗММ

плохая переносимость жары, духоты, транспорта, другие астеноподобные расстройства. Все это влияет на учебную деятельность, снижает ее продуктивность, академическую успеваемость, вторично у ребенка могут возникать либо переживания (я не справляюсь, я ничего не стою), либо, наоборот, чувствуя свою несостоятельность, ребенок уходит в агрессию, в протест. По нашим наблюдениям, таких детей становится меньше, и, скорее всего, это обусловлено общим ростом уровня московской медицины и тем, что на более ранних этапах эти дети попадают в поле

▲ Рисунки, сделанные подопечными Центра имени Г. Е. Сухаревой

зрения врачей — неврологов, педиатров, и нарушения нивелируются в дошкольном возрасте. Но увеличилось число детей, подростков, обращающихся с различного рода аффективными нарушениями, которые сопровождаются нарушением сна, общей продуктивности.

Детей с расстройствами аутистического спектра мы выявляем на более раннем этапе и начинаем коррекцию. Если такого ребенка оставить без помощи специалистов, он рискует стать глубоко социально дезадаптированным человеком. >>>

ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА МЫ ВЫЯВЛЯЕМ СЕГОДНЯ НА БОЛЕЕ РАННЕМ ЭТАПЕ И НАЧИНАЕМ КОРРЕКЦИЮ

В клинике кризисных состояний мы активно занимаемся такой острой актуальной проблемой, как суицидальное поведение у детей. Помощь доступна детям 24/7. Нередко друзья приводят к нам подростка, когда видят, что ему нужна такая помощь. Дети старше 15 лет могут обращаться к нам самостоятельно. И еще одна значимая группа расстройств – это расстройства пищевого поведения, в основном анорексия. В 2021 году у нас открылась специализированная клиника для таких подростков на 30 коек, и, к сожалению, они не пустуют. Эти расстройства находятся на стыке между психиатрией и соматической медициной, поэтому каждого такого пациента мы ведем совместно с многопрофильными московскими детскими больницами – Морозовской, имени З. А. Башляевой – потому что при лечении очень важно контролировать массу соматических показателей, начиная от индекса массы тела и заканчивая эндокринологическими показателями, гормональным фоном. Эти пациенты всегда в фокусе междисциплинарного консилиума.

— Какие сегодня новые методы, подходы применяются в детской психиатрии?

— Психиатрия всегда была, остается сейчас и, я думаю, что так будет и дальше, дисциплиной, в которой удельный вес инструментальных методов обследования значительно меньше по сравнению с другими медицинскими профилями. Ведь мы занимаемся, как высокопарно это ни прозвучит, душой, а ее не увидишь даже на МРТ, по крайней мере, пока. Это определяет и требования к профессионализму наших специалистов.

Несмотря на то, что у нас практически никогда не пощупаешь, не заснимешь на пленку отклонения от нормы, тем не менее психиатрия — это такая же наука, как и любая другая область медицины. И как в любой другой медицинской специальности, в психиатрии есть свои стандарты, клинические рекомендации, алгоритмы. Детская психиатрия, с моей точки зрения, еще более тонкая область в силу особенностей детского возраста, ребенок очень пластичный, разный даже на протяжении дня и очень чутко реагирует на собеседника. Основа психиатрии — беседа с пациентом и наблюдение за ним в процессе беседы. В рамках этого клинического наблюдения необходимо понимать, что, в отличие от взрослых, важно не столько то, что говорит или делает ребенок, сколько то, как он это говорит или делает. Поэтому в рамках приема очень важно, чтобы врач не просто задавал вопросы, а смотрел на ребенка, на его реакции, удивление, растерянность, страх при каких-то вопросах, на то, как он себя ведет – весь извертелся или устался в одну точку. Причем важно не только считать мелкие мимические реакции, а смотреть за ребенком в целом, насколько его поведение адекватно ситуации.

И что касается новых подходов: сейчас активно разрабатываются программы, которые совмещают в себе видеонаблюдение, видеофиксацию, аудиофиксацию и потом на основании этих данных составляют портрет пациента. Пока это касается только довольно узких направлений, например, выявления депрессии у человека, который внешне может быть ее не проявляет. Но есть характерные голосовые или внешние паттерны, которые позволяют ее заподозрить. Расстройства речи тоже могут анализироваться таким образом.



Фото: НИИОЗММ

— Как вовлекаются педиатры, которые гораздо чаще видят детей, чем врачи других специальностей, в скрининг каких-либо психических нарушений, чтобы вовремя направлять к вам тех, кто в этом нуждается?

— Да, участковый педиатр — это первое касание, к нему приходят со всеми вопросами

по детскому здоровью. В рамках диспансеризации предусмотрены осмотры врачом-психиатром в возрасте 2, 6, 14, 15, 16, 17 лет. В 2 года все дети проходят скрининговое обследование на расстройства аутистического спектра. Скрининг представляет собой анкету из 20 вопросов, на которые отвечают родители. По результатам анкеты педиатр оценивает степень риска – низкий, средний, высокий. Если риск высокий, то педиатр направляет ребенка >>>

▲ Петр Безменов, главный детский психиатр, и Татьяна Батышева, главный детский невролог Москвы

ПСИХИАТРИЯ ВСЕГДА БЫЛА ДИСЦИПЛИНОЙ, В КОТОРОЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО МЕНЬШЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ПРОФИЛЯМИ

Арт-терапия была и остается важным элементом работы с детьми в центре имени Г. Е. Сухаревой. За каждым рисунком – целая история

к неврологу, который решает, как дальше ребенка маршрутизировать – либо в центр детской психоневрологии, если есть сочетанная патология, либо в наш центр.

Что касается диспансеризации подростков, то с высокой долей вероятности именно педиатр увидит на коже ребенка следы самоповреждающего поведения. В рамках

межведомственной программы для педиатров предусмотрена обязанность направлять детей с подозрением на самоповреждающее поведение к профильному специалисту.

— **Какая работа ведется с родительским сообществом, школами?**



ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ У НАС ЕСТЬ ЦЕЛЫЙ РЯД ПРОГРАММ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ В ТОМ ЧИСЛЕ НА ШКОЛЫ



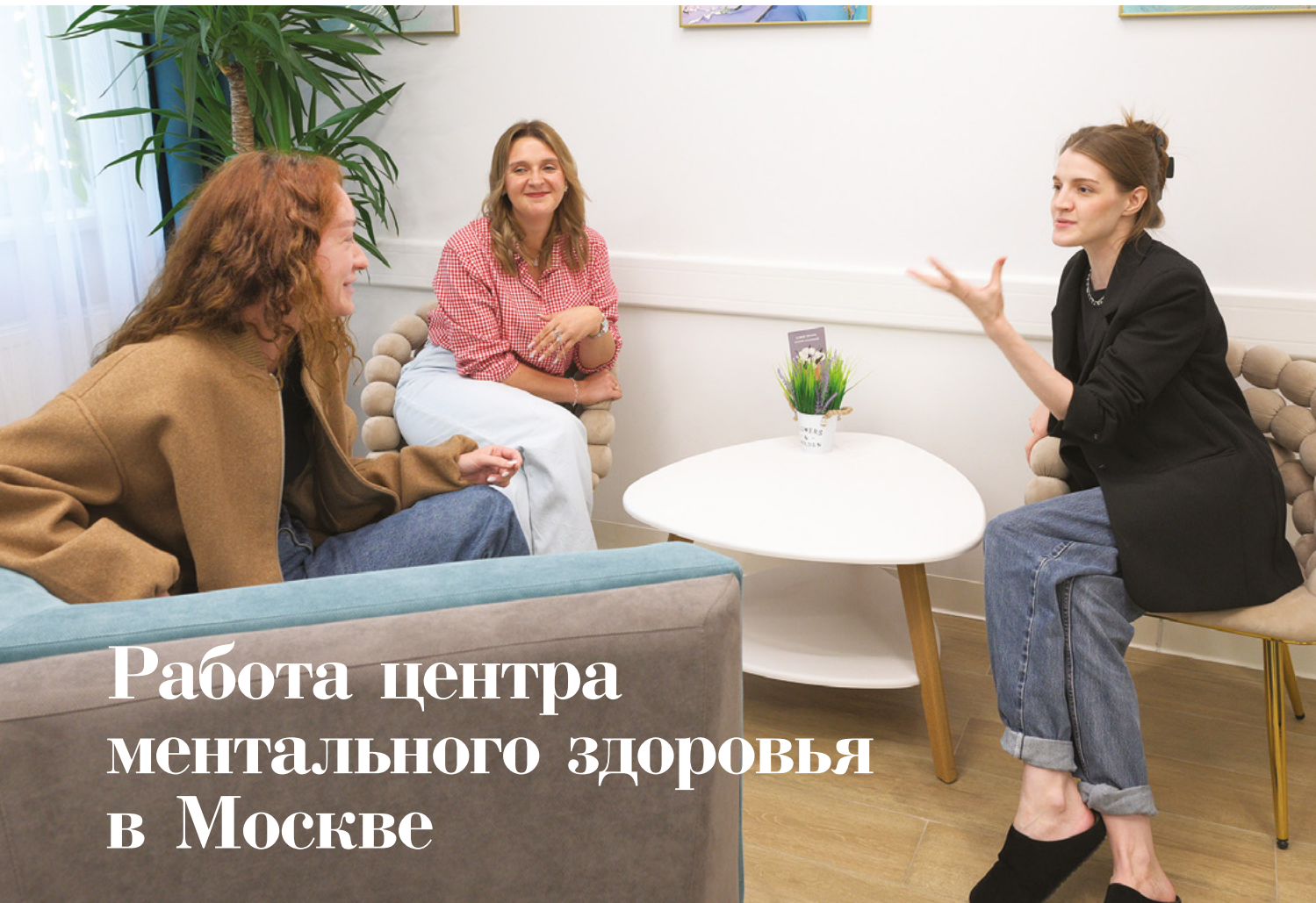
— Мы очень тесно взаимодействуем с Московской городской ассоциацией родителей детей-инвалидов (МГАРДИ) и совместно решаем множество насущных для членов ассоциации вопросов. Для более широкого родительского сообщества у нас существует канал в Рутубе, где еженедельно мы даем в прямом эфире выступления наших спикеров – лучших психологов, врачей, логопедов, дефектологов. Ролики, как правило, посвящены либо конкретному диагнозу, либо какой-то проблеме в отношениях с детьми и т. д. Мы принимаем участие в Псифестах, которые проводят взрослые психиатры, там всегда есть детский блок. Для родителей детей, которые проходят лечение у нас в стационаре, регулярно проводятся родительские клубы. Мы всегда собираем обратную связь, чтобы понять, какие вопросы вызывают наибольший интерес.

Для профессионалов у нас есть целый ряд программ дополнительного образования и повышения квалификации, ориентированных в том числе на школы. В этом

направлении мы очень активно взаимодействуем с Департаментом образования и науки города Москвы. За последние три года мы обучили на таких курсах повышения квалификации более трехсот школьных учителей, школьных психологов и других специалистов, работающих с детьми.

— **В ближайшие годы какие планируются изменения, новые проекты?**

— Важный аспект — подготовка кадров. С этой целью три года назад мы открыли обучение в ординатуре. Плюс к этому у нас есть программа профессиональной переподготовки для врачей других специальностей. И второй важнейший аспект, конечно, информатизация. Она оптимизирует и упрощает для врачей доступ к необходимой информации и поможет нам еще более качественно оказывать помощь нашим пациентам.



Работа центра ментального здоровья в Москве

Фото: НИИОЗММ

13 мая 2024 года на востоке Москвы, в районе Богородское, был открыт первый центр ментального здоровья – медицинская организация нового типа. Здесь оказывается действенная помощь людям в первую очередь с психосоматическими расстройствами, когда возникают проблемы с физическим здоровьем под влиянием психологических причин.



Юлия Тихонравова, заведующий центром ментального здоровья, врач-психотерапевт

– Юлия Борисовна, какие основные задачи и функции выполняет ваш центр ментального здоровья (ЦМЗ)?

– В нашем центре ментального здоровья оказывается специализированная помощь людям с невротическими, соматизированными, связанными со стрессом, и соматоформными психическими расстройствами и синдромо-подобными состояниями. Люди с подобными состояниями не нуждаются в специализированной психиатрической помощи и диспансерном наблюдении врачей-психиатров и могут лечиться амбулаторно.

– С какими жалобами пациентов чаще всего приходится сталкиваться специалистам?

– Нам приходится сталкиваться прежде всего с психосоматическими нарушениями, с депрессиями и паническими атаками, с социофобиями и проблемами в общении, последствиями пережитых стрессов, обсессивно-компульсивными расстройствами, то есть появлением навязчивых мыслей и действий. Люди приходят к нам с различными фобиями, тревогой, расстройствами настроения. Например, человек испытывает сильный дискомфорт, находясь в толпе

В ХОДЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПСИХОЛОГ ПРОВОДИТ СКРИНИНГ, ОЦЕНИВАЕТ УРОВЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНОЙ СИМПТОМАТИКИ

людей, из-за этого некоторые даже вынуждены увольняться с работы. Такие расстройства снижают качество жизни человека, становятся серьезным препятствием для учебы, работы, общения с другими людьми.

– Как можно попасть в ваш центр? Где получить направление?

– Помощь в центрах ментального здоровья оказывается москвичам, которые могут обратиться к нам самостоятельно, записавшись через Единую медицинскую информационно-аналитическую систему. Также к нам приходят по направлению врачей городских поликлиник. Чаще всего это происходит в случае с соматизированными расстройствами, когда жалобы пациента на те или иные боли и недомогания не подтверждаются диагностикой, или, если симптом не уходит после курса назначенной терапии, врач понимает, что столкнулся не с со-

Обстановка сама по себе уже располагает к расслаблению и общей гармонизации состояния

МАРИЯ ИВАНОВА, медицинский психолог ЦМЗ



Наших посетителей приводят в центр самые разные поводы. Их депрессивные и тревожные состояния могут быть связаны с различными стрессами – с потерей близких, болезнями, разрывом отношений, с чрезмерной нагрузкой, которую они возлагают на себя. Всем им надо помочь, найдя свой подход для каждого. В мои задачи входит психологическое консультирование, экспериментально-психологическое исследование. Такое исследование необходимо для выделения симптомокомплексов, которые помогают уточнить диагноз.

Я провожу дыхательные тренировки, обучаю своих пациентов диафрагмальному дыханию, а параллельно с помощью тренажера виртуальной реальности учу управлять своим дыханием, замедлять его. Это важный навык. Его освоение способствует активации парасимпатической нервной системы. Замедляя дыхание, мы можем стабилизировать наше эмоциональное состояние. Один из важных элементов психотерапии – дневник самоконтроля, который мы просим вести наших клиентов в качестве домашнего задания. Отслеживая

и отмечая в дневнике мысли, которые автоматически появляются у человека, а также чувства и физиологические реакции, с ними связанные, он учится управлять своими эмоциональными состояниями, начинает замечать свои спонтанно возникающие мысли, понимает, как они влияют на его поведение. Так постепенно он начинает анализировать свои мысли и реакции и менять что-то в себе, например, не совсем адекватный способ реагирования на какую-то ситуацию. Таким образом реализуется когнитивно-поведенческий подход.

ПОЛУЧЕННЫЕ НАВЫКИ НАШИ ПОСЕТИТЕЛИ ВПОСЛЕДСТВИИ АКТИВНО ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ АДАПТАЦИИ К ИЗМЕНЕНИЯМ В ЖИЗНИ И ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ

матическим заболеванием, а с ментальным расстройством, то есть патогенез заболевания связан с депрессией, стрессом и т. д. Соответственно, и лечить это заболевание должен другой специалист – психотерапевт, медицинский психолог, оказывая влияние на эмоциональное состояние пациента.

— Как организована диагностика и оценка психического состояния людей, обратившихся в центр ментального здоровья?

— Если посетитель обратился к нам самостоятельно, записавшись через ЕМИАС, то прежде

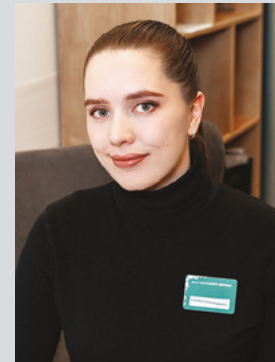
всего он попадает на прием к психологу, который первым делом выясняет причины обращения в центр. В ходе консультации психолог проводит скрининг, оценивает уровень выраженности тревожной и депрессивной симптоматики по шкалам А. Бека. Это широко известные и достаточно простые методики диагностики депрессии и тревоги. Возможно, его состояние связано с какими-то внутрисемейными проблемами. Если же симптомы ментального расстройства достаточно выражены, но не доходят до каких-то критических значений, которые требуют вмешательства врача-психотерапевта, то психологи проводят от трех до семи встреч, в зависимости от проблемы.

Сеанс
релаксации



Фото: НИИОЗММ

ЕЛИЗАВЕТА МИХАЙЛОВА, медицинский психолог ЦМЗ



Тревожные люди даже в ослабленном состоянии не могут отогнать от себя беспокоящие мысли. С помощью биологической обратной связи (БОС-терапии) мы учим их методам самоконтроля. Эта техника дает хорошие результаты для лечения тревоги и психосоматических заболеваний, с которыми очень часто врачи поликлиник направляют к нам своих пациентов. Как работает БОС-терапия? Мы закрепляем на теле и голове пациента датчики, которые передают на компьютер показатели его сердечного ритма и частоты дыхания. Человек видит эти

показатели в виде графиков или в игровой форме. Например, на экране монитора мы видим кораблик. Надо сделать так, чтобы он весело и ровно бежал по волнам. Для этого необходимо успокоиться, выровнять дыхание и сердцебиение. Но если пульс и дыхание у человека учащаются, кораблик начинают захлестывать большие волны, он погружается носом в воду, того и гляди затонет. Чтобы его спасти, надо делать длинные выдохи, паузы в дыхании. Сюжеты могут быть самыми разными, но суть одна: выполнить предложенное задание можно только

научившись регулировать свое состояние. Поначалу сеанс БОС-терапии длится 10 минут, но потихоньку время доходит до получаса, нагрузка постепенно нарастает, задания усложняются. Например, мы просим наших пациентов перед сеансом поприсесть несколько раз, чтобы специально сбить ритм дыхания, а потом они должны вернуть его в норму на сеансе. Особенно актуальны сеансы БОС-терапии для тех, кто часто испытывает тревогу, у кого случаются панические атаки или какие-то другие психосоматические проявления.

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ХАРАКТЕРА И ГЛУБИНЫ ПРОБЛЕМ МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТЕСТ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ А. БЕКА

Первичный прием посетителей, пришедших к нам в центр по направлению врача-терапевта или врача другой специальности из поликлиники, проводит врач-психотерапевт. В ходе сбора анамнеза он выявляет особенности психического состояния человека. Для определения характера и глубины проблем специалист направляет посетителя центра на консультацию к медицинскому психологу, который использует различные методы психологической диагностики, в том числе тест на определение уровня тревоги и депрессии А. Бека, и в зависимости от результатов диагностики врач-психотерапевт разрабатывает индивидуальную программу терапии и психологической коррекции.

— Как бы вы описали посетителей вашего центра? Каковы их средний возраст, пол, семейный, социальный статус?

— К нам в центр обращается самая активная группа населения. Средний возраст наших посетителей – от 28 до 45 лет. Женщины

обращаются в два раза чаще. Приходят также представители старшего поколения – 65+. Как правило, их волнует проблема ухудшения памяти. Большую часть из них мы маршрутизируем в клинику памяти или рекомендуем обратиться к врачу-психиатру, в психоневрологический диспансер в связи с выраженностью их симптомов и сопутствующими соматическими заболеваниями.

— Как долго продолжаются курсы терапии в вашем центре и насколько они интенсивны?

— В среднем курс психотерапевтической работы у нас длится от 3 до 4 месяцев. Активная психотерапевтическая работа, как правило, зависит еще и от возможностей человека, и от того, насколько он отзывается на терапию, так что все индивидуально. Обычно курс занятий групповой психотерапии длится два месяца (8 еженедельных занятий). Параллельно с этим человек может посещать психотерапевта для подбора медикаментозной >>>

ВСЕ ПРОБЛЕМЫ КАЖДОГО КОНКРЕТНОГО ЧЕЛОВЕКА НЕВОЗМОЖНО ПРОРАБОТАТЬ В ФОРМАТЕ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ, ПО ИХ ОКОНЧАНИИ ПРОВОДИТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РАБОТА С КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ

терапии, наши специалисты подбирают схему лечения из препаратов, снижающих тревогу, и антидепрессантов. Индивидуальную психокоррекционную работу проводят медицинские психологи, но мы стараемся не пересекать индивидуальные занятия с групповыми. Если пациенту назначается медикаментозная терапия, он остается в поле зрения психотерапевта (по рекомендациям ВОЗ, в случае первого депрессивного эпизода необходим прием антидепрессанта не менее 12 месяцев) в течение всего курса лечения.

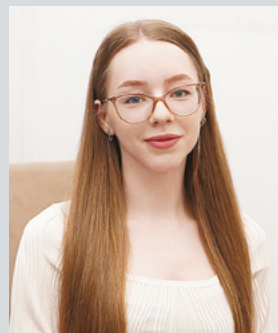
Поскольку все проблемы каждого конкретного человека невозможно проработать в формате групповых занятий, по их окончании проводится индивидуальная работа с психотерапевтом или с медицинским психологом. В ходе таких занятий специалисты используют различные психотерапевтические подходы. В совместной работе человек обучается навыкам распознавания своих эмоций, принятия эмоциональных и поведенческих реакций, осознанности, саморегуляции, стрессоустойчивости, эффективного общения. Полученные навыки наши посетители активно используют для адаптации к различным изменениям

и для преодоления кризисных ситуаций, с которыми сталкиваются в своей жизни. Обычно трех-четырёх месяцев активной психотерапевтической работы бывает достаточно, чтобы человек освоил навыки совладания со своим эмоциональным состоянием.

— Какие методы лечения и поддержки применяются в центре?

— В своей работе мы используем самые разные методы лечения и поддержки людей с ментальными расстройствами. Это психотерапевтические методики, такие как когнитивно-поведенческая терапия, которая помогает изменить негативные мысли и поведение; терапия принятия и ответственности помогает людям принимать свои мысли и чувства, не пытаясь их изменить или подавить, и направляет их поведение на достижение значимых жизненных целей в соответствии с их ценностями. Применяются современные инструментальные методы, такие как биологическая обратная связь, тренажер виртуальной реальности, транскраниальная

**ВАЛЕРИЯ
КАНАРИК,
медицинский
психолог ЦМЗ**



Я веду занятия по нейрогимнастике, которая помогает наладить связи между двумя полушариями мозга, тем самым активизировать память, улучшить внимание, развить когнитивные функции. Дело в том, что у правой лучше развито левое полушарие, которое отвечает за действие правой половины тела, а у левой – все наоборот. Нам надо сбалансировать их работу. Пальчиковая гимнастика, которой мы учим наших клиентов, предполагает, что каждая рука должна выполнять совершенно разные задания.

Тогда между двумя полушариями мозга формируются нейронные связи, которые впоследствии будут использоваться и для другой работы. Эти упражнения повышают качество наших когнитивных функций — памяти, внимания, мышления. Они полезны как детям, так и взрослым, поскольку помогают отсрочить связанные с возрастом когнитивные изменения. Также я веду открытую группу, в которой обучаю наших пациентов мышечной релаксации через визуализацию. Это совсем не легко, вы

стараетесь расслабиться, а ваш мозг все время пытается унести вас в какие-то планы и дела, которые нужно решить. Мы учимся брать под контроль эти блуждающие мысли, переводить фокус внимания на то, что происходит в данный момент. Например, когда человек находится в тревожных переживаниях, он может переключить свои мысли на то, что происходит здесь и сейчас, навык помогает снизить выраженность эмоциональных переживаний. Это умение очень полезно в обыденной жизни.



Фото: НИИОЗММ

НАШИ СПЕЦИАЛИСТЫ ПРОВОДЯТ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ И ПРОТИВОТРЕВОЖНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МЫ ОБУЧАЕМ НАВЫКАМ УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОМ ПРИ ПОМОЩИ МЕДИТАЦИИ, У НАС ПРОВОДЯТСЯ ЗАНЯТИЯ ПО АРТ-ТЕРАПИИ

магнитная и электростимуляция, нормобарическая гипокситерапия, светолечение. Также мы используем в работе групповые формы психотерапии, в процессе которых участники поддерживают друг друга и обмениваются опытом, при помощи релаксационных техник мы обучаем навыкам управления стрессом, у нас проводятся занятия по арт-терапии и нейрогимнастике.

нам, насколько действенна проведенная нами терапия. Если мы видим, что уровень тревоги и депрессии по шкалам А. Бека снизился незначительно, то есть человек прошел курс, но не смог достичь каких-то ощутимых изменений, то предлагаем ему другие формы работы.

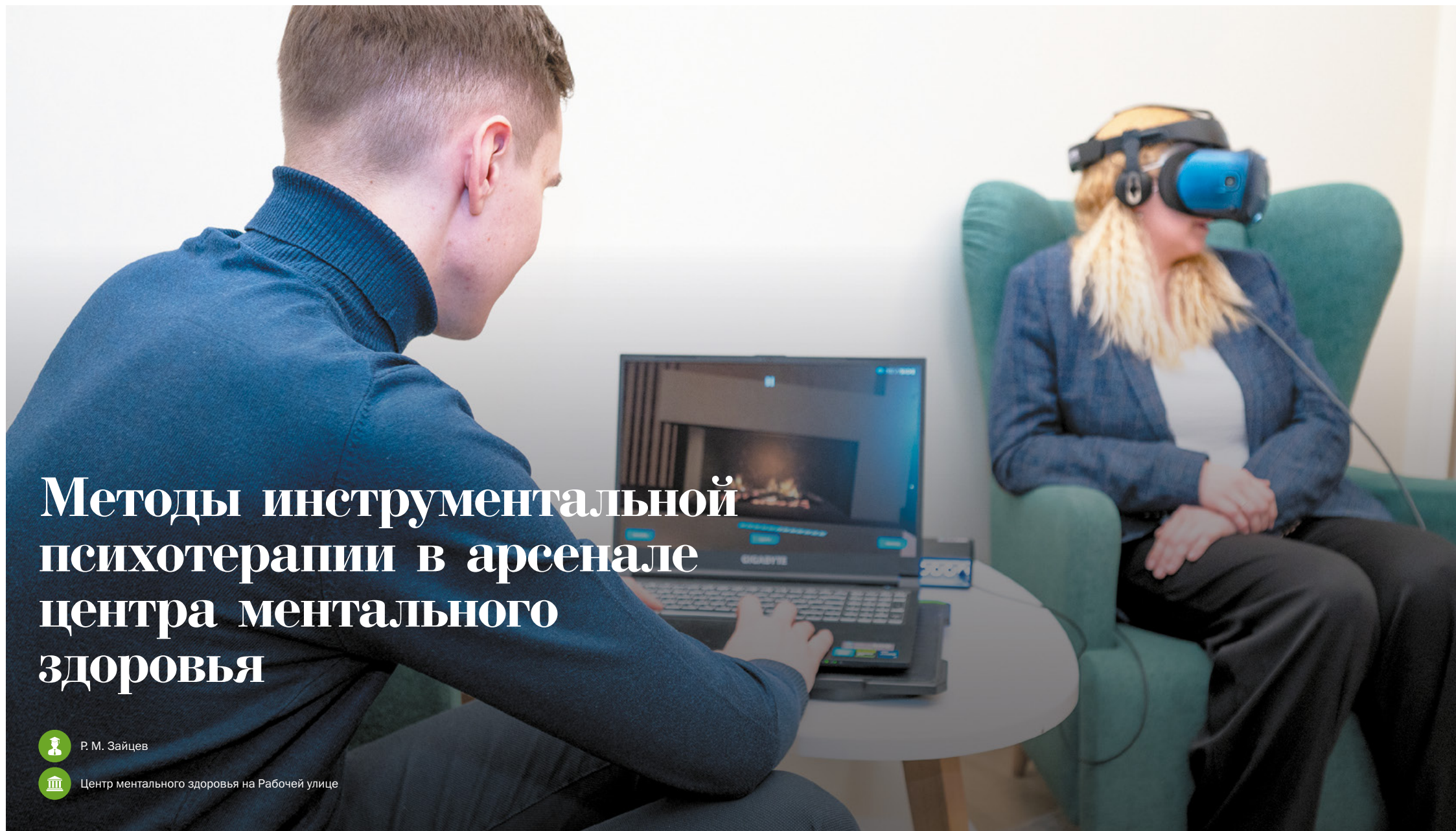
▲ Индивидуальная консультация в центре ментального здоровья

— Как вы оцениваете эффективность оказываемой помощи и какие показатели для этого используются?

— Для оценки динамики на 30-й, 60-й, 90-й день работы мы используем шкалы А. Бека для определения уровня тревоги и депрессии, которые применяются и при входящем скрининге. Сравнение результатов с первым и последующими скринингами показывает

— Какой у вас сложился коллектив? Сотрудники каких специальностей работают в вашем центре?

— В нашем центре работают психологи, психотерапевты и медицинские психологи. Состав очень молодой и амбициозный. Коллектив устоялся. Наши врачи и психологи видят результаты своего труда, вдохновляясь на совершенствование своих профессиональных навыков, проходят курсы повышения квалификации, обучения.



Методы инструментальной психотерапии в арсенале центра ментального здоровья



Р. М. Зайцев



Центр ментального здоровья на Рабочей улице

Фото: НИИОЗММ

В современной психотерапии особое место занимают инструментальные методы, которые расширяют возможности традиционных подходов к лечению. В центре ментального здоровья на Рабочей улице постоянно в ходу большой арсенал аппаратных технологий. О том, как они используются в комплексных программах, рассказывает заместитель руководителя центра, врач-психотерапевт Роман Зайцев.

О центре и коллективе

Наш центр ментального здоровья был открыт 10 июня 2024 года. Работать в таком центре, где вся обстановка – просторные кабинеты и зоны ожидания с картинами, удобной мягкой мебелью, обилием цветов – до мелочей продумана дизайнерами, одно удовольствие. Да и клиенты отмечают



Погружение пациента в виртуальную среду позволяет ему переживать ситуации, вызывающие различные эмоциональные реакции

БЕЗУСЛОВНО, КЛЮЧЕВОЙ ФИГУРОЙ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВРАЧ-ПСИХОТЕРАПЕВТ, КОТОРЫЙ ВЕДЕТ И ПЕРВИЧНЫЙ, И ПОВТОРНЫЕ ПРИЕМЫ

особый комфорт и уют, который здесь создан. Для сотрудников центра начало работы в этом амбулаторном учреждении совершенно нового профиля, подобных которому не было в Москве, да и в России, стало важным событием в профессиональной жизни: новое место работы, новый коллектив, новые интересные задачи.

Коллектив центра – молодой. Все работают с энтузиазмом, с интересом, горят желанием помогать людям. Среди сотрудников центра, непосредственно оказывающих помощь людям, – психологи, клинические психологи (специалисты, имеющие высшее медицинское образование), врачи-физиотерапевты и медсестры физиотерапевтического кабинета.

Безусловно, ключевой фигурой в лечебном процессе является врач-психотерапевт, который ведет и первичный, и повторные приемы. Но самое главное – он координирует работу всех других специалистов, делает все назначения в зависимости от индивидуальных потребностей посетителя и специфики его проблемы, в том числе направляет к клиническим психологам. К ним можно попасть только по назначению врача.

Клинические психологи, работающие в нашем центре ментального здоровья, – многопрофильные специалисты. Они занимаются диагностической деятельностью, проводят экспериментальные психологические исследования, которые необходимы для более глубокого понимания состояния человека, а также дифференциальную диагностику, чтобы исключить схожие по симптомам состояния и выявить наиболее вероятный диагноз. Также клинические психологи проводят сеансы индивидуальной психокоррекции, в том числе с применением инструментальных методов лечения. >>>

ЧЕЛОВЕК ДОЛЖЕН НАУЧИТЬСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ НАВЫКИ САМОРЕГУЛЯЦИИ В МОМЕНТ КАКИХ-ТО СЛОЖНЫХ СИТУАЦИЙ, КОТОРЫЕ РАНЬШЕ ВЫЗЫВАЛИ У НЕГО НАПРЯЖЕНИЕ, РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ, УЧАЩЕНИЕ ПУЛЬСА

Инструментальные методы лечения в нашей практике

Инструментальные методы, которые мы используем в своей работе, подразделяются на физиотерапевтические и на нефизиотерапевтические. К физиотерапевтическим методам коррекции относятся транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), электросон. К нефизиотерапевтическим – биологическая обратная связь (БОС), психокоррекция с помощью виртуальной реальности.

Эти методы отличаются возможностью сочетания с другими методами лечения. В ряде случаев их применение позволяет снизить медикаментозную нагрузку. Главная цель применения этих инструментальных методов – развитие

способностей к саморегуляции. Человек должен научиться использовать навыки саморегуляции в момент каких-то сложных ситуаций, которые раньше вызывали у него напряжение, резкое повышение давления, учащение пульса, чтобы в будущем при возникновении подобных ситуаций с помощью, например, дыхания, расслабления он смог бы хоть немного снять это напряжение и не допустить развития более негативного сценария.

Биологическая обратная связь

Метод биологической обратной связи предполагает работу с визуальным агентом.

Развитие способностей к саморегуляции – главная цель применения инструментальных методов



Фото: НИИОЗММ

Человеку устанавливают датчики, считывающие сердечные сокращения и частоту вдоха и выдоха. Обычно на экране монитора возникает изображение какого-то предмета, которым надо научиться управлять, регулируя свое эмоциональное состояние. Глядя на монитор, мы получаем обратную связь, показывающую, насколько нам удастся расслабиться, успокоиться. Это ясный и понятный метод, который позволяет развить очень важный навык – навык управления своей вегетативной регуляцией. Обретя этот навык, человек сможет потом и в каких-то жизненных ситуациях практиковать его, уже без обратной связи, возвращая самообладание.

Виртуальная реальность

Очки виртуальной реальности (VR-очки) создают эффект полного погружения пациента в виртуальную среду, что позволяет ему переживать ситуации, вызывающие различные эмоциональные реакции. Благодаря этому интерактивному методу пациенты учатся управлять своими эмоциями и реакциями в стрессовых ситуациях, что повышает их устойчивость к стрессу в реальной жизни. В процессе сеанса и курса терапии оператор шаг за шагом усложняет задания, повышает интенсивность виртуальных сценариев, к которым человек постепенно адаптируется. Этот метод способствует восстановлению когнитивных функций, улучшению памяти, внимания и моторики. Мы используем его для лечения посттравматического стрессового расстройства, различных фобий, панических атак и социальной тревожности.

Светотерапия

Этот очень простой, но хорошо зарекомендовавший себя метод применяется в лечении

различных эмоциональных нарушений. В светотерапии используются специальные терапевтические лампы, которые излучают яркий свет с определенной длиной волны. Этот свет способствует выработке мелатонина и серотонина – гормонов, повышающих настроение, благодаря чему данный метод врачи-психотерапевты нередко назначают пациентам с депрессиями и тревожными расстройствами. Сеансы светотерапии хорошо регулируют циркадные ритмы, что позволяет использовать этот метод для лечения бессонницы и других нарушений сна. Мы нередко назначаем светотерапию нашим пациентам в осенне-зимний период для лечения сезонных аффективных расстройств, возникающих на фоне снижения естественного солнечного света.

Аудиовизуальный комплекс + кресло с нулевой гравитацией

Это специализированный мультимодальный аппарат, объединяющий аудиовизуальные технологии с креслом, предназначенным для создания эффекта невесомости или облегчения нагрузки на тело. Это способствует уменьшению болевых ощущений и улучшению кровообращения. Аудиовизуальный комплекс, в свою очередь, позволяет воспроизводить звук, например в наушниках, и видеоизображения на экране с помощью проектора. Использование музыки и визуальных образов позволяет создать погружающую среду, настраивающую человека на расслабление. Такое комплексное воздействие применяется в психотерапии в программах коррекции тревожных и посттравматических стрессовых расстройств, для погружения в медитацию, в лечении хронических болевых синдромов, при бессоннице и проблемах с адаптацией, для улучшения мозговой активности. >>>

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОТЛИЧАЮТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬЮ СОЧЕТАНИЯ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ. В РЯДЕ СЛУЧАЕВ ИХ ПРИМЕНЕНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ СНИЗИТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ НАГРУЗКУ

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС)

Этот метод основан на неинвазивной стимуляции головного мозга переменным магнитным полем, которое индуцирует электрические токи в нейронах. Такое воздействие приводит к изменению активности определенных участков мозга, что способствует улучшению состояния пациента. Процедура транскраниальной магнитной стимуляции обычно длится от 20 до 40 минут и проводится курсами в течение нескольких недель. Метод используется для лечения депрессивных и тревожно-фобических расстройств, посттравматических стрессовых расстройств, в терапии хронической боли, мигрени, для восстановления после инсульта. Транскраниальная магнитная стимуляция дает хорошие результаты, особенно у пациентов, которые не отвечают на медикаментозную терапию или психотерапевтические методы воздействия.

Нормобарическая гипокситерапия

Этот метод использует воздух с пониженным содержанием кислорода, за счет чего создается эффект разреженного горного воздуха. Иногда его так и называют «горный воздух». Однако если в горах атмосферное давление пониженное, то здесь оно нормальное. Нормобарическая гипокситерапия оказывает стимулирующий эффект при затяжных депрессиях, тревожных и астенических расстройствах, помогает повысить устойчивость организма к любому стрессу. В результате процедуры нормобарической гипокситерапии у пациентов активируются нейронные механизмы, ответственные за генерацию и координацию движений, передачу сигналов от мозга к мышцам. Повышается функциональная активность моторных областей коры головного мозга

и связанных структур. Также сеансы нормобарической гипокситерапии способствуют уменьшению выраженности неприятных и болезненных ощущений в теле, уменьшению тахикардии, поэтому мы нередко назначаем «горный воздух» нашим пациентам с соматизированными расстройствами. В результате таких сеансов дыхание у пациента становится более глубоким и ровным, что сказывается и на его эмоциональном состоянии.

Транскраниальная электро-стимуляция

Этот метод использует воздействие на зоны мозга слабым электрическим импульсным током силой 1–3 мА. Электроды закрепляются в области лба и сосцевидных отростков. Импульсы тока, проникая через естественные барьеры, модулируют активность нейронов, изменяют возбудимость коры головного мозга, стимулируют выработку бета-эндорфинов, которые улучшают настроение. Этот метод дает очень хороший эффект у пациентов с болевым синдромом при мигренях, невротических и неврозоподобных и депрессивных состояниях, а также дезадаптации.

Электросон

На голову пациента накладываются электроды, через них подается слабый переменный низкочастотный ток, который преобразует электрическую активность мозга, способствуя переходу человека в состояние, близкое к фазам глубокого сна. Во время процедуры человек обычно находится в состоянии покоя, расслабления и сниженной активности сознания. Электросон оказывает седативный, анальгезирующий эффект, то есть способствует расслаблению, снятию эмоционального напряжения и стресса. Этот метод



Фото: НИИОЗММ

также помогает нормализовать сон, улучшить работоспособность и когнитивные функции. Когда человек выспался, улучшается его общее состояние. Так же действует и электросон. Этот метод мы широко применяем у наших пациентов в лечении тревожных расстройств, депрессии, нервного истощения и хронической усталости, психосоматических заболеваний, бессонницы.

Подводя итоги сказанному...

Программы лечения и профилактики, включающие инструментальные методы терапии, помогают нашим пациентам снять напряжение, избавиться от каких-то негативных последствий стресса и вернуться к активной жизни. Стресс стал бичом современного мира, мира больших скоростей и огромной информационной нагрузки. К сожалению, не все люди

способны справляться с таким напряжением. А у тех, кто вроде бы и способен противостоять ему, иногда возникают такие стрессовые ситуации, что и они бессильны что-либо изменить. Поэтому очень важно, чтобы психотерапевтическая помощь, использующая в комплексе самые разные методы, была доступна широкому кругу людей. Помощь частного психотерапевта – это достаточно дорогое удовольствие, не каждый человек может себе его позволить. Центры ментального здоровья, которые и дальше будут создаваться в других районах нашего города, открыты для всех москвичей, а условия в них ничуть не хуже и даже лучше, чем в частной клинике. Во всяком случае, такой набор методов терапии – аппаратных и инструментальных технологий физиотерапии, а также прекрасно подготовленных специалистов надо еще поискать. Я считаю, что это очень актуальный проект.

▲ Процедура электросона оказывает анкилозирующий эффект, то есть способствует расслаблению

СТРЕСС СТАЛ БИЧОМ СОВРЕМЕННОГО МИРА, МИРА БОЛЬШИХ СКОРОСТЕЙ И ОГРОМНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ НАГРУЗКИ. К СОЖАЛЕНИЮ, НЕ ВСЕ ЛЮДИ СПОСОБНЫ СПРАВЛЯТЬСЯ С ТАКИМ НАПРЯЖЕНИЕМ

Первый психотический эпизод: диагностика, подходы к лечению и влияние на жизнь пациентов



О. А. Карпенко, А. М. Левин



Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н. А. Алексеева

ЗАГОРОДНОЕ
ШОССЕ

2

Первый психотический эпизод нередко становится переломным моментом в жизни человека, определяя не только дальнейшее течение заболевания, но и качество жизни, социальную адаптацию, профессиональную реализацию.

Фото: НИИОЗММ

Клиническая картина и механизмы развития

Психотические состояния традиционно рассматриваются в контексте расстройств шизофренического спектра, хотя могут встречаться и при других психических заболеваниях и даже вне психических расстройств. Клиническая картина включает два принципиально разных типа симптоматики.

Симптомы включают яркие проявления в виде галлюцинаций, бреда и заметных изменений поведения. Негативная симптоматика выражается как эмоциональная холодность, снижение энергетического потенциала и волевых качеств. Коварство негативных симптомов заключается в их малозаметности на первых этапах, родственники могут долгое время списывать эти изменения на лень, плохой характер или возрастные особенности, упуская драгоценное время для раннего вмешательства.

Современные исследования показывают, что патологические процессы, приводящие к развитию психоза, начинаются задолго до его клинической манифестации. Первый психотический эпизод – момент, когда болезнь проявляет себя наиболее явно через бред или галлюцинации, антисоциальное, агрессивное или суицидальное поведение. Однако продромальный период, для которого характерны неспецифические изменения в виде повышенной тревожности, эмоциональной нестабильности, странностей в поведении, может длиться месяцами и даже годами.

Возраст и факторы риска

Наиболее характерным периодом для дебюта психотических расстройств считается возраст от 16 до 30 лет, что совпадает с важными этапами социального и профессионального становления личности. Однако клиническая практика показывает, что первые проявления могут возникать как в более раннем (до 16

СУЩЕСТВУЮТ ТРИ ГРУППЫ ФАКТОРОВ, СПОСОБНЫХ СПРОВОЦИРОВАТЬ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД: БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ

лет), так и в более позднем (даже после 60 лет) возрасте, хотя такие случаи встречаются реже и требуют особенно тщательной дифференциальной диагностики.

Существуют три группы факторов, способных спровоцировать психотический эпизод: биологические, психологические и социальные.

К биологическим факторам относятся психоактивные вещества, употребление которых может вызвать необратимые последствия. К другим значимым биологическим факторам относятся тяжелые инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, аутоиммунные поражения нервной системы, а также некоторые эндокринные нарушения.

Поводом для первого психотического эпизода могут стать острые стрессовые реакции на значимые жизненные события, хроническое психоэмоциональное напряжение, травматический опыт. Спровоцировать приступ могут сдача экзаменов, смена коллектива – ситуации, которые у обычных людей не вызывают чрезмерных реакций. Среди социальных факторов риска – социальная изоляция, неблагоприятные условия воспитания в детском возрасте, миграция.

Диагностические подходы

Диагностика первого психотического эпизода представляет собой сложный многоэтапный процесс, требующий не только профессиональных знаний, но и клинического опыта. Стандартный диагностический алгоритм включает тщательное клиническое обследование, анализ анамнестических данных и обязательное проведение дифференциальной диагностики. >>>



Фото: НИИОЗММ

▲ На территории Алексеевской больницы создана умиротворяющая атмосфера

Особое внимание в диагностическом процессе уделяется исключению органической природы расстройства. Крайне важно обязательное проведение инструментальных и лабораторных исследований. Например, был показательный случай, когда у пожилого пациента с типичной психотической симптоматикой, но нетипичными другими клиническими данными по результатам компьютерной томографии выявили признаки инсульта. Это наглядная иллюстрация того, что следует тщательно подходить к сбору сведений у пациента и родственников и даже при наличии бреда и галлюцинаций помнить о других причинах психоза, кроме шизофрении, проводить комплексное соматическое обследование. В подобных случаях лечение должно быть направлено в первую очередь на основное заболевание.

Современные подходы к лечению первого психотического эпизода

Лечение первого психотического эпизода представляет собой комплексную задачу, требующую индивидуального подхода и учета множества факторов. Современная психиатрия располагает широким арсеналом методов помощи.

Основу терапии первого психотического эпизода составляют антипсихотические препараты. Однако ключевой проблемой остается низкая приверженность пациентов к лечению. Когда состояние больного улучшается, у него часто возникает ложное ощущение полного выздоровления, что приводит к самовольной отмене терапии. При этом

СТАНДАРТНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВКЛЮЧАЕТ ТЩАТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ПОСЛЕ ТОГО КАК ОСТРЫЕ СИМПТОМЫ СНЯТЫ, ВАЖНО ПОДКЛЮЧИТЬ ПСИХОТЕРАПИЮ И СОЦИАЛЬНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ. ЭТО ПОМОГАЕТ ЧЕЛОВЕКУ АДАПТИРОВАТЬСЯ, НАУЧИТЬСЯ ЗАМЕЧАТЬ РАННИЕ ПРИЗНАКИ УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ

последствием самовольной отмены препаратов в 70–80 % случаев становится рецидив заболевания в течение ближайших месяцев. Поэтому крайне важно разъяснять пациентам и их родственникам необходимость продолжительного, часто многолетнего поддерживающего лечения даже при отсутствии явных симптомов.

После того как острые симптомы сняты, важно подключить психотерапию и социальную реабилитацию. Это помогает человеку адаптироваться, научиться замечать ранние признаки ухудшения состояния. Важно работать не только с пациентом, но и с его близкими – объяснять, как правильно выражать поддержку, на что обращать внимание.

Психообразование – очень важный фактор. Необходимо объяснять и пациенту, и его родственникам, что происходит, как правильно лечиться, как жить с этим состоянием. Родственники часто находятся в сильном стрессе, им тоже нужна и информация, и поддержка. Мы учим пациентов замечать ранние признаки ухудшения, чтобы вовремя обратиться за помощью, не доводя до острого состояния. Также помогаем развивать социальные навыки – общаться, справляться со стрессом, решать бытовые вопросы. В этой работе активно участвуют близкие пациента, а при необходимости – социальные службы. Главная цель – не просто купировать психотическую симптоматику, а помочь человеку вернуться к полноценной жизни: продолжить образование, сохранить рабочее место, поддерживать значимые социальные связи.

Прогностические факторы и долгосрочные перспективы

Современные исследования показывают, что у каждого третьего пациента после первого психотического эпизода заболевание не рецидивирует. В остальных случаях

болезнь может приобрести хроническое течение, однако при адекватной терапии и соблюдении врачебных рекомендаций возможно достижение длительных и устойчивых ремиссий.

Пока еще нет способа с абсолютной точностью предсказать течение заболевания у конкретного пациента, однако многолетние наблюдения позволили точно выявить, что раннее начало терапии, приверженность лечению и наличие социальной поддержки существенно улучшают долгосрочный прогноз.

Специализированные клиники первого эпизода

Первая в России специализированная клиника для пациентов с первым психотическим эпизодом была создана в начале 2000-х годов на базе Московского научно-исследовательского института психиатрии (ныне – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского Минздрава России). Именно там впервые были разработаны и систематизированы методики работы с этой категорией пациентов, выпущены соответствующие методические рекомендации. Клиника работала в формате дневного стационара и стала прототипом для последующих аналогичных учреждений.

В ноябре 2017 года в системе Департамента здравоохранения Москвы открылась Клиника первого психотического эпизода на базе Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева, где помощь оказывается по полному циклу – от круглосуточного стационара до диспансерного наблюдения. Два года спустя начала работу клиника первого эпизода в Психиатрической клинической больнице № 4 имени П. Б. Ганнушкина.

Философия клиник первого эпизода основана на особом подходе к молодым пациентам, впервые столкнувшимся с психозом, >>>

ФИЛОСОФИЯ КЛИНИК ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ОСНОВАНА НА ОСОБОМ ПОДХОДЕ К МОЛОДЫМ ПАЦИЕНТАМ, ВПЕРВЫЕ СТОЛКНУВШИМСЯ С ПСИХОЗОМ, ДЛЯ КОТОРЫХ ТЯЖЕЛЕЙШИЙ СТРЕСС – ВНЕЗАПНО ОКАЗАТЬСЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СРЕДИ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

для которых тяжелейший стресс – внезапно оказаться в психиатрической больнице среди хронически больных. Такая обстановка сама по себе может быть дополнительной травмой. По этой причине в специализированных отделениях создают особую среду: размещают пациентов сходного возраста, исключают соседство с хроническими больными, делают акцент на реабилитационных программах. Важно, чтобы первое знакомство с психиатрией не стало негативным опытом, а напротив, дало надежду на выздоровление.

Рекомендации для семей пациентов

Родственники пациентов с первым психотическим эпизодом играют ключевую роль как в процессе диагностики и лечения, так и в последующей реабилитации. Распространены две неконструктивные модели поведения в семьях пациентов:

- 1) Чрезмерная опека, постоянный контроль и ограничение самостоятельности больного, что препятствует восстановлению социального функционирования.
- 2) Полная отстраненность от проблем пациента, игнорирование симптомов или отрицание диагноза, что снижает эффективность лечения и повышает риск рецидивов.

Важно найти золотую середину: обеспечивать поддержку, но не лишать человека самостоятельности. Необходимо давать ему

возможность принимать решения и нести ответственность в пределах актуальных возможностей, но при этом быть готовыми вовремя прийти на помощь.

Очень полезно участие в программах семейного психообразования, которые помогают родственникам лучше понимать природу заболевания и эффективные стратегии поддержки.

Перспективы развития помощи

Ведутся уникальные исследования в области генетики и омиксных технологий. В частности, была удостоена гранта мэра Москвы технология NeurOmix, разработанная врачами Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева и исследователями «Сколтеха». Это первая в мире омиксная методика, которая на основе данных о химическом составе плазмы крови позволяет оценить для человека риск ментальных расстройств с точностью более 90 %.

Первый психотический эпизод представляет собой серьезное испытание как для самого пациента, так и для его близких. Однако современная психиатрия располагает эффективными методами помощи, позволяющими в большинстве случаев достичь значительного улучшения состояния и восстановления социального функционирования. Главное – вовремя заметить изменения и обратиться за помощью. Да, это серьезное заболевание, но с ним можно жить полноценной жизнью – работать, учиться, создавать семью.* 

* Необходимо проконсультироваться со специалистом.

ГЛАВНАЯ ГАЗЕТА ДЛЯ МЕДИКОВ И ПАЦИЕНТОВ МОСКВЫ



В СВОБОДНОМ ДОСТУПЕ
В ПОЛИКЛИНИКАХ
И БОЛЬНИЦАХ ГОРОДА



Есть противопоказания, посоветуйтесь с врачом

Расстройства пищевого поведения: вызовы современности и подходы к лечению

Серьезность расстройств пищевого поведения, несмотря на всю их тяжесть, часто оказывается недооцененной. Для лечения этих заболеваний в феврале 2019 года при Психиатрической больнице № 1 имени Н. А. Алексеева была создана специальная клиника. Каковы причины этих расстройств и как проводится их лечение?



Людмила Сатьянова, врач-психиатр, руководитель Клиники расстройств пищевого поведения Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева, к. м. н.



Фото: НИИОЗММ

– Людмила Степановна, расстройства пищевого поведения сегодня представляют серьезную общественную проблему. Чем это можно объяснить?

– Действительно, эти заболевания часто недооцениваются, хотя являются тяжелыми психическими расстройствами с высоким риском осложнений. Одна из ключевых причин роста их распространенности – изменение социальных установок, в частности, чрезмерные требования к внешности. Это давление ощущается не только в подростковой среде, где избыточная масса тела нередко становится поводом для буллинга, но и у взрослых. Люди сравнивают себя с идеализированными образами в социальных сетях, стремятся соответствовать стандартам, задаваемым звездами и блогерами, картинкам с гляцевых журналов. При этом редко кто раскрывает, что за этими фотографиями стоят изнурительные диеты, различные косметологические процедуры, психологические страдания и зачастую расстройства пищевого поведения. Другой важный фактор – доступность непроверенной информации. В поисках способов похудеть люди нередко обращаются к интернету, где описаны экстремальные диеты и «волшебные» средства. Все это может привести к серьезным нарушениям как физического, так и психического здоровья.

– Какие виды расстройств пищевого поведения наиболее распространены и чем они опасны?

– В современной классификации к расстройствам пищевого поведения (РПП) относятся: нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание, а также расстройства приема пищи, к которым, в свою очередь, относят избегающее/ограничительное расстройство приема пищи, поедание несъедобного (пика), руминаторное расстройство и другие виды РПП: атипичные

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ – ЭТО НЕ ТОЛЬКО АНОРЕКСИЯ И БУЛИМИЯ

формы анорексии и булимии, орторексия, бигорексия, дранкорексия, диабулимия, синдром ночной еды.

Бигорексия, или мышечная дисморфия, – это искаженное восприятие собственного тела, при котором человек считает себя недостаточно мускулистым, несмотря на атлетическое телосложение. Этот вид РПП чаще встречается у мужчин, особенно среди подростков и молодых людей, увлекающихся фитнесом. Они могут чрезмерно фокусироваться на «сушке», потреблении белка, изнурительных тренировках. Это состояние часто оценивается многими специалистами, как «просто увлечение» или незначительные отклонения в поведении, но на самом деле оно может быть предвестником серьезных расстройств, включая анорексию. Ведь и там, и здесь формируется сверхценная идея тела, превращающаяся в центр жизни. Поэтому не стоит закрывать глаза, если вдруг жизнерадостный и веселый подросток чрезмерно погружается в спорт, контролирует свое питание, стремится похудеть. Возможно, стоит получить консультацию психолога и психиатра, которые занимаются проблемой пищевых расстройств.

Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи – еще одно важное расстройство, особенно характерное для детей и подростков. Оно проявляется в постепенном сужении рациона из-за чувства отвращения, тревоги или страха перед определенными продуктами. Например, ребенок может отказаться от белка вареного яйца, далее от мяса, овощей, и в итоге его рацион сокращается до 5–10 продуктов, так как все остальное может вызывать тревогу, панику, страх и даже рвоту. Такое поведение может привести к дефициту питательных веществ, замедлению роста и стать предрасполагающим фактором к развитию нервной анорексии.

Расстройства пищевого поведения – это не слабость, не прихоть, а реальные заболевания



Фото: мос.ру

▲ Специалисты центров ментального здоровья при необходимости направляют своих пациентов в Клинику расстройств пищевого поведения

— **Какое расстройство пищевого поведения встречается чаще всего?**

— На сегодня компульсивное переедание – самое распространенное. Оно чаще развивается после 25 лет и одинаково поражает мужчин и женщин, хотя традиционно считается женской проблемой. Компульсивное переедание – не просто любовь к еде. Это приступообразные эпизоды поглощения большого количества пищи в короткий промежуток времени, сопровождающиеся потерей контроля. Пациенты описывают это как «затуманенное сознание»: «очнулся – а съел три порции». При этом приступы происходят без чувства голода, часто в одиночестве, и заканчиваются глубоким чувством стыда, вины и самоосуждения. Важно понимать: это

психическое заболевание, а не недостаток силы воли.

— **А как связаны компульсивное переедание и нервная булимия?**

— Нервная булимия включает в себя те же приступы переедания, но с последующим компенсаторным поведением: вызывание рвоты, прием слабительных, мочегонных, голодание, чрезмерные физические нагрузки. Однако не все пациенты с булимией имеют избыточный вес – многие поддерживают нормальную массу тела за счет этих механизмов. Булимия – крайне опасное состояние. Из-за постоянных очищений нарушается электролитный баланс, особенно снижается уровень калия, что может привести к аритмиям, остановке

КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ 25 ЛЕТ И ОДИНАКОВО ПОРАЖАЕТ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, ХОТЯ ТРАДИЦИОННО СЧИТАЕТСЯ ЖЕНСКОЙ ПРОБЛЕМОЙ

сердца. Пациенты с булимией часто попадают в реанимацию с судорогами, обезвоживанием, перфорацией пищевода.

— **Что вы можете сказать о нервной анорексии?**

— Конечно, нервная анорексия – одно из самых тяжелых психических заболеваний. Истощенный человек имеет пугающий вид. Нервная анорексия характеризуется преднамеренным снижением массы тела при наличии искаженного образа восприятия себя и страха перед полнотой. Сознание охватывает сверхценность худобы и формы тела. Эта идея постепенно вытесняет все остальные аспекты из жизни человека. Существует два типа: ограничительный (строгие диеты, отказ от пищи) и очистительный (приступы переедания с последующими компенсаторными действиями – рвота, слабительные, мочегонные). От нервной булимии очистительный тип отличается критериями веса. Важно помнить, что это состояние угрожает жизни, так как происходит нарушение функций всех органов и систем.

— **А каковы причины этих расстройств?**

— Мы придерживаемся биопсихосоциальной модели. У 50–70 % пациентов выявляется генетическая предрасположенность, особенности нейромедиаторных систем (серотонин, дофамин), также отмечаются особенности личности – пациенты имеют склонность к тревожности, перфекционизму, эмоциональной лабильности. Но неблагоприятные наследственные факторы срабатывают лишь под влиянием внешних факторов: давление социума, травматический опыт, дисфункциональная семья, высокие требования к себе. Интересно, что анорексия и булимия чаще

диагностируются у женщин, но у мужчин заболевание часто остается невыявленным из-за стигмы. Мы нередко сталкиваемся с тем, что отцы наших пациенток сами страдают расстройствами пищевого поведения, но никогда не обращались за помощью.

— **Как организована выявляемость и диагностика таких расстройств пищевого поведения?**

— Пациенты приходят на первичную консультацию, где в процессе клинического интервью мы определяем вид расстройства пищевого поведения и даем рекомендации. Чаще всего пациенты обращаются к нам первично, однако за последние два года мы отмечаем рост направлений от эндокринологов, неврологов, терапевтов, психологов и центров ментального здоровья. В рамках лечения в клинике мы проводим углубленную диагностику: патопсихологическое обследование, оценку сопутствующих расстройств, анализ динамики веса, пищевого поведения и семейного анамнеза. Это позволяет поставить точный диагноз и разработать индивидуальную стратегию лечения.

— **Какие методы лечения применяются в вашем центре?**

— Медикаментозная терапия при чистых формах анорексии ограничена. В мире нет препаратов, одобренных для ее лечения. Однако в 90 % случаев у пациентов выявляются сопутствующие заболевания, такие как аффективные расстройства, тревожные и расстройства личности. Поэтому лечение всегда комплексное: лекарственная терапия, психотерапия – индивидуальная, групповая, семейная терапия. Работу с семьями пациентов мы считаем одной из ключевых. Даже самый эффективный специалист >>>

не сможет помочь, если дома царит обстановка, которая утяжеляет течение болезни и затрудняет процесс выздоровления. В нашей клинике работает мультидисциплинарная команда специалистов, что позволяет как выстраивать индивидуальный план в отношении психического состояния, так и отслеживать соматическое состояние.

— **Как организовано лечение — в стационаре или амбулаторно? Какие специалисты принимают в нем участие?**

— Наша клиника состоит из трех подразделений: круглосуточный стационар, дневной

стационар и амбулаторное подразделение. В зависимости от тяжести состояния пациент начинает свое лечение в том или ином подразделении. В круглосуточном стационаре оказывается помощь пациентам с выраженным истощением, тяжелыми соматическими осложнениями и тяжелым психическим состоянием. Дневной стационар предназначен для постепенной адаптации после лечения в круглосуточном стационаре, а также для первичных пациентов, имеющих выраженную мотивацию к лечению без тяжелых соматических осложнений. В амбулаторном подразделении продолжают наблюдение пациентов после активного курса лечения и поддерживают состояние ремиссии. Хочется отметить: принято считать, что нервная анорексия — самое

РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ — ЭТО НЕ СЛАБОСТЬ, НЕ ПРИХОТЬ, А РЕАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ТРЕБУЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, И С НИМ МОЖНО СПРАВИТЬСЯ



Фото: НИИОЗММ

МЫ РЕАЛИЗУЕМ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «РАЦИОН ЖИЗНИ», ЦЕЛЮ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

тяжелое заболевание, но нам приходится сталкиваться с тяжелейшими формами булимии, когда человек прибегает к 10–15-кратному вызыванию рвоты в сутки. У больных булимией может отмечаться стремительное снижение веса, уровень калия в крови падает до критических значений, а это значит, что в момент одного из очищений сердце может запросто остановиться. Такие пациенты — частые гости реаниматологических отделений. Как уже говорилось ранее, в нашей клинике используется мультидисциплинарный подход. В лечении каждого пациента принимают участие врачи-психиатры, психологи, гастроэнтеролог, реаниматолог, эндокринолог-диетолог. Задачей специалистов является постоянный мониторинг жизненно важных показателей всех органов и систем, их динамика, своевременная корректировка назначений, так как на первых порах состояние может меняться быстро при кажущемся физическом благополучии пациента. Нашим пациентам требуется длительное лечение, что обусловлено тяжестью состояния. Однако мы стремимся к скорейшей их социализации, поэтому активно вовлекаем в процесс лечения семьи.

— **Взаимодействуете ли вы с врачами общей практики, терапевтами, диетологами?**

— Взаимодействие есть, и мы его укрепляем. Терапевты и педиатры — первые, кто может заподозрить расстройство при диспансеризации. Но важно, как они это делают. Например, не стоит громко объявлять в классе: «У вас

ожирение! Худейте!» — это может стать пусковым механизмом развития болезни. Нужен такт, внимание к эмоциональному состоянию, вопрос: «Как вы относитесь к своему весу?», «Часто ли вы садитесь на диету и с какой целью?» — чем раньше будет выявлено расстройство, тем выше шансы на успешное лечение.

— **Ваша клиника расстройств пищевого поведения работает уже шесть лет. Наверняка накоплен большой опыт лечения этих заболеваний. Делитесь ли вы опытом с другими специалистами, ведете ли образовательные курсы?**

— Да, у нас есть программы обмена опытом для врачей и психологов. Мы проводим лекции в образовательных учреждениях. Также мы реализуем социальный проект «Рацион жизни», целью которого является информирование населения о расстройствах пищевого поведения.

— **Что бы вы посоветовали людям, подозревающим у себя или близких расстройство пищевого поведения?**

— Не ждите, пока станет хуже. Обратитесь за помощью к специалисту, а не в интернет. Расстройства пищевого поведения — это не слабость, не прихоть, а реальные заболевания, которые требуют профессионального вмешательства, и с ними можно справиться.*

* Необходимо проконсультироваться со специалистом.

Влияние зависимостей на психическое здоровье: механизмы, последствия и пути восстановления



А. В. Мяскин



Московский научно-практический центр наркологии



Современная медицина рассматривает зависимость как комплексное заболевание, затрагивающее физическое и психическое здоровье человека. Алкогольная, наркотическая и никотиновая зависимости, а также нехимические формы аддиктивного поведения формируют порочный круг, из которого человеку крайне сложно вырваться без профессиональной помощи. Все виды зависимостей оказывают разрушительное действие на психику, приводя к развитию тяжелых расстройств и существенно снижая качество жизни.

Фото: НИИОЗММ

Механизмы формирования зависимости

Механизмы развития зависимости оказывают значительное влияние на мозг и психику человека, вызывая структурные и функциональные изменения, которые приводят к сильной потребности в веществе или определенном поведении (в случае с нехимической зависимостью) и трудностям с контролем над ними. При регулярном повторении этого опыта мозг начинает адаптироваться, что проявляется в развитии толерантности, т. е. для достижения прежнего эффекта требуются все большие дозы вещества или более интенсивные переживания.

Одновременно с этим происходит фундаментальная перестройка работы мозга. В результате общение, творчество, работа и любые достижения, которые раньше приносили удовольствие, перестают активировать систему вознаграждения. Внимание

Участники группы чувствуют ответственность друг перед другом. Это снижает риск рецидива

Индивидуальное консультирование – также обязательная часть терапии

человека все больше фокусируется на объекте зависимости, который постепенно занимает центральное место в системе его жизненных ценностей. Формируется патологическая тяга, преодолеть которую без специальной помощи становится практически невозможно. Аддиктивное поведение закрепляется через механизмы обучения и памяти, что способствует развитию привычки и автоматизации поведения.

Патологические изменения охватывают все основные нейромедиаторные системы, включая серотониновую, норадреналиновую, ГАМК- и глутаматергическую. Эти нарушения проявляются эмоциональной нестабильностью, повышенной тревожностью и снижением контроля над поведением. Особенно страдают когнитивные функции из-за повреждения префронтальной коры, что приводит к импульсивности и ухудшению способности принимать взвешенные решения. >>>



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ



Групповые занятия помогают пациентам клиники развивать новые социальные связи

Возрастные особенности и клиническая картина

Наиболее уязвимыми к развитию зависимостей оказываются подростки и молодые люди 15–25 лет, что связано с незавершенным созреванием структур мозга, отвечающих за самоконтроль. Именно в этот период формируются паттерны поведения, которые могут сохраняться на всю жизнь. В зрелом возрасте зависимость чаще формируется на фоне хронического стресса или жизненных кризисов, а в более поздние годы может быть связана с попытками справиться с одиночеством или депрессией.

Не стоит забывать и о наследственных факторах, наличие которых может усиливать чувствительность к веществам или предрасположенность к развитию зависимостей через особенности нейрхимии мозга.

Ключевыми диагностическими критериями являются навязчивое влечение к веществу, потеря контроля над употреблением, развитие толерантности и синдрома отмены, а также продолжение употребления вопреки явному вреду. Клиническую картину дополняют эмоциональные нарушения, изменения сна и аппетита, социальная дезадаптация.

Взаимосвязь с психическими расстройствами

Зависимости тесно переплетаются с психическими заболеваниями, образуя сложные коморбидные состояния. Депрессия и тревожные расстройства могут как предшествовать, так и становиться следствием аддиктивного поведения. Особую сложность представляют случаи, когда зависимость сочетается с психическими расстройствами, что значительно ухудшает прогноз лечения.

Особенности воздействия различных видов зависимостей

Химические зависимости, такие как алкоголизм и наркомания, оказывают наиболее разрушительное воздействие на психику. Алкогольная зависимость приводит к развитию депрессивных состояний, тревожных расстройств и когнитивных нарушений. В тяжелых случаях возможно развитие алкогольных психозов, сопровождающихся галлюцинациями и бредовыми идеями. Наркотические

НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ, ТАКИЕ КАК ИГРОВАЯ ИЛИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ, ДЕЙСТВУЮТ ПО СХОЖИМ МЕХАНИЗМАМ, ХОТЯ И БЕЗ ПРЯМОГО ХИМИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МОЗГ

вещества могут вызывать острые психотические состояния, тревожность, депрессию, а также приводить к развитию хронических психических заболеваний.

Никотиновая зависимость тоже существенно влияет на эмоциональную стабильность, уровень тревожности и качество сна. Курящие люди часто отмечают повышенную раздражительность, что свидетельствует о сформировавшейся физической и психической зависимости.

Нехимические зависимости, такие как игровая или интернет-зависимость, действуют по схожим механизмам, хотя и без прямого химического воздействия на мозг. Их особенностью является более быстрое развитие социальных последствий при относительной сохранности физического здоровья. Человек, страдающий от нехимической зависимости, постепенно теряет интерес к реальной жизни, его социальные связи разрушаются, а профессиональная деятельность приходит в упадок.

Взаимосвязь зависимостей и психических расстройств

Зависимости и психические расстройства образуют сложную систему взаимного влияния, где каждое состояние усиливает проявления другого.

Депрессивные расстройства часто развиваются у людей с химическими зависимостями, причем нейрхимические нарушения, вызванные длительным употреблением психоактивных веществ, значительно усугубляют течение депрессии. Важно отметить, что в этом взаимодействии депрессия может выступать как причиной, так и следствием аддиктивного поведения.

Тревожные расстройства также тесно связаны с зависимостями и особенно обостряются

в периоды абстиненции. Возникающие страх и тревога часто становятся триггерами для рецидивов, поскольку человек инстинктивно возвращается к привычному способу снятия психологического напряжения. Особую группу составляют *психотические состояния* (экзогенные психозы), которые характерны для некоторых видов наркомании и могут приобретать затяжной характер, требующий продолжительного специализированного лечения.

Зависимость часто сочетается с пограничными, антисоциальными или другими *расстройствами личности*, что усложняет лечение и реабилитацию. *Когнитивные нарушения* особенно выражены при алкоголизме и наркомании и проявляются снижением памяти, внимания и общей продуктивности мышления. В тяжелых случаях эти нарушения могут прогрессировать и приводить к развитию энцефалопатии.

Сложная взаимосвязь между зависимостями и психическими расстройствами требует комплексного подхода к диагностике и лечению, учитывающего все аспекты этого взаимодействия.

Особенности игровой зависимости и ее влияние на психику

Игровая зависимость проявляется комплексом характерных признаков, затрагивающих различные сферы жизни. Основным *поведенческим маркером* становится навязчивое желание играть и потеря контроля над временем, проводимым за игрой. Виртуальный мир постепенно вытесняет реальные обязанности – учебу, работу, социальные контакты. Попытки ограничить игровую активность вызывают выраженный эмоциональный дискомфорт, проявляющийся раздражительностью или тревогой.

На *эмоциональном уровне* игры превращаются в способ избегания жизненных >>>

трудностей и негативных переживаний. Кратковременная эйфория от игровых достижений создает иллюзию решения проблем, подменяя собой естественные источники радости. Физиологические последствия включают нарушения сна, снижение физической активности и нерегулярное питание, часто состоящее из вредных перекусов.

Социальные последствия проявляются в постепенной изоляции – ухудшаются реальные межличностные отношения, теряется интерес к живому общению. Психическое состояние характеризуется эмоциональной нестабильностью: тревожностью, депрессивными настроениями, вспышками агрессии при ограничении доступа к игре. Страдают когнитивные функции: снижается концентрация внимания, ухудшается память и аналитические способности. При наличии предрасположенности могут развиваться или обостряться психические расстройства.

Важно отметить, что не все люди, увлекающиеся компьютерными играми, страдают от зависимости. Зависимость развивается при сочетании факторов личностной уязвимости, социального окружения и особенностей игр (например, наличие элементов азартных игр).

Современные подходы к диагностике

Диагностика зависимостей и связанных с ними психических нарушений требует комплексного подхода. Клиническое интервью позволяет собрать подробный анамнез, оценить степень зависимости и выявить сопутствующие психические расстройства. Врач обращает внимание на длительность, дозы, наличие абстинентного синдрома и попытки самостоятельного преодоления зависимости.

Психодиагностические методики включают стандартизированные опросники для выявления алкогольных проблем (AUDIT)

или для оценки наркотической зависимости (D UDIT), а также опросник для оценки готовности человека к изменениям, в частности, в контексте зависимостей и поведенческих изменений (SOCRATES и др.).

Проективные методы и тесты на когнитивные функции помогают оценить глубину психических нарушений. Лабораторные исследования позволяют объективно подтвердить факт употребления психоактивных веществ, а в некоторых случаях проводятся генетические тесты для оценки предрасположенности к зависимостям.

Эффективная диагностика обычно включает комплексный подход с использованием нескольких методов для получения полной картины состояния пациента.

Принципы эффективного лечения

Эффективное лечение зависимостей требует комплексного подхода, сочетающего медицинские, психологические и социальные методы. Основу терапии составляет медикаментозное лечение, включающее препараты для детоксикации, купирования синдрома отмены, а также препараты для коррекции сопутствующих психических расстройств.

Психотерапевтическая работа ведется по нескольким ключевым направлениям. Когнитивно-поведенческая терапия помогает пациентам распознавать и изменять деструктивные мыслительные схемы, разрабатывать стратегии преодоления тяги и формировать здоровые навыки совладания со стрессом. Мотивационное интервьюирование направлено на усиление внутренней готовности к изменениям и преодоление сопротивления лечению. Особое значение имеет семейная терапия, которая способствует восстановлению здоровых отношений в семье и созданию поддерживающей среды для выздоровления.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОМОГАЕТ ПАЦИЕНТАМ РАСПОЗНАВАТЬ И ИЗМЕНЯТЬ ДЕСТРУКТИВНЫЕ МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ СХЕМЫ, РАЗРАБАТЫВАТЬ СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТЯГИ И ФОРМИРОВАТЬ ЗДОРОВЫЕ НАВЫКИ



Фото: НИИОЗММ

Реабилитационные программы включают медицинское сопровождение, индивидуальную и групповую психотерапию, а также мероприятия по социально-трудовой адаптации. Важным компонентом являются группы взаимопомощи, такие как «Анонимные алкоголики», которые обеспечивают долгосрочную поддержку в поддержании трезвости.

Профилактика рецидивов строится на развитии навыков распознавания триггерных ситуаций, формировании здоровых стратегий преодоления трудностей и создании стабильного поддерживающего окружения. Особое внимание уделяется долгосрочному психологическому сопровождению пациентов после завершения основного курса лечения.

Профилактические мероприятия осуществляются на трех уровнях. Первичная профилактика направлена на просвещение населения о рисках зависимостей и развитие жизненных навыков. Вторичная профилактика фокусируется на раннем выявлении и коррекции рискованного поведения. Третичная профилактика нацелена на предотвращение рецидивов после лечения.

Наиболее эффективные результаты достигаются при индивидуальном подборе методов лечения и их длительном применении. Современные терапевтические подходы делают акцент не только на достижении ремиссии, но и на комплексном улучшении качества жизни пациентов, включая восстановление их социального функционирования и психологического благополучия. М

▲ Дыхательная гимнастика и упражнения на расслабление – часть комплексной терапии

За незаконное производство, сбыт, пересылку наркотических средств лица привлекаются к уголовной ответственности по статье 228.1 Уголовного кодекса Российской Федерации, предусматривающей наказание до пожизненного лишения свободы. А их незаконное потребление вызывает зависимость и непосредственно угрожает жизни и здоровью человека.

Курение и чрезмерное употребление алкоголя вредят вашему здоровью.

Инновации в диагностике, лечении и профилактике связанных со стрессом расстройств

А. Б. Гехт, Р. Г. Аюкигитов, А. Г. Герсамя, А. А. Гудкова, Н. В. Гуляева, Т. А. Дружкова, М. С. Зинчук, И. Н. Мишин, К. И. Почигаева

Научно-практический психоневрологический центр имени З. П. Соловьева



Целый комплекс инновационных научно-практических разработок, связанных с диагностикой, лечением и профилактикой стресс-ассоциированных расстройств и болезней мозга, был удостоен Премии Москвы в области медицины. Какие новые подходы и возможности открыты научной группой психоневрологического центра имени З. П. Соловьева?

Фото: НПЦ им. З. П. Соловьева



Фото: НПЦ им. З. П. Соловьева

Жизнь в условиях стресса

В последние годы во всем мире наблюдается значительный рост связанных со стрессом расстройств. И современные подходы должны опираться на понимание психологических и нейробиологических механизмов этих нарушений. Однако нерешенными остаются вопросы выявления биологических маркеров и оценка эффективности стратегий реабилитации.

Пандемия COVID-19 привела к серьезным последствиям для психического здоровья: по данным Глобального бремени болезней, распространенность тревожных и депрессивных расстройств выросла примерно на 25 % по сравнению с допандемийным периодом. Пандемия усилила ряд факторов, которые в допандемийных исследованиях были ассоциированы с повышенным суицидальным риском. Кроме того, у многих переболевших даже спустя время сохраняются когнитивные и эмоциональные нарушения, объединенные понятием постковидного синдрома.

▲ Преодоление связанных со стрессом расстройств – залог скорейшего возвращения к привычной жизненной активности

◀ Идет подготовка к процедуре краниотерапии ▶

Отдельного внимания заслуживает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которое может развиваться у любого человека в любом возрасте. Особенно после переживания экстремальных событий, насилия или катастроф. Основная сложность работы с ПТСР заключается в том, что пациенты часто не осознают необходимость в помощи, хотя испытывают серьезные трудности в адаптации. Это требует комплексного подхода, сочетающего психотерапевтические и медикаментозные методы.

Инновационные стратегии диагностики, лечения и профилактики социально значимых, связанных со стрессом расстройств, за которые был удостоен Премии Москвы в области медицины коллектив Центра имени З. П. Соловьева, охватили несколько направлений:

- нейрохимия стресса – исследование биомаркеров;
- стресс-ассоциированные психические расстройства в период пандемии новой коронавирусной инфекции; оздоровительная программа для медицинских работников, участвовавших в лечении пациентов с COVID-19;

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РАБОТЫ БЫЛА АДАПТИРОВАНА, ЗАПАТЕНТОВАНА И ВНЕДРЕНА ИННОВАЦИОННАЯ МЕТОДИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ УДОБНЫЙ И ДОСТУПНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДАННЫХ СОСТОЯНИЙ

- посттравматическое и другие связанные со стрессом расстройства, вызванные макросоциальными событиями.

Нейрохимия стресса — исследование биомаркеров

Научно-практическим психоневрологическим центром имени З. П. Соловьева (НПЦ) было проведено исследование параметров гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, симпатoadреналовой системы, а также провоспалительных цитокинов и нейротрофических факторов при различных социально значимых психических и неврологических патологиях, включая депрессию, суицидальные тенденции, когнитивные нарушения, ишемический инсульт, эпилепсию и психогенные неэпилептические приступы.

Значимым достижением стало исследование различий в динамике уровней кортизола и пролактина у пациентов после эпилептических приступов и психогенных неэпилептических приступов с учетом циркадных ритмов. Полученные данные позволили разработать и внедрить инновационную методику использования этих биомаркеров в качестве дополнительного высокоинформативного инструмента дифференциальной диагностики.

Впервые проведено углубленное изучение параметров стресс-реализующих систем у женщин с пограничными (непсихотическими) психическими расстройствами, имеющих суицидальные мысли. Особое внимание уделялось анализу влияния детской травматизации на развитие несуйцидального самоповреждающего поведения во взрослом возрасте. Результаты исследования позволили выявить ключевые предикторы такого поведения,

что существенно оптимизировало подходы к ведению этой категории пациентов.

В работе применялся комплексный инновационный подход, сочетающий клинические, нейрохимические и нейровизуализационные методы исследования. Лабораторная часть исследования включала использование специально адаптированных методик, предусматривающих параллельное измерение параметров в различных биологических материалах (сыворотка крови, слюна, волосы для определения кортизола). Для наиболее значимых показателей, характеризующих функционирование стресс-реализующих систем, проводились динамические измерения, что позволило минимизировать влияние межличностной вариабельности. Полученные результаты легли в основу разработки неинвазивных и доступных лабораторных методик для персонализированного подхода в рамках исследованных патологий.

Анализ биомаркеров у пациентов с эпилептическими и психогенными приступами выявил существенные различия в суточной динамике приступов. После эпилептических приступов отмечалось значительное повышение уровней кортизола и пролактина в течение первого часа по сравнению с психогенными приступами. Эти различия сохранялись при учете циркадных колебаний кортизола.

Также была выявлена связь между вероятностью развития несуйцидального самоповреждающего поведения у пациенток с пограничными психическими расстройствами и суицидальными мыслями с двумя ключевыми факторами: неблагоприятной домашней обстановкой в детстве и повышенным уровнем АКТГ. Эти данные имеют важное значение для разработки персонализированных подходов к терапии.

Особый интерес представляют результаты первого в клинической практике сопоставления данных волюметрических исследований (МРТ) с биохимическими показателями у пациентов в постинсультном периоде.

Установлено, что развитие постинсультной депрессии коррелирует с уменьшенными объемами гиппокампа, энторинальной коры и височного полюса, наблюдаемыми еще в прединсультном периоде.

В этой связи особого внимания заслуживает проведенное впервые комплексное обследование пациентов в постинсультном периоде с анализом этих биохимических показателей и последующим проспективным наблюдением для оценки риска развития депрессивной симптоматики и когнитивных нарушений. Клинические исследования выявили четкие взаимосвязи между изменениями лабораторных показателей стресс-реализующих систем и объемами кортикальных и лимбических структур головного мозга.

По результатам работы была адаптирована, запатентована и внедрена инновационная методика с использованием лабораторных показателей как дополнительный удобный и доступный инструмент при дифференциальной диагностике данных состояний. Исследование легло в основу разработки и апробации в клинических условиях высокоинформативных неинвазивных методик оценки функционирования стресс-реализующих систем организма.

Стресс-ассоциированные психические расстройства в период пандемии COVID-19

В ходе изучения стресс-ассоциированных расстройств в пандемийный период мы сосредоточились на трех важнейших аспектах. Первое направление включало анализ восприятия ограничительных мер пациентами с психическими расстройствами и их готовности к соблюдению этих мер. Второе было посвящено исследованию суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения в период пандемии. Третье направление оценивало ее влияние на психическое здоровье и когнитивные функции. >>>

ВПЕРВЫЕ ПРОВЕДЕНО КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ С АНАЛИЗОМ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ

В рамках инновационного подхода объединены клинические, нейрохимические и нейровизуализационные исследования

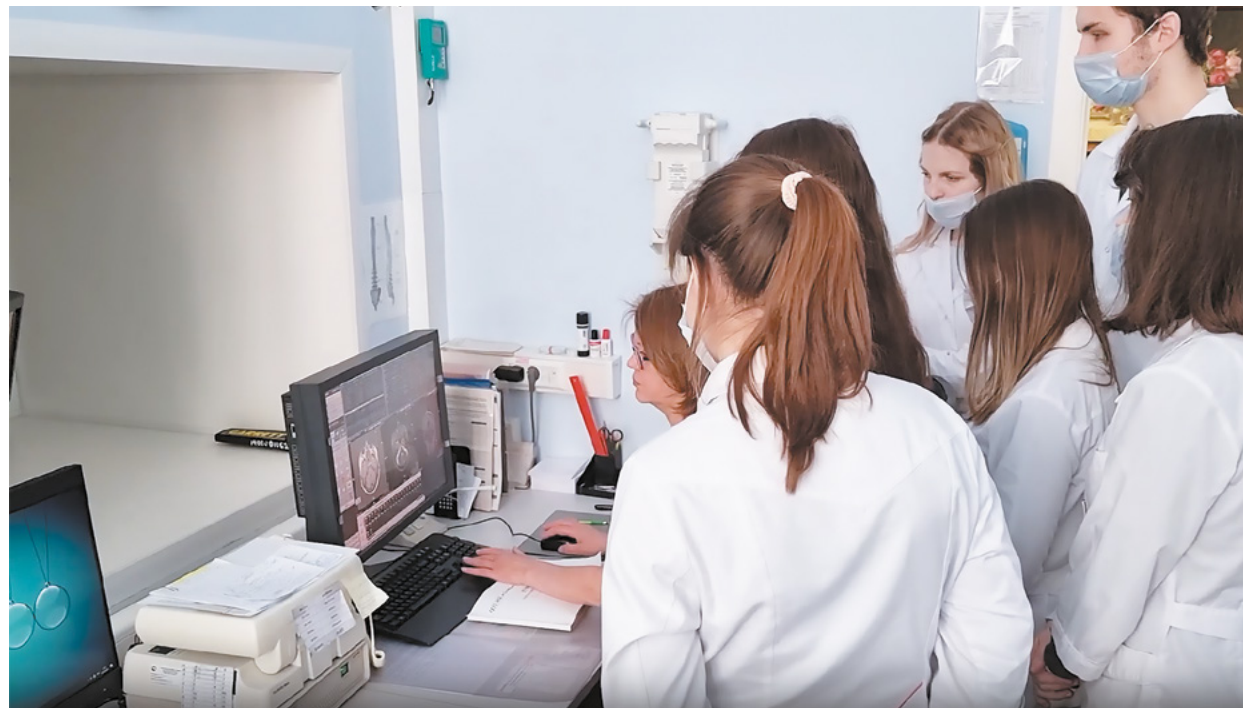


Фото: НИИОЗММ

Исследование, проведенное по принципу «случай-контроль» среди москвичей в период самоизоляции, отличалось уникальным подходом. Мы сравнили две группы: пациентов НПЦ имени З. П. Соловьева и людей без психиатрического анамнеза, отобранных из 7498 участников онлайн-опроса, проведенного через социальные сети и популярные российские веб-платформы. Специально разработанная анкета содержала несколько блоков:

- социально-демографические данные;
- влияние пандемии на повседневную жизнь;
- сформировавшиеся с начала пандемии когнитивные и поведенческие модели.

Ответы оценивались по 4-балльной шкале Ликерта (согласен (4), скорее согласен (3), скорее не согласен (2), не согласен (1); очень высокий (4), высокий (3), низкий (2), очень низкий (1)). Дополнительно собирались данные о психиатрическом анамнезе и проводимой терапии, а уровень тревожности измерялся с помощью адаптированной шкалы Спилбергера-Ханина.

Был выявлен важный феномен у пациентов с непсихотическими расстройствами: высокий уровень тревоги приводит к избеганию информации о COVID-19, что, в свою очередь, вызывает неудовлетворенность ее объемом и ухудшает соблюдение профилактических мер. Этот цикл в первую очередь связан с личностной тревожностью, что важно учитывать при планировании противоэпидемических мероприятий.

Впервые на выборке такого масштаба были изучены факторы суицидального риска у пациентов с депрессией с особым фокусом на роль непосредственного влияния вируса на организм. Разработан русскоязычный инструмент оценки функций несуйцидального самоповреждения. Создана его типология, выявлены типы, ассоциированные с неблагоприятным течением, включая суицидальность. Впервые на репрезентативном массиве данных были получены данные о предикторах когнитивного снижения после



Фото: НПЦ им. З. П. Соловьева

COVID-19 и роли возраста. В сравнительном исследовании приняли участие пациенты с непсихотическими психическими расстройствами, перенесшие COVID-19, когнитивный профиль данной популяции ранее не изучался.

Использование ресурсов московского Департамента информационных технологий позволило получить уникальные данные о когнитивных нарушениях после COVID-19.

Комплексная оценка когнитивных функций проводилась с использованием батареи нейропсихологических тестов, включавшей тест запоминания 10 слов, тест зрительной ретенции, тест прохождения пути, задания на прямой и обратный счет, тест шифровки цифр и проверку вербальной беглости.

Анализ полученных данных выявил значимые возрастные различия в предикторах когнитивных нарушений. У пациентов молодого и среднего возраста основным прогностическим фактором легких когнитивных расстройств оказались предшествующие жалобы на когнитивные трудности, в то время как у пожилых пациентов ключевыми предикторами дементоподобных нарушений стали тяжесть перенесенного заболевания и наличие обонятельной дисфункции.

Особый интерес представляет выявление постковидного синдрома как самостоятельного фактора риска развития психических расстройств. Наличие непсихиатрических пост-вирусных симптомов оказалось единственным общим предиктором как депрессивных, так и тревожных состояний.

Полученные результаты имеют важное практическое значение для нескольких направлений работы. В контексте подготовки к возможным будущим пандемиям особое

внимание следует уделять пациентам с психическими расстройствами, которые демонстрируют специфическое восприятие ограничений мер, нередко интерпретируя их в конспирологическом ключе, и сниженную приверженность профилактическим мероприятиям. Выявленные закономерности позволяют разрабатывать адресные программы помощи, учитывающие особенности данной категории пациентов. Это включает специализированные подходы к информированию, повышение эффективности вакцинационных кампаний и профилактику формирования дезадаптивных поведенческих моделей.

Отдельное практическое значение имеют данные по суицидальному риску. Выявление специфических факторов риска среди молодежи и пациентов с несуйцидальным самоповреждающим поведением, в том числе для лиц младшей возрастной группы, создает основу для разработки >>>

▲
Групповое занятие с инструктором ЛФК

ВЫЯВЛЕННЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПОЗВОЛЯЮТ РАЗРАБАТЫВАТЬ АДРЕСНЫЕ ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ, УЧИТЫВАЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ



Фото: НПЦ им. З. П. Соловьева

▲ Авторский коллектив инновационных разработок, удостоенных Премии Москвы в области медицины

дифференцированных профилактических программ. Результаты исследований могут быть применены при разработке программ для коррекции депрессивных и тревожных расстройств у пациентов Москвы, перенесших COVID-19.

Оздоровительная программа для медицинских работников, участвовавших в лечении пациентов с COVID-19

По инициативе Департамента здравоохранения Москвы в НПЦ имени З. П. Соловьева была создана первая в мире комплексная программа психолого-психотерапевтической поддержки для медицинских работников, направленная на укрепление психологической устойчивости и профилактику эмоционального выгорания в условиях пандемии.

Программа отличается от традиционных антистрессовых подходов двухмодульной структурой. Психотерапевтический модуль (первый этап) включает обучение техникам стресс-менеджмента, помогающим медицинскому персоналу вырабатывать эффективные стратегии адаптации к хроническим

стрессовым нагрузкам как психологического, так и физического характера.

Второй модуль представляет собой уникальное психофизиологическое воздействие, одновременно работающее с психическими процессами и функциональными системами организма. Он сочетает комплекс физиотерапевтических методик, взаимно усиливающих эффект друг друга. Такой интегрированный подход обеспечивает всестороннюю поддержку медицинских работников, испытывающих повышенные профессиональные нагрузки.

В дополнение к основной программе на базе НПЦ имени З. П. Соловьева были организованы выездные бригады, посетившие 34 городские больницы. Мобильная версия сохранила двухмодульный формат: групповые занятия с психологами на рабочих местах с возможностью индивидуальных консультаций и нейрофитнес-тренировки с инструкторами ЛФК для улучшения саморегуляции.

По итогам работы были разработаны и опубликованы методические рекомендации «Возможности проведения психообразовательных и восстановительных программ для медицинских работников, участвующих в лечении COVID-19».

Клиническая оценка эффективности программы продемонстрировала статистически значимое улучшение психоэмоционального состояния медицинских работников. До начала программы у 42 % участников были зафиксированы показатели самочувствия ниже нормативных, у 66 % – сниженный уровень активности, а у 26 % отмечались нарушения эмоционального фона. После завершения курса эти показатели существенно улучшились: количество участников с низкими значениями уменьшилось до 5 % по параметру самочувствия, до 33 % по активности и до 3 % по показателям настроения.

Программа показала высокую эффективность в профилактике эмоционального выгорания, обеспечив 2–8-кратное снижение числа медицинских работников с показателями ниже нормативных значений. Всего в программе приняли участие свыше 13 тысяч сотрудников медицинских учреждений Москвы, которые отметили практическую ценность полученных навыков стресс-менеджмента и адаптивных копинг-стратегий.

В Федеральной службе по интеллектуальной собственности зарегистрирован соответствующий патент, подтверждающий уникальность и научную обоснованность разработанного подхода.

Посттравматическое и другие связанные со стрессом расстройства, вызванные макросоциальными событиями

Психолого-психотерапевтическая помощь демобилизованным военнослужащим и их семьям представляет собой принципиально новое направление в отечественной практике. Несмотря на первоначальное недоверие со стороны пациентов, большинство из них впоследствии положительно оценивали результаты работы со специалистами и выражали благодарность за оказанную помощь.

В рамках проекта была разработана специальная образовательная программа для врачей, включающая три ключевых компонента:

1. методы раннего выявления факторов риска развития ПТСР;
2. комплексные подходы к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации;
3. практические навыки повышения приверженности пациентов к терапии.

Особое внимание уделялось установлению доверительного контакта с пациентами, пережившими экстремальные ситуации, включая смертельную опасность. Для этого применялись различные психотерапевтические техники. Основным терапевтическим инструментом стала когнитивно-процессинговая терапия – специально разработанный метод коррекции ПТСР, направленный на трансформацию травматического опыта. Данный подход позволяет работать с патологическими эмоциональными реакциями (чувством вины, стыда) и дезадаптивными убеждениями («Я потерпел неудачу», «Мир опасен»), помогая пациентам переосмыслить травматические события и восстановить веру в собственные ресурсы.

На базе НПЦ имени З. П. Соловьева создана уникальная программа дополнительного профессионального образования для врачей «Выявление, лечение и профилактика посттравматического стрессового расстройства». В рамках обучения медицинские специалисты осваивают современные подходы к работе с пациентами, имеющими различные психологические и социальные особенности. Особое внимание уделяется изучению специфических реакций на стресс у лиц с разным преморбидным фоном, в том числе у пациентов с тяжелыми последствиями психотравмирующих событий. Врачи получают практические навыки эффективной коммуникации, изучают алгоритмы комплексного лечения и современные методы фармакотерапии. Ежегодно программу успешно завершают около 300 врачей из медицинских учреждений Москвы.

Параллельно организована выездная работа специалистов центра в городских стационарах, где проходят лечение пациенты с боевыми травмами и ранениями. За отчетный период квалифицированная психолого-психотерапевтическая помощь оказана более чем 1000 пациентам. Это повышает уровень доверия к психологической службе и служит расширению запроса на психотерапию.

Психологическая и психотерапевтическая помощь ветеранам



Особое внимание Москва уделяет помощи ветеранам специальной военной операции: как она организована, как развивается, какие возможности предоставлены бойцам и их семьям.

Фото: НИИОЗММ



Станислав Стародубцев, заместитель главного врача Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева

— Как организована психотерапевтическая помощь ветеранам и членам их семей в Москве?

— Система помощи начала формироваться еще в 2022 году. В феврале 2023 года был создан Единый центр поддержки участников СВО Департамента труда и социальной защиты города Москвы, а затем — специализированный Центр психолого-психотерапевтической помощи участникам СВО. Одно его отделение расположилось на территории Единого центра поддержки, а другое — на площадке Госпиталя для ветеранов войн № 3, где был создан Центр амбулаторной медицинской помощи участникам СВО.

Центр психолого-психотерапевтической помощи создал две площадки для максимального охвата целевой группы. Параллельно помощь оказывают все консультативные центры ментального здоровья Москвы с приоритетным обслуживанием членов семьи участников СВО. В сложных случаях пациентам доступна стационарная помощь, а при необходимости и экстренные выезды специализированных бригад скорой помощи.

Особое внимание уделяется работе с семьями — для них также проводятся консультации.

Боевые действия — мощный стрессовый фактор, который оказывает долгосрочное воздействие на психику. В зависимости от интенсивности стрессора и сроков от его действия возможен совершенно различный спектр расстройств, включая классическое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

В Международной классификации болезней ПТСР имеет единое определение, но на практике мы различаем «гражданское» и «боевое» ПТСР. Однако во втором случае симптомы часто воспринимаются самими ветеранами как естественное продолжение боевого опыта.

При подобных расстройствах главное правило — помощь должна быть максимально ранней. Простой медикаментозный сон в первые 48 часов после тяжелого стресса не только предотвращает ПТСР,

но и сохраняет боеспособность. Ситуацию осложняет то, что сами бойцы часто отрицают проблему и отказываются от помощи.

— Как налажено взаимодействие с демобилизованными бойцами или находящимися на лечении / реабилитации после ранения?

— Работа строится на двух ключевых принципах: проактивность и управление рисками. Понимая, что большинство бойцов не обратятся за помощью самостоятельно, мы внедрили двухэтапную систему. Первый этап — скрининг с использованием анкетирования и экспресс-диагностики по «светофорной» системе. Второй этап — комплексная помощь, включающая психотерапию, медикаментозное лечение и при необходимости госпитализацию.

Мы адаптировали маркетинговые подходы, включая работу с возражениями, принцип «воронки продаж» и показатель «конверсии» — процент пациентов, согласившихся на анкетирование или консультацию. Специалисты используют четкие алгоритмы скрининга, сочетая речевые модули, визуальную оценку, анкетирование (как бумажное, так и электронное) и клиническое интервью.

Для работы с разными реакциями пациентов, включая отказы, агрессию, предусмотрены специальные поведенческие протоколы. Собранные данные формируют базу для дальнейшей мотивационной работы — через родственников, диспансеризацию или санаторно-курортное лечение. Вся информация стекается в единый аналитический центр, что позволяет оперативно реагировать и выстраивать проактивную систему помощи.

Даже самые мужественные и сильные нуждаются в поддержке

ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СОЗДАЛ ДВЕ РАБОЧИЕ ПЛОЩАДКИ ДЛЯ МАКСИМАЛЬНОГО ОХВАТА ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ

ГЛАВНОЕ ПРАВИЛО — ПОМОЩЬ ДОЛЖНА БЫТЬ МАКСИМАЛЬНО РАННЕЙ. ПРОСТОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СОН В ПЕРВЫЕ 48 ЧАСОВ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО СТРЕССА НЕ ТОЛЬКО ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПТСР, НО И СОХРАНЯЕТ БОЕСПОСОБНОСТЬ

— Как проходит скрининг и почему это важно?

— Мы используем трехуровневую «светофорную» систему оценки: зеленый уровень означает нормальное состояние, желтый — умеренный риск, требующий консультации психолога, красный — необходимость консультации врача. Диагностика начинается уже при первом контакте: специалисты проводят визуальную оценку состояния, фиксируя ключевые маркеры в единой базе данных.

Далее следует анкетирование — для бойцов используется адаптированный опросник — тест на определение симптомов ПТСР (PCL-5) и шкала на определение уровня тревоги и депрессии (HADS), для родственников — только последний тест. Эти инструменты были специально доработаны с учетом российской специфики.

Главная сложность — мотивация пациентов к обследованию. Стандартный подход («заполните анкету») не работает — в 99 % случаев приводит к отказу. Поэтому мы разработали специальные речевые модули, которые мягко вовлекают ветеранов в процесс.

— Что делать, если пациенты отказываются?

— Даже при отказе от анкетирования остается первичная визуальная оценка по чек-листу, что позволяет не упустить критичные случаи. Мы ведем базу пациентов, отказавшихся от обследования на любом этапе, от анкетирования до курса терапии, чтобы продолжить работу с ними альтернативными методами. Параллельно тестируем инновационный подход: нейросетевой анализ мимики для выявления признаков ПТСР.

— Какие методы лечения посттравматических стрессовых

расстройств применяются в клинической практике?

— У нас в распоряжении весь спектр методов лечения ПТСР и других стресс-ассоциированных психических расстройств: психотерапия, психофармакотерапия, инструментальные методы (транскраниальная магнитостимуляция). Хорошо зарекомендовала себя транскраниальная магнитная стимуляция, у нас разработаны ускоренные протоколы для наших бойцов.

Мы активно тестируем инновационные методы, такие как метод десенсибилизации и переработки движением глаз в сочетании с виртуальной реальностью (VR-ДПДГ), который привлекает молодых людей благодаря игровой форме, но, уступая по эффективности традиционной терапии, требует обязательного сопровождения специалиста, наши врачи постоянно разрабатывают персонализированные методики, комбинируя различные подходы.

— Какова роль и длительность психотерапии в лечении ПТСР у бойцов?

— Психотерапия действительно выступает основным патогенетическим методом, но требует особого подхода. Ключевое условие — быстрый эффект: первая же сессия должна принести облегчение, иначе пациент не вернется. Поэтому начальный этап сосредоточен на мотивации и снятии острых симптомов.

Мы применяем комплекс методик: различные формы десенсибилизации (включая ДПДГ в классическом и комбинированном вариантах), когнитивно-поведенческую терапию во всех ее модификациях, а затем последовательно переходим к применению стратегий, которые помогут справиться со стрессом, к работе над социальной



Фото: НИИОЗММ

адаптацией. Здесь имеет значение и семейная терапия, и выстраивание будущего в мирной жизни. И человек, столкнувшийся лицом к лицу со смертью, всегда рано или поздно представляет экзистенциальный запрос на психотерапию.

Сроки восстановления варьируются: при неосложненных формах и высокой приверженности терапии ремиссия возможна за 2–3 месяца, но в сложных случаях (особенно при наличии органических поражений) требуется год и более. Ключевые факторы успеха — комплаентность пациента, отсутствие зависимостей, социальная поддержка.

Мы ввели в практику понятие «терапевтическая динамическая оценка» (ТДО) состояния пациента. Эта методика особенно важна при досрочном прекращении терапии, будь то возвращение в зону боевых действий или личные обстоятельства. ТДО представляет собой комплексную оценку, включающую измерение степени тяжести состояния как в количественных, так и в качественных показателях, анализ динамики изменений и контроль текущей стадии и медикаментозного лечения, и психотерапевтического процесса.

На основании этих данных мы определяем дальнейшую тактику: при необходимости >>>

▲ Инструментальная диагностика — часть комплексного обследования

продолжаем активную работу с пациентом, мотивируя его на завершение полного курса терапии, либо, при достижении стабильных результатов, переводим на поддерживающее сопровождение.

— Как организована постлечебная поддержка?

— Лечение посттравматических расстройств сталкивается с комплексом трудностей. Специалистам приходится постоянно адаптировать методы, преодолевая сопротивление лечению и преждевременное прерывание курса.

Как отмечают сами бойцы, пройдя курс лечения с положительным результатом, они впервые за долгое время начинают беспокоиться не о травматических переживаниях, а о повседневных вопросах — поиске работы, семейных отношениях, возобновлении старых увлечений. Именно на этой стадии подключается система постлечебного сопровождения: в Едином центре поддержки организованы спортивные секции, творческие мастерские (включая необычные форматы вроде студии звукозаписи),

где важнейшим терапевтическим фактором становится общение с другими ветеранами. При этом пациенты всегда могут вернуться для коррекции терапии при появлении тревожных симптомов.

— Какова роль семьи и окружения в реабилитации?

— Семья и ближайшее окружение играют ключевую роль в процессе восстановления — это фундаментальный фактор, который мы всегда учитываем при разработке индивидуальной тактики лечения, вплоть до решения о необходимости госпитализации. В большинстве случаев родные становятся важнейшей опорой для ветерана, значительно ускоряя процесс реабилитации.

Однако встречаются ситуации, когда требуется отдельная работа с членами семьи — зачастую они не до конца понимают изменения, произошедшие с вернувшимся бойцом. Эта проблема имеет глубокие исторические корни. Это не особенность современного общества, а универсальный психологический феномен.

▼
Диагностическое оборудование. Комплексная забота о здоровье — неотъемлемая часть общего восстановления и преодоления травмирующих переживаний



Фото: НИИОЗММ

СЕМЬЯ И БЛИЖАЙШЕЕ ОКРУЖЕНИЕ ИГРАЮТ КЛЮЧЕВУЮ РОЛЬ В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ — ЭТО ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЙ ФАКТОР, КОТОРЫЙ МЫ ВСЕГДА УЧИТЫВАЕМ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ



Фото: НИИОЗММ

— Какие меры профилактики ПТСР у ветеранов существуют?

— В отличие от «гражданского» ПТСР, где можно снизить воздействие стресса, для бойцов ключевое значение имеет раннее выявление симптомов. Важно понимать: нарушения сна, тревога или агрессия — естественная реакция на травмирующие события, но она требует профессиональной помощи, как и физическая травма. Разработанный нами специальный набор скрининговых мероприятий позволяет дифференцировать состояния — от легких расстройств до тяжелых, требующих особого подхода.

Краеугольным камнем профилактики становится отказ от иллюзорных способов «самопомощи» — алкоголя и других зависимостей. Не менее важны поддержка близких, постепенное возвращение к трудовой деятельности, восстановление социальных связей. И конечно, как гласит древняя мудрость: «Mens sana in corpore sano» (в здоровом теле — здоровый дух) — физическая активность и здоровый образ жизни становятся фундаментом душевного благополучия.

— Как опыт московских врачей влияет на развитие системы помощи при ПТСР в России?

— Думаю, ключевой вклад — отработанная организационная модель оказания помощи, охватывающая все этапы от скрининга с особыми методами повышения вовлеченности пациентов до системы динамической оценки результатов терапии. Эта алгоритмизированная модель с четкими критериями может быть адаптирована для регионов с разными ресурсами.

Как показывают данные мировой статистики, лишь 10–25 % ветеранов самостоятельно обращаются за помощью. Наш опыт цифровизации и работы с большим потоком пациентов особенно востребован коллегами, которые отмечают: главная сложность — не диагностика или лечение, а именно организация эффективного вовлечения в терапию. Все наработки мы систематизируем в универсальные рекомендации.

Главное — помнить, что восстановление возможно. При правильном подходе даже в тяжелых случаях удается вернуться к полноценной жизни.

Инновационные методы психокоррекции в структуре комплексной постинсультной реабилитации

И. В. Погонченкова, Е. В. Костенко, Н. Г. Малюкова

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С. И. Спасокукоцкого

Участие медицинского психолога в реабилитационной команде – обязательное требование и необходимое условие для достижения максимально возможной эффективности реабилитации.

Жизнь до и после: влияние инсульта на психоэмоциональную сферу

Согласно данным Глобального информационного отчета по инсультам (2025 г.), за последние три десятилетия число людей, ставших в результате острого нарушения мозгового кровообращения инвалидами, почти удвоилось, и во всем мире инсульт является третьей по значимости причиной смерти и инвалидности вместе взятых (disability-adjusted life years, DALYs) и одной из основных причин деменции¹. Неврологические нарушения после инсульта включают наряду с двигательными расстройствами когнитивные, эмоционально-поведенческие, сенсорные, зрительные и другие немоторные симптомы².

Постинсультные когнитивные осложнения, как правило, продолжительны и разнообразны: более чем в 30 % случаев нарушена речь, до 83 % больных имеют проблемы в одной

или нескольких когнитивных сферах (снижение уровня абстрагирования и планирования деятельности, симптомы неполноценности памяти и внимания, нарушение произвольной регуляции деятельности). Через три месяца после инсульта даже при удовлетворительном результате лечения в 71 % случаев у пациентов сохраняются нарушения памяти, зрительно-конструктивных или исполнительных функций².

Наряду с когнитивными нарушениями развиваются нарушения в психоэмоциональной сфере: тревожно-депрессивные расстройства, апатия, астения, фиксация на болезненных симптомах, фобии, «уход в болезнь». К наиболее частым психологическим расстройствам относятся депрессия и тревога, частота возникновения которых варьируется в пределах от 33 до 50 %. В сочетании с когнитивными нарушениями депрессивные и тревожные расстройства ограничивают возможность проведения медицинской реабилитации пациентов, активизации их социального



Фото: МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого

функционирования, способствуют росту инвалидизации, ухудшая качество жизни пациентов и их родственников³.

Преодоление когнитивных и психоэмоциональных нарушений у пациентов – сфера профессиональной деятельности медицинского психолога.

Согласно приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 788н (ред. от 07.11.2022) «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» медицинский психолог включен в состав мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК).

Психологическая реабилитация в контексте физической и реабилитационной медицины (ФРМ) включает психологическую диагностику, психокоррекцию и психотерапию⁴.

Психодиагностика пациентов после инсульта

Согласно действующим Клиническим рекомендациям по ишемическому инульту (2024 г.) психодиагностика показана всем пациентам, перенесшим инсульт. Она позволяет выявить наличие и степень когнитивных нарушений, оценить эмоциональный статус пациента, определить меру его мотивации к реабилитации в текущем эмоциональном состоянии. В результате психологической диагностики квалифицируется гармоничность внутренней картины болезни, ресурсы восстановления когнитивных функций, выявляются возможные личностные проблемы пациента, препятствующие адаптации в новых жизненных условиях. >>>

▲ Высокие технологии реабилитационной медицины позволяют возвращаться к привычной жизни людям, перенесшим инсульт

1 Feigin V.L., Brainin M., Norrving B., Martins S.O., Pandian J., Lindsay P. F., Grupper M., Rautalin I. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. Int J Stroke. 2025 Feb;20(2):132-144. doi: 10.1177/17474930241308142
2 Левин О.С., Боголепова А.Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: клинические особенности и современные подходы к реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т.120. – № 11. – С. 99–107.

3 Мальцев С.Ю., Михайлов В.А., Мазо Г.Э., Лукина Л.В. Постинсультная депрессия: диагностические трудности и терапевтические перспективы. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017;(4):13-17.
4 Зайцев В.П. Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов // Терапевтический архив. 2013. – Т.85. – № 10. – С. 105-110.

ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ — ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНОЙ МИШЕНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Главная цель психологической диагностики — определение основной мишени психологических воздействий для формирования персонализированной программы психологической помощи.

Психодиагностика стандартизирована, носит компактный характер и осуществляется с применением психологических тестов, опросников и унифицированных шкал (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Монреальский когнитивный тест, шкала оценки когнитивных функций, батарея лобной дисфункции, ВАШ, шкала кинезофобии Тампа и др.). Методическим основанием для построения индивидуального маршрута психологического сопровождения пациентов в процессе медицинской реабилитации является интерпретация результатов первичной и динамической диагностики методиками и шкалами, проведенной медицинским психологом, в терминах доменов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Первичная и динамическая диагностика нарушений структур и функций организма медицинским психологом производится в рамках следующих доменов МКФ: b1 — «умственные функции», b2 — «сенсорные функции и боль»; «активности и участие», d1 — «обучение и применение знаний», d2 — «общие задачи и требования», d3 — «общение», d5 — «самообслуживание», d6 — «бытовая жизнь», d7 — «межличностные взаимодействия и отношения», d8 — «главные сферы жизни», d9 — «жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь»; «оценки факторов окружающей среды», e3 — «поддержка и взаимосвязи», e4 — «установки».

Для определения необходимости включения пациента в работу с психологом и/или

психотерапевтом, а также для разграничения их функциональных полномочий используется следующий алгоритм:

- при первичном осмотре необходимо провести тестирование по Госпитальной шкале тревоги и депрессии; в случае получения результата от 8 баллов (для пациентов с нарушением двигательных функций — от 9 баллов) пациенту показана консультация психолога для решения вопроса о необходимости психокоррекционной работы или консультации психотерапевта/психиатра с целью назначения адекватной психофармакотерапии⁵;
- показаниями к назначению консультации психолога являются следующие особенности в поведении больного, выявляемые клинически: сниженный фон настроения, плаксивость, агрессивность, страхи, нарушения сна, неадекватное социальное поведение (конфликты в палате, с медицинским персоналом), выраженная вегетативная дисфункция, не являющаяся непосредственным проявлением соматического заболевания, хронические болевые синдромы, не имеющие четкой соматогенной обусловленности и не купируемые или недостаточно купируемые классическими обезболивающими средствами;
- непосредственными показаниями к назначению консультации психотерапевта/психиатра, минуя консультацию медицинского психолога, являются резкое изменение поведения больного, импульсивное (непредсказуемое) поведение, выраженное снижение фона настроения, сопровождающееся агрессией или аутоагрессией, стойкие мысли и высказывания о нежелании

жить, наличие обманов восприятия, беспокойное или неадекватное поведение у пациентов с выраженными когнитивными расстройствами или деменцией, стойкие расстройства ночного сна, не купирующиеся немедикаментозными методами.

Консультация психотерапевта/психиатра может осуществляться без согласия больного при условии, что ситуация подпадает под действие Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 30.12.2021) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части статьи 23, п.4 («Психиатрическое освидетельствование») или статьи 29 («Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке»), когда, по имеющимся данным, обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих лиц.

Результаты психологической диагностики квалифицируются в категориях доменов

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и применяются, наряду с данными других членов МДРК, для формирования реабилитационного диагноза, постановки цели и задач реабилитации для каждого конкретного пациента.

Классические и инновационные подходы к психокоррекции

Психокоррекция — это система методов и приемов изменения поведения, эмоциональных реакций пациента, его представлений и убеждений с целью адаптации пациента к ежедневной жизни и достижения им максимально возможного психологического благополучия.

Согласно Клиническим рекомендациям по ишемическому инсульту (2024 г.) выделены две основные мишени воздействия медицинского психолога:

1. Психокоррекция эмоциональной сферы (формирование и поддержание у пациента приверженности к лечению >>> ▼

В реабилитационных центрах Москвы активно используются технологии виртуальной реальности



Фото: МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого

⁵ Кукшина А.А., Котельникова А.В., Рассулова М.А., Дайлидович В.С. Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. — 2023. — Том 12. — № 2. — С. 1–24. DOI: 10.17759/cpse.2023120201

В АРСЕНАЛЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА ШИРОКИЙ СПЕКТР ПРИЕМОВ ПСИХОКОРРЕКЦИИ, ЭТО КАК КЛАССИЧЕСКИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ТАК И НОВЕЙШИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ И НАУКОЕМКИЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ

и реабилитации, гармонизация психоэмоциональной сферы пациента, переработка эмоциональных переживаний, определение новых перспектив и реалистических жизненных целей пациента).

2. Коррекционно-восстановительное обучение (максимально возможное преодоление нарушений когнитивных функций, обучение пациента новым когнитивно-поведенческим стратегиям, помощь в поиске путей максимальной адаптации к ежедневной жизни).

Психокоррекция предельно индивидуализирована и зависит от многих факторов: этап реабилитации, мишень психологического воздействия, соматическая отягощенность пациента, его преморбидные особенности, толерантность к нагрузке.

Принципы психологической коррекции созвучны принципам медицинской реабилитации: раннее начало; дифференцированность психокоррекционных воздействий на каждом этапе реабилитации; принцип сотрудничества с пациентом; социальная направленность психокоррекции; релевантность методик психокоррекции выявленным мишеням; использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности проведения психокоррекционных мероприятий.

Интенсивность и формы психокоррекционных воздействий согласовываются психологом с врачом ФРМ и должны быть соизмеримы с ожидаемой пользой и переносимостью нагрузок.

В арсенале медицинского психолога широкий спектр приемов психокоррекции, это как классические психологические, так и новейшие высокотехнологичные и наукоемкие методы воздействия.

Компьютерный когнитивный тренинг

Компьютерный когнитивный тренинг может осуществляться в индивидуальной или групповой форме. К преимуществам этой методики относятся возможность продолжительной стимуляции нескольких когнитивных функций, высокая степень сенсibilизации и индивидуализации подбора заданий, объективизация когнитивных показателей, автоматический подсчет баллов и изменение меры когнитивной нагрузки. Компьютерный когнитивный тренинг эффективен как в тренировке отдельных функций (внимание, память, речь), так и в улучшении выполнения нейропсихологических тестов в целом.

В литературе показана достоверная эффективность применения авторских компьютерных стимулирующих программ (включавших задания на конструктивно-пространственную деятельность, счет, концентрацию внимания) по 30–40 минут в течение 10 дней по сравнению с развлекательными компьютерными играми в таком же режиме. Несмотря на положительное влияние компьютерных развлекательных игр на выполнение некоторых нейропсихологических тестов, их эффективность значительно ниже по сравнению со специализированным компьютерным тренингом^{6,7}.

В настоящее время общепризнана эффективность внедрения в реабилитационную практику иммерсивных технологий. Высокая результативность их применения основана на возможности установления обратной связи в режиме реального времени, динамичности, полимодальной стимуляции, вариативности формата воздействия на пациента. Это позволяет психологу обеспечить



Фото: МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого

дифференцированный подход к составлению индивидуального реабилитационного плана пациента.

Технологии биологической обратной связи

Медицинскими психологами широко применяются технологии с использованием биологической обратной связи (БОС), которые представляют собой совокупность методов, основанных на результате исследований механизмов регуляции физиологических процессов. Изучение способов активации адаптивных мозговых систем базируется на принципах, разработанных отечественными психофизиологами (И. М. Сеченовым, И. П. Павловым, П. К. Анохиным, Н. П. Бехтеревой), а также на достижениях современных информационных технологий. Результатом применения этих методов стало неинвазивное улучшение функционального состояния организма, достигаемое через обучение инструментальному самоконтролю и саморегуляции. Благодаря современным средствам визуализации и аудирования пациент получает возможность наблюдать за своими физиологическими показателями и процессами, которые в обычных условиях остаются незаметными, и осознанно влиять на них. Существуют две основные категории БОС-протоколов для психокоррекционного воздействия: изменение различных параметров электроэнцефалограммы

(neurofeedback) и изменение значений вегетативной активации (biofeedback). Тренинг БОС включает измерение физиологического показателя, перевод результатов измерения в понятную форму и обратную связь — передачу полученной информации (обычно в видео- и/или аудиоформате) пациенту, который учится контролировать физиологические процессы. Одним из ключевых аспектов метода БОС является способность улучшать когнитивные функции за счет направленного тренинга мозговой активности.

Медицинский психолог эффективно применяет технологии биологической обратной связи при работе с тревожностью, вегетативной дисфункцией, стрессом, болевыми синдромами у пациентов, при восстановлении навыков произвольного внимания и контроля, мышечного расслабления.

Результаты исследований показали значимое снижение уровня тревоги и реагирования на внешнее воздействие, а также улучшение показателей когнитивного статуса у пациентов среднего возраста в ранний восстановительный период ишемического инсульта под влиянием БОС-технологий⁸. Одновременно отмечено общее снижение признаков психофизиологического напряжения, а также активизация позитивных поведенческих паттернов⁸. Таким образом, интеграция психофизиологической технологии с БОС >>>

▲ Психофизиологическая коррекция с использованием методов био- и нейроуправления

6 Прокопенко С.В., Безденежных А.Ф., Можейко Е.Ю., Зубрицкая Е.М. Эффективность компьютерного когнитивного тренинга у пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – № 8. – 2017. – вып 2. – С. 32–36.

7 Прокопенко С.В., Дядюк Т.В., Можейко Е.Ю., Безденежных А.Ф., Корягина Т.Д., Анай-Оол Т.С. Использование компьютерных стимулирующих программ у пациентов с постинсультными нарушениями // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – 9(3). – С. 48–53.

8 Костенко Е.В., Котельникова А.В., Петрова Л.В., Погонченкова И.В., Филиппов М.С. Психофизиологические технологии с биологической обратной связью в реабилитации пациентов после инсульта: рандомизированное контролируемое исследование // Вестник восстановительной медицины. – 2025. – Т. 24, № 1. – С. 55–66.

ВИРТУАЛЬНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ (VR) ОТНОСИТЕЛЬНО НЕДАВНО ПОЯВИЛАСЬ В СФЕРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ, ТЕХНОЛОГИЯ ПОМОГАЕТ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ С МОДЕЛИРУЕМОЙ СРЕДОЙ И ПОЛУЧАТЬ НЕПРЕРЫВНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ОБРАТНУЮ СВЯЗЬ, СВЯЗАННУЮ С ОПРЕДЕЛЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ



Фото: МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого

Психологическая коррекция с VR-технологиями

в психологическую реабилитацию способствует преодолению когнитивных, эмоциональных и поведенческих нарушений у пациентов с последствиями инсульта.

Виртуальная реальность

Виртуальная реальность (VR) относительно недавно появилась в сфере реабилитации, технология помогает взаимодействовать с моделируемой средой и получать непрерывную биологическую обратную связь, связанную с определенной деятельностью. VR создает обогащенную среду, в которой пациенты могут решать повседневные проблемы и осваивать новые навыки. Важно и то, что в зависимости от задач психокоррекции, актуальных для конкретного пациента,

специалист может менять содержание и характеристики виртуальных сред.

Одним из самых доступных реабилитационных VR-устройств на сегодняшний день является шлем виртуальной реальности, который позволяет частично погрузиться в мир VR, создавая зрительный и акустический эффект присутствия в заданном управляющим устройством (компьютером) пространстве.

Эрготерапия в виртуальной среде и применение роботизированных перчаток

Ярким примером инновационных методов с использованием БОС и VR являются программы когнитивно-двигательной реабилитации с использованием роботизированных (сенсорных) перчаток



Фото: МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого

Эрготерапия в виртуальной среде с двойной и тройной задачами

и когнитивно-двигательный тренинг методом эрготерапии в виртуальной среде, разработанные в Московском научно-практическом центре медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины имени С. И. Спасокукоцкого⁹.

Использование инновационных технологических интерфейсов с VR и БОС позволяет пациенту одновременно выполнять двигательную и когнитивную деятельность во время тренинга («метод двойного подхода»), акцентирует внимание на сенсомоторных

⁹ Погонченкова И.В., Аксенова Е.И., Камынина Е.Н., Костенко Е.В., Петрова Л.В. Когнитивно-двигательный тренинг – технология восстановления и сохранения социально-трудовой активности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – 32 (s2). – С. 1147–1153.

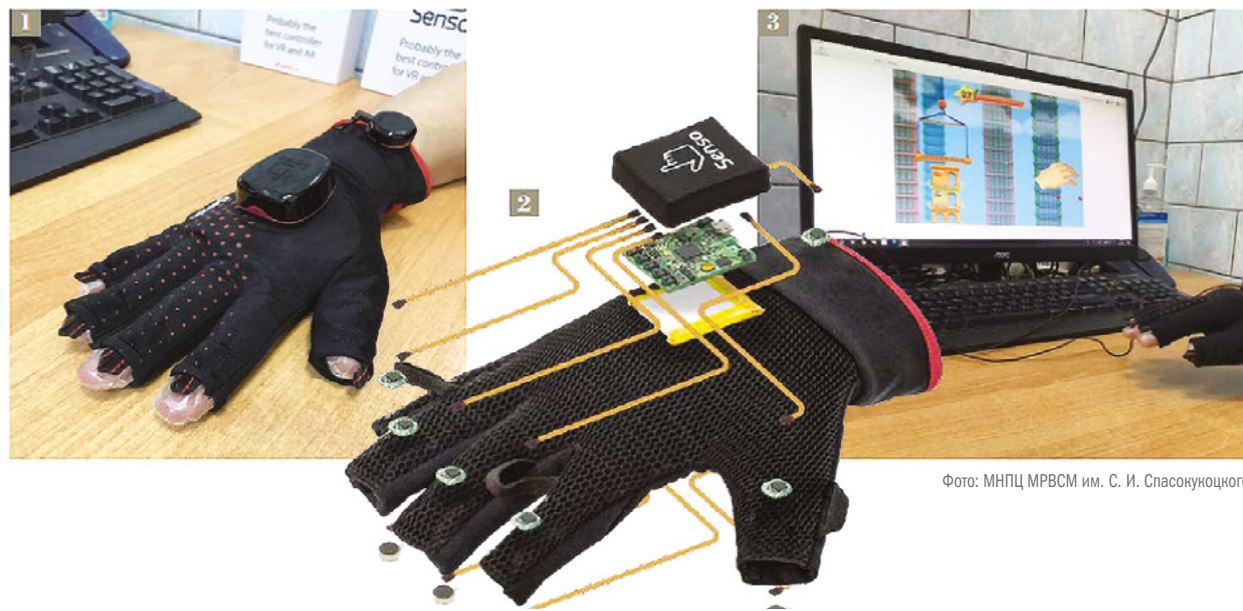


Фото: МНПЦ МРВСМ им. С. И. Спасокукоцкого

▲ Коммуникативный когнитивно-двигательный тренинг с применением роботизированной перчатки и БОС

функциях и познании, реализует принцип взаимодействия с окружающей средой на основе мгновенной обратной связи, поддерживает мотивацию пациента благодаря эффекту геймификации и «ложной легкости» выполнения задания.

В исследовании приняли участие 200 пациентов, перенесших ишемический инсульт и имевших парез верхней конечности (120 пациентов – в тренинге с применением реабилитационных перчаток, 80 пациентов – в эрготренинге в виртуальной среде). Курсы реабилитации по каждой программе включали 15 тренировок по 15–30 минут три раза в неделю на протяжении пяти недель.

Помимо улучшения функций кисти, тренинги показали и достоверный психологический эффект: через 10 сеансов у пациентов значительно снижались показатели тревожности и депрессии. Позитивное эмоциональное ощущение вовлеченности стимулирует приверженность к лечению, интерес

к реабилитации, нормализует психоэмоциональное состояние, устраняя кинезиофобию, а также повышает самооценку пациента. После курса когнитивно-двигательного тренинга отмечалось стойкое улучшение когнитивных и двигательных показателей у пациентов⁹.

Методы психокоррекции с доказанной эффективностью

Высокая эффективность методов психокоррекции подтверждена рандомизированными клиническими исследованиями (РКИ) и поддержана Российскими международными и национальными клиническими рекомендациями:

- **пациент-центрированный полимодальный подход** («Школа пациента») – уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)¹⁰;

¹⁰ Дюсенова Л.Б., Пивина Л.М., Белихина Т.И., Жунусова Т. Эффективность обучения в школе превентивной медицины для пациентов с артериальной гипертензией, подвергшихся радиационному воздействию // Наука и здравоохранение. 2020. 4(Т.22). С. 86-96. doi 10.34689/SH.2020.22.4.009

- **когнитивно-поведенческая терапия** – уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)¹¹;
- **арт-терапия** – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)¹²;
- **прогрессивная мышечная релаксация** – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)¹³;
- **аутогенная тренировка** – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)¹⁴;
- **десенсибилизация и переработка травматических переживаний быстрым движением глаз** – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)¹⁵;
- **технологии с биологической обратной связью** – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)¹⁶;
- **гипносуггестивные техники** – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)¹⁷;
- **телесно-ориентированная терапия** – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)¹⁸;
- **гештальт-подход** – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 4)¹⁹;
- **иммерсивные технологии** (виртуальная и дополненная реальность) – уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)^{20,21}.

Методический аппарат современной медицинской реабилитации развивается очень динамично. Результаты множества проведенных исследований подтверждают высокую результативность высокотехнологичных методов психокоррекции в структуре психологической реабилитации. Они позволяют медицинским психологам одновременно воздействовать на несколько реабилитационных мишеней, формировать и поддерживать мотивацию пациента к реабилитации, воздействовать на его самооценку, объективизировать динамику психологической реабилитации.

Важно, что инновационный инструментальный медицинского психолога сочетается с классическими методами психокоррекции (психологическое консультирование, техники релаксации, арт-терапия и др.) и может использоваться на всех этапах медицинской реабилитации, включая самостоятельное применение некоторых методов пациентами в дистанционном режиме.

Важно, что на современном этапе реабилитации, включающем наукоемкие методы психокоррекции, пациент рассматривается не только как объект, на который направлены коррекционные усилия для восстановления отдельных функций и навыков, но прежде всего как личность и активный участник реабилитации. Таким образом, ядро и смысл психологической реабилитации сохраняются на фоне высокой технологичности. Это позволяет медицинским психологам использовать современные технические средства для воплощения принципа содружества и сотрудничества между специалистом и пациентом в борьбе за полноценную жизнь. **М**

11 Тукаев Р.Д. Доказательные исследования эффективности психотерапии: тренды и результаты // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 332-343. – DOI 10.34883/PI.2022.13.3.008

12 Newland P., Bettencourt B.A. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Clin Pract. 2020 Nov;41:101246. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101246. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33075726.

13 Xiao W., Chow K.M., So W.K., Leung D.Y., Chan C.W. The Effectiveness of Psychoeducational Intervention on Managing Symptom Clusters in Patients With Cancer: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Cancer Nurs. 2016;39(4): 279-291. doi:10.1097/NCC.0000000000000313

14 Kohlert A., Wick K., Rosendahl J. Autogenic Training for Reducing Chronic Pain: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Int J Behav Med. 2022;29(5):531-542. doi:10.1007/s12529-021-10038-6

15 Hudays A., Gallagher R., Hazazi A., Arishi A., Bahari G. Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24):16836. Published 2022 Dec 15. doi:10.3390/ijerph192416836

16 Fernández-Alvarez J., Grassi M., Colombo D. et al. Efficacy of bio- and neurofeedback for depression: a meta-analysis. Psychol Med. 2022;52(2):201-216. doi:10.1017/S0033291721004396

17 Milling L.S., Valentine K.E., McCarley H.S., LoStimolo L.M. A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis? Am J Clin Hypn. 2019;61(3):227-243. doi:10.1080/00029157.2018.1489777

18 Kuhfuß M., Maldei T., Hetmanek A., Baumann N. Somatic experiencing - effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. Eur J Psychotraumatol. 2021;12(1):1929023. Published 2021 Jul 12. doi:10.1080/20008198.2021.1929023

19 Ellegaard H., Pedersen B.D. Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain. A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3-12 months' duration. BMC Musculoskelet Disord. 2012;13:166. Published 2012 Sep 6. doi:10.1186/1471-2474-13-166

20 Czech O., Wrzecziono A., Batalik L., Szczepańska-Gieracha J., Malicka I., Rutkowski S. Virtual reality intervention as a support method during wound care and rehabilitation after burns: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. 2022;68:102837. doi:10.1016/j.ctim.2022.102837

21 Kim O., Pang Y., Kim J.H. The effectiveness of virtual reality for people with mild cognitive impairment or dementia: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2019;19(1):219. Published 2019 Jul 12. doi:10.1186/s12888-019-2180-x

Просветительские проекты для москвичей, посвященные ментальному здоровью

Жители больших городов чаще других страдают от ментальных расстройств, таких как депрессия и тревожность. Для них профилактика ментальных нарушений особенно важна, поскольку их жизнь сопряжена с огромной стрессовой нагрузкой. Специально для москвичей создано несколько проектов, которые помогают им снять напряжение, обрести спокойствие, учат мыслить позитивно.



Городской фестиваль психопросвещения PSYFEST

Проведение фестиваля психопросвещения PSYFEST в нашем городе стало традицией. Этой весной фестиваль проходил в 11-й раз. Обычно фестиваль проводится в течение трех дней. Программа фестиваля психопросвещения PSYFEST всегда очень насыщена и разнообразна: более 80 активностей, среди которых практические мастер-классы, интерактивные семинары, групповая психотерапия, арт-терапия, телесно-ориентированная и танце-двигательная терапия, музыкотерапия и психологические тренинги. Они посвящены самым насущным вопросам сохранения ментального здоровья, таким как осознанное управление эмоциями, правильное общение с ребенком, выстраивание отношений с родителями, снятие тревоги и психологического напряжения, управление стрессом, преодоление внутренних барьеров.

Фестиваль PSYFEST объединит психиатрию, психологию и творчество



Фото: мос.ру

Спикерами и консультантами фестиваля выступают специалисты ПКБ имени Н. А. Алексеева, ПКБ имени П. Б. Ганнушкина, ПКБ № 13, Центра психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой, Центра патологии речи и нейрореабилитации, Психоневрологического центра имени З. П. Соловьева, Московского научно-практического центра наркологии, специалисты Московской службы психологической помощи Департамента труда и соцзащиты населения, а также специалисты психологического факультета психологии МГУ имени М. В. Ломоносова. Участие в нем бесплатное, посетить его может любой желающий.



Фото: мос.ру

Проекты «Только без паники!» и «ПСИ-грамота»

▲ Гости фестиваля могут получить бесплатные и анонимные консультации психологов, психотерапевтов и психиатров

Первый образовательный проект, посвященный поддержке психологического благополучия москвичей, появился в самый разгар пандемии коронавирусной инфекции. Он получил название «Только без паники!». Этот проект был создан врачами Психиатрической больницы № 4 имени П. Б. Ганнушкина и сотрудниками НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Врачи-психиатры

и психотерапевты в ходе онлайн-семинаров рассказывали о том, как справиться с тревогой, учили бороться со страхами, как находить новые психологические опоры в жизни. Занятия проходили на уникальной цифровой платформе для профессионалов «Московская медицина. Мероприятия». Первые же эфиры показали, насколько важны эти темы, а вскоре буквально посыпались многочисленные вопросы и просьбы от слушателей рассказать более подробно о том, что представляют собой психические заболевания, как они развиваются,



какое влияние они оказывают на организм. Так параллельно с первым был запущен еще один партнерский проект, второй проект ПКБ № 4 имени П. Б. Ганнушкина и НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента – «ПСИ-грамота». Он стартовал в 2021 году и продолжается до сих пор.

Проект состоит из трех циклов: «PRO ЗОЖ», «VS стигма» и «В диалоге с психиатром».

- Цикл «PRO ЗОЖ» посвящен здоровому образу жизни и тому, какую роль в ней играют здоровый сон, питание, физические нагрузки.
- Цикл «VS стигма» рассказывает о причинах возникновения психических отклонений и направлен на уменьшение стигматизации психических расстройств.
- Цикл «В диалоге с психиатром» представляет собой серию бесед психиатра с представителями других специальностей и рассказывает о влиянии психических расстройств на соматический статус людей.

В ходе видеолекций участники проекта погружаются в мир психического здоровья: знакомятся с особенностями и симптомами различных психических нарушений, изучают принципы профилактики психоневрологических заболеваний и учатся техникам самопомощи, которые помогают заботиться о своем психическом состоянии и поддерживать близких.

Проекты для старшего поколения москвичей

Проект «Школы здоровья» уникален в своем роде и не имеет аналогов. Его рождение стало возможным благодаря усилиям двух ведомств — Департамента здравоохранения города Москвы (НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента и Дирекция по координации деятельности медицинских организаций) и Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (центры московского долголетия). Он стартовал в 2023 году и моментально стал популярным среди горожан «серебряного» возраста. В 2025 году в рамках Всероссийского форума «Здравница-2025» проект «Школы здоровья» победил в номинации «Лучший просветительский проект в области оздоровления», ему была присуждена золотая медаль. Цель проекта – просвещение жителей Москвы старшего возраста. В процессе этих занятий слушатели Школы здоровья получают много ценных навыков по управлению индивидуальным здоровьем, в том числе – поддержанию ментального благополучия. В этом году для представителей старшего поколения врачи подготовили следующие темы:

- «Тренируем память и внимание»;
- «Как справиться с постпраздничным унынием»;





Фото: НИИОЗММ

- «Как предупредить осеннюю хандру»;
- «Спорт для настроения»;
- «Праздники в радость. Как общаться с молодыми».

Темы ментального благополучия на портале ЗОЖ-Вселенная «Московское здоровье»

На портале крупнейшего сообщества ЗОЖ-Вселенная «Московское здоровье» в пабликах

в Телеграм и ВКонтакте регулярно проходят разнообразные тематические проекты для москвичей, где врачи в доступной и понятной форме рассказывают, как важно заботиться о своем здоровье и предотвращать болезни. Некоторые из проектов посвящены профилактике депрессий и тревожных расстройств, направлены на повышение осведомленности о психическом здоровье и методах самопомощи.

Так, например, в феврале 2025 года проходил проект под названием «Привычка быть счастливым», в рамках которого ведущие врачи и клинические психологи из ПКБ № 1 имени Н. А. Алексеева, ПКБ № 13, Центра психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой учили жить в гармонии с миром, ценить каждый момент, бороться с прокрастинацией, искать новые источники энергии, выстраивать отношения с окружающими, не откладывать жизнь на потом – одним словом, творить счастье своими руками.

Летом 2025 года на портале ЗОЖ-Вселенной стартовал цикл аудиоподкастов для населения «Ментальные отМашки». Его ведет экстремальный психолог Мария Соболева, сотрудница НИИ здравоохранения

В ПРОЦЕССЕ ЗАНЯТИЙ СЛУШАТЕЛИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ПОЛУЧАЮТ МНОГО ЦЕННЫХ НАВЫКОВ ПО УПРАВЛЕНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗДОРОВЬЕМ, В ТОМ ЧИСЛЕ – ПОДДЕРЖАНИЮ МЕНТАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ



и медицинского менеджмента. Приглашенные ею гости, психологи и психотерапевты, дают практические рекомендации и предлагают мотивационные стратегии, которые помогут москвичам внедрять полезные привычки в повседневную жизнь и поддерживать высокий уровень здоровья на протяжении всего года.

А к новому сезону осень/зима 2025 года команда ЗОЖ-Вселенной подготовила для москвичей цикл видеороликов «Вне

зависимости» — просветительский проект Московского научно-практического центра наркологии и НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Этот проект призван повысить информированность москвичей о вреде курения, употребления алкоголя и наркотиков и разных форм зависимостей: шопоголизма, трудоголизма, эмоциональной и интернет-зависимостей, которые также оказывают серьезное влияние на ментальное здоровье.

Краски — целители души



А. А. Гришунина



Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента



Фото: НИИОЗММ

Когда редакция готовила этот номер, в художественной галерее «Беляево» на Юго-Западе Москвы открылась удивительная выставка картин «Повседневность безмятежности». Эта выставка – четвертая в рамках совместного проекта с учреждениями психиатрической службы столицы, которые занимаются помощью людям с ментальными нарушениями. Мы не могли пройти мимо и решили сделать небольшой фоторепортаж с ее открытия, рассказав и о самом методе арт-терапии.

Арт-терапия – это целая система коррекционных и реабилитационных методик, которая использует самые разные жанры творческого самовыражения: танец, музыка, живопись, графика, лепка и керамика... Все это помогает человеку отвлечься от тягостных мыслей и переживаний, раскрыть свои внутренние резервы, улучшить эмоциональное

▲ На вернисаже выставки «Повседневность безмятежности»

ТВОРЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЧАСТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НЕ ТОЛЬКО САМОВЫРАЖЕНИЕ, НО И ПРЕОДОЛЕНИЕ ЛИЧНЫХ ТРУДНОСТЕЙ И ПОИСК СМЫСЛА

состояние, повысить самооценку, наладить общение с другими людьми.

Творческий процесс часто включает в себя не только самовыражение, но и преодоление личных трудностей и поиск смысла. Он укрепляет, помогает гармонизировать личность творца. Человек выбирает сюжет для работы, набрасывает эскиз, смешивает краски, подбирая нужный цвет, а терапия идет подспудно, незаметно для него самого.

По словам заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева Марата Курмышева, это уже четвертая полноценная выставка, и с каждым годом авторов, готовых представить свои работы, становится все больше. В этот раз в ней участвуют 29 художников, создавших более трехсот работ в различных техниках и жанрах, в том числе и в формате компьютерной графики.

Для пациентов психиатрической клиники создание картин не является самоцелью. В данном случае процесс важнее результата, именно на нем и делается акцент. Это позволяет непрофессиональным художникам забыть о том, что им не хватает каких-то технических навыков. Сосредоточившись на своих чувствах и переживаниях, они изливают их на холст или бумагу – тут уж кому что ближе. Но, видимо, процесс настолько увлекает творцов, что и результаты получаются очень интересными.

В том, что картины душевнобольных людей подчас действительно достойны внимания не только зрителей, но и искусствоведов, заместитель главного врача по медицинской части психиатрической клинической больницы № 4 имени П. Б. Ганнушкина Сергей Голубев не видит ничего необычного. Ведь сочетание психических отклонений и гениальности >>>

НЕ СЕКРЕТ, ЧТО И МНОГИЕ ИЗВЕСТНЫЕ ХУДОЖНИКИ СТРАДАЛИ ОТ ПСИХИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ, И ИХ ТВОРЧЕСТВО ЧАСТО ОТРАЖАЛО ИХ ВНУТРЕННИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ



Фото: НИИОЗММ

▲ Выставка вызвала большой интерес и собрала немало посетителей

в сфере искусства – достаточно часто встречающееся явление. «У наших пациентов иной образ мышления, иной уровень восприятия образов и ощущений», – объясняет он. Внутренние конфликты, травмы и переживания часто становятся мощным источником вдохновения для художников, формируя их уникальный стиль и тематику работ. Не секрет, что и многие известные художники страдали от психических отклонений, и их творчество часто отражало их внутренние переживания.

Среди них Михаил Врубель, Винсент Ван Гог, Эдвард Мунк, Поль Гоген, Фрида Кало, Сальвадор Дали. Эти художники использовали свое искусство как способ самовыражения и обработки своих внутренних конфликтов, что сделало их работы уникальным вкладом в историю изобразительного искусства. Такие работы часто находят отклик у зрителей, поскольку затрагивают общечеловеческие темы, которую каждый из художников выразил в индивидуальной манере.

Марат Курмышев, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева:

«Алексеевская больница в сотрудничестве с партнерами ежегодно организует выставки художественных работ наших пациентов. Такие проекты не только являются реабилитационной составляющей нашей лечебной работы, но и позволяют нашим авторам чувствовать себя включенными в жизнь общества, реализовать себя в искусстве, получить творческое признание. Наши художники особенно тонко чувствуют окружающий мир, который, отражаясь в их творчестве, в их произведениях, мало кого может оставить равнодушным».

Сара Г., участница выставки

«Я всегда рисовала, были тонны рисунков, которые складывались в пакеты. Одна из любимых моих работ – «Мысли-медузы» – нарисована в период, когда у меня было очень много тяжелых мыслей. Мне казалось, что они идут от головы и сталкиваются друг с другом, и получилась аллегория «мысли-медузы».

Работы выполнены в разных манерах, и в каждой есть что-то цепляющее, особенное



Фото: НИИОЗММ

ВНУТРЕННИЕ КОНФЛИКТЫ, ТРАВМЫ И ПЕРЕЖИВАНИЯ ЧАСТО СТАНОВЯТСЯ МОЩНЫМ ИСТОЧНИКОМ ВДОХНОВЕНИЯ ДЛЯ ХУДОЖНИКОВ, ФОРМИРУЯ ИХ УНИКАЛЬНЫЙ СТИЛЬ И ТЕМАТИКУ РАБОТ



Валерия М., участница выставки

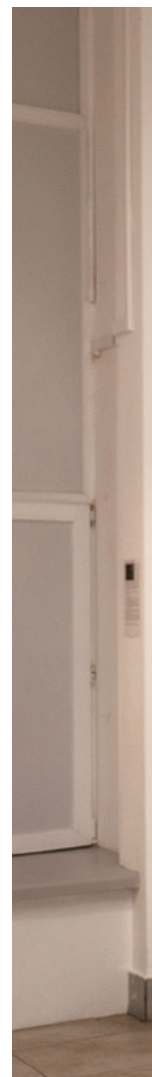
«Я рисую всю жизнь, окончила на отлично художественную школу имени С. Рихтера. Меня увлекает любое творчество, я вяжу сумки, делаю украшения. Меня вдохновляет жизнь в любом ее проявлении. Моя самая любимая и пока что самая большая картина – «Убежище». На ней изображено, как человек через голову проходит по лестнице, обходит препятствие и поднимается в свою же голову, как в свое убежище. Арт-терапия важна, потому что приводит голову в порядок, развивает творческие способности».



Фото: НИИОЗММ



Часть представленных работ выполнена участниками студии «Преображение»



Наталья З., участница выставки

«Я профессиональный художник, училась на оформителя интерьеров. Затем произошла манифестация моего заболевания – нервное расстройство с психозом. Все серьезно, и творчеством я выкарабкивалась из сложных состояний. Я совмещала арт-терапию с трудотерапией, потому что делала большое тяжелое панно. Приходилось высчитывать масштабы и пропорции, натягивать холсты, заниматься резьбой по дереву. Помимо выплеска своих эмоций с помощью кистей и красок, было много структурированной и тяжелой физической работы. Искусство для меня – это и выход из болезненных состояний, и иногда заход

в них, потому что порой я начинаю писать максимально экспрессивно и много. Когда у меня начинаются большие серии работ, раньше это означало, что я скоро снова попаду в больницу. Сейчас уже я научилась вовремя это отслеживать и сама прихожу к врачу за помощью и коррекцией терапии. Сейчас я работаю в инклюзивных мастерских – преподаю ребятам старше 18 лет, в основном с аутизмом. Творчество помогает им. Наши занятия – это про коммуникацию, гармонизацию, умение сосредотачиваться и подмечать детали, умение выражать себя».

Фото: пресс-служба ПКБ им. Н. А. Алексеева

Работы Натальи З.

Сниженное настроение или депрессия? Ментальное здоровье в пожилом возрасте

Может ли быть старость в радость? Эксперты считают, что да, может. В условиях стареющего населения планеты вопросы ментального здоровья в пожилом возрасте приобретают особое значение.



Надежда Рунихина, главный гериатр Москвы, заместитель директора по гериатрической работе Российского геронтологического научно-клинического центра, д. м. н., профессор



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

– Надежда Константиновна, относительно ментального здоровья в пожилом возрасте чаще говорят о когнитивных трудностях. А какое значение имеет эмоциональный статус?

– Ментальное здоровье – крайне важный аспект общего здоровья, он определяет не только настроение и качество жизни. Устойчивый психический статус, отсутствие депрессии, тревоги и, конечно, более тяжелых психических заболеваний делает прогноз жизни пациента крайне благоприятным и способствует в том числе долголетию. Ментальное здоровье требует внимания со стороны врачей всех специальностей, не только психиатров, потому что во многих случаях успех лечения того или иного заболевания зависит от того, насколько человек когнитивно и ментально сохранен. Например, в нашей практике, касающейся пожилых людей, если у пациента есть депрессия, на плановую хирургическую операцию его не могут взять. Сначала необходимо скорректировать психический статус, от этого будет зависеть исход лечения, даже хирургического.

– Это стало стандартом?

– Да, согласно периоперационному протоколу, который представляет собой консенсус между гериатрами, хирургами, анестезиологами и объединяет наши научные знания и представления о том, как должна быть организована хирургическая помощь людям старшего возраста, в каких условиях, в какой последовательности, с обеспечением каких основных и дополнительных мероприятий, для того чтобы улучшить исход хирургической помощи и избежать осложнений.

– В чем особенности депрессии пожилого возраста по сравнению с другими возрастными группами?

– Первое, пожалуй, это более высокая частота встречаемости. Сниженное настроение, депрессия в целом более свойственны пожилому возрасту, и это связано и с биологическими, и с физическими, и с социальными факторами. Наиболее уязвимы люди в возрасте пятидесяти четырех – шестидесяти, шестидесяти пяти – семидесяти лет. >>>

▲ Почувствовать себя снова ребенком в студии рисования не только приятно, но и очень полезно



Фото: НИИОЗММ

▲ Движение – ключ к поддержанию не только физического, но и эмоционального благополучия

— Помимо возраста, что еще определяет группы риска?

— В группе риска женщины, люди, которые курят, злоупотребляют алкоголем, одинокие, мультиморбидные пациенты, в частности имеющие такие страдания, как хроническая боль.

— Как курение, женский пол и т. д. могут влиять на развитие депрессии?

— Есть биологические, патогенетические механизмы, которые этому способствуют. С возрастом меняется метаболический и гормональный статус, претерпевают изменения функции центральной нервной системы. Все

это может вести к развитию депрессии. Наличие соматических заболеваний и прием некоторых лекарственных препаратов тоже могут способствовать этому. Сейчас в гериатрии накапливаются очень интересные данные. В частности, о том, что достаточно высокий уровень депрессии свойствен пациентам с сахарным диабетом. Оказалось, что генетически эти заболевания практически параллельно программируются – развитие сахарного диабета и снижение эмоционального статуса. Поэтому лечение и восстановление психического статуса у таких пациентов требует особых подходов. Это очень интересные междисциплинарные исследования, мы и в практике с этим столкнулись, наблюдая и занимаясь лечением и реабилитацией людей пожилого и старческого возраста.

В РАМКАХ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИИ СОЗДАНА СКРИНИНГОВАЯ АНКЕТА И ШКАЛА, КОТОРАЯ НАЗЫВАЕТСЯ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА»

— Как же быть врачам первичного звена, к которым в первую очередь приходят пожилые пациенты?

— Врачам необходимо серьезно и вдумчиво относиться к таким пациентам. В рамках развития гериатрии создана скрининговая анкета и шкала, которая называется «Возраст не помеха». Это очень простой и доступный инструмент, уже внесенный в клинические рекомендации. Один из семи вопросов посвящен как раз настроению и требует короткого ответа – да или нет. Есть проблемы с настроением или нет проблем. Естественно, это не углубленная диагностика эмоционального статуса. Но уже этот активный вопрос от врача дает возможность человеку начать разговор о своем эмоциональном статусе. Исследования как раз свидетельствуют о том, что люди в пожилом возрасте, имея нарушения в эмоциональной сфере, отмечают, что не хватает доступа к специалистам, с которыми можно было бы поговорить на эту тему. В этой связи открытие в Москве уникальных по своей сути центров ментального здоровья – это самая передовая, очень важная и правильная практика, которая дает человеку возможность поговорить со специалистом о своих эмоциях. А дальше уже специалист разбирается, насколько снижено настроение, какие есть проблемы, требуется ли дальнейшее соматическое или психиатрическое обследование.

— А что может сделать участковый врач в поликлинике?

— В рамках обязательного сегодня скрининга «Возраст не помеха» врач не только обращает внимание на вопрос, связанный с эмоциональным состоянием пациента. С помощью скрининга он выявляет пациентов со старческой астенией, наиболее уязвимых

и ослабленных, которые тоже входят в группу риска по развитию депрессии.

— Получается, терапевт в поликлинике обратил внимание, что что-то идет не так. Каковы его действия?

— Самое главное, чтобы параллельно с оценкой психического статуса он обследовал пациента на предмет сопутствующих состояний, которые поддерживают депрессию, – это могут быть метаболические нарушения, тот же самый сахарный диабет, хроническая боль. Депрессия в гериатрической практике стоит очень близко с когнитивными расстройствами, и они друг друга потенцируют, а иногда и маскируют.

— Каким образом?

— Депрессия может скрывать прогрессирование когнитивных нарушений, в том числе развитие болезни Альцгеймера. То есть человек, понимая, что он когнитивно ослабевает, начинает впадать в депрессию. Окружающим кажется, что просто его надо развеселить, улучшить настроение, а на самом деле за этим скрывается прогрессирование болезни Альцгеймера. Или наоборот, иногда близкие приводят своего пожилого родственника, обращая внимание на то, что он не идет на контакт, ничего не помнит, не отвечает на расспросы. А обследование показывает, что на самом деле когнитивный статус нормальный, но присутствует тяжелая депрессия, поэтому человек не хочет взаимодействовать, выполнять какие-то тесты и производит впечатление почти дементного. Нюансов очень много. Очень важно, чтобы близкие наблюдали за своим престарелым родственником и понимали, что если пожилой человек не ходит, не двигается, не отвечает, >>>

ничем не интересуется – это не может быть вариантом нормы. Плаксивость, жалобы, нарушения сна, отказ от лекарственной терапии, нарушения аппетита, набор веса или, наоборот, резкая потеря – это все может быть проявлением депрессии.

– То есть любые отклонения должны стать поводом для дополнительной консультации с врачом?

– Да. Любопытно, что исследования показывают: у пациентов с депрессией, которые регулярно контактируют с врачами, не только с психиатрами, прогноз кратен лучше. Потому что людям нужна уверенность, что есть возможность обратиться за помощью и получить ее. И конечно, специалист может дать правильную установку и контролировать лекарственную терапию. Пациента с депрессией лечить очень сложно, очень низкий комплаенс. По статистике, она в четыре раза увеличивает риск смерти. И наоборот, когда

лечат депрессию, прогноз продолжительности жизни людей улучшается.

– Какая может быть профилактика депрессии в пожилом возрасте?

– В гериатрической реабилитации основное направление – повышение функциональной активности. Все начинается с физической активности, упражнений, когнитивных тренингов, психоэмоциональной поддержки. Среди пациентов, которых мы берем на курацию, многие попадают к нам со сниженным настроением, у них нет показаний для лекарственной терапии, это еще не депрессия, но настроение снижено. И по нашим наблюдениям, по мере улучшения функционального статуса уменьшается число людей со сниженным настроением. Поэтому так важна физическая активность.

– На что обращать внимание близким, терапевту, как можно

В центрах московского долголетия своя активная культурная жизнь. Все это можно назвать профилактикой депрессии пожилого возраста



Фото: НИИОЗММ

В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ – ПОВЫШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ. ВСЕ НАЧИНАЕТСЯ С ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, УПРАЖНЕНИЙ, КОГНИТИВНЫХ ТРЕНИНГОВ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

заподозрить негативные изменения до проведения скрининга?

– На поведение пациента, он становится малоактивным физически, психически, социально, круг его общения, интересов сужается.

– Вы упомянули, что прием некоторых лекарственных препаратов может вызывать депрессию. Каких именно? Ведь ваши пациенты часто принимают препараты, назначенные пожизненно.

– Таким побочным действием могут обладать некоторые препараты, в том числе для лечения хронической боли. Это очень сложные случаи. Потому что часто лечение боли само по себе улучшает состояние и убирает депрессивные настроения. А что касается препаратов для лечения самой депрессии, их назначением пожилым пациентам должны заниматься очень хорошо подготовленные специалисты, которые имеют возможность мониторить состояние пациента, вести повторные приемы. Пациент должен оставаться в поле зрения, потому что есть довольно большой перечень антидепрессантов, которые могут усиливать риск падения в пожилом возрасте. Некоторые из них влияют на продолжительность интервала QT на электрокардиограмме, что может спровоцировать нарушение ритма вплоть до остановки сердца. Есть вещества, которые могут негативно влиять на функции почек, печени. К сожалению, нередко пациенты сами себе назначают старые препараты на основе бензодиазепа, при том что среди побочных эффектов – повышение риска

падений и ухудшение когнитивного статуса. Не надо заниматься самолечением, даже «проверенными» препаратами. Единственное допустимое самолечение – правильное питание с высоким уровнем жирных кислот омега-3, двигательная активность, улучшение эмоционального статуса.

Профилактикой депрессии можно считать центры московского долголетия. Помимо того, что там собрано все, что для этого нужно – социализация, физическая активность, хорошая психоэмоциональная атмосфера, для нас, гериатров, очень важно, что эти люди находятся на виду. Пусть не медиков, но специалисты по социальной работе понимают это, они проходят подготовку.

– Исходя из вашей практики, старость может быть в радость?

– Старость может быть и должна быть в радость, потому что в каждом возрасте есть свои плюсы. Оптимизм долгожителей, их позитивный взгляд на жизнь вызывает восхищение. Понятно, что в 70–90 лет трудно подпрыгивать или как-то активно танцевать, какие-то вещи становятся проблемой. Но современная гериатрия активно развивается, и мы уже отодвигаем период дряхлости, старческой астении, усилия направлены на то, чтобы сжать его по времени. Это начинается с ведения основных заболеваний – коррекции артериальной гипертонии, лечения ожирения, предупреждения развития сахарного диабета, остеопороза, сохранения мышечной силы. У нас есть пациенты, которым за 70 лет, и они ходят в горы. Конечно, у таких людей существенно ниже риск старческой депрессии.* М

* Необходимо проконсультироваться со специалистом.

Клиники памяти — 9 лет успешной работы



Фото: НИИОЗММ

«Клиники памяти» — оригинальный московский проект, который успешно развивается с 2016 года и помогает москвичам заботиться о собственном когнитивном здоровье с помощью профессионалов и специально разработанных программ.

А.С. Пушкин
 Сказка о рыбаке и рыбке
 Жил старик со своею старухой
 У самого синего моря;
 Они жили в ветхой землянке
 Ровно тридцать лет и три года.
 Старик ловил неводом рыбу,
 Старуха прела свою прикву,
 Раз он в море закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в другой раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в третий раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в четвертый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в пятый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в шестой раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в седьмой раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в восьмой раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в девятый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в десятый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в одиннадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двенадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в тринадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в четырнадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в пятнадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в шестнадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в семнадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в восемнадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в девятнадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать первый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать второй раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать третий раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать четвертый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать пятый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать шестой раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать седьмой раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать восьмой раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в двадцать девятый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.
 Он в тридцатый раз закинул невод,
 Пришел невод с аллою тиной.



Виктор Савилов, руководитель проекта «Клиники памяти» Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева



Фото: НИИОЗММ

— Как и для кого создавался проект «Клиники памяти»?

— Первая клиника памяти начала работу в 2016 году по инициативе главного психиатра Москвы Георгия Петровича Костюка. На тот момент для людей с легкими или начальными стадиями возрастных когнитивных нарушений не было представлено никаких форм лечебной или реабилитационной помощи. Перед коллективом Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева была поставлена задача сформировать программу для работы с такими пациентами. И она была сформирована, апробирована и заработала.

— Что представляет собой эта программа, изменилась ли она за эти годы?

— Программа представляет собой четко структурированный шестинедельный курс, открывающийся диагностической неделей, за которой следуют пять недель ежедневных групповых нейрокогнитивных и психотерапевтических тренировок, занятия лечебной физкультурой, по необходимости медикаментозная терапия. Занятия проходят с 9.00 до 15.00. Такой шестинедельный интенсив хорошо зарекомендовал

себя и заинтересовал пациентов. Буквально через два года стали открываться клиники памяти по всей Москве, которые работают по единому алгоритму.

▲ Во время нейрокогнитивного тренинга

— Как сегодня развивается проект?

— Сегодня в Москве существует уже 9 клиник памяти в разных районах города при трех московских психиатрических больницах.

— В клинику памяти попадают не все желающие? Кто может туда направить?

— Врачи поликлиник, как правило, в курсе, что в Москве работают такие клиники памяти, поэтому могут рекомендовать людям старше 60 лет туда обратиться. Но официальное направление не требуется. Очень радует, что в этом проекте хорошо работает «сарафанное радио». Участники передают знакомым информацию. При каждой клинике есть свой кол-центр, список клиник можно найти на сайте memoryclinic.ru, и каждый желающий может позвонить и записаться. Оператор записывает позвонившего, а затем человеку >>>

ОЧЕНЬ РАДУЕТ, ЧТО В ЭТОМ ПРОЕКТЕ ХОРОШО РАБОТАЕТ «САРАФАННОЕ РАДИО». УЧАСТНИКИ ПЕРЕДАЮТ ЗНАКОМЫМ ИНФОРМАЦИЮ

перезванивают и приглашают на первичную беседу, которую проводит врач-психиатр, чтобы определить, подходит ли и насколько необходима пациенту эта программа, потому что есть как показания, так и противопоказания.

— Какие могут быть показания и противопоказания?

— Основные показания – это жалобы пациента на легкие нарушения памяти, внимания, мышления. А противопоказанием являются более серьезные когнитивные нарушения, когда уже развиваются дементные процессы и требуются совсем другие методы работы. В клиниках памяти предполагается формат групповых тренингов, по 8–10 человек. Это оптимальный формат при легких когнитивных нарушениях. В более серьезных случаях требуется другая программа и индивидуальная работа. Если врач на первичном собеседовании

обнаруживает такие серьезные нарушения, он рекомендует обратиться в психоневрологический диспансер для дальнейшего наблюдения. Как правило, это происходит при взаимодействии с родственниками. Помимо этого, противопоказаниями являются выраженные соматические расстройства, острые стадии того или иного заболевания.

— Как проводится диагностика?

— В течение первой диагностической недели мы оцениваем когнитивное состояние наших пациентов с помощью стандартизованных международных шкал. И когда заканчивается курс, на шестой неделе, также проводится диагностика, чтобы оценить эффективность. И в целом все эти годы она неизменно составляет 70–75 %, поэтому проект и оказался таким жизнеспособным.

— Что подразумевается под эффективностью?

— В начале тренингов пациенты проходят диагностику разных аспектов когнитивной деятельности по множеству различных шкал,

Кабинет когнитивного здоровья в центре московского долголетия



Фото: НИИОЗММ



Фото: НИИОЗММ

В программу клиники памяти вошли разнообразные методики с доказанной эффективностью

неслучайно диагностика занимает целую неделю. И в конце курса мы снова проводим диагностику, чтобы оценить результат. И видим, что у 70–75 % участников показатели заметно улучшаются.

так и повторные. Некоторые приходят к нам по пять-шесть раз, поэтому мы просто не можем использовать одну и ту же программу.

— Эффективность сохраняется все эти годы, а меняются ли методики?

— Принципы остаются прежними, но наполнение программы мы постоянно корректируем. Потому что у нас есть как первичные пациенты,

— Люди возвращаются, это закономерный процесс?

— Да, конечно. Курс в клинике памяти можно проходить раз в год. И многим нравится эффект, они хотят поддерживать результат, видят пользу и соблюдают таким образом «когнитивную гигиену». Можно сравнить с физическим фитнесом, человек же не приходит >>>



Фото: НИИОЗММ

▲
Нейрофизиологические подходы важны и для диагностики, и для коррекции нарушений

один раз на какой-то курс, он постоянно возвращается, чтобы поддерживать форму и достижения. Точно так же можно держать в тонусе и свои когнитивные способности.

— Какие-либо аппаратные методики у вас используются?

— Нет, исключительно живое взаимодействие, живое общение с людьми. В нашем случае это самый экологичный, естественный вариант. Мы ничего не имеем против каких-либо компьютерных тренингов, тренажеров, но расцениваем их как вспомогательные методы. Взаимоотношения человека, который проводит тренинг, и группы обеспечивают наиболее эффективную работу самого когнитивного механизма, эволюционно сложившегося у человека. В центрах московского долголетия сегодня доступны компьютерные нейротренинги, разработанные ФМБА, они состоят из 10 занятий. Это

качественная, но именно общепрофилактическая, массовая программа.

— В следующем году у клиник памяти юбилей — 10 лет. Какие вы видите перспективы, что в планах?

— Радует, что проект востребован, ведь все начиналось с одной клиники. Мы думаем о разработке дистанционной клиники памяти, где проводились бы онлайн-тренинги по той же программе. Не тренажеры, где человек общается исключительно с компьютером, а именно тренинги, где набирались бы группы и реализовалось такое же общение с людьми, но онлайн. Дистанционная клиника памяти существенно расширила бы доступность. Кстати, уже в 10 регионах работают по нашим программам клиники памяти. Но дистанционный формат все равно нужен, и мы надеемся, что такая клиника заработает. 