

На правах рукописи

**ЧЕПЕРИН
Андрей Игоревич**

**ПРЕВЕНЦИЯ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Специальность: 14.01.06-Психиатрия

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
д и с с е р т а ц и и**

**на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск

2012

Работа выполнена на кафедре психиатрии и медицинской психологии
Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего
профессионального образования «Омская государственная меди-
цинская академия» Минздравсоцразвития России.

Научный руководитель:

д-р мед. наук

Одарченко Светлана Сергеевна
ГБОУ ВПО «Омская государственная меди-
цинская академия» Минздравсоцразвития
России

Официальные оппоненты:

д-р мед. наук, профессор

Куприянова Ирина Евгеньевна
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук, профессор

Салмина-Хвостова Ольга Ивановна
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный
институт усовершенствования врачей»
Минздравсоцразвития России

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО «Сибирский государственный меди-
цинский университет» Минздравсоцразвития России (Томск).

Защита состоится 12 декабря в 16 часов на заседании совета по защи-
те докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федераль-
ном государственном бюджетном учреждении «Научно-
исследовательский институт психического здоровья» Сибирского от-
деления Российской академии медицинских наук по адресу: 634014,
Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО
РАМН.

Автореферат разослан 9 ноября 2012 г.

Ученый секретарь совета по защите
докторских и кандидатских
диссертаций Д 001.030.01
кандидат медицинских наук

 О. Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Исследование непсихотических психических расстройств (НППР) позднего возраста в последние годы стало одной из основных проблем психиатрии (Семке В. Я., 2003). Это связано с рядом факторов как эпидемиологического (широкая распространенность данной патологии, возрастание в населении представителей старших возрастных групп, медико-социальные проблемы пожилых) и клинко-психопатологического характера (возрастной патоморфоз, ларвированность психопатологической симптоматики соматоневрологическими эквивалентами, коморбидные формы пограничной патологии позднего возраста и пр.).

Полиморфизм клинической симптоматики и многообразие патогенетических факторов составляют основу и специфику невротических и психопатологических реакций, состояний, развитий в позднем возрасте, объясняя актуальность систематики, дифференциальной диагностики, прогностической оценки болезненных явлений (Семке В. Я., Одарченко С. С., 2003; Dragomirecka E. и др., 2010). Показан высокий уровень распространенности НППР среди лиц пожилого и старческого возрастов (Калып Я. Б., 2001; Гаврилова С. И., 2003, 2006; Lauter H., 1984; Hasegava K., 1985; Henderson A. S., 1989; Ames D., 1991, 1997 и др.).

Переход из периода зрелого возраста в пресенильный манифестирует зачастую «кризисными» явлениями, на фоне которых развиваются психопатологические расстройства пограничного уровня (Семке В. Я., Одарченко С. С., 2003). В развитии преждевременного старения и затяжного течения климактерической перестройки большую роль играют психическая травматизация и длительное нервное перенапряжение (Сабирова А. Б., 2005). Для предупреждения болезненной реакции на биологическое увядание важны внутренние установка и готовность к старению, сохранение социальных контактов и связей, избегание ситуаций одиночества, отринутости, планомерная подготовка к уходу на пенсию (Rijken M., Van Beek S., 2011). Признаки «психического старения» могут появиться задолго до фактической границы старости (Харионов С. В., 2005).

В этой связи актуально изучение превенции НППР, т. е. комплекса медико-социальных мероприятий, направленных на повышение уровня психического здоровья лиц пожилого возраста и на предупреждение развития пограничных психических расстройств. Однако изучение превентивных аспектов пограничной патологии позднего возраста до сих пор носило отрывочный несистематизированный характер, обычно относительно определенных форм психических нарушений либо в рамках психофармакологических исследований.

Актуальность проблематики возрастает в связи с реформированием здравоохранения, основным вектором которого является профилактическое направление и приближение специализированной помощи к конкретным социальным группам (Центры здоровья, Кабинеты профилак-

тики и пр.). Признавая существенную роль социальных институтов в превенции психического патологического, понятно, что лишь в системе здравоохранения возможно проведение предметных превентивных мероприятий НППР позднего возраста. Однако организационные аспекты проблемы на современном этапе развития медицинской помощи пожилым практически не изучены.

Цель исследования: разработка превентивных программ непсихотических психических расстройств позднего возраста на основании клинко-динамических особенностей с использованием системы организационных, психосоциальных и психотерапевтических мероприятий.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность непсихотических психических расстройств среди лиц позднего возраста вне психиатрической сети.
2. Выделить клинко-динамические особенности инициального периода НППР позднего возраста.
3. Изучить факторы возникновения НППР позднего возраста.
4. Разработать модель психосоциальной помощи при НППР позднего возраста на клиническом этапе, с выделением эффективных психотерапевтических тактик.
5. Представить модель психосоциальной превенции НППР позднего уровня на доклиническом и клиническом этапах в рамках инновационных форм организации медицинской помощи (Центры здоровья).

Положения, выносимые на защиту:

1. Непсихотические психические расстройства в позднем возрасте являются распространенной формой психической патологии, в значительной степени являясь причиной психосоциального функционирования на завершающих этапах онтогенеза, а также являются значимой проблемой социально-психиатрического плана. С возрастом удельный вес НППР падает, что связано с общим течением инволюционного процесса и постепенным затуханием эмоциональных реакций и состояний с нарастающими интеллектуально-мнестическими нарушениями.
2. Клиническая картина инициального периода НППР позднего возраста гетерогенна и представлена расстройствами невротического, депрессивного и психопатоподобного типов. Инициальный период невротических нарушений представлен преимущественно невротическим и ипохондрическим типом депрессивных нарушений – тревогой, алкоголизацией и когнитивным снижением; расстройства личности типологизированы по следующим клиническим вариантам: возбудимые, тормозимые, истероидные и паранойяльные.

3. Психосоциальные и семейные особенности больных НППР позднего возраста и их родственников нарушают баланс семейных взаимоотношений, что требует усиления превентивной работы. Она базируется на принципах комплексности, этапности и преемственности спектра воздействий, включающих фармакотерапию и психосоциальную превенцию, направленных на коррекцию выявленных клинко-социальных проблем.

Научная новизна. Впервые проведено эпидемиологическое и клинко-катамнестическое исследование доклинических и клинических форм НППР позднего возраста, установлены факторы, моделирующие данную патологию в рамках региона РФ. Впервые на примере инновационных форм организации здравоохранения (Центры здоровья) показаны возможности превенции данной патологии в системе общемедицинской помощи и в рамках «пограничного» звена специализированной психиатрической помощи. Впервые разработана комплексная психосоциальная модель превенции НППР позднего возраста и предложены принципы психотерапевтической помощи. Разработаны, апробированы и внедрены научно обоснованные рекомендации по превенции пограничной психической патологии позднего возраста, оценена их социальная и клиническая эффективность. Приоритетное направление исследования – научно-организационный компонент, дающий возможность создания и практической реализации новых форм при изучаемом варианте патологии.

Внедрение результатов. Материалы работы используются в лечебно-диагностическом процессе БУЗОО «Госпиталь для ветеранов войн», БУЗОО «Врачебно-физкультурный диспансер», БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодниковой»; в учебной работе со слушателями кафедры психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Омская ГМА» Минздравсоцразвития России и БОУОО «Центр повышения квалификации работников здравоохранения».

Апробация. Результаты работы доложены на XV съезде психиатров России (Москва, 2010); научно-практической конференции «Резидуально-органическая патология головного мозга» (Кемерово, 2011); Российской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии» (Чита, 2011); I Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии» (Томск, 2012).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 37 печатных работ, в том числе 8 методических рекомендаций и 6 статей – в реферируемых журналах, включенных в перечень ВАК РФ.

Объем и структура. Диссертация изложена на 171 странице машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, включает 18 таблиц, 10 рисунков. Список литературы содержит 171 источник, в том числе 108 отечественных и 63 зарубежных авторов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объект исследования: 458 мужчин и женщин старше 60 лет, страдающих НППР и проходящих стационарное и амбулаторное лечение в БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодниковой», открытая популяция лиц старше 60 лет, обратившихся в Центры здоровья на территории Омской области.

Методы: психопатологический, клинко-динамический, катамнестический, эпидемиологический, статистический, аналитический, метод моделирования инновационных форм оказания медицинской помощи.

Используемые средства: стандартизированная история болезни, адаптированная к целям исследования, клинические опросники, программное обеспечение (пакет программ MS Office 2007, статистические пакеты Statistica 7.0).

Исследование выполнено на кафедре психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России. Клинической базой послужили лечебно-профилактические учреждения Омской области: 1) БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодниковой»; 2) Центр здоровья Центрального административного округа Омска.

Для реализации цели и задач исследования проведено клинко-катамнестическое и экспериментально-психологическое обследование пациентов, проживающих на территории Омска и Омской области, проходивших лечение в стационарных и полустационарных отделениях указанного лечебно-профилактического учреждения по поводу НППР в течение 5 лет.

В основу исследования положен **онтогенетический** подход. Наиболее актуально и перспективно создание и совершенствование специализированных и гериатрических пограничных подразделений, исследующих психопатологическую симптоматику по двум граням, крайним «полюсам» жизненного пути человека, проходящего в своем развитии разные возрастные фазы и душевные «кризисы». Речь идет об **онтогенетическом цикле** – от внутриутробного пребывания до периода психического, физического увядания и смерти. Проблема стареющего мозга рассмотрена в контексте диалектики онтогенетического цикла. В рамках онтогенетического принципа феноменология позднего психического развития подтверждает факт, что умирающий естественной смертью (нормальное старение) проходит практически все этапы раннего онтогенеза, но в обратной последовательности.

Использование онтогенетического подхода предполагало разработку исследовательской программы, включавшей следующие компоненты.

1. **Диагностика НППР** в соответствии с диагностическими исследовательскими критериями МКБ-10 и выявление ведущего психопатологического синдрома. Помимо того, в каждом случае оценивались коморбидные психические расстройства, их динамика по критериям МКБ-10.

2. Социально-экономическая диагностика включала сбор информации (семейное положение, бытовые условия, образование, военный анамнез и работа во вредных условиях, наличие и качество работы, доходы). Эмпирическая социальная диагностика дополнялась тематическими разделами истории болезни, объективными сведениями (от родственников и др.).

3. Клиническое описание включало традиционное эмпирическое описание основных статических и динамических параметров состояния пациента на всех этапах госпитальной и постгоспитальной курации.

4. Клинико-психологическое исследование на основе клинико-психологических методов, включающие представление и интерпретацию данных наблюдения пациентов, психологический анализ их переживаний, позволяющий понять внутренние психологические механизмы развития болезни, ее влияние на сферы функционирования личности.

5. Исследование психосоциальных параметров. В выборке пациентов с НППР, прошедших программу по психосоциальной превенции, использованы параметры психосоциального статуса (семейная адаптация, бремя семьи, характер и интенсивность психотравмирующих событий).

6. Формирование организационных моделей помощи. На основании наших исследований в Омской области создана специализированная система вторичной превенции геронтопсихиатрических нарушений с оказанием этапной специализированной превентивной помощи.

7. Интерпретация результатов включала эмпирическое описание, анализ динамики феноменов, выявление статических и динамических закономерностей и оценку эффективности коррекционных мероприятий. Цифровые данные вводились в компьютерную базу данных в программе Microsoft Excel 2007 на персональном компьютере. Вычисления проводились в статистическом пакете Statistica 6.5, стандартизированном в направлениях прикладной антропологии.

В течение 5 лет в стационарных и амбулаторных отделениях ОКПБ наблюдалось 2 816 пациентов старше 60 лет, из них 512 направлены из Центров здоровья. Исключены лица с эндогенными и эндогенно-органическими психическими заболеваниями, тяжелыми формами соматической и неврологической патологии, с острыми и хроническими аффективными, галлюцинаторно-бредовыми и параноидными психозами, признаками деменции различной этиологии. НППР выявлены у 527 чел. (18,7 %). В ходе исследования 42 пациента умерли, у 27 развились тяжелые соматические и неврологические заболевания, в связи с чем они были исключены из исследовательской выборки. Таким образом, суммарная выборка пациентов составила 458 человек.

Типология и группирование пациентов осуществлялась в соответствии с диагностическими группами по МКБ-10. С целью дифференцированного клинического анализа мы постулировали *клиническую структуру заболевания* как ведущий вектор психической патологии. Были выделены психопатологические профили, определяемые с ведущим психопатологическим синдромом (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Клиническое распределение пациентов

Тип	Число пациентов	
	абс.	%
Невротический	216	47,1
Депрессивный	181	39,5
Психопатоподобный	61	13,4

Контрольную группу составили 67 лиц старше 60 лет, наблюдаемых в Центре здоровья ЦАО Омска, у которых не выявлены диагностические критерии психических расстройств.

Социально-демографические показатели. Первичными социальными и биологическими параметрами являются пол и возраст.

Пол. Половые роли первично биологически детерминированы и связаны с начальным разделением труда в данной культуре. В экономически развитых странах у пожилых женщин чаще диагностируются инволюционные расстройства аффективного и ипохондрического плана, у мужчин – личностные и аддиктивные нарушения. В нашу работу вошли данные о 335 женщинах и 123 мужчинах, т. е. преобладают женщины, НППР в инволюционном периоде протекают у них со значительным тревожным компонентом ($p < 0,05$).

Возраст. Влияние его на здоровье реализуется в виде жизненного цикла, закономерной смены фаз жизни при возрастных транзичиях (психосоциальных переходах) личности – изменениях социально-статусной позиции, социальных ролей и связанных с ними внешних условий. Распределение возрастных интервалов в обследованных группах мы провели с интервалом в 5 лет (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Возрастное распределение пациентов (абс., %)

Возраст, лет	Клиническая группа						Контр. группа
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5	Всего	
60–65	26/20,3 %	16/12,5 %	17/13,3 %	63/49,2 %	6/4,7 %	128/100%	22
66–70	21/14,5 %	18/12,4 %	35/24,1 %	57/39,3 %	14/9,7 %	145/100%	19
71–75	17/12,8 %	5/3,8 %	64/48,1 %	32/24,1 %	15/11,3 %	133/100%	18
Старше 75	4/7,7 %	3/5,8 %	4/7,7 %	12/23,1 %	29/55,8 %	52/100%	8
Итого	68/14,8 %	42/9,2 %	120/26,2%	164/35,8%	64/14,0%	458/100%	67

Примечание. Процентные значения даны относительно данного возраста.

Представленные данные демонстрирует тенденции в возрастном формировании обследуемых групп. У пожилых пациентов с НППР в целом возраст наиболее активной симптоматики приходится на период до 70 лет. Затем, по мере нарастания марантических изменений в психопатологическом статусе, число этих пациентов снижается и после 90-летнего рубежа такие ситуации единичны. Отчетливо просматривается тенденция к росту расстройств личности с возрастом, что подтверждает «психопатизация» лиц старших возрастных групп. Данная закономерность обусловлена общим течением инволюционного процесса в насе-

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика НППР пожилого возраста

лении и постепенным затуханием эмоциональных реакций и состояний. Аналогичные тенденции установлены и при анализе возрастного распределения алкоголизирующихся больных. На начальных этапах НППР пациенты активно принимают алкоголь, но по мере нарастания дементной симптоматики интенсивность аддиктивного поведения снижается.

Семейное положение. В инволюционном периоде существует связь между психическим здоровьем и семейным статусом, опосредованная факторами пола и возраста. Наиболее высокий уровень психического здоровья устанавливается у состоящих в браке мужчин, затем следуют одинокие и никогда не состоявшие в браке женщины, затем – женщины, состоящие в браке. Наихудшее психическое здоровье отмечается у одиноких мужчин, разведенных и овдовевших женщин. Первым объяснением данного различия является внутрисемейное распределение ролевых функций. Обязанности по ведению домашнего хозяйства и воспитанию детей создают у пожилых женщин ролевую перегрузку и повышенное эмоциональное напряжение, вызывающие нарушения психического здоровья.

Т а б л и ц а 3

Семейное положение пациентов (абс., %)

Семейный статус	Клиническая группа						Контр. группа
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5	Всего	
Женат (замужем)	28/26,4 %	11/10,4 %	26/24,5 %	25/23,6 %	16/15,1 %	106	22
Разведен(а)	20/15,0 %	15/11,3 %	33/24,8 %	54/40,6 %	11/8,3 %	133	19
Вдовец (вдова)	10/6,5 %	10/6,5 %	55/35,7 %	69/44,8 %	10/6,5 %	154	18
Не был женат (замужем)	10/15,4 %	6/9,2 %	6/9,2 %	16/24,6 %	27/41,5 %	65	8
Итого	68/14,8 %	42/9,2 %	120/26,2 %	164/35,8 %	64/14,0 %	458	67

Данные свидетельствуют о более стабильном семейном положении среди пациентов, страдающих НППР. Почти в 2 раза этот показатель снижается среди «органических» пациентов, в 7 раз – среди активно алкоголизирующихся. Аналогичная тенденция выявляется среди разведенных и вдовых больных. Развод, а еще в большей степени вдовство являются фактором социальной дезадаптации и, соответственно, алкоголизации в инволюционном периоде. Значительное число пациентов среди овдовевших мы связываем с возрастными закономерностями распространения патологии в пожилом возрасте.

Психосоциальная превенция. Из группы пациентов с НППР рандомизированы 102 пациента (47 мужчин – 46,1 %; 55 женщин – 53,9 %) в возрасте от 55 до 75 лет. Для сравнения эффективности превентивной помощи этой категории больных была сформирована контрольная группа из 55 пациентов (26 мужчин – 47,3 %; 29 женщин – 52,7 %), отобранная по тем же критериям (нозологическая принадлежность, частота и длительность госпитализаций, отсутствие тяжелых соматоневрологических заболеваний, возраст).

НППР невротического типа. Клинико-динамическая структура клинико-катанестическим методом изучена у 164 больных с расстройствами F4 по МКБ-10. Однако формализованные критерии МКБ-10 не отражают широкого спектра симптоматики невротических нарушений, в связи с чем мы ориентировались на описание наблюдаемых психопатологических феноменов через выявление специфических симптомов. Среди астенических проявлений часто встречалась слезливость, среди алгических симптомов – головная, желудочно-кишечная боль, сенестопатии. Характерными оказались аффективные расстройства в виде выраженной тревоги и пониженного настроения, изменения витальных функций.

Неврастенический вариант – наиболее распространенная патология пограничного спектра. Для ее формирования в позднем возрасте имела благоприятная физиогенная и психогенная «почва» в виде взаимодействия астенизирующих конституционально-биологических «перестроечных» процессов и пролонгированных хронических психогений, этим объясняется лигированный характер неврастенической симптоматики. В структуре ведущего синдрома, обусловленного воздействием специфических психогений, наблюдалась астеническая, вазовегетативная, нейросоматическая, эмоциогенная симптоматика. Наиболее рельефно выступали функциональные невротические сердечно-сосудистые феномены, проявляющиеся сердцебиениями, преходящей тахикардией и аритмией, чувством «замирания», «похолодания» в сердце, «сердечными толчками», «перебоями» (реже – явлениями брадикардии), вегетативно-сосудистой дистонией. На второе место выдвигался симптомокомплекс функциональных нарушений в дыхательной системе: жалобы на затрудненное дыхание, аритмию дыхательных движений, ощущения «стеснения», «остановки» дыхания, «нехватки воздуха», явления гипервентиляционного синдрома. Третье место по частоте занимали расстройства моторной и секреторной функций кишечника (расстройства аппетита, тошнота, отрыжка, запоры, поносы и т. п.) и мочевыводящих путей (учащенные позывы на мочеиспускание, полиурия, олигурия и др.). Частыми являлись спазматические ощущения в различных органах (в области желчного пузыря с имитацией картины печеночной колики).

Ипохондрический тип отображал динамику этой пограничной патологии, возникающей в более молодые годы, с заострением, усилением акцентированных личностных качеств гомономного круга (неуверенности, психастеничности, застреваемости, тревожности и т. п.). Установлена корреляция между индивидуально значимыми социально-средовыми погрешностями (факторы утраты, угрозы личному или семейному благополучию, тяжелого стресса, ситуации вынужденного одиночества) и формирующейся в позднем возрасте астенической, цереб-

рально-органической недостаточности. Ведущим качеством психической организации пациентов этого круга служило появление в их жизни повышенной чувствительности, легкой ранимости, тревоги и страха, чувства собственной неполноценности. На завершающем этапе ипохондрическая симптоматика создает основу для формирования типичного «ипохондрического эгоцентризма».

НППР депрессивного типа. Основными НППР аффективного спектра были депрессивные нарушения (181 чел.). В процессе клинического изучения мы обратили внимание на практически полное отсутствие «чистых» форм депрессивных расстройств, в связи с чем основным гетерогенезирующим признаком данной группы и выделения соответствующих подгрупп стал признак коморбидности.

Подгруппа 1. Пациенты с непсихотическими депрессиями позднего возраста, коморбидными с тревожными расстройствами (80 чел.). Ведущим идентифицирующим признаком было тревожно-депрессивное состояние. Фабула тревоги разнообразна – малодифференцированные фобические реакции, ипохондрические опасения, страх за близких. Уровень тревоги варьировал от постоянного тревожно-депрессивного аффекта без заметных колебаний до генерализованных тревожных состояний с паническими атаками и тревожно-депрессивным раптусом. Уровень снижения интеллектуально-мнестических функций незначителен и соответствует возрасту.

Подгруппа 2. Пациенты с непсихотическими депрессиями позднего возраста, коморбидными с легкими когнитивными расстройствами (51 чел.). Аффективная симптоматика определялась апатоабулическими депрессиями с неглубоким интеллектуально-мнестическим снижением.

Подгруппа 3. Алкоголизирующиеся пациенты с депрессиями позднего возраста (50 чел.), у которых сформированы специфические признаки алкогольной зависимости.

НППР психопатоподобного типа. Клинико-катамнестически обследованы 61 пациент с психопатической симптоматикой в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $71,4 \pm 11,4$ года), которые были распределены по 4 клиническим группам (возбудимые, тормозимые, истероидные и паранойяльные). В исследование не были включены малодифференцированные и сложные (полиморфные) формы психопатий, случаи с выраженным злоупотреблением алкоголем, сексуальные психопатии.

Психосоциальная превенция НППР позднего возраста

Инновационное направление – внедрение превентивных форм работы с геронтологическими пациентами непсихотического профиля. Из группы пациентов с НППР были рандомизированы 102 пациента (47 мужчин – 46,1 %; 55 женщин – 53,9 %) от 60 до 80 лет. Рандомизация проводилась путем отбора пациентов, поступивших в клинику во вторник и четверг. Для сравнения эффективности превентивной помощи этой категории больных была сформирована контрольная группа из

55 пациентов (26 мужчин – 47,3 %; 29 женщин – 52,7 %), отобранная по тем же критериям (нозологическая принадлежность, частота и длительность госпитализаций, отсутствие тяжелых соматоневрологических заболеваний, возраст от 55 до 70 лет). Рандомизация проводилась аналогичным образом. Таким образом, в исследование психосоциальной превенции НППР позднего возраста вошло 157 больных.

Курация пациентов осуществлялась бригадным методом. В состав бригады входили: врачи-психиатры, психолог, медицинские сестры, социальные работники. Руководитель бригады – врач-психиатр. Каждый специалист реализовал свое направление работы с пациентом. Клинико-динамические особенности заболевания, личность пациента, его индивидуальная семейно-бытовая и социальная ситуация в значительной мере определяли объем и характер превентивных мероприятий.

1. Обращение в ОКПБ. На данном этапе производятся оценка состояния больного, постановка диагноза, выявление длительности заболевания и числа повторных госпитализаций. Ответственные за проведение данных мер: участковый психиатр и врачи отделений.

2. Диагностический этап. В день поступления на лечение каждый пациент осматривался врачом-психиатром, медицинским психологом и специалистом по социальной работе. При наличии сопровождающих родственников в беседе с ними получали дополнительные сведения о психологических и социальных проблемах семьи, изучался соматоневрологический анамнез. Если острота психопатологической симптоматики не позволяла провести полное обследование пациента, то осмотр психолога и специалиста по социальной работе откладывались до получения положительных результатов психофармакотерапии. В первые дни приема пациента на лечение к нему на дом выезжал социальный работник, который знакомился и устанавливал контакт с ближайшим окружением больного, оценивал условия жизни пациента, заполнял «Акт социально-бытовых условий пациента». Специалист по социальной работе заполнял «Карту социального статуса больного» и «Карту оценки способности пациента к самообслуживанию». Диагностический этап завершался формированием комплексного диагноза на рабочем совещании всех специалистов бригады, где психиатрический диагноз дополнялся психосоциальными аспектами. На его основе составлялся индивидуальный план лечебно-превентивных мероприятий с указанием конкретных проблем, мероприятий по их решению и сроков исполнения. Психолог проводил с пациентом (по возможности и с родственниками) ознакомительную беседу, в которой формировался раппорт и определялся круг проблемных ситуаций. В течение 10 дней осуществлялось экспериментально-психологическое исследование для оценки интеллектуально-мнестической деятельности и эмоционально-волевой сферы.

3. Этап активной психофармакотерапии с отдельными видами психосоциальной превенции. В течение первых 10 дней пребывания в отделении пациент осматривался психиатром ежедневно, в следую-

щие 3 недели – через день, а со 2-го месяца – 1 раз в 5 дней. Частые осмотры были необходимы с учетом неблагоприятного течения заболевания, недостаточной комплаентности больных, а в части случаев – в связи с отсутствием близких родственников, которые могли бы осуществлять наблюдение за состоянием пациентов и соблюдением назначенного лечения.

После назначения психиатром психофармакотерапии (препараты, дозы, кратность приема и способ введения) контроль над приемом пероральных форм проводился медицинской сестрой или социальным работником при посещении на дому. Ответственное отношение пациента к лечению позволяло осуществлять такой контроль менее активно. При наличии заинтересованных и ответственных родственников эта часть работы возлагалась на них.

Психосоциальная превенция на этом этапе включала направления: 1) эмоциональная поддержка пациента и его родственников с целью снижения общего уровня тревоги и напряжения. При ежедневных встречах с пациентами медицинская сестра и социальный работник проводили «поддерживающие консультации», высказывая слова сочувствия, понимания, поддержки, пытаясь смягчить переживания пациентов, особенно проживающих одиноко и лишенных естественной эмоциональной поддержки семьи, давали практические советы родственникам, формируя правильное отношение к поведению больного; 2) инструментальная помощь пациенту социальным работником; 3) индивидуальные консультации психологом и психотерапевтом для родственников по семейным проблемам; 4) групповая психообразовательная работа с окружением пациентов; 5) индивидуальная работа с пациентом по формированию мотивировки на длительное регулярное лечение и адекватное отношение к возрастным особенностям, в том числе и психосоциальное, установление партнерских отношений врача с пациентом.

4. Этап активной психосоциальной превенции. На этом этапе при продолжении активной психофармакотерапии медицинский психолог проводил семейное и индивидуальное консультирование (решение внутриличностных проблем) и групповую работу (коммуникативные тренинги), ориентированные на 1) научение эмоциональной и вербальной самоактуализации; 2) моделирование адекватного поведения, социального взаимодействия, общения; 3) обучение навыкам уверенного поведения и самопрезентации; 4) обучение навыкам разрешения проблем и эффективного разрешения конфликтных ситуаций. В задачи психотерапевта на этом этапе входили семейная психотерапия, групповые психообразовательные тренинги с пациентами и их родственниками, а также обучение методам совладания и «управления болезнью». Специалист по социальной работе и социальные работники проводили групповые занятия по разработанным модулям: «Восстановление навыков личной гигиены», «Восстановление навыков самообслуживания», «Формирование социальных навыков», «Правила поведения в социуме».

5. Этап поддерживающего психосоциальной превенции. Средняя длительность лечения – $90,4 \pm 12,5$ дня, общая продолжительность работы с пациентом в программе – 3 года. Каждому пациенту проводилось повторное психологическое и социальное обследование для оценки эффективности психосоциальных воздействий. Выписанные из отделения пациенты передавались в амбулаторную службу. На этом этапе пациент принимал поддерживающую психофармакотерапию под наблюдением психиатра, поддерживающие психосоциальные превентивные интервенции в виде ежемесячных групповых занятий. Продолжалось оказание психологической и психотерапевтической помощи при возникновении стрессовых ситуаций. Проводились психосоциальные превентивные мероприятия, направленные на восстановление максимально доступного пациенту уровня социального функционирования.

Психосоциальная работа осуществлялась на всех этапах превенции. В постоянном режиме работали психообразовательные группы (2 группы по 2 раза в неделю каждая), нацеленные на повышение комплаентности пациентов, совладание с остаточной невротической симптоматикой, распознавание признаков начинающегося обострения. Кроме образовательной функции, группы способствовали созданию терапевтической среды и эмоциональной поддержке. В последующем психообразовательная программа расширялась за счет коммуникативных групп. Многие пациенты после тренинга коммуникативных навыков продолжали работу в групповой работе следующего уровня.

В основной группе психообразование проводилось у 95 % пациентов. За исследуемый период с 72 до 89 % увеличилось количество родственников, участвовавших в психообразовании ($p < 0,01$). С 30 до 5 % снизилось число пациентов, нуждающихся в инструментальной поддержке; с 71 до 29 % ($p < 0,001$) – в продолжении тренинга бытовых навыков. В то же время увеличилось количество больных, с которыми проводились социально-психологические тренинги (с 21 до 35 %; $p < 0,05$) и семейная терапия (с 10 до 16 %). В контрольной группе в небольшом количестве случаев проводились психообразование больных (10 %) и их родственников (29 %), тренинги бытовых навыков (8 %), инструментальная поддержка (2 %).

В таблице 3 представлена динамика ведущих психосоциальных проблем в процессе реализации превентивной программы в основной и контрольной группах.

Партнерское взаимоотношение пациентов и их родственников в превентивной программе, реализация всех видов комплексного психосоциального лечения улучшает отношение родственников к больным, которое становится более спокойным, понимающим, терпимым. Родственники начинают понимать болезненный характер реагирования пациентов и перестают относить его на счет «капризов», «вредности», «плохого характера», «старости». Возрастает информированность родственников о структуре психиатрической службы, возможных инструментах и видах оказываемой поддержки. Вследствие накопления положительного

опыта во время индивидуальных и групповых занятий, понимания степени имеющихся у пациентов расстройств и связанных с этим проблем и путей и решения улучшаются показатели по шкалам «Зависимость», «Ущерб» (табл. 4).

Таблица 3

Динамика первоочередных социальных проблем

Первоочередные психосоциальные проблемы	Основная группа				Контрольная группа	
	Анамнез		Катамнез			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Конфликтные отношения в семье	14	13,7 %	4	3,9 %	7	12,7 %
Гиперопека со стороны семьи	9	8,8 %	2	2,0 %	4	7,3 %
Отказ семьи от психофармакотерапии	8	7,8 %	2	2,0 %	5	9,1 %
Резкое сужение круга общения и интересов	6	5,9 %	4	3,9 %	4	7,3 %
Сужение круга общения и интересов	10	9,8 %	8	7,8 %	6	10,9 %
Несоблюдение гигиенических, социально-бытовых правил	15	14,7 %	10	9,8 %	7	12,7 %
Соблюдение гигиенических, социально-бытовых правил при стимуляции со стороны	10	9,8 %	8	7,8 %	4	7,3 %
Отказ больного от психосоциального лечения	4	3,9 %	1	1,0 %	2	3,6 %
Безразличное отношение к психосоциальному лечению	1	1,0 %	2	2,0 %	2	3,6 %
Проблемы в коммуникации	14	13,7 %	9	8,8 %	6	10,9 %
Алкоголизация	3	2,9 %	0	0,0 %	2	3,6 %
Отсутствие, пропажа или утрата документов, задолженность по коммунальным платежам	8	7,8 %	0	0,0 %	6	10,9 %

Таблица 4

Оценка нагрузки на семью у пациентов с НППР (до и после превентивной программы)

Субшкала	Депрессивные НППР		Невротические НППР		Расстройства личности	
	До	После	До	После	До	После
Проблемы в поведении	13,4±1,5	10,4±1,4	21,0±3,6*	16,5±4,0*	17,8±2,3*	15,7±2,7*
Отрицательн. симптомы	19,3±2,5	16,4±1,8	18,0±2,9*	16,8±2,5	16,7±1,7	14,9±2,8*
Стигма	10,3±0,9	8,4±0,7	15,2±2,0	12,5±2,4*	11,4±2,9*	9,2±2,0*
Проблемы с психиатрическими учреждениями	21,5±2,5	12,1±2,8	22,0±3,1*	10,2±1,3*	14,5±2,5	10,1±1,9*
Влияние на семью	17,8±2,4	14,7±1,7*	19,3±4,8*	18,6±3,9	12,4±2,6*	9,8±1,5
Необходимость поддержки пациентов	14,1±2,4	13,2±2,4	17,6±2,6*	14,6±2,0*	14,3±2,1	11,5±2,8*
Зависимость	11,5±2,8*	2,2±1,8*	16,0±2,7*	13,2±2,8	15,2±3,5*	12,6±2,4*
Ущерб	16,5±3,5	10,3±1,5*	15,0±3,6*	12,5±2,5*	12,8±1,8*	10,4±2,1
Накопление положительного опыта	14,9±2,1	9,3±0,5*	12,1±2,4	18,2±4,4	13,3±2,0*	18,7±3,2*
Положительные аспекты взаимоотношений	15,5±2,5	11,8±1,8*	11,5±1,2*	15,0±2,4	12,6±2,1	16,4±3,8*

Примечание. * – $p \leq 0,05$.

Появившаяся положительная оценка по шкале позитивных аспектов взаимоотношений объясняется получением навыков общения с больным и новых знаний о психической болезни, полученных из психообразовательных программ. 12 (11,8 %) родственников имели более низкие показатели информированности о психической болезни. В связи с тем, что вначале они считали, что «знали все», а после занятий в группе поняли, что знаний недостаточно, у них появилось желание продолжать психообразовательные программы.

Цель психосоциальных превентивных воздействий – сформировать навыки социального функционирования вне стен клиники. Для пациентов с расстройствами личности организована группа само- и взаимопомощи (9 – 13,0 %). Они встречались во внебольничных условиях, организовывали свой досуг, оказывали эмоциональную поддержку друг другу и другим пациентам ОИЛС, в том числе в стационаре, помогали в трудоустройстве. Индивидуальные превентивные программы помогали пациентам установить доверительные отношения со специалистами, повышали комплаентность (76 – 74,5 %; до включения в программу: 26 – 25,5 %; $p < 0,001$), из них 41 больной (40,2 %) соблюдал режим психофармакотерапии полностью, 35 чел. (34,3 %) – частично. Они чаще и заинтересованней соблюдали режим приема лекарственных средств, посещали психиатра, более открыто говорили о проявлениях болезни, изменениях в психическом состоянии, чаще обсуждали это на группах, получая поддержку, делились друг с другом опытом переживаний, что снижало степень их напряженности. Положительная динамика социального функционирования, удовлетворенность качеством жизни, длительное, самостоятельное проживание в сообществе пациентов основной группы доказывают эффективность превентивной программы.

Эффективность лечебных мероприятий. По «Шкале эффективности терапии» (Семке В. Я., 1981) терапевтические вмешательства оценивались по параметрам: клиническое улучшение, нейрофизиологические показатели и восстановление социально-трудовой деятельности. Оценка выздоровления при квалификации качества оказанной помощи и терапевтической резистентности НППР проводилась по 5 степеням:

А. Полное выздоровление со стойким снижением психопатологической симптоматики, выравниванием психолого-личностных и нейродинамических показателей, с восстановлением социального статуса.

В. Практическое выздоровление. Восстановление параметров психического здоровья (клинических, нейрофизиологических, социальных). Для поддержания нейродинамического гомеостаза требовалось проведение превентивных социотерапевтических вмешательств на базе геронтопсихиатрического кабинета диспансера.

С. Неполное выздоровление. Наличие отдельных слабо выраженных и остаточных клинических проявлений болезни (субдепрессивный фон настроения, эпизоды легкой ситуационной тревожности, нерезкие нейрофизиологические сдвиги), ослабление адаптационных способностей и снижение качества жизни и социального функционирования.

Д. Незначительное выздоровление. Элементы ослабления эмоционально-волевой и интеллектуально-мнестической сферы, торпидная нейрофизиологическая динамика, снижение социального функционирования и качества жизни.

Е. Отсутствие выздоровления. Нонреспондерность к проводимым терапевтическим вмешательствам, стойкая симптоматика с тенденцией к снижению интеллектуально-мнестических функций, стойкое снижение социального функционирования и качества жизни, элементы социальной дезадаптации.

Спектр исходов НППР в исследовании представлен в таблице 5.

Т а б л и ц а 5

Эффективность превенции НППР позднего возраста

Уровень эффективности	Невротический тип		Депрессивный тип		Психопатоподобный тип	
А. Полное выздоровление	62	28,7 %	4	2,2 %	0	0
В. Практическое выздоровление	104	48,2 %	9	5,5 %	15	24,5 %
С. Неполное выздоровление	28	12,9 %	99	54,7 %	16	26,3 %
Д. Незначительное выздоровление	18	8,3 %	42	23,3 %	10	16,4 %
Е. Отсутствие выздоровления	4	1,9 %	27	14,9 %	20	32,8 %

Максимальным потенциалом в отношении лечения обладают пациенты с невротическим типом НППР, что связано с меньшей резистентностью невротических расстройств. По мере увеличения возраста и нарастания когнитивной симптоматики эффективность лечебных мероприятий снижается за счет интеллектуально-мнестических нарушений и тотального падения качества жизни и социального функционирования. При депрессивном типе полное выздоровление практически не отмечается, высок уровень нонреспондерности. При психопатоподобном типе эффективность лечения достигается за счет возрастной депсихопатизации и коррекции ассоциированных расстройств поведения, но значительная пациентов – нонреспондеры.

Психотерапевтические интервенции в пожилом возрасте

В ходе превентивной работы с пожилыми пациентами с НППР в структуре вышеописанных психосоциальных технологий активно использовались психотерапевтические технологии.

Рациональная психотерапия. В состоянии бодрствования проводится коррекция с помощью мотивированного убеждения представлений, понятий, суждений и умозаключений, измененных вследствие болезни. Направлена на различного рода представления: о своей болезни, сложившейся ситуации, самом себе (коррекция мнения больного о плохом здоровье при доброкачественном лечении заболевания, об исключительно трудной ситуации при наличии обычных в жизни и деятельности затруднений). Убеждение человека в его логических ошибках с помощью ряда приемов.

Убеждающая психотерапия и липерсуазия. Используется убеждение, т. е. мотивированная передача информации с доказательством ошибок в суждениях людей, обучение способности логически верно оценивать свои жалобы, переживания, состояния здоровья.

Эмоциональная психотерапия по Дежерину. Главный способ воздействия – не абстрактное или нейтральное убеждение, а эмоционально-насыщенное доказательство ошибок. Психотерапевт приводит эмоционально значимые для больного мотивы, сравнения, понятия. Вариант эмоциональной ПТ – применяемая за рубежом «отношенческая ПТ» (Folsom I., 1969), содержащая активное и пассивное дружелюбие, при которых медицинский персонал старается восстановить нарушенные болезнью межличностные коммуникации, поощряя больного, проявляя к нему предельное внимание и заботу. Используя прием возбуждающих воспоминаний, врач во время беседы останавливается на событиях, эпизодах, фактах, эмоционально затрагивающих больного, с целью изменения отношения пациента к тем или иным факторам.

Разъяснительная психотерапия. Цель – восполнить дефицит информации, который может способствовать возникновению отрицательных эмоций. Врач в психотерапевтическом аспекте сообщает больному сведения о состоянии его здоровья, сложившейся ситуации, обсуждает с ним причины болезни, старается подвести пациента к пониманию им патогенного конфликта.

Психотерапия через мирозерцание. Направлена на уменьшение значимости трудностей и коррекцию масштаба переживаний. Врач во время беседы помогает больному объективно оценить декомпенсировавшую его жизненную ситуацию, убеждает в том, что трудности могут быть более сложными, что нет оснований для разочарования, переживаний, уныния. Коррекция ценностных ориентаций применяется в тех случаях, когда больной декомпенсирован неудачей при достижении цели. Врач или психолог вместе с больным анализирует поставленную цель, выясняет ее социальную значимость и актуальность для больного и предлагает больному пересмотреть цель и пути ее достижения.

Аретопсихотерапия (ПТ через доблесть). Ориентирована на изменение мнения больного о себе. Врач убеждает больного в том, что он обладает большими способностями и может добиться успехов в жизни и в борьбе с болезнью. Её применяют в форме положительного отзыва о больном с целью облегчения установления доверия (в начале контакта с больным в форме признания и поощрения). Конечным результатом адекватного отзыва является формирование положительного психоэмоционального фона как базиса для личностной установки.

Психоортопедия – прием рациональной ПТ, применяемый чаще для коррекции психопатических черт и акцентуации личности. Приемы рациональной ПТ применяются в отдельности и в сочетании. Краткосрочная ПТ – сочетание приемов рациональной ПТ, направленной на успокоение пациента путём бесед с врачом, выявление причин травматизации и конфликтов, изменение ценностной ориентации. Конкретные

формы рассудочной ПТ могут быть разными: 1) врач во время диалога указывает пациенту на непоследовательность его действий, противоречивость суждений, логические ошибки; 2) простое выслушивание, когда пациент, поделившись переживаниями, как бы облегчает свое горе. Такую форму рациональной ПТ считают одним из компонентов эмпатической коммуникации.

Рассудочную психотерапию можно проводить не только в форме диалога, но и в виде высказывания своего мнения о сформировавшейся ситуации, болезни пациента, о нем самом. Ее эффективность повышают обоснованные высказывания врача, уверенный голос, спокойное выражение лица. Напротив, снижают результат неопределенность рассуждений. Настойчивая работа врача позволяет ему совершенствовать технику проведения рассудочной ПТ: выбирать прием, адекватный характеру болезни и особенностям личности больного, находить нужную форму, избегая в одних случаях категоричности, в других, напротив, сохранять выдержку и такт, если пациент настроен недоброжелательно.

Недирективная психотерапия основана на том, что больной высказывает свои мысли и чувства, а психотерапевт не навязывает ему своих интерпретаций, но лишь помогает разобраться в себе. Важным условием лечения служит эмпатия – умение психотерапевта поставить себя на место больного, посмотреть на мир его глазами и испытать его чувства. Направлена на устранение иррациональных идей, часто высказываемых больными депрессией.

Межличностная психотерапия основана на предположении, что депрессия существенно зависит от межличностных отношений. Лечение направлено на то, чтобы облегчить эти отношения, улучшить социальную адаптацию и повысить коммуникабельность, уменьшить скрытность и тем самым дать больному возможность выражать свои мысли и чувства.

Психотерапевтическая превенция с пожилыми в состоянии горя. В отношении пожилых людей, страдающих НППР, ситуации потерь и горя особо драматичны: одному из членов каждой пожилой супружеской пары придется смириться с потерей супруга или супруги. С 2010 г. на базе Центра здоровья нами была организована группа «Тяжелой утраты», функционирующая по клубному типу. К моменту завершения нашего исследования в группе с различной периодичностью наблюдались и проходили коррекцию 158 человек, из которых более половины (102) остались в группе.

В работе мы основывались на разработанных М. Cohen (2000) технологиях психотерапевтической превенции пожилых. Наиболее очевидной помощью, которая оказывается пожилым людям в группах «Тяжелой утраты», является социальная поддержка, а также ощущение принятия. Пребывание среди людей, которые пережили то же самое и могут понять переживания другого, трудно переоценить. Подобная группа предоставляет своим членам три вида поддержки: инструментальную, эмоциональную и оправдывающую. Инструментальная поддержка дает

представление о практических способах действия, основываясь на чьем-то опыте. Горе действует на людей так сильно, что они часто приходят в замешательство и не знают, как справиться с проблемами. Те члены группы, кому уже пришлось справиться с трудностями, рассказывают о том, какие способы решения проблем существуют, и помогают другим сделать выбор.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность непсихотических психических расстройств среди пациентов позднего возраста, обратившихся за специализированной помощью на доклиническом этапе, составляет 18,7 %. С возрастом удельный вес НППР падает, что связано с общим течением инволюционного процесса, постепенным затуханием эмоциональных реакций и состояний, нарастающими интеллектуально-мнестическими нарушениями. НППР в позднем возрасте чаще встречаются у женщин (в 2,7 раза; $p < 0,05$).

2. Клинико-динамические характеристики инициального периода НППР позднего возраста определяются спектром личностных особенностей в зависимости от типа НППР. Клиническое исследование НППР позднего возраста показало наличие 3 типов данной патологии: невротического (47,2 %), депрессивного (39,5 %), психопатоподобного (13,3 %). Инициальный период протекал по различным клиническим вариантам и определялся развитием на фоне соматического неблагополучия, начальных явлений атеросклероза, инволюционных сдвигов: невротический тип НППР (47,2 %) нарушений представлен преимущественно невропатическим (45,8 %) и ипохондрическим (54,2 %) симптомокомплексами; депрессивных нарушений – тревогой (44,2 %), алкоголизацией (27,6 %) и когнитивным снижением (28,2 %); расстройства личности типологизированы по следующим клиническим проявлениям: возбудимые (26,2 %), тормозимые (26,2 %), истероидные (26,2 %) и паранойяльные (21,4 %).

3. В возникновении НППР патогенное значение имели органическая и соматическая несостоятельность, неблагоприятные семейные отношения (49,4 %), сочетание психических травм (33,3 %) с их длительным действием по типу «второго удара» (10,5 %). Сексуальные и бытовые психические травмы в чистом виде встречались редко (4,3 и 2,5 %). Помимо ведущей роли психогений в возникновении НППР позднего возраста немаловажное значение имели факторы, связанные с психологическими особенностями пожилых (замедленность реакций, склонность к пониженному настроению, отрицательные социальные установки, ухудшение работы органов чувств, сужение поля внимания, чувствительность к посторонним помехам, рассеянность и пр.).

4. Психосоциальная превенция НППР позднего возраста предполагает раннее присоединение психосоциальных вмешательств в групповом формате с привлечением к оказанию помощи самих пациентов и их родственников. Объем психосоциальных воздействий с применением специальных модулей и программ (коммуникативный тренинг, семейная психотерапия, психообразование, группы взаимопомощи) постепенно расширялся с учетом уровня социальной дезадаптации пациентов. Комплекс психосоциальных воздействий включал эмоциональную поддержку пациента и его родственников, направленную на снижение общего уровня тревоги и напряжения, формирование терапевтического альянса по типу семейной терапии, тренинга социальных навыков, инструментальной поддержки и психотерапии. Выбор психотерапевтических тактик осуществлялся с учетом клинической и социальной ситуации на основе широкого спектра нетрансовых методик.

5. Результаты оценки эффективности превентивной программы демонстрируют ее клинико-социальную и экономическую значимость в зависимости от этапа их применения: редукция психопатологической симптоматики статистически значима уже к 8-й неделе терапии, сохраняя положительную динамику на протяжении всего курса; важным являлся комплексный клинико-динамический и прогностический подход с применением соматопсихиатрического и психотерапевтического воздействий.

6. Совокупность полученных клинико-эпидемиологических, клинических и психологических данных позволила разработать тактику ведения пациентов с НППР позднего возраста на основе создания психолого-психотерапевтической службы вне психиатрической помощи. Созданы специализированные психокоррекционные группы на донологических этапах развития патологии с использованием Центров здоровья, на базе которых возможно раннее выявление и превенция данной патологии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Превентивная помощь лицам пожилого возраста в рамках специализированной психиатрической помощи должна предусматривать клинико-динамические особенности НППР, среди которых наибольшее значение имеют нарушения тревожно-депрессивного регистра. Невротические расстройства в группе больных 60—70 лет развиваются на фоне соматического неблагополучия, начальных явлений атеросклероза, инволюционных сдвигов и выявляют существенный уровень коморбидности с иными психическими и соматоневрологическими заболеваниями.

2. Эффективная превенция данной патологии предусматривает не только диагностику в рамках традиционных форм организации психиатрической помощи, но и в общемедицинской сети, в частности в Центрах здоровья. Включение врача-психиатра (психотерапевта) в обязательный минимум обследования пожилых пациентов, а также минимальный набор клинико-психологических методик позволяет осуществлять скрининг изучаемой патологии у посетителей Центров здоровья.

3. Превенция НППР позднего возраста, помимо традиционного фармакологического лечения, должна включать и реадaptационный компонент, реализуемый с участием мультидисциплинарных бригад, в наименее стигматизирующих условиях с соблюдением принципа партнерства с пациентом. В процессе превенции осуществляется плавный переход от курации в стационаре, а затем к активному посещению пациентом отделения. Раннее присоединение психосоциальных вмешательств, включение пациентов и их родственников в психообразовательные программы способствуют улучшению когнитивных функций и стабилизации основных показателей социального функционирования и качества жизни семьи.

4. Психотерапевтическая превенция проводится в индивидуальном, семейном и групповом формате с учетом эмоциональных и когнитивных особенностей пожилых. Психотерапевт должен помочь пациенту преодолеть безысходные ситуации, разрешить индивидуально непереносимые психогении, снять последствия неблагоприятных жизненных «кризисов», привести к стимуляции внутренних личностных ресурсов. Большое преимущество групповой терапии для пожилых людей, переживающих тяжелую утрату, в противоположность индивидуальной терапии, – это вовлечение членов группы в процесс эмоциональной поддержки и сопереживания другим. Группа предоставляет новые возможности для социализации, приобретения друзей и развития взаимной поддержки.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Клиническое и фармакологическое обоснование применения ингибиторов АТФ и сартанов в лечении артериальной гипертензии (тезисы) / В. Э. Дворников, А. И. Чеперин, И. И. Зинченко, Д. В. Наумов // Кардиология-2008: материалы 10-го Юбилейного научно-образов. форума. – Новосибирск, 2008. – С. 29—30.
2. Современный опыт оптимизации психиатрической службы Омской области / А. И. Чеперин, Ю. В. Ерофеев, Н. К. Антошкина, О. Н. Степанова // Онтогенетические аспекты психического здоровья. – Омск; Томск, 2010. – С. 81—83.
3. Онтогенетический принцип в организации психиатрической службы Омской / А. И. Чеперин, Ю. В. Ерофеев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 36—41.

4. Стационар на дому как новая форма психиатрического сервиса / О. Е. Крахмалева, Т. И. Иванова, А. И. Чеперин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 45–49.
5. Роль медицинской сестры в психосоциальной реабилитации пациентов различных возрастных групп / Н. К. Антошкина, А. И. Чеперин, Е. П. Гирфанова, Т. Н. Лудын // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 112–116.
6. История Омской психиатрической клиники / А. И. Чеперин, Т. А. Драчук, Д. В. Четвериков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 136–139.
7. Полипрофессиональный подход к решению социально-психологических проблем родственников больных с деменцией / А. И. Чеперин, С. С. Одарченко // Акт. проблемы современной психиатрии. – Иркутск, 2010. – С. 37.
8. Стрессы и их влияние на развитии психических расстройств в пожилом возрасте / С. С. Одарченко, А. И. Чеперин // Психическое здоровье населения Дальнего Востока. – Владивосток, 2010. – С. 79–81.
9. Инновационные решения в телефонном консультировании / А. И. Чеперин, И. Н. Михайличенко, Л. А. Сазонова, И. Н. Мурина // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 72–73.
10. Совершенствование психиатрической службы Омской области / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, Н. И. Осатюк, Е. А. Белебева // XV Съезд психиатров: Материалы съезда. – М., 2010. – С. 63.
11. Организация сестринского ухода за пациентами, страдающими деменцией в структуре полипрофессиональной бригады / Т. Н. Лудын, С. С. Одарченко, А. И. Чеперин // XV Съезд психиатров: Материалы съезда. – М., 2010. – С. 171.
12. Онтогенетический подход к превенции психических расстройств позднего возраста: организационные основы / С. С. Одарченко, А. И. Чеперин // XV Съезд психиатров: Материалы съезда. – М., 2010. – С. 173.
13. Клинические варианты реакций горя / С. С. Одарченко, А. И. Чеперин, Д. В. Четвериков // Акт. проблемы возрастной наркологии. – Челябинск, 2010. – С. 124–125.
14. Развитие кризисной помощи и проблемы при ее оказании / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, И. Н. Михайличенко, Л. А. Сазонова // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 70–71.
15. Психотерапия лиц имеющих инвалидность / А. И. Чеперин, С. С. Одарченко, Д. В. Четвериков // Акт. вопросы современной психиатрии наркологии : материалы регион. научно-практ. конф., посвящ. 85-летию кафедры психиатрии ОГМА. – Омск, 2010. – С. 133–134.
16. Клинические варианты реакций горя / Д. В. Четвериков, С. С. Одарченко, А. И. Чеперин // Акт. вопросы современной психиатрии наркологии : материалы регион. научно-практ. конф., посвящ. 85-летию кафедры психиатрии ОГМА. – Омск, 2010. – С. 134–135.
17. Принципы психотерапии и реабилитации лиц пожилого возраста / А. И. Чеперин, С. С. Одарченко // Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект): тез. докл. межрегион. конф. (Кемерово, 23 марта 2011 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск, Кемерово, 2011. – С. 304–308.
18. Сердечно-сосудистая патология и пограничные психические расстройства / А. И. Чеперин, М. А. Богачев, С. С. Одарченко, Д. В. Четвериков, М. И. Шенденко // Сибирский мед. журн. – 2011. – Т. 26, приложение 1. – С. 272–273.
19. Организация психотерапевтической помощи пожилым пациентам в Омской области / А. И. Чеперин, С. С. Одарченко // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: тезисы докладов XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 6–7 сентября 2011 г.) / под редакцией академика РАМН В. Я. Семке. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2011. – Вып. 15. – С. 110–111.
20. Диагностика непсихотических расстройств позднего возраста в Центрах здоровья / С. С. Одарченко, Д. В. Четвериков, А. И. Чеперин // Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья: материалы 4-го нац. конгр. по соц. психиатрии). – М., 2011. – С. 158.
21. Усовершенствование психиатрической службы Омской области / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, Т. Ф. Волчкова // Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным: материалы Всерос. конф. – М., 2011. – С. 252.
22. Идентичность и мишени психотерапии лиц с инвалидностью / А. И. Чеперин, С. С. Одарченко, Д. В. Четвериков // Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным: материалы Всерос. конф. – М., 2011. – С. 343.
23. Методы психосоциальных вмешательств при оказании медицинской помощи лицам с психическими расстройствами / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, Т. Ф. Волчкова, О. В. Дудкина // Опыт внедрения и функционирования моделей психосоциального лечения и реабилитации в условиях омского региона: сб. ст. и модульных практик для психологов. – Омск, 2011. – С. 5–12.
24. Специфика деятельности, роль и функции психолога при оказании медико-реабилитационной помощи в лечебно-реабилитационном учреждении / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, Ю. А. Максимов, Ю. В. Лычкова // Опыт внедрения и функционирования моделей психосоциального лечения и реабилитации в условиях Омского региона: сб. ст. и модульных практик для психологов. – Омск, 2011. – С. 25.
25. Специфика деятельности, роль и функции специалиста по социальной работе в лечебно-реабилитационном учреждении / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, А. П. Зинкина // Опыт внедрения и функционирования моделей психосоциального лечения и реабилитации в условиях Омского региона: сб. ст. и модульных практик для психологов. – Омск, 2011. – С. 5–21.
26. Состояние, проблемы и перспективы развития областной психиатрической службы / Ю. В. Ерофеев, А. И. Чеперин, Н. К. Антошкина, О. Н. Степанова // Преобразование психиатрической службы Омской области: сб. ст. и нормативных документов для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатрического сервиса. – Омск, 2011. – С. 5–13.
27. Организация оказания психиатрической помощи населению Омской области / Т. Г. Равдугина, А. И. Чеперин, Т. А. Драчук // Преобразование психиатрической службы Омской области: сб. ст. и нормативных документов для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатрического сервиса. – Омск, 2011. – С. 14–24.

28. Опыт внедрения новых форм оказания комплексной полипрофессиональной помощи больным, страдающим психическими расстройствами, с использованием современных лекарственных средств / Л. В. Шукиль, А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, А. Д. Шеллер // Преобразование психиатрической службы Омской области: сб. ст. и нормативных документов для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатрического сервиса. – Омск, 2011. – С. 33—39.
29. Специфика деятельности, роль и функции специалиста по социальной работе в лечебно-реабилитационном учреждении / М. Б. Костенко, А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, А. П. Зинкина // Преобразование психиатрической службы Омской области: сб. ст. и нормативных документов для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатрического сервиса. – Омск, 2011. – С. 39—53.
30. Роль совета по сестринскому делу в оказании психосоциальной помощи и поддержки психически больным / А. И. Чеперин, Н. К. Антошкина, Е. П. Гирфанова // Преобразование психиатрической службы Омской области: сб. ст. и нормативных документов для специалистов в области психиатрии по организации инновационных форм психиатрического сервиса. – Омск, 2011. – С. 56—59.
31. Групповая психотерапия «Школа радости» для пациентов с депрессивными расстройствами / С. С. Одарченко, А. И. Чеперин, Д. В. Четвериков. // Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств: материалы Всерос. конф. – СПб., 2011. – С. 58.
32. Обеспечение лекарственными средствами больных, страдающих психическими заболеваниями, на примере Омской области / Л. В. Шукиль, А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, И. А. Койрах, А. Д. Шеллер // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. – 2011. – № 4. – С. 34—36.
33. Опыт внедрения новых форм оказания комплексной полипрофессиональной помощи больным, страдающим психическими расстройствами, с использованием современных лекарственных средств в Омской области / Л. В. Шукиль, А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, А. Д. Шеллер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – Т. 13, № 6. – С. 10—13.
34. Организация помощи пострадавшим с психическими расстройствами в условиях чрезвычайных ситуаций / А. И. Чеперин, С. С. Одарченко, В. И. Краля // Акт. вопр. службы медицины катастроф : материалы межрегион. конф. с междунар. участием. – Омск, 2012. – С. 79—83.
35. Задачи и работа специализированного психиатрического учреждения при возникновении чрезвычайной ситуации / А. И. Чеперин, В. И. Краля, С. С. Одарченко, Д. В. Четвериков // Акт. вопр. службы медицины катастроф : материалы межрегион. конф. с междунар. участием. – Омск, 2012. – С. 83—85.
36. К вопросу о преемственности оказания психиатрической помощи / А. И. Чеперин, О. Н. Степанова // Психическое здоровье населения как основа безопасности России : тез. всерос. научно-практ. конф. с междунар. участием. – Казань, 2012. – С. 42.
37. Современное состояние организации психиатрической помощи населению Омской области / А. И. Чеперин, Т. А. Драчук, И. Е. Шаропова // Психическое здоровье населения как основа безопасности России: тез. Всерос. научно-практ. конф. с междунар. участием. – Казань, 2012. – С. 43.