



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИИЕ ПСИХОЛОГИИ ЧӐВАШ ХЫПАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



1

2006

ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

Психиатрипе психологин чăваш хытарçи
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ
ИЗДАНИЕ

№ 1

Чебоксары
2005

Научно-практическое издание Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов

Председатель редакционного совета

А.Б. КОЗЛОВ (Чебоксары, Россия)

Редакционный совет:

А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург, Россия)

К.А. ИДРИСОВ (Грозный, Россия)

Е.Н. КАДЫШЕВ (Чебоксары, Россия)

Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург, Россия)

А.М. КАРПОВ (Казань, Россия)

В.Н. КРАСНОВ (Москва, Россия)

С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс, Литва)

Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе, Таджикистан)

С.А. НУРМАГАМБЕТОВА (Алматы, Казахстан)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)

А.А. ЧУРКИН (Москва, Россия)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)

Главный редактор

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

И.Е. БУЛЬГИНА (редактор раздела «Наркология»)

Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР (технический редактор)

А.В. ГОЛЕНКОВ (зам. главного редактора,
редактор раздела «Психиатрия»)

А.Н. ЗАХАРОВА (редактор раздела «Психология»)

Ф.В. ОРЛОВ (ответственный секретарь,
редактор раздела «Психотерапия»)

Адрес редакции

Россия, 428018, Чувашская Республика,

г. Чебоксары, ул. К. Иванова, 20

Тел. (8352) 42-01-30, 42-53-41,

факс (8352) 42-03-83

Е-mail: chapn1962@yahoo.com

**Чăваш психиатрĕсемпе наркологиĕсен,
психотерапевчĕсемпе психологиĕсен
ассоциацийĕн клиника практикипе
ăслăлăх кăларăмĕ**

Редакци канашĕн пуçлăхĕ
А.Б. КОЗЛОВ (Шупашкар)

Редакци канашĕ
А.А. АЛЕКСАНДРОВ
(Санкт-Петербург)
К.А. ИДРИСОВ (Грозный)
Е.Н. КАДЫШЕВ (Шупашкар)
Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ
(Санкт-Петербург)
А.М. КАРПОВ (Хусан)
В.Н. КРАСНОВ (Мускав)
С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс)
Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе)
С.А. НУРМАГАМБЕТОВА
(Алматы)
А.Ф. СОГОЯН (Ереван)
Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины)
А.В. ХУДЯКОВ (Иваново)
А.А. ЧУРКИН (Мускав)
С. ЭВАНС (Нью-Йорк)

Тĕп редакторĕ
Е.Л. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

Редакци ушкăнĕ
И.Е. БУЛЬГИНА
Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР
А.В. ГОЛЕНКОВ
(тĕп редактор сұмĕ)
А.Н. ЗАХАРОВА
Ф.В. ОРЛОВ (яваплă секретарĕ)

Редакци вырăнĕ
428018, Чăваш Республики,
Шупашкар хули, К. Иванов ур., 20

Тел. (8352) 42-01-30, 42-53-41
факс (8352) 42-03-83
E-mail: chapn1962@yahoo.com

Research and clinical practice edition
of the Chuvash association
of psychiatrists, narcologists,
psychotherapists, psychologists

Chairman of Editorial Council
A.B. KOZLOV (Cheboksary)

Editorial Council
A.A. ALEKSANDROV
(St. Petersburg)
G. CHRISTODOULOU (Athens)
A.A. CHURKIN (Moscow)
S. EVANS (New-York)
K.A. IDRISOV (Grozny)
E.N. KADYSHEV (Cheboksary)
A.M. KARPOV (Kazan)
B.D. KARVASARSKY
(St. Petersburg)
V.N. KRASNOV (Moscow)
A.V. KHUDIYAKOV (Ivanovo)
S. LESINSKIENE (Vilnius)
D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)
S.A. NURMAGAMBEVA
(Almaty)
A.F. SOGHOYAN (Yerevan)

Editor-in-Chief
E.L. NIKOLAEV (Cheboksary)

Editorial Board
I.E. BULYGINA
D.V. HARTFELDER
A.V. GOLENKOV
(deputy editor)
F.V. ORLOV (executive editor)
A.N. ZAKHAROVA

Editorial office
20 K. Ivanova ul., Cheboksary
Chuvash Republic 428018 Russia

Tel. +7 (8352) 42-01-30, 42-53-41
Fax. +7 (8352) 42-03-83
E-mail: chapn1962@yahoo.com

СОДЕРЖАНИЕ

От редактора.....	6
-------------------	---

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

<i>А.В. Голенков</i>	
История становления психиатрии в Чувашии	8
<i>А.Б. Козлов</i>	
Организация и развитие психиатрической службы в Чувашской Республике.....	36
<i>И.Е. Булыгина, С.Д. Федорова, А.П. Андреева</i>	
Наркологическая помощь населению Чувашской Республики	56
<i>Е.Л. Николаев, Ф.В. Орлов</i>	
Этапы развития психотерапии и клинической психологии в Чувашской Республике.....	63
<i>А.Б. Козлов</i>	
Суицидологическая служба в Чувашской Республике.....	68

В ФОКУСЕ НАУКИ

<i>А.В. Голенков</i>	
Приоритеты развития науки Чувашии в области охраны психического здоровья населения	82
Квалификационные научные работы по психиатрии, наркологии и медицинской психологии, выполненные в Чувашии	86

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

Е.Л. Николаев

Психотерапия в контексте культуры
Статья первая: Гендерно-возрастные,
семейно-ролевые, духовно-ценностные аспекты 88

Л.Ю. Емешева, Е.Л. Николаев

Клинические особенности родов
в этнографических группах чувашей:
Возможность акушерско-психологических соответствий? 112

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

А.В. Голенков

III съезд психиатров, наркологов
и психотерапевтов Чувашии 115

Е.Л. Николаев

XIV съезд психиатров России:
Новые возможности, новые перспективы 120

Решение XIV съезда психиатров России 127

Специалист года 130

В.Т. Лекомцев

Рецензия на хрестоматию А.В. Голенкова
«Художественная психопатология» 132

Рефераты текущих публикаций 134

ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели!

В Ваших руках – первый номер издания сообщества психиатров, наркологов, психотерапевтов и психологов Чувашии, посвященного охране психического здоровья. Тематика «Вестника психиатрии и психологии Чувашии» затрагивает ключевые проблемы современной психиатрии и наркологии. Немалое место отводится актуальным вопросам психотерапии, клинической (медицинской) психологии и консультированию. Приветствуется также работы, выполненные на стыке научных дисциплин. Особое внимание планируется уделять роли социальных процессов и культуры в трансформации общественного сознания и их взаимосвязи со здоровьем личности.

Выход основных выпусков «Вестника» намечается ежегодно. Кроме того, в качестве внеочередных приложений предусмотрена публикация методических рекомендаций для специалистов. Формат издания позволяет публиковать оригинальные статьи, обзоры, краткие сообщения, рецензии, информацию о важных событиях. Обогатить его содержание могут как признанные ученые, так и начинающие исследователи, практики не только из Чувашии, но и из всех уголков страны, из-за рубежа.

Первый номер «Вестника» особый. Он полностью посвящен истории развития и состоянию охраны психического здоровья населения Чувашии, а также перспективам научных исследований в республике. Часть работ увидела свет ранее, но мы посчитали важным собрать их вместе для получения целостной картины. Здесь представлена также информация о лучшем психиатре республики, о значимых событиях года – III съезде психиатров Чувашии и XIV

съезде психиатров России, которые задали новые ориентиры работы на будущее.

Данное издание – первый опыт подобного рода в республике, а потому он может быть далек от совершенства. Именно поэтому мы с большой благодарностью принимаем все конструктивные замечания и предложения к сотрудничеству. Как говорят в Чувашии: *ыра сынна пёрле инсе султа сываьх* – с добрыми людьми и дальняя дорога близка!

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИАТРИИ В ЧУВАШИИ

А.В. Голенков

*Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова, Чебоксары*

Изучение исторических сведений об образовании Чувашии как административной единицы и о состоянии медицины на ее территории позволяет выделить условно четыре периода в развитии психиатрической помощи: доземский, земский, переходный, собственно психиатрический (период образования и развития психиатрической службы).

Доземский период длился, по нашему представлению, с момента вхождения Чувашии в состав России (лето 1551 г.) до образования в 1864 г. системы земской медицины. По данным Т.С. Сергеева, Я.Н. Зайцева, в 1708 г. Чувашия вошла в состав Казанской губернии, в 1714 г. часть ее отошла к Нижегородской губернии. После создания Симбирской губернии (1780) население Чувашии (80% - чувашаи) находилось, в основном, в составе Казанской и Симбирской губерний. За этот период (начало XIX в.) в Чувашии были открыты первые больницы и аптеки (Г.А. Алексеев, Т.С. Сергеев, Я.Н. Зайцев), построен губернский дом умалишенных в Казани (Т.И. Юдин).

Земский период (1864-1917) знаменателен тем, что в 1865 г. дом умалишенных от Приказа общественного призрения перешел к земству (Т.И. Юдин); в 1869 г. открылась окружная психиатрическая лечебница; в 1871 г. на базе кириллицы создан чувашский алфавит, стали издаваться книги на чувашском языке, способствующие распространению среди чувашей санитарно-гигиенических знаний (Т.С. Сергеев, Я.Н. Зайцев); в 1908 г. от-

крылся патронаж, а в 1909 г. – убежище для психически больных (Т.И. Юдин).

Переходный период охватывает время с 1920 по 1955 гг., когда постановлением ВЦИК и Совнаркома РСФСР от 24 июня 1920 г. была образована Чувашская автономная область, в 1925 г. преобразованная в Чувашскую Автономную Советскую Социалистическую Республику (Т.С. Сергеев, Я.Н. Зайцев). Хотя психиатрическая служба как таковая отсутствовала, как свидетельствуют архивные материалы, психические расстройства (ПР) наблюдались среди жителей республики, и им оказывалась преимущественно стационарная психиатрическая помощь в соседних республиках и областях.

Собственно психиатрический – это период образования, становления и развития психиатрической службы в Чувашии. Сюда отнесены события 40 лет XX в. с 1956 г. – с момента начала оказания психиатрической помощи жителям силами здравоохранения республики – до середины 90-х годов XX в.

Психическое здоровье населения Чувашии в доземский период. Одно из первых упоминаний о ПР у жителей Чувашии встречается в известной работе Н.Ф. Рюля (1840) “Опыт статистического обозрения о числе одержимых разного рода душевными недугами в России”. Обработав материалы первой переписи психически больных в населении России, он пришел к выводу, что “... в Казанской губернии находится до 1003 страждущих душевными разного рода недугами, между тем как в смежной с оною губернией Нижегородской, при одинаковом почти народонаселении, состоит только 459...”. Среди 48 губерний и областей Казанская губерния находилась на четвертом месте. Там один больной приходился на 1096 жителей при среднем по России показателе - 1:2700.

Оказание психиатрической помощи жителям Казанской губернии, очевидно, началось в 1810 г., когда в Казани был открыт дом умалишенных. По свидетельству Т.И. Юдина, “как открывались эти дома умалишенных и как они развивались, в печати имеется мало сведений, но ... они развивались по одному данному из центра плану и местная инициатива нигде почти не проявлялась ... Везде помещения для умалишенных не только были

плохи, но и мест в них... было мало”. В 1865 г. дом умалишенных, в котором содержалось всего 35 больных, от Приказа общественного призрения перешел к земству. Произведенное по указанию министра внутренних дел графа Перовского в 40-е годы обозрение губернских домов для умалишенных показало, что “эти дома ни в количественном, ни в качественном отношении совершенно не отвечают самым элементарным требованиям психиатрии”¹.

Видимо, неслучайно вплоть до середины XIX в. жителей Чувашии с ПР размещали в Цивильском, Чебоксарском и Алатырском монастырях, а некоторых отправляли в Свяжский и Успенский монастыри; однако при монастырях Чувашии не было отдельных “долгаузов”. Основными пациентами монастырей среди прочих были больные с падучей болезнью (эпилепсией) и алкоголизмом (Г.А. Алексеев). Но эти страждущие, согласно архивным документам, составляли исключительное меньшинство. Так, по свидетельству В.К. Магницкого, в период с 1720 по 1747 гг. в богадельню при церкви Архистратига Михаила г. Чебоксары было определено всего двое дворовых. Собственное изучение доступных архивных материалов, принадлежащих Цивильскому, Чебоксарскому и Алатырскому монастырям, не позволило нам выявить ни одного случая помещения в них душевнобольных или указаний на какие-либо ПР среди священнослужителей, обслуживающего персонала и прихожан этих богоугодных заведений.

Психиатрическая помощь населению Чувашии в земский период. Развитие здравоохранения в Чувашии в период земской медицины шло очень медленно. В 1864 г. на территории Чувашии было 5 больниц на 189 коек, работали 4 врача и 10 средних медицинских работников. За 50 лет земской медицины количество больниц увеличилось всего лишь до 19, коек - до 486, число врачей - до 40, средних медицинских работников - до 74 (Л.И. Цветкова). Согласно исследованиям Г.А. Алексеева, больницы оставались малокоечными (от 4 до 20 коек), плохо оснащенными медицинским оборудованием и хозяйственным инвен-

¹ Краткое описание жизнедеятельности Казанской окружной лечебницы для душевнобольных. Казань, 1913.

тарем. Кочный фонд за 50 лет земства (1864-1914) вырос в три раза, но по обеспеченности населения лечебными койками Чувашия почти в два раза уступала среднероссийским показателям (6,8 на 10 000 жителей против 13,0 в России в 1913 г.), врачами - более чем в семь раз (0,2 против 1,5), средним медицинским персоналом - в три раза (0,9 против 2,7); радиус обслуживания составлял 35 верст (в России - 17), жителей на один участок приходилось 37 тысяч (в России - 28), отношение числа фельдшерских пунктов к врачебным равнялось 1:1 (в России 1:2), расходы на здравоохранение в расчете на душу населения составляли 44 копейки (в России - 91). Амбулаторно-поликлиническая сеть в городах и так называемая городская медицина в Чувашии вообще не получили развития. Крайне медленно развивалась лечебно-профилактическая медицина в сельской местности. Специализированная медицинская помощь совершенно отсутствовала (Г.А. Алексеев).

При таком плачевном положении здравоохранения элементарная психиатрическая помощь все же оказывалась населению. Определенную роль играли участковые врачи и фельдшеры. Так, среди обратившихся за медицинской помощью в 1873 г. на шести фельдшерских участках Чебоксарского уезда встречались: случаи падучей болезни - 21, белой горячки - 5, истерики - 2, мании - 1, меланхолии - 1; самое большое число больных (23, или 76,7% всех случаев) было зарегистрировано на третьем фельдшерском участке, на других - фиксировались единичные случаи ПР (пятый и шестой участки) или отсутствовали совсем (второй и четвертый). В 1889-1890 гг. находились на лечении в Чебоксарской, Исмелевской больницах и Беловолжском приемном отделении: с расстройствами умственных способностей - 21 больной (выздоровело - 17), с неврастенией - 2 (2), с эпилепсией - 11 (10), с отравлением алкоголем - 3 (3), с маразмом - 1 (умер). Кроме того, на третьем санитарном участке Чебоксарского уезда в 1889-1890 гг. получили помощь в амбулаторных условиях и на дому 17 268 больных, из них 41 (0,24%) с ПР в виде падучей болезни - 14, запойного бреда - 12, спинной сухотки - 4, сифилиса мозга - 1, истерии - 2, ипохондрии - 1, неврастении - 1, с другими нарушениями - 6 больных. В 1892-1893 гг. в Чебоксарской

земской больнице лечилось: с расстройствами умственных способностей 46 больных (умерло - 2), с эпилепсией - 15, воспалением головного мозга - 8 (все умерли), с маразмом - 4; в Маринско-Посадской больнице находился 1 больной с маразмом; в Исмелевской больнице лечились с истерией - 2, с маразмом - 2; на испытание в дома умалишенных больные из этих учреждений не поступали.

В другом уезде Чувашии, в Цивильской городской больнице, устроенной на 12 кроватях, за три года (1896-1898) находилось 5 больных: с эпилепсией - 2, с делирием - 1, с ипохондрией - 1, с бессонницей - 1.

Рост заболеваемости населения ПР в Чувашии во второй половине XIX в. отмечен Г.А. Алексеевым. Согласно данным этого автора, «в 1880 г. в Чебоксарском уезде на 10 000 чел. приходилось 13,6 больного с заболеваниями нервной системы, в 1890 г. - 123,4, в 1900 г. - 165,5, в 1913 г. - 223,5; в Цивильском и Ядринском уездах - от 103,2 до 140,2 больного. Много было больных эпилепсией и олигофренией»². Причинами ежегодного роста психических и неврологических болезней среди населения являлись: его тяжелое материально-бытовое и социальное положение, широкое распространение алкоголизма и инфекционные заболевания, сопровождающиеся нейропсихическими изменениями в организме. Указанные причины высокой заболеваемости населения неоднократно обсуждались на заседаниях съездов земских врачей Казанской губернии и ее уездов. Казанская губерния, как свидетельствует И.С. Болотовский, в течение XIX и начале XX вв. занимала одно из первых мест в России по нищете и смертности.

Значительное распространение ПР в Чувашии и отсутствие условий для их содержания и лечения неоднократно констатировалось уездными врачами. На Шестом губернском съезде врачей Казанской губернии в 1885 г. врач из Чебоксар Р.О. Заленский предложил устроить дома призрения для калек,

² С 1882 г. в годовую медицинскую отчетность было рекомендовано включать болезни иннервационного аппарата с указанием: «болезни головного мозга», «эпилепсия», «истерия» (Пятый губернский съезд врачей Казанского земства. Казань, 1882).

паралитиков с ослаблением мозговой и мышечной деятельности, идиотов и глухонемых, поскольку эти лица “никуда не годны и неизлечимы”, из деревни их выгнали и они теперь нищенствуют в городах; для дворян и мещан такие дома призрения существовали, а для крестьян - нет. Его выступление поддержал врач Чебоксарского уезда Д.А. Кушников, отметивший, что кроме хроников, неизлечимых и идиотов в населении замечено немало психически больных, “страдающих формами помешательства, дающими надежды на выздоровление”. При сложившейся ситуации врачи не могли оказывать им медицинскую помощь, поэтому докладчиком предлагалось организовать приюты для них. Эти предложения были высказаны после доклада Свенцицкого, в котором прозвучала мысль о том, что земские больницы не должны брать на лечение больных, одержимых хроническими болезнями, так как это дорого, они занимают койки и не дают возможности лечить больных с острыми заболеваниями и излечимых. Душевнобольные не упоминались в докладе, но подразумевались.

О положении душевнобольных и о жестоком отношении к ним родственников и окружающих было рассказано еще в одном выступлении Р.О. Заленского на этом съезде: “Буйный больной в деревне приковывается к стене цепью, прорезывающей ему живот, лишь потому, что поместить его некуда, а везти в Казань в окружную лечебницу для душевнобольных невозможно, так как у родных нет средств, а лечить на счет крестьянских обществ опасно и боязно. Помещать же в земские больницы душевнобольных невозможно, во-первых, за неимением надлежащего помещения; во-вторых, за отсутствием мало-мальской сносной для таких больных прислуги; в-третьих, по причине малого практического знакомства врачей с психиатрией. Выходит, что при стечении таких неблагоприятных обстоятельств больные такие остаются на дому и что с ними делается - никому неизвестно”. Поэтому предлагалось земствам принять душевнобольных на свое попечение, что дало бы возможность более скорого поступления таких больных в специальные заведения,

“изменило бы отношение крестьян к тому же душевнобольному как во время его заболевания, так и после выздоровления”.³

Постановлением Чебоксарского уездного земского собрания в 1886 г. на содержание и лечение душевнобольных в окружной лечебнице по смете было ассигновано 1000 рублей. Собрание между тем констатировало, что “... недостатка в душевнобольных нет, просто нет средств для их лечения. Существуют проблемы с помещением их в Казанскую лечебницу, т.к. встречаются отказы в приеме больных по причине отсутствия свободных помещений или безнадежности на излечение приводимых больных”.⁴

И через десять лет ситуация по оказанию помощи душевнобольным в уездах Чувашии практически не изменилась. Достаточно подробная информация об этом содержится в трудах Седьмого съезда земских врачей и ветеринаров Казанской губернии. В докладе Р.О. Заленского, в частности, подчеркивалось, что особого надзора за душевнобольными нет. В острые периоды болезни их направляли в Казанскую окружную больницу. Слабоумные и идиоты находились в семьях или в городах, где искали себе пропитание работой. В земских больницах лечились алкоголики во время запоя или в последующие периоды, а также пациенты, у которых развитие душевной болезни было связано “со страданием внутренних органов”. Наибольший процент душевнобольных составляли алкоголики преимущественно из городских жителей; но было “много больных с психозами, эпилепсией, слабоумных”.⁵

В Ядринском уезде Чувашии душевнобольных по желанию родственников и “на счет земства” отправляли в Казанскую окружную (психиатрическую) лечебницу, помещений для подобного рода больных не имелось. Для “смягчения грубого нрава” и ослабления “чрезмерного влечения населения к спиртным напиткам” предлагалось устроить в уезде воскресные школы со строго обдуманной программой религиозно-нравственного воспитания (Л.Р. Ставский). В 1899 г. это предложение воплотилось в созда-

³ Шестой губернский съезд врачей Казанского Земства. Казань, 1885.

⁴ Постановления XXII очередного Чебоксарского уездного собрания. Казань, 1887.

⁵ Предложение из доклада Р.О.Заленского на седьмом съезде. Цит. по книге А.Алексеева (1993. С. 143).

ние Ядринского уездного комитета попечительства о народной трезвости.

Схожая ситуация наблюдалась в Цивильском уезде Чувашии. Там психиатрическая помощь ограничивалась отправкой душевнобольных в Казань, для чего уездной земской управой выделялось 300 рублей в год; отдельные и приспособленные помещения, в том числе богадельни, в уезде отсутствовали (Н.К. Адрианов). Кроме того, среди населения были распространены случаи алкоголизма и пьянства. Так, в течение 1897 г. 106 жителей Цивильска и Цивильского уезда помещались под стражу до вытрезвления, а некоторые из крестьян помещались даже несколько раз в году. Полицейский надзиратель в то же время сообщал о случае СУ женщины путем самоотравления.

Определенный интерес, требующий рассмотрения, представляют исторические сведения о психически больных и оказании им помощи в Алатырском уезде и ряде волостей Симбирской губернии, в последующем вошедших в состав Чувашской Республики. Из литературы известно, что в Алатыре имелся один врач и больница на 80 коек, в которую помещались испытуемые (душевнобольные) до отправки в Симбирскую губернскую больницу (И.Г. Земсков). На Пятом губернском съезде земских врачей и представителей земств Симбирской губернии в делегатском докладе констатировалось недопустимое с санитарной точки зрения совмещение заразных и “душевнобольных” (испытуемых).⁶ После выявления этого вопиющего случая душевнобольных больше не принимали в Алатырскую больницу “ни для лечения, ни для испытания”. Часть из них сразу отправляли в Карамзинскую колонию для душевнобольных. Существующая городская богадельня не могла удовлетворить нужды в ней даже городского населения. Не лучше обстояло дело с оказанием помощи душевнобольным и в других уездах Симбирской губернии.

⁶ Состояние медицины в Алатырском уезде (делегатский доклад) // Тр. 5-го губерн. съезда зем. врачей и представителей земств Симбир. губернии. Симбирск, 1904.

В Буинском уезде⁷ сведениями о степени распространенности ПР в населении участковые врачи почти не располагали (А.В. Кузнецов). Случаи ПР наблюдались в участках неравномерно. Бывали годы, в течение которых в лучшем случае отправляли в Карамзинскую колонию 5-6 человек. Обычным делом было содержание душевнобольного в домашних условиях: по описанию А.В. Кузнецова, больного “связывают по рукам и ногам, приковывают на цепь к нарам или в избе, помещают в амбарную клеть. Применяют меры, содействующие, по мнению народа, изгнанию из больного нечистой силы, начиная с молебнов, всякого рода заговоров и проч., и кончая выстрелами из ружья возле избы... Если не помогает, тогда применяют меры к еще большему стеснению и ограничению движений, и так содержат 1-2 недели... Без промедления заявляют в больницу только о таких больных, которые внезапно заболели, учиняют в бреду над собою или над кем-либо из окружающих какое-либо ужасное деяние или проявляют попытку совершить таковое”. Помощь врачей обычно ограничивалась сообщением в полицию о необходимости поместить больного для лечения в колонию. Лишь в Киятской больнице врач до отправки в колонию помещал психически больных в больницу, пользуясь для этого специальной “палаткой-изолятором”.

Хотя Чувашия и находилась в составе Казанской губернии, а ее жители имели преимущества при поступлении в психиатрические учреждения Казани перед иногородними, лечилось их там чрезвычайно мало. По данным А.У. Фрезе, за первое десятилетие Казанской окружной лечебницы во имя Божьей Матери всех скорбящих (1869-1879), поступившие чувашаи составили всего 34 чел. (26 мужчин и 8 женщин), или 1,83% всех больных. Татар, к примеру, находилось за это же время в два с лишним раза больше - 80 (66 мужчин и 14 женщин), или 4,32%; подавляющее большинство приходилось на русских - 86,61%.

Различия в национальном составе среди стационарных больных объясняются прежде всего своеобразными религиозными воззрениями чувашей и татар того времени на лечение у

⁷ В настоящее время почти полностью входит в состав Ибресинского района Чувашской Республики (примеч. авт.).

врачей и в медицинских учреждениях. В частности, чуваши не шли к врачам из-за языческих верований и из-за бедности (Н.В. Никольский). Поэтому они предпочитали лечиться у ворожей, лекарей и повитух (А.И. Михайлов). В случае бесполезности применяемых для лечения душевных заболеваний магических средств их отправляли в губернские больницы. "Болезни у чуваш всегда запускаются в ожидании, что скоро пройдут, а когда болезнь все усиливается, примутся за лечение своими средствами...". Скванные правилами Корана, татары также мало обращались за медицинской помощью: особенно избегали врачей женщины-татарки (И.С. Болотовский).

Другими причинами, способствовавшими доставке душевнобольных в Казань, являлись удобство путей сообщения и желание окружающих больного людей поместить его в больницу (А.У. Фрезе). В пользу первого утверждения говорило то, что во время "пароходства" в Казанскую окружную лечебницу поступало 69,69% всех больных, а во все остальное время года - 30,31% (А.У. Фрезе). Большое число душевнобольных поступало из Казани и ближайших к ней населенных пунктов. Меньшее поступление из других уездов губернии, включая Чувашию, объяснялось тем, что "они отделены от Казани Волгой и Камой, через которые в известное время переправа бывает невозможной или затруднена. Меньшее число поступлений находилось также в зависимости от количества жителей"⁸. Чем дальше от населенного пункта находилась лечебница, тем меньше была доля поступивших на лечение; на окраинах губернии она составляла менее одного процента по отношению ко всем больным.⁹ На 5-м губернском съезде врачей Казанского земства Л.П. Фон-Шлихтинг сообщил о том, что число обнаруженных в населении больных обратно пропорционально размеру врачебного участка и прямо пропорционально средствам для их "открытия"; имею-

⁸ Краткое описание жизнедеятельности Казанской окружной лечебницы для душевнобольных. Казань, 1913.

⁹ Постановление XXII очередного Чебоксарского уездного земельного собрания. Казань, 1887.

щиеся средства здравоохранения были недостаточны и могли удовлетворять только 1/5 часть всего населения.

По мнению врача Иняевского, составившего отчет о состоянии Казанского земского дома умалишенных с 1881 по 1883 г., главные причины, затрудняющие госпитализацию в лечебницы для душевнобольных, заключались в нежелании земства заниматься делом попечения душевнобольных, бедности и санитарно-гигиенической неграмотности населения, чрезвычайно низкой обеспеченности населения психиатрическими койками. Из числа всех поступивших на лечение в Казанскую окружную лечебницу только 34,1% помещено непосредственно своими родными, тогда как 65,5% отправлено правительственными учреждениями; другими словами, чтобы попасть в лечебницу, больные должны были совершить преступления и только тогда суд или полиция “представляли” их туда.¹⁰

Психиатрическая служба земского периода в условиях ограничения бюджетных средств испытывала существенный недостаток ресурсной обеспеченности. Уже с самого начала открытия психиатрических заведений число душевнобольных, нуждающихся в стационарном признании и лечении, превышало число койко-мест в этих больницах. Поэтому психиатрические учреждения постоянно уплотнялись, использовались подсобные помещения под палаты, строились бараки (Т.И. Юдин). В конце XIX в. было признано, что “признание душевнобольных в Казанской губернии находится в весьма неудовлетворительном состоянии... По смыслу закона, губернское земство должно призывать всех душевнобольных своей губернии, между тем в настоящее время оно не призывает даже и четвертой части этих больных” (Б.И. Воротынский). Существующая Казанская окружная лечебница не могла поместить и половины больных, требующих безусловного содержания в больнице. Было развернуто 450 коек вместо 350, призревалося 220 хроников вместо 150. В сложившейся ситуации в больнице использовались две совершенно тесные комнаты (одна бывшая кладовая), лишенные всякого доступа света и свежего воздуха, в которые помещались

¹⁰ Отчет о состоянии Казанского земского дома умалишенных с 1 сентября 1882 г. по 1 сентября 1883 г. Казань, 1883.

душевнобольные из числа жителей, но не уроженцы Казанской губернии (Б.И. Воротынский).

Особенно тяжелое положение складывалось в сельской местности. Невозможность поместить душевнобольных в больницу приводило к тому, что они "... находятся в самых антисанитарных условиях: грязь, отсутствие свежего воздуха, а сплошь и рядом, вследствие беспомощного положения, отправление в той же избе своих естественных потребностей делают таких больных истинными страдальцами, подчас не имеющими даже возможности удовлетворить свои голод и жажду...". По мнению комиссии, "сделать что-либо для облегчения участи душевнобольных, имея в виду ограниченность средств уездных земств, едва ли возможно..."¹¹. Поэтому было принято решение призывать душевнобольных посредством устройства в уездах богаделен. В основу такого решения был положен опыт Казанского земства, которое "решило этот вопрос удовлетворительно".

Если в Казанской губернии определенные ограничения для помещения в лечебницы существовали для неуроженцев губернии, то в Симбирской губернии в стационарной психиатрической помощи отказывали слабоумным от рождения, эпилептикам без ПР, старикам и старухам, нуждающимся лишь в домашнем уходе (В.А. Копосов).

Таким образом, в земский период психиатрическая помощь населению Чувашии практически не оказывалась, несмотря на значительное распространение ПР в регионе. Врачи, в лучшем случае, оказывали неотложную помощь, когда возникала опасность для окружающих или самого больного и были возможности для ее осуществления, занимаясь только отправкой нуждающихся в казанские психиатрические учреждения. Лишь врач Р.О. Заленский в условиях уездной больницы пытался лечить ПР, обусловленные соматической патологией. Он предпринимал также неоднократные попытки для улучшения положения душевнобольных, выступал с инициативой об организации для

¹¹ Доклад комиссии о положении в уездах душевнобольных №23 // Тр. 7-го съезда зем. врачей и ветеринаров Казан. губернии, 2-12 сентября 1896 г. Казань, 1896.

них приютов и богаделен. Но эти благие намерения в земский период так и не были осуществлены.

Психиатрическая помощь населению Чувашии в переходном периоде. С момента образования (1920) облздравотдела Чувашской автономной области (ЧАО) в числе основных ставился вопрос об организации психиатрической помощи населению. В частности, планировалось открыть центральную психиатрическую лечебницу; в штатах местных отделов здравоохранения, начиная с губернского, в лечебном подотделе выделить психиатрические отделения. Лечебный подотдел должен был ведать организацией больничной и амбулаторной помощи населению, борьбой с социальными болезнями: туберкулезом, венерическими и душевными; а педиатрический - заниматься охраной здоровья детей и медико-педагогическими мероприятиями по отношению к дефективным детям. О потребностях населения в психиатрической помощи свидетельствовали годовые медицинские отчеты из уездов ЧАО. Так, в Ядринском уезде в 1921 г. по поводу душевных болезней обратилось к медикам 5 чел., с эпилепсией - 142 (77 больных пользовались у врачей, 65 - у фельдшеров), с истерией и неврастенией - 531 (соответственно 259 и 272), с органическими болезнями мозга и его оболочек - 322 чел. (84 и 238); в Чебоксарском уезде в 1921 г. медицинскую помощь получили: душевнобольных - 12, с эпилепсией - 73, с истерией и неврастенией - 122. Имелись сведения о психических расстройствах за отдельные месяцы по г. Чебоксары, Ибресинскому и Батыревскому уездам. Отсутствие в области психиатрических учреждений вынуждало посылать психически больных в Казань. Однако в 1920-1923 гг. этот расход не утверждался и положение с психически больными было "безвыходное". При этом облздрав ЧАО работал при наличии 40% сотрудников. Недостаток заведующих подотделами объяснялся отсутствием в области врачей-специалистов (психиатров и др.), которые должны были согласно положению состоять в их главе. Ходатайства облздравотдела в вышестоящие инстанции об откомандировании разного рода врачей-специалистов оставались без внимания.

Согласно сведениям о психиатрической помощи населению в ЧАО на 1 июля 1925 г. имелись изоляторы для временного

помещения психически больных, и то лишь при городских больницах. Больных направляли на лечение и на экспертизу в Казанскую окружную психиатрическую больницу за счет местного бюджета. Но и такие случаи были редкими, поскольку “транспортный вопрос” в течение ряда лет “не подвергался изменениям и стоял очень остро. В перспективном плане работы по санитарно-профилактическому отделу намечались мероприятия по борьбе с пьянством и алкоголизмом в республике. Сметой НКЗ ЧАССР на 1926-1927 гг. для транспортировки и лечения психически больных в Казань было утверждено 254 000 рублей, в том числе из г.Чебоксары планировалось отправить 10 чел. “по 6 рублей на каждого и 6 рублей на провожатого, что составляло $10 \times 12 = 120$ рублей”. Отпущенных на лечение психически больных средств не хватало. Так, Ядринским уисполкомом сообщалось, что за отчетный период (февраль-апрель) отправлено в Нижний Новгород в психиатрическую лечебницу трое душевнобольных. На отправку и на лечение душевнобольных сумма полностью исчерпана, в дальнейшем отправлять таковых “не в состоянии до изыскания средств”. О том, что психически больных было много и они нуждались в оказании квалифицированной помощи, свидетельствуют статистические отчеты о движении амбулаторных и стационарных больных по уездам ЧАССР (без городских жителей). За первые 6 месяцев 1926 г. в больницы Чебоксарского уезда обратилось душевнобольных - 39, с эпилепсией - 67, с истерией - 98 чел., зарегистрировано 10 случаев СУ; в Цивильском уезде соответственно обратилось - 13, 93 и 76, с алкоголизмом и алкогольными психозами - 11 чел., СУ - 2; в Ядринском уезде - 24, 146 и 213, с алкоголизмом и алкогольными психозами - 15 чел., СУ - 6; в Батыревском уезде - 2, 71 и 92, с алкоголизмом и алкогольными психозами - 12 чел., СУ - 4; в Алатырском уезде - 12, 18 и 210 (сведения за отдельные месяцы отсутствуют), с алкоголизмом и алкогольными психозами - 3 чел., СУ - 2.

Из обратившихся по поводу ПР стационарную помощь в уездных больницах получали в среднем 6,7%. Но были стационары (Аликовский, М.Яушский), куда психически больных обычно не помещали. Это, видимо, зависело от числа коек в ме-

дицинском учреждении и от квалификации уездных врачей. Например, в Ядринском районе самый большой объем медицинской помощи психически больным оказывался в больнице, возглавляемой профессором К.В.Волковым; оттуда поступали и наиболее полные статистические сведения о ПР среди населения. Если в первой половине 20-х гг. в отчетах НКЗ ЧАССР периодически упоминали о психиатрической помощи населению, то постепенно о ней забыли, сосредоточив внимание на борьбе с трахомой, туберкулезом, инфекционными и венерическими заболеваниями. Отсутствуют в архивных материалах и какие-либо статические показатели о распространенности ПР.

В историческом обзоре о состоянии быта и здоровья населения, развитии сети и эффективности медицинских учреждений ЧАССР с 1913 по 1925 гг., сделанном в 1925 г. наркомом здравоохранения ЧАССР Лукояновым, говорилось, что “отсутствие квалифицированной помощи объясняется тем, что ЧАССР не имеет крупных городов или больших индустриальных предприятий, где таковые или существуют, или могут быть быстро созданы... Медтранспорт в республике отсутствует...”

Физическое состояние здоровья чувашского народа ниже общерусской нормы... В ряду болезней первое место принадлежит социальным: трахомой болеет 45,3% всего чувашского населения, слепых 1,5% (по данным доктора Лукьянова), золотушных 38% (по данным доктора Сурова), чахоточных и предрасположенных к чахотке 35% (по данным доктора Федоровой), люэтиков до 3-4% (исследование доктора Никитина в 1924 году)”.

Особенно плохими были показатели психического и физического здоровья молодежи. Так, из 353 призывников в 1923-1924 гг. в период врачебного обследования “психоневрастения” квалифицировалась у 15 чел. (4,2%), психическое недоразвитие - у 3 (0,9%), малокровие после инфекции - у 42 (11,9%), что в сумме составило 17%. Среди призывников 1927 г. признаны годными: русских - 49,9%, чувашей - 30,4%, татар - 30,6%, мордвы - 27,6%. Остальные “болезненны, дефективны и физически слабы” (туберкулез - 3,6-10, физическое недоразвитие - 9-15, трахома - 3,2-27,3, прочие болезни - 11-16%). По свидетельству Н. Евдокимова, упадок питания, малый вес и болезненный

вид призываемых “резко бросались в глаза”. “Памятен 3-й день работы Чебоксарской призывной комиссии, когда из 70 чел. нашлись годными к несению службы в Красной Армии лишь 8 чел., а остальные оказались физически и конституционно слабыми. Подобные явления наблюдались и в других комиссиях по ЧАССР”. В заключение автор сделал вывод о том, что “без улучшения культурно-экономических условий Чувашской Республики и дела медицинской помощи ожидать состояния здоровья населения трудно”.

У детей также наблюдался рост “психической дефективности” и “аморальности”, особенно среди беспризорников. Для патронажа над этими детьми планировалось создание в ЧАССР нервно-психиатрической школы (дефектория) в 1928 г. На содержание учреждения с 20 койками выделялось 8 000 рублей в год. В операционном плане мероприятий НКЗ ЧАССР на 1928-1929 гг. подчеркивалось, что “...необходимо решительно усилить специальную сеть учреждений, обслуживающих физически и психически аномальных детей”.

Для отправки душевнобольных по разверстке НКЗ РСФСР на 1928-1929 гг. было выделено 85 койко-мест (в Казанской окружной лечебнице - 50, в Ульяновске - 25, в Нижнем Новгороде - 10). При этом сообщалось, что “посылка будет производиться по мере освобождения мест в этих учреждениях”. Поступление новых больных затруднялось тем обстоятельством, что хронические больные из Чувашии блокировали койки в выделенных по разверстке НКЗ РСФСР психиатрических учреждениях. Так, в августе 1931 г. в Казанской окружной лечебнице скопилось 76 больных из ЧАССР. Причем 27 больных находилось без выписки более 1 года: 5 чел. находились с 1924 г., 4 - с 1926 г., 1 - с 1928 г., 2 - с 1929 г., 15 - с 1930 г. Лечение стоило очень дорого. Согласно договору с Казанской окружной лечебницей стоимость 1 койки составляла 900 рублей в год. Необходимо было платить 11 250 рублей за квартал вперед; за просрочку взималась пеня в размере 0,01% в день, а за просрочку свыше 30 дней — в размере 5%. По договору в лечебницу принимались только острые и социально опасные душевнобольные; спокойные хроники, алкоголики и эпилептики без психоза не принимались. Больные, направляемые

судебными постановлениями на испытание и принудительное лечение, входили в число оплачиваемых пациентов. Похожие договоры на аналогичных условиях заключались с Нижегородской психиатрической колонией и Ульяновской психиатрической больницей. К примеру, в Нижегородской психиатрической колонии брали 810 рублей за койко-год.

В конце 1931 г. по республикам, краям и областям было разослано постановление коллегии НКЗ РСФСР, в котором говорилось “о крайне тяжелом положении дела нервно-психиатрической помощи, продолжающейся оставаться самым отсталым участком в общей системе здравоохранения”. Для исправления создавшегося положения предлагалось в аппарате областного крайздраотдела выделить работника, ответственного за нервно-психиатрическую помощь в области, крае. НКЗ ЧАССР, видимо, проигнорировал эту рекомендацию: психиатрическая помощь отсутствовала в республике и спрашивать за данный участок работы было не с кого.

Как свидетельствуют архивные документы, 1931 г. был знаменателен тем, что предпринималась попытка при участии Нижегородского краевого психоневрологического института (колония “Ляхово”) провести перепись нервно- и душевнобольных в ЧАССР. В намеченных четырёх районах Чувашии собирались списки этих больных с указанием паспортных данных, сведений о болезни, социальной опасности и совершении преступлений в прошлом. Результаты переписи позволили установить лишь незначительное число больных, в несколько раз уступающее показателю медицинской отчетности 1927 г. Так, в Канашском районе в список 1931 г. внесено всего 7 больных (по отчетам 1927 г. их было 106), в Урмарском - 5 (42), в Марпосадском - 13 больных (39); один из районов вообще не сумел выявить душевнобольных среди населения. Райздравотделы в сопроводительной записке констатировали, что “число нервно-душевнобольных гораздо выше, но к этому вопросу сельские исполнительные комитеты отнеслись поверхностно”. Видимо, эта причина не позволила провести планируемую экспедицию с участием нижегородских психоневрологов и антропологов, по результатам которой НКЗ ЧАССР собирался организовать по-

мощь нервно- и душевнобольным “в социалистическом секторе деревни”.

Потребность во врачах в 1932 г. по республике составляла 266 чел., имелось 107; на одного врача приходилось в городском секторе 10 тыс. чел. вместо установленной 1 тыс. чел., в сельской местности - 24 тыс. вместо 10 тысяч. Радиус обслуживания одного участка составлял 15 км, в то время как по РСФСР - 12 км.

Душевнобольных, согласно разверстке НКЗ РСФСР 1931 г., направляли на лечение в три специализированные лечебницы, в которых на жителей ЧАССР было запланировано 85 коек: в Казанской окружной - 50, в Нижегородской - 25 и в Ульяновской (Карамзинская колония) - 10 коек. На 1932-1933 гг. планировалось арендовать в этих учреждениях уже 115 коек. Лечение психически больных обходилось крайне дорого: на 60-70 ежегодно госпитализируемых больных НКЗ ЧАССР тратилось 90 тыс. рублей. Поэтому в планах на 2-ю пятилетку намечалось строительство областной психиатрической лечебницы на 120 коек и колонии для душевнобольных на 60 коек. Потребность в психоневрологах по расчетам должна была составлять 3 чел. в 1933-1935 гг., 7 - в 1936 г. и 8 - в 1937 г.; в психиатрах для города - 4 чел. в 1934 г., 7 - в 1935 г. и 9 - в 1937 г. Из-за финансовых средств эти планы не были выполнены.

Материалы предвоенного и военного времени показывают, что оказанием психиатрической помощи населению в этот период практически не занимались. Большое внимание уделяли обследованию и проведению лечебно-профилактических мероприятий среди призывников, военнослужащих, а в военное время - среди военнослужащих. Сразу после войны приоритетными были вопросы рождаемости, оказания помощи раненым и инвалидам, борьбы с инфекционными заболеваниями. О том, что ПР оставались важной проблемой здравоохранения в послевоенное время, косвенно свидетельствуют данные о структуре смертности населения. Так, в годовом отчете за 1946 г., составленном по медицинским материалам 11 городов и рабочих поселков Чувашии, на долю насильственных смертей (убийств и СУ) приходилось 6,4%, на старческую дряхлость как причину смерти - 1,7%.

Психоневрологическая помощь в ЧАССР на повестку дня стала выходить в 1949 г. В г. Чебоксары появились первые врачи невропатологи, были открыты психоневрологические кабинеты поликлиник и амбулаторий, в которых развернуто 15 объединенных неврологических коек и пять объединенных психиатрических коек; число амбулаторных посещений к врачам “нервно-больных” составило 17 482, психически больных - 2062. В 1950 г. в республике работало уже 10 невропатологов, в обязанности которых входило оказание помощи психически больным; выделенные должности психиатров оставались незанятыми. В 1953 г. число психоневрологических кабинетов достигло шести. Два имели в своем составе койки для неврологических больных. Число посещений составило 23,6 тыс., на дому 0,1 тыс. Невропатологи занимали пять выделенных должностей психиатров.

Представленные данные свидетельствуют, что, несмотря на значительную распространенность ПР среди населения автономной области, а затем республики, вопросам профилактики, лечения и реабилитации психически больных в переходном периоде уделяли мало внимания. Эта проблема отходила на задний план на фоне высокой смертности от острых инфекционных заболеваний. Победа над ними сменилась борьбой с трахомой, туберкулезом, кожно-венерическими и другими заболеваниями. Очевидно, поэтому психиатрическая служба в Чувашии развивалась одной из самых последних.

Период образования, становления и развития психиатрической службы в Чувашии. Как следует из вышеизложенного, психиатрическая служба Чувашии начала формироваться только к середине 50-х годов. До этого медицинскую специализированную помощь жителям республики оказывали либо в соседних регионах и областях, либо на местах силами врачей-невропатологов и терапевтов. К тому времени Чувашия имела всего один “психоприемник” на 5 койко-мест, который выполнял функции “диагностического фильтра и этапного отправного пункта” для направления психически больных на лечение в психиатрические больницы Казани, Горького и Ульяновска. При систематических отказах этих учреждений в приеме больных нашей республики за первый год работы психиатрической

службы (1956) было отправлено на стационарное лечение 108 пациентов. “Подавляющее большинство контингента больных ЧАССР социально опасные, агрессивные больные. Эти больные, нуждающиеся в изоляции, продолжают оставаться вне больниц - в городе и в районах. Обращаются в прокуратуру, в МГБ и другие инстанции с бредовыми жалобами, являются постоянной угрозой для учреждений, о чем неоднократно пишут трудящиеся, соседи и члены их семей, обращаясь в горздравотдел или в горисполком”. Понятно, что сложившаяся в то время ситуация настоятельно требовала коренных преобразований.

В 1956 г. на базе психоневрологического отделения 1-й Чебоксарской городской больницы открывается Республиканский психоневрологический диспансер (РПНД) пятой категории с тремя врачебными должностями. Как свидетельствуют архивные документы, условия работы были крайне тяжелыми. РПНД размещался в двух смежных комнатах, которые во время текущего ежегодного ремонта занимали под хирургические и гинекологические палаты. В период эпидемической вспышки гриппа помещение диспансера отдавали под палаты для гриппозных больных. Поскольку РПНД большую часть года не имел своего помещения, врачи проводили психоневрологический прием в кабинете городской больницы. На психиатрическом учете диспансера после первого года работы психиатрической службы состояло 286 городских больных и 889 - сельских, “прошедших однократно лечебно-консультативный прием”.

Катастрофически не хватало врачей, другого медицинского персонала, многие психически больные не могли получить необходимого лечения в полном объеме. Лишь в Цивильском районе Чувашии три месяца в течение 1956 г. работал врач, оказывающий психиатрическую помощь; в других районах республики таких специалистов не было.

В 1957 г. изменился профиль “психонервного” отделения: к имеющемуся диагностическому фильтру-приемнику на 5 коек в 1-й городской больнице были выделены палаты для лечения больных с пограничными состояниями. Из 581 пролеченного 344 составили психически больные, среди которых встречались “большие” ПР: инволюционная депрессия, астеногаллюцина-

торный синдром вирусной этиологии, алкогольный делирий, психические эквиваленты и др. Этот год примечателен также тем, что начали функционировать 50 коек в Шихазанской психиатрической больнице (ШПБ).

В 1958 г. было начато строительство Республиканской психиатрической больницы (РПБ) в г. Чебоксары. Неврологическое отделение 1-й городской больницы, в котором лечились и психически больные, имело уже 40 коек. Однако число больных, состоящих на диспансерном учете, оставалось чрезвычайно низким. Это было связано с отсутствием врачей-психиатров во всех районах и невропатологов в подавляющем большинстве районов. Особо подчеркивалось, что низкие показатели распространенности умственной отсталости объясняются недостаточным обследованием детского населения из-за отсутствия детского психиатра.

Начиная с 1959 г. отмечается значительный ежегодный рост числа психиатрических коек и числа врачей-психиатров, среднего и прочего медицинского персонала. В ШПБ, к примеру, число коек с 50 увеличилось до 95, продолжалась подготовка помещений к дальнейшему расширению числа койко-мест.

В 1960 г. в г. Ядрине в здании бывшей тюрьмы была развернута вторая по счету психиатрическая больница Чувашии на 75 коек. В ШПБ стало функционировать 225 койко-мест, в 1-й Чебоксарской горбольнице - 20. Всего в республике имелось 320 психоневрологических коек. Работало 11 врачей-психиатров. Для обслуживания пациентов с хроническим течением ПР был открыт психоневрологический интернат на 60 мест в с.Тарханы. В результате всех этих преобразований в 1959-1960 гг. число обращений населения за психиатрической помощью по сравнению с 1956 г. выросло в шесть раз. Выраженные ПР составляли 55% всех случаев, пограничные ПР - 25%, алкоголизм - 20%.

Открывшиеся больницы, однако, не улучшили положение с оказанием психиатрической помощи населению. Дело, в частности, осложнялось тем, что с началом строительства РПБ и функционированием двух других психиатрических больниц стали поступать отказы в приеме жителей республики в психиатрические стационары близлежащих областей. Более того, Казанская

психиатрическая больница настоятельно требовала перевести накопившихся к тому времени 300 больных из Чувашии в открывшиеся учреждения.

В 1963 г. открывается Шемуршинский психоневрологический интернат для детей на 125 мест, расширяются Тархановский (до 150 мест) и Явлейский (до 100 мест) интернаты. В системе здравоохранения стало три психиатрические больницы на 600 койко-мест и РПНД, в которых работает 19 врачей-психиатров.

Ситуация между тем оставалась сложной. Увеличение коек в больницах достигалось прежде всего за счет уплотнения имеющихся площадей. Так, в палатах РПБ стояло 6-7 коек вместо планируемых трех; в ШПБ для размещения коек использовались коридоры и часть вспомогательных помещений. На одного больного, несмотря на это, приходилось в среднем 2 м². В годовом отчете ШПБ отмечалось, что "...здания больницы приспособленные, половина из них требует капитального ремонта ... палаты большие на 10-12 больных, в коридорах в 2 ряда установлены койки. Во всех отделениях ощущается недостаток вспомогательных помещений ...столовые... одновременно служат местом дневного пребывания больных ...часты - конфликты из-за скученности..."

Не лучше было положение и в Ядринской психиатрической больнице (ЯПБ). Там больные размещались в двух каменных зданиях камерного типа, мало приспособленных для психически больных. В архивных документах сохранилось описание обстановки того времени: "...обслуживание больных крайне затруднено, так как больница переполнена и часть больных спят по два человека на 1 койке, много беспокойных (больше половины) и неопрятных больных ... Красный уголок выполняет функции приемного покоя и места для свидания больных с родственниками".

К концу 1964 г. коечный фонд РПБ доводится до проектной мощности. Работает пять психиатрических отделений, рассчитанных на прием 300 больных. Но и эта больница не избежала уплотнения. В августе 1965 г. количество коек в РПБ было увеличено до 400. На 1 января 1968 г. в больнице развернуто уже

600 коек, на которых размещалось 626 больных. В “день обследования почти во всех отделениях стояли койки в коридорах”.

Объективным документом, характеризующим работу службы в конце 60-х гг., является “Справка о состоянии психиатрической помощи в ЧАССР”, составленная научным сотрудником Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР В.А. Галкиным. Общие выводы были следующими. Подчеркивалось, что “...развитие психиатрической службы продолжается, однако существующая система психиатрической помощи, ее мощность и структура не в состоянии полностью обеспечить все потребности... Внебольничная помощь централизована. В селе нет психиатров, поэтому больные посещают врача 1 раз в 2 года.

Много больных - до 20% - необоснованно снимаются с диспансерного учета... Отсутствует материальная база для организации реабилитационной терапии и социально-трудовой реабилитации... Стационарная психиатрическая помощь характеризуется большим переполнением больниц, напряженным ритмом их работы и накоплением психохроников... Имеется недокомплект врачей кадров...”

Кроме того, к недостаткам работы психиатрической службы ЧАССР, отраженным в справке, относились: отсутствие ответственных за психиатрическую помощь в районах, большой радиус обслуживания (до 250-280 км), частичное внедрение бесплатного лечения психически больных, отсутствие участкового принципа обслуживания (по г. Чебоксары, г. Новочебоксарску), отсутствие картотеки динамического наблюдения больных, состоящих на диспансерном учете; низкие показатели выявляемости и учета взрослых больных, уступающие среднероссийским показателям при достаточно высоких показателях выявляемости в сельской местности больных детей с диагнозами олигофрении, эпилепсии и шизофрении; ШПБ и ЯПБ размещены в помещениях, непригодных для содержания и лечения больных. Детское отделение РПБ развернуто в малоприспособленном для детского контингента помещении. В системе социального обеспечения ЧАССР не имеется достаточного количества мест в психоневрологических интернатах, поэтому примерно от 10 до 15% больных с конечными состояниями в течение многих лет находятся в ШПБ.

Для исправления выявленных недостатков МЗ ЧАССР предлагалось: создать районные звенья психиатрической внебольничной помощи; переквалифицировать невропатологов в психиатров и выделить для обслуживания медицинских сестер; завершить перепись больных и организовать полную картотеку динамического учета, создать лечебно-трудовые мастерские и специальные цехи для психически больных; на территории ШПБ построить новую психиатрическую больницу на 500 коек, а ЯПБ реорганизовать в межрайонный диспансер.

Проведенная проверка дала информацию и ориентиры для дальнейшего развития психиатрической службы в республике. В 1968 г. на основании постановления Совета Министров ЧАССР в РПБ были открыты лечебно-трудовые мастерские на 100 мест. Они имели два цеха - картонный и швейный. В течение года в них работали 342 больных, находящихся на стационарном лечении в РПБ. Кроме того, часть больных была занята в подсобном сельском хозяйстве.

Определенной реорганизации подверглось амбулаторное звено психиатрической службы. Стали функционировать 30 коек в дневном стационаре РПБ, на которые поступило 42 больных. Диспансерное отделение было переведено из 4-й во 2-ю категорию, что позволило увеличить количество ставок врачей и других медицинских работников. Благодаря этому к концу 1968 г. удалось закончить перепись и перерегистрацию психически больных в республике, заполнить на них амбулаторные и контрольные карты диспансерного учета, ввести в практику принцип динамического наблюдения. На учете на начало 1969 г. состояло 16 884 больных, из них - 3373 ребёнка; было взято под наблюдение 4926 больных, из них 3912 - первичных.

Образованное в сентябре 1962 г. научное общество невропатологов и психиатров ЧАССР на первых своих заседаниях занималось в основном рассмотрением актуальных вопросов невропатологии. Это было связано с большим числом врачей невропатологов (28 против 16 психиатров) и тем обстоятельством, что многие психиатры работали в ШПБ и ЯПБ, отдаленных от г. Чебоксары. По мере расширения РПБ и увеличения числа врачей активизируется научно-практическая работа среди пси-

хиатров республики. Они принимают участие в работе 2-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров (декабрь 1967 г.) и 5-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров (июль 1969 г.), выезжают на научно-практические семинары, выпускают методические письма по лечению и профилактике олигофрении, эпилепсии, алкоголизма и курения.

Новый виток развития психиатрической помощи населению произошёл после принятого постановления Совета Министров СССР и приказа МЗ РСФСР № 452 от 06.10.72 г. “О мерах по усилению борьбы с алкоголизмом”. В свою очередь Совет Министров ЧАССР принимает постановление № 436 от 21.06.72 г. “О некоторых мерах по дальнейшему улучшению медицинской помощи психически больным в ЧАССР”, издаются приказы МЗ ЧАССР № 462 от 29.12.72 г. “О мерах по дальнейшему усилению борьбы против пьянства и алкоголизма” и № 2 от 07.07.74 г. “О мерах по дальнейшему усилению борьбы с распространением наркоманий в ЧАССР”.

В результате принятых мер были организованы и открыты наркологические кабинеты в городах республиканского подчинения (Алатырь, Канаш, Новочебоксарк, Шумерля). Для приближения психиатрической помощи к населению стационарное обслуживание психически больных стало осуществляться по принципу районирования. Так, РПБ обслуживало 9 районов республики, Чебоксар и Новочебоксарска, ШПБ - 8, ЯПБ - 3 района. Началось оказание помощи психически больным в Шумерлинском, Алатырском, Батыревском, Вурнарском, Канашском, Урмарском районах и в г.Новочебоксарске. В ЯПБ открываются лечебно-трудовые мастерские, в ШПБ больных используют в весенне-летнее время на сельскохозяйственных работах.

Определенным импульсом к развитию психиатрической службы стали многочисленные постановления Правительства СССР, указы Президиума Верховного Совета РСФСР, Министерства здравоохранения в начале-середине 70-х гг., направленные на искоренение пьянства и алкоголизма среди населения. Соответствующие нормативные акты были приняты и в ЧАССР. Все это не замедлило сказаться на увеличении ресурсной обеспеченности психиатрической службы за счет введения

новых штатных нормативов. В частности, были утверждены специальность врача психиатра-нарколога и должность врача участкового психиатра-нарколога, фельдшера по наркологии, сестры по социальной помощи при враче участковым психиатре-наркологе.

В 1975 г. в ЧАССР для проведения внебольничного лечения больных с алкоголизмом было дополнительно выделено 8,5 ставки врачебных должностей; в ряде районных центров предусматривалась дальнейшая организация наркологических кабинетов. В 1976 г. в Яльчикской ЦРБ на 0,5 ставки начал работать врач в психоневрологическом кабинете, а в 1979 г. - Козловской ЦРБ. В результате принятых мер на начало 1981 г. в большинстве (75%) районов Чувашии оказывалась психоневрологическая помощь населению. Не выделили участковых врачей-психиатров и наркологов, не открыли соответствующих кабинетов главные врачи Комсомольского, Красноармейского, Красночетайского, Цивильского, Шемуршинского, Ядринского и Янтиковского районов. Однако качество психиатрической помощи сельскому населению оставалось низким. Особенно страдала работа по выявлению и динамическому диспансерному наблюдению за больными у врачей ЦРБ, занимающих 0,5 ставки психиатра или нарколога. Они были сильно загружены на своей основной работе и поэтому "... мало или совсем не занимались оказанием помощи психически больным".

По состоянию на 1 января 1985 г. в 10 ЦРБ и трех городских больницах имелись врачи на полную ставку, в 10 других ЦРБ - на 0,5 ставки; не было специалиста только в Комсомольском районе. Во всех районах при ЦРБ организован наркологический прием, утверждено 0,5 ставки врача-нарколога. К этому времени все врачи-психиатры, работающие пять лет и более, прошли специализацию в ГИДУВах, а три врача окончили клиническую ординатуру. В 1989 г. при Алатырской ЦРБ было развернуто 40 коек для лечения больных с психическими и наркологическими заболеваниями. С 1990 по 1995 гг. более 400 больных из г. Алатыря и Алатырского района ежегодно получали стационарную психиатрическую и наркологическую помощь.

В 1985 г. наркологическая служба выделилась в самостоятельную. Был организован Республиканский наркологический диспансер со стационаром для оказания специализированной помощи больным, страдающим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Открылся ряд наркологических отделений при промышленных предприятиях. В 1986 г. в г. Новочебоксарске был организован межрайонный наркологический диспансер для стационарного лечения больных Чебоксарского, Мариинско-Посадского, Урмарского, Козловского районов и г. Новочебоксарска.

После издания приказа МЗ ЧАССР №574 от 10.11.87 г. в республике начинает развиваться психотерапевтическая служба. В 1989 г. Новочебоксарский наркологический диспансер был переформирован в Центр психического здоровья, поскольку кроме наркологической начал оказывать психотерапевтическую помощь больным с пограничными ПР и членам их семей. Для этих целей выделено 20 коек. В 1990 г. открывается Республиканский психотерапевтический центр, который является многопрофильным лечебным учреждением, призванным решать задачи первичной, вторичной и третичной профилактики пограничных ПР в регионе. Приблизительно в это же время открываются психотерапевтические кабинеты в медсанчастях крупных промышленных предприятий г. Чебоксары (завод промышленных тракторов, промышленное объединение им. В.И. Чапаева, поликлиника строителей, хлопчатобумажный комбинат), кардиологическом диспансере. Начинают работать врачи-психотерапевты в городах Канаше, Ядрине, Цивильске, в поселках городского типа - Ибресях, Козловке и Вурнарах (А.Б. Козлов).

В 1995 г. в республике функционировало 11 кабинетов психотерапии в ЦРБ и медсанчастях, пять - в республиканских лечебно-профилактических учреждениях, в том числе три кабинета для оказания психотерапевтической помощи детям и подросткам (А.Б. Козлов). Только в системе здравоохранения республики работало 27 врачей-психотерапевтов.

Начинает формироваться суицидологическая служба, которая в 1995 г. располагала двумя кабинетами социально-психологической помощи и телефоном доверия, имеющим две

линии связи; пять врачей и психологов прошли специализацию по суицидологии (А.Б. Козлов, А.Г. Прохоровская).

Таким образом, в течение 40 лет своего существования психиатрическая служба Чувашии непрерывно развивалась и продолжает развиваться. Число врачей-психиатров с одного в 1956 г. увеличилось до 84 в 1995 г., обеспеченность населения врачами-психиатрами с 0,01 на 10 000 населения возросло до 0,62. Отсутствие роста врачей с 1980 по 1985 гг. объясняется тем, что часть психиатров в связи образованием наркологической службы переквалифицировалась в наркологов. На начало 1996 г. в системе здравоохранения Чувашской Республики помимо 84 врачей-психиатров (в ЦРБ работали 22), имелся 51 врач-нарколог (в ЦРБ работали 19), 27 врачей-психотерапевтов (в ЦРБ работали три), а также сексопатологи, психологи, логопеды и специалисты других смежных профессий.

Параллельно с увеличением числа врачей росло число психиатрических коек. Если в 1956 г. было всего 5 коек, то в 1995 г. их число (без наркологических) составило 1210 (обеспеченность населения психиатрическими койками возросло с 0,05 на 10 000 населения до 8,89). Среди них имелись койки для лечения детей и подростков с ПР; для проведения военной, трудовой и судебно-психиатрической экспертиз; для лечения психически больных, страдающих туберкулезом; для принудительного лечения больных, совершивших правонарушения, но признанные судом невменяемыми; для лечения больных с пограничными ПР.

Литература

1. Голенков А.В. Психические расстройства у населения Чувашии. Сообщение 1: Исторические предпосылки к созданию психиатрической службы в республике // 1-й съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: Тез. докладов. Чебоксары, 1995. С. 3-4.
2. Голенков А.В. История образования и развития психиатрии в Чувашии: Конспект лекции. Чебоксары, 1997. 52 с.
3. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998. 368 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ И РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

А.Б. Козлов

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Проблема психического здоровья стоит остро во всем мире. Так, по данным ВОЗ, каждый третий человек в мире имеет психическое расстройство (ПР). В России число только зарегистрированных психически больных составляет 4092 тыс. чел., и, кроме того, свыше 3 млн чел. страдают алкогольной и другими видами зависимости (до 6% общей численности населения). Ежегодно под наблюдение врачей-психиатров ставится более 500 000 чел.

Ни одно общество не защищено от проблем психического здоровья: они наносят реальный и действительно большой урон, при этом действительно большое число людей, страдающих ПР, остаются без помощи. ПР оказывают прямое и косвенное экономическое воздействие на общество, заставляя его тратить значительные средства на обслуживание больных, а также на качество жизни отдельных людей и семей. Согласно оценке ВОЗ в 2000 г. приблизительно 12% общего числа лет, потерянных в связи с инвалидностью, приходилось на психические и нервные расстройства, к 2020 г. по прогнозам специалистов их доля возрастет до 15%. При этом лишь незначительное число людей, страдающих психическими расстройствами, получают какое-либо лечение.

Последние годы характеризуются для здравоохранения повышенным вниманием к состоянию психического здоровья населения и, соответственно, к организации психиатрической, психотерапевтической и наркологической служб.

Законодательной основой функционирования различных звеньев психиатрической службы страны является закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», вступивший в силу с 1 января 1993 г. Он был разработан в соответствии с принципами, реко-

мендованными для использования странам-членами Организации Объединенных Наций.

В первом разделе «Общие положения», включающем 15 статей, представлены: общее определение психиатрической помощи и принципов ее оказания (ст. 1), общая характеристика законодательства страны о психиатрической помощи (ст. 2), общие указания о сфере действия Закона (ст. 3), принцип добровольности обращения за психиатрической помощью (ст. 4), права лиц, страдающих психическими расстройствами (ст. 5), ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности (ст. 6), представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь (ст. 7), запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья (ст. 8), сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи (ст. 9), диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами (ст. 10), согласие на лечение (ст. 11), отказ от лечения (ст. 12), принудительные меры медицинского характера (ст. 13), основания и порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы (ст. 14) и обследование для решения вопроса о годности гражданина к военной службе (ст. 15).

Второй раздел Закона «Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита лиц, страдающих психическими расстройствами» состоит из двух статей: виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством (ст. 16) и финансирование психиатрической помощи (ст. 17).

Третий раздел «Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов», состоящий из пяти статей, включает в себя законоположения: об учреждениях и лицах, оказывающих психиатрическую помощь (ст. 18), правах на деятельность по оказанию психиатрической помощи (ст. 19), правах и обязанностях медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи (ст. 20), независимости врача-психиатра при оказании психиатрической помощи (ст. 21), гарантиях и льготах психиатрам, иным специалистам, медицин-

скому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи (ст. 22).

В четвертом разделе «Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания», который охватывает 22 статьи, содержащие наибольшее число положений прямого действия, изложены основания и порядок психиатрического освидетельствования (ст. 23), психиатрического освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя (ст. 24 и 25), амбулаторной психиатрической помощи (ст. 26) диспансерного наблюдения (ст. 27), госпитализации в психиатрический стационар (ст. 28 и 29), обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи (ст. 30), освидетельствования несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей (ст. 31), освидетельствования лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке (ст. 32), рассмотрения в суде вопроса о госпитализации в недобровольном порядке (ст. 33, 34 и 35). В этом же разделе изложены права пациентов, находящихся в психиатрических учреждениях (ст. 37 и 43), механизмы защиты этих прав (ст. 38), обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара (ст. 39), порядок выписки из психиатрического стационара (ст. 40). Кроме того, специально выделены статьи, обеспечивающие основания и порядок помещения, перевода и выписки лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения и специального обучения (ст. 41, 42 и 44).

Пятый раздел Закона «Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи» состоит из двух статей: контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи (ст. 45) и контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи (ст. 46).

В последнем, шестом разделе «Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи», состоящем из четырех статей, излагаются порядок и сроки обжалования (ст. 47), порядок рассмотрения жалобы в суде (ст. 48), порядок рассмотрения

жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом) (ст.49), ответственность за нарушение настоящего Закона (ст. 50).

К основным приказам, регламентирующим работу психиатрических учреждений, относятся:

1. Приказ МЗ СССР от 21.03.1988 г. №225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи». Приказ в первую очередь регламентирует работу психиатрических стационаров: психиатрических и психоневрологических больниц, дневных стационаров, психосоматических и соматопсихиатрических отделений и др.

2. Приказ МЗ и МП от 11.04.1995 г. №92 «Об утверждении правил «Больницы психиатрические. Правила устройства, эксплуатации и охраны труда». Он определяет структуру, правила устройства психиатрических больниц и охрану труда в них.

3. Приказ МЗ и МП РФ от 13.02.1995 г. №27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь». Данным приказом утверждаются штатные расписания во всех структурных подразделениях психиатрических учреждений как амбулаторного звена, так и стационарного.

Другая группа приказов – это приказы, регламентирующие деятельность различных направлений психиатрической службы:

1. Психотерапевтической: приказ МЗ РФ от 16.09.2003 г. №438 «О психотерапевтической помощи».

2. Логопедической: приказ МЗ РФ от 28.12.1998 г. №383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций».

3. Сексологической: приказ МЗ СССР от 10 мая 1988 г. №370 «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению».

4. Суицидологической: приказ МЗ РФ от 06.05.1998 г. №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

5. Скорой и неотложной психиатрической помощи: приказ МЗ РФ от 08.04.1998 г. №108 «О скорой психиатрической помощи».

Имеется также большая группа приказов, регламентирующих подготовку специалистов психиатрического профиля: приказы МЗ СССР от 21.07.88 г. №579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов», МЗ РФ от 28.07.1997 г. №226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психотерапевтической помощи», от 26.11.1999 г. №391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».

Необходимо указать, что в работе специалистов психиатрического профиля, кроме «Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и вышеперечисленных приказов, также используются следующие федеральные законы:

1. «Конституция Российской Федерации» от 12.12.1993 г.
2. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (с изменениями, внесенными указом Президента РФ от 24.12.1993 г. №2288).
3. «О наркотических и психотропных веществах» №3-ФЗ от 08.01.1998 (с изменениями от 30.06.2003 г.).
4. «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1999 г. №122.
5. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 20.07.1995 г.
6. «Об опеке и попечительстве».
7. «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» №73 от 31.05.2001 г.
8. «О воинской обязанности и военной службе» от 28.03.1998 г. № 53-ФЗ (с изменениями от 22.08.2004 г.).
9. «О милиции» №68-ФЗ от 31.03.1999 г.
10. «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» №63-ФЗ от 26.04.2002 г.
11. «О прокуратуре Российской Федерации» №17.11.1995г. №168-ФЗ (с изменениями от 30.06.2003 г.).
12. «О защите прав потребителей» №196-ФЗ от 30.12.2001г.
13. «Об основах системы профилактики безнадзорности и профилактики правонарушений несовершеннолетних» №120-ФЗ

от 21.05.1999 г. и другие, а также постановления Правительства Российской Федерации.

Знание основных законов РФ, постановлений Правительства РФ, приказов МЗ РФ и рекомендаций – обязательное условие функционирования современного специалиста психиатрического профиля.

Основу психиатрической службы страны составляют психоневрологические учреждения Министерства здравоохранения РФ. Это звено представлено психиатрическими больницами, психоневрологическими диспансерами, психотерапевтическими центрами, учреждениями полустационарного профиля, психиатрическими (психотерапевтическими) кабинетами и отделениями в общесоматических лечебных учреждениях, лечебно-производственными мастерскими (ЛПМ), детскими и подростковыми отделениями, а также кабинетами, которые входят в состав психоневрологических диспансеров, психиатрических больниц. По состоянию на конец 2005 г. в РФ действуют 275 психиатрических больниц (163,3 тыс. коек), 170 психоневрологических диспансеров, 2270 психоневрологических кабинетов, 1097 психотерапевтических кабинетов. Общее число мест в дневных стационарах составило 15 685. В системе МЗ СР РФ работают 14,5 тыс. врачей-психиатров. С 1975 г. в самостоятельную службу выделена наркологическая помощь, которая располагает сетью внебольничных и стационарных учреждений. Наблюдается тенденция к самостоятельности психотерапевтической и логопедической служб.

Психиатрическая больница является лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим стационарное обследование, лечение и социально-трудовую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами. Наряду с лечебно-диагностической работой она выполняет экспертные функции на основе действующих законов и по особо установленным правилам. Основными задачами и функциями психиатрической больницы являются:

1) оказание специализированной высококвалифицированной лечебно-диагностической и социально-восстановительной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, в условиях стационара;

2) проведение стационарной судебно-психиатрической, военно-врачебной, врачебно-трудовой и других видов экспертиз лицам с психическими расстройствами;

3) осуществление, по решению суда, принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния;

4) обеспечение преемственности с психоневрологическими диспансерами (диспансерными отделениями, кабинетами) и другими учреждениями в лечении и социально-трудовой реабилитации психически больных;

5) освоение и внедрение в практику работы новых организационных форм, современных средств и методов диагностики и лечения психических заболеваний, а также социально-трудовой реабилитации психически больных, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта учреждений здравоохранения.

Психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения психиатрических больниц, психиатрические диспансерные отделения и кабинеты городских, центральных районных и районных больниц и поликлиник осуществляют специализированную психиатрическую помощь взрослым и детям, страдающим психозами, неврозами и другими пограничными заболеваниями на основе активного применения диспансерного метода при территориально-участковой системе обслуживания.

Участковые психиатрические кабинеты для обслуживания взрослого и детского населения являются основным звеном диспансерного обслуживания. Участковые психиатры организуют лечебно-профилактическую и социально-психиатрическую помощь населению, проживающему на территории участка.

Участковые психиатры:

1) выявляют больных из населения путем консультаций и освидетельствований лиц с подозрением на отклонения со стороны психики, направляемых лечебно-профилактическими и другими учреждениями либо обратившихся самостоятельно;

2) осуществляют учет и проводят активное наблюдение за всеми выявленными больными психозами, неврозами и другими психическими расстройствами;

3) назначают больным соответствующее лечение, контролируют его эффективность и регулярность;

4) направляют в стационар лиц, нуждающихся в госпитализации;

5) отбирают больных, нуждающихся в патронаже и опеке; с помощью сестры социальной помощи оформляют необходимую документацию и представляют больных на соответствующую комиссию;

6) проводят вместе с сестрой социальной помощи мероприятия по трудоустройству и улучшению бытовых условий больных;

7) в случае необходимости выдают больничные листы и справки о временной нетрудоспособности работающим и учащимся больным, а при стойкой утрате трудоспособности направляют больных на врачебно-трудовую экспертную комиссию;

8) участвуют в работе врачебно-консультативных комиссий и представляют на них нуждающихся в комиссионном заключении больных;

9) при наличии показаний направляют больного на лечение в лечебно-трудовые мастерские и совместно с врачом лечебно-трудовых мастерских ведут контроль за правильным подбором доступных больному видов труда и его продолжительностью;

10) совместно с участковой сестрой устанавливают контакты с семьей больного, общественными организациями и администрацией учреждения, где он работает или учится, ведут разъяснительную работу среди родственников и окружающих больного, стремясь создать для него оптимальную бытовую и рабочую обстановку;

11) проводят среди населения участка, на предприятиях, в общежитиях, жилых домах массовую санитарно-просветительную работу по вопросам охраны психического здоровья;

12) в случае смерти больного, выезда его из района обслуживания данного диспансера (отделения, кабинета), отсутствия сведений о больном и его состоянии в течение года, а также выздоровления или стойкого улучшения состояния больной сни-

мается с учета вне зависимости от диагноза заболевания, с которым он состоял на учете.

Психиатрическая служба системы Министерства социальной защиты населения РФ (ныне Министерства здравоохранения и социального развития) представлена психоневрологическими интернатами, в которые помещаются психически больные, имеющие I и II группы инвалидности и потерявшие социальные связи или нуждающиеся в постоянном уходе и наблюдении. Психоневрологический интернат является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного проживания престарелых и инвалидов, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. Он в значительной степени отличается от психиатрических стационаров системы здравоохранения — как по основным целям и задачам, так и по структуре контингента и всей организации работы и укладу жизни больных. Сюда направляют людей, которые по своему психическому состоянию неспособны жить в семье, в обществе в силу утраты либо недоразвития способностей к самообслуживанию, самообеспечению и продуктивному общению. Находящиеся здесь больные не лечатся, а «проживают». Здесь практически не существует понятия «выписка». В сущности, люди поступают в психоневрологические учреждения, чтобы остаться в них навсегда, до естественного конца.

Основными задачами психоневрологического интерната являются:

- 1) материально-бытовое обеспечение престарелых и инвалидов, создание для них условий жизни, приближенных к домашним, благоприятного микроклимата;
- 2) организация ухода (надзора) за проживающими, оказание им медицинской помощи и проведение культурно-массовой работы;
- 3) осуществление мероприятий, направленных на социально-трудовую реабилитацию инвалидов.

В соответствии с основными задачами психоневрологический интернат осуществляет:

- 1) прием престарелых и инвалидов психически больных и

активное содействие их социально-трудовой адаптации;

2) бытовое обслуживание инвалидов, предоставление им в соответствии с утвержденными нормами благоустроенного жилья с мебелью и инвентарем, постельных принадлежностей, одежды и обуви;

3) организацию рационального, в том числе диетического, питания, с учетом возраста и состояния здоровья;

4) уход (надзор) за психически больными в соответствии с режимами содержания;

5) диспансеризацию и лечение проживающих, организацию консультативной помощи специалистов, госпитализацию нуждающихся в лечебно-профилактические учреждения;

6) проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

7) обеспечение нуждающихся слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями, немоторными средствами передвижения;

8) организацию культурно-массовой работы с престарелыми и инвалидами с учетом их состояния здоровья и возраста;

9) осуществление согласно медицинским рекомендациям комплекса реабилитационных мероприятий по восстановлению личностного и социального статуса проживающих;

10) мероприятия по повышению качества обслуживания, содержания и ухода, внедрению в практику передовых форм работы и методов обслуживания психических больных.

Психиатрическую помощь в нашей стране отличают государственный характер (бесплатность), общедоступность, территориальный принцип оказания помощи и максимальная приближенность учреждений к населению, преемственность и специализация в работе учреждений разного уровня, что дает возможность больным разных возрастных групп с различными видами патологии получить квалифицированную помощь.

Государственный характер системы психиатрической помощи позволяет организовать статистический учет всех заболевших, что создает базу для планирования психиатрической помощи в стране. Каждый административный район страны имеет собственную психиатрическую службу, которая включает

тот или иной перечень приведенных выше учреждений. Конкретный перечень учреждений и их мощность в каждом случае определяются местными географическими, социодемографическими и экономическими условиями. Территориальный принцип обслуживания населения диспансером и больницей позволяет обеспечивать преемственность в ведении больного, которого постоянно наблюдают два врача — один в условиях диспансера, другой — во время пребывания в больнице. Различные виды социореабилитационной помощи больные получают на всех этапах их лечения в зависимости от степени сохранности трудоспособности.

Поскольку пациенты с пограничными психическими расстройствами составляют значительную долю среди всех психически больных, а существующие формы диспансерной помощи не всегда удовлетворяют потребности в помощи этим пациентам, возникла необходимость в организации помощи этим лицам вне психиатрических диспансеров. Оптимальной оказалась помощь этому контингенту пациентов в условиях территориальных поликлиник – психотерапевтических кабинетах, отделениях, а также в самостоятельных психотерапевтических центрах. В последнее время такой вид помощи наряду с традиционными получает все большее распространение.

При работе специалистов с определенными группами психических расстройств и в зависимости от них психиатрическую службу условно можно подразделить на несколько крупных направлений:

1. Собственно психиатрия, включающая в себя работу с больными психозами, умственной отсталостью, органическими расстройствами – так называемая «большая психиатрия».
2. Наркология – работа с аддиктивными расстройствами.
3. Психотерапия – работа в первую очередь с пограничными нервно-психическими (невротическими, соматоформными и т.д.) расстройствами.
4. Сексопатология – работа в первую очередь с пациентами, страдающими сексологическими расстройствами.
5. Логопедия – работа с пациентами, страдающими расстройствами речи.

6. Суицидология – работа с лицами, имеющими суицидальные тенденции и находящимися в кризисном состоянии.

7. Судебно-психиатрическая экспертиза – работа по различным аспектам судебной деятельности: от решения вопросов о дееспособности до экспертной работы по решению вопросов вменяемости/невменяемости.

Согласно этим направлениям выделены и новые врачебные специальности (за исключением суицидологии): врач психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, врач-сексолог, логопед, врач судебно-психиатрический эксперт.

По состоянию на конец 2005 г. в ЧР функционируют следующие стационарные лечебно-профилактические учреждения и подразделения, оказывающие психиатрическую помощь населению республики: Республиканская психиатрическая больница (на 785 коек), Ядринская психиатрическая больница (на 150 коек), Шихазанская межрайонная психиатрическая больница (на 225 коек), Алатырская психиатрическая больница (на 40 коек). Общий коечный фонд для лечения психически больных составляет 1200 коек, в том числе, общих психиатрических коек – 905 (75,4%), детских – 65 (5,8%), для принудительного лечения (общего и специализированного типа) – 120 (10%), туберкулезных – 30 (2,5%), для военной экспертизы призывников – 30 (2,5%), социальных коек – 25 (2,1%) и судебно-психиатрических – 25 (2,1%).

В 2005 г. показатель обеспеченности психиатрическими койками на 10 тыс. населения по ЧР составил 9,23, что на 3,01% выше показателя за 2003 г. По Российской Федерации данный показатель в 2004 г. составил 11,2. Среднеевропейский показатель составляет 9,3 на 10 тыс. нас.

Амбулаторную психиатрическую (психотерапевтическую) помощь населению ЧР оказывают диспансерные отделения (Новочебоксарское диспансерное отделение, диспансерные отделения в Алатырской ПБ, Шумерлинской ЦРБ и ГБ г. Канаша, диспансерные отделения РПБ - детское и взрослое), ОМКО ГУЗ РПБ, Республиканский психоневрологический диспансер, участковые врачи-психиатры (взрослые, детские, подростковые) и психотерапевты республиканских и муниципальных ЛПУ. В

республике открыто 29 психиатрических и 22 психотерапевтических кабинета.

Под наблюдением психиатров (психотерапевтов) на конец 2005 г. находится 49028 чел., что составляет 3,77% населения ЧР (в 2003 г. – 3,6%). Под диспансерным наблюдением находятся 17729 чел., получают консультативно-лечебную помощь, обращаясь к участковым врачам-психиатрам, психотерапевтам добровольно, 31299 чел. Доли диспансерных и консультативных больных в общем контингенте больных (Д/К) за 2005 г. составили 36,16 и 63,84% соответственно (по РФ – 49,6 и 50,4%). Таким образом, доля больных, наблюдаемых в диспансерной группе наблюдения, меньше доли больных, получающих консультативно-лечебную помощь по обращаемости. Соотношение Д/К составляет 1/1,76 (по РФ в 2004 г. – 1/1,1, по ЧР – 1/1,8).

Неотложная психиатрическая помощь в ЧР осуществляется специализированными бригадами скорой психиатрической помощи в г. Чебоксары при Больнице скорой медицинской помощи, в г. Новочебоксарске при ГБ, а также неспециализированными врачебными и фельдшерскими бригадами станций скорой помощи городских и центральных районных больниц. Их работа осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.04.1998 г. №108 «О скорой психиатрической помощи».

Судебно-психиатрическая экспертная деятельность осуществляется двумя структурными подразделениями Республиканской психиатрической больницы – отделением амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз и отделением стационарных судебно-психиатрических экспертиз. Функции данных подразделений осуществляются в соответствии с законом РФ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и других нормативно-правовых актов.

Наркологическая служба представлена Республиканским наркологическим диспансером и его двумя филиалами (в Новочебоксарске и Шумерле) и 19 наркологическими кабинетами.

На территории Чувашской Республики действуют пять психоневрологических интернатов для взрослых (Атратский на 340, Ибресинский на 405, Калининский на 255, Шомиковский на 155, Тарханский на 240 мест) и Кугесьский детский дом-

интернат для умственно отсталых на 267 мест. Общее количество мест для взрослых 1395, что в пересчете на 10 тыс. взрослого населения составляет 13,8 и 267 – детских – 8,9 на 10 тыс. детского населения.

Обеспеченность врачами психиатрами (физические лица) на 10 тыс. населения в 2005 г. по ЧР составила 0,72 на 10 тыс. населения (в 2003 г. – 0,72, в 2002 г. – 0,8; по РФ в 2003 г. – 1,0). Обеспеченность населения психиатрами (занятые должности врачей-психиатров) в 2005 г. составила 1,02 (по РФ – 1,3). Число занятых должностей врачей-психиатров, ведущих диспансерный прием, – 0,33. Все это свидетельствует о сохраняющейся потребности психиатрической службы республики во врачах-специалистах. Обеспеченность населения врачами-психотерапевтами осталась на уровне 2003 г. и составила 0,30 на 10 тыс. населения (по РФ – 0,1).

В 2005 г. в штатах психиатрической службы было 116 ставок психиатров взрослых, 19,0 ставок детских психиатров и 5,5 ставок подростковых психиатров. Всего по республике – 140,5 ставок врачей-психиатров. Количество физических лиц врачей-психиатров: взрослых – 77, детских – 12, подростковых – 5 чел. Всего на конец 2005 г. в психиатрической службе работало 94 врача-психиатра.

В амбулаторной службе выделены 51,75 ставки врачей-психиатров взрослых, 15,5 ставки психиатров детских и 5,5 ставки психиатров подростковых. Всего амбулаторную психиатрическую помощь оказывают 36 психиатров взрослых, 10 детских психиатров и 5 подростковых врачей-психиатров, всего 51 чел. Таким образом, 54,2% всех врачей-психиатров ЧР заняты оказанием амбулаторной психиатрической помощи.

Обеспеченность психиатрической службы медицинскими психологами по занятым должностям составляет 0,4 на 10 тыс. нас. Всего в психиатрической службе Чувашской Республики работают 34 физических лица медицинских психологов.

Специалистов по социальной работе и социальных работников в психиатрической службе особенно не хватает. Так, по ЧР специалистов по социальной работе всего 5 ставок (5 физ.

лиц), социальных работников и того меньше – выделено 5 ставок, работают всего два физ. лица.

С целью обеспечения психиатрической службы квалифицированными кадрами в республике с 2003 г. на базе ГИДУВа организован курс психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии, на базе которого проводится подготовка и переподготовка специалистов психиатрического профиля. Здесь же с 2005 г. организована ординатура по психиатрии.

Организованная в конце 50-х гг. психиатрическая служба Чувашской Республики прошла в своем развитии несколько этапов – от этапа становления стационарного и развития диспансерного звеньев до организации специализированных служб и подразделений. Так, в 1985 г. организовалась и выделилась в самостоятельную наркологическая служба, в 1997 г. – психотерапевтическая, продолжающие тесно взаимодействовать с психиатрической службой.

Современный этап развития психиатрической службы, переживающей как отдельные моменты бурного развития (открытие психиатрических – 70-е годы, наркологических – 80-е годы и психотерапевтических кабинетов – 90-е годы), так и периоды определенного затишья, можно определить как этап развития более узких направлений психиатрической службы с организацией специализированных подразделений, более активного развития стационарзамещающих технологий в учреждениях республики, современных сестринских технологий, судебной психиатрии (в т.ч. пенитенциарной), материальной базы психиатрической службы, организации научной школы и базы подготовки специалистов психиатрического профиля, социально-психологической помощи в рамках психиатрической службы, реставрации лечебно-трудовых мастерских, практически потерянных к концу 90-х гг., организации экстренной медицинской помощи в психиатрических учреждениях и экстренной психолого-психотерапевтической помощи лицам в кризисных ситуациях.

За последние 10 лет в лечебных учреждениях психиатрического профиля появились новые специализированные подразделения психиатрической службы, позволяющие значительно по-

высить качество оказания психиатрической помощи, а также подготовку психиатрических кадров.

В 1995 г. в Шихазанской психиатрической больнице открыто *отделение принудительного лечения специализированного типа* для лечения психически больных, совершивших преступления.

В 1997 г. оргметодкабинет Республиканской психиатрической больницы преобразован в отвечающий современным требованиям *организационно-методический консультативный отдел (ОМКО)* со своим отделом АСУ. ОМКО оказывает методическую и консультативную помощь психиатрическим и психоневрологическим учреждениям (подразделениям) Чувашской Республики в их лечебно-диагностической, социально-психиатрической и экспертной деятельности; проводит анализ деятельности учреждений психиатрического профиля, бригад скорой психиатрической помощи, судебно-психиатрических экспертных комиссий республики. Разрабатывает предложения по дальнейшему развитию психиатрической службы республики.

В этом же году Республиканский психотерапевтический центр, организованный как структурное подразделение Республиканской психиатрической больницы, выделился в самостоятельное учреждение ГУЗ *«Республиканский психоневрологический диспансер»* со своими структурными подразделениями.

В Республиканской психиатрической больнице открыт *кабинет электроконвульсивной терапии*, позволяющий проводить лечение некурабельных больных и больных с различными формами осложнений.

В 1998 г. открыто специализированное *отделение стационарных судебно-психиатрических экспертиз (ОССПЭ)* со «стражными» койками в его структуре. В настоящее время данное отделение проводит экспертную работу не только для республики, но и для соседних регионов.

На базе 2-го мужского отделения РПБ организовано *отделение принудительного лечения общего типа* на 60 коек, что позволило обеспечить более качественное проведение принудительного лечения.

В целях повышения качества оказания психиатрической помощи детям и подросткам Чувашской Республики в РПБ открыто *детско-подростковое диспансерное отделение (ДПДО)*. Функциями данного отделения являются оказание неотложной психиатрической помощи детскому населению; психопрофилактическая, социально-психиатрическая, лечебно-реабилитационная помощь во внебольничных условиях; проведение всех видов психиатрических экспертиз; профилактика общественно опасных действий детей и подростков, страдающих психическими расстройствами.

В 1999 г. в Республиканской психиатрической больнице открыта *психологическая лаборатория*, которая в соответствии с возложенными на нее функциями проводит психокоррекционную работу и психологическое консультирование больных и их родственников; разрабатывает развивающие программы; проводят мероприятия по психопрофилактике, психогигиене.

В целях улучшения медицинской и социальной помощи больным пожилого и старческого возраста, одиноким и другим лицам, страдающим хроническими психическими расстройствами и по состоянию здоровья нуждающимся в уходе и поддерживающем лечении, в Республиканской психиатрической больнице открыто *отделение сестринского ухода (ОСУ)*. В настоящее время на базе данного отделения проводятся курсы по сестринскому процессу и преддипломная практика для студентов факультета высшего сестринского дела ЧГУ и учащихся Чебоксарского медицинского колледжа. В ОСУ осуществляется сестринский процесс, разрабатываются стандарты сестринского дела.

В 2001 г. в Республиканской психиатрической больнице открыто *отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)*, в котором осуществляется комплекс мероприятий по подготовке и проведению общей анестезии при ЭСТ, используются методы гравитационной хирургии, детоксикации. Отделение проводит мероприятия по реанимации и интенсивной терапии больных стационарных отделений с острыми нарушениями функций жизненно важных органов, связанных с психическими нарушениями до надежной стабилизации их деятельности.

Открыто *клиническое отделение*, в котором вместе с врачами-психиатрами работают ассистенты, ординаторы кафедры психиатрии и медицинской психологии медицинского факультета ЧГУ. Практикуются регулярные обходы больных заведующим кафедрой психиатрии. Здесь же проходят подготовку врачи-интерны. В клиническом отделении апробируются новейшие разработки в области психиатрии, психотерапии и наркологии.

В 2002 г. амбулаторная судебно-психиатрическая экспертная комиссия реорганизована в *отделение амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз (ОАСПЭ)*. Данное отделение проводит экспертизы по уголовным, гражданским, посмертным и заочным делам подсудимых, свидетелей, потерпевших, а также несовершеннолетних лиц.

В 2003 г. при ГИДУВе организован *курс психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии*.

В 2004 г. сдана в эксплуатацию *первая очередь нового корпуса* ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница».

Развитие психиатрической службы Чувашской Республики (ЧР) в последние годы осуществляется в основном за счет расширения сети амбулаторно-поликлинического звена, что соответствует направленности современной медицины и Концепции развития здравоохранения Российской Федерации (РФ) и ЧР, необходимости учета в настоящее время экономической обоснованности, предпочтительности ресурсосберегающих форм помощи.

Кабинетом министров ЧР принято постановление №136 от 07.07.2003 г. о дополнении Республиканской целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2004 годы)» подпрограммой «Совершенствование психиатрической помощи населению Чувашской Республики (2003-2005 годы)».

Разработка программы была обусловлена необходимостью принятия неотложных мер профилактики психических расстройств (ПР) и обеспечения гарантированных законом прав лицам, страдающим ПР, уменьшения отрицательных для государства и общества последствий ПР: инвалидности, нетрудоспособности, преступности, непригодности к военной службе, со-

кращения сроков восстановления психического здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения, повышения эффективности использования ресурсов психиатрической службы республики.

Ее основные цели – снижение уровня распространенности ПР на территории ЧР, создание условий для реализации закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», проведение комплекса мер социальной и профессиональной реабилитации лиц, страдающих ПР, улучшение материально-технической базы ЛПУ, оказывающих психиатрическую помощь населению ЧР.

Согласно программе в 2003-2005 гг. открыты дневные стационары в Новочебоксарской городской больнице (25 коек, 2003), при Алатырской ЦРБ (15 коек, 2004), дневной стационар РПБ дополнен 15 койками ночного пребывания (2003). В 2004 г. сдана в эксплуатацию первая очередь нового корпуса Республиканской психиатрической больницы, в Новочебоксарске организована круглосуточная работа бригады скорой психиатрической помощи, в Алатыре организована Алатырская психиатрическая больница. В 2005 г. открыто психиатрическое стационарное отделение в Новочебоксарске на 95 коек, а Алатырская психиатрическая больница из статуса муниципального учреждения перешла в статус республиканского.

Психиатрической службе удалось добиться решения вопроса о централизованной закупке психотропных средств для психиатрических кабинетов ЦРБ, а также выписки льготных рецептов для льготной категории психически больных в городах Чебоксары, Новочебоксарск, Алатырь, Канаш и др. При достаточном спектре традиционно применяемых врачом-психиатром препаратов в лечении больных начали использоваться современные психотропные средства. В общем счете в 2005 г. затраты на льготное лекарственное обеспечение (федеральный и республиканский уровни) лиц с психическими расстройствами составили 8 604 286 р. (в 2004г. – 6 335 242 р., в 2003 г. – 1 883 000 р.).

Впервые за последние 10 лет произошел не рост, а снижение показателей первичной заболеваемости, а также показателей суицидов в республике.

В 2005 г. в соответствии с постановлением Правительства Чувашской Республики от 29.12.2005 г. №343 «О внесении изменений в постановление Кабинета министров Чувашской Республики от 29.11.2004 г. №298 республиканская целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2005-2007 годы)» дополнена подпрограммой «Совершенствование психиатрической помощи населению Чувашской Республики на 2006-2008 годы». Согласно этой программе произойдет дальнейшая специализация психиатрических коек в республике, откроются психотерапевтическое, психосоматическое, гериатрическое отделения, будет организован Центр патологии речи и нейрореабилитации, социально-правовой отдел и др. В рамках данной программы будет полностью введен в строй новый корпус ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница», организуются лечебно-трудовые мастерские в Шихазанской психиатрической больнице.

Реформирование психиатрической службы является частью реформы здравоохранения. Итогом реформы здравоохранения республики должна стать новая система охраны здоровья населения, интегрированная в новые экономические условия. Эта система будет представлять собой многоуровневый механизм по реализации мер политического, экономического, правового, социального характера, направленных на формирование и сохранение здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, при необходимости – на предоставление ему качественной медицинской помощи.

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

И.Е. Булыгина, С.Д. Федорова, А.П. Андреева

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары*

Высокая социальная значимость проблемы потребления психоактивных веществ (ПАВ) определяется ростом показателей за последнее десятилетие среди населения таких опасных заболеваний, как алкоголизм, наркомания, токсикомания. Общее число больных и злоупотребляющих ПАВ составляет в нашей республике 39741 человек, или 3,1% общей численности населения. Большинство зарегистрированных – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями (95,2%). На больных наркоманиями и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, приходится 4,1%, больных токсикоманиями и потребителей ненаркотических ПАВ – 0,7%. Показатель алкогольных психозов – основного индикатора алкогольной напряженности в популяции составил 46,1 на 100 тыс. чел., что на 48,4% ниже показателя в ПФО (89,3 на 100 тыс. чел.) и на 52,4%, чем в РФ (96,8 на 100 тыс. чел.). За последние три года в республике не зарегистрировано случаев заболеваемости алкогольными психозами среди несовершеннолетних (РФ – 0,9 на 100 тыс. детей и подростков). По уровню заболеваемости наркоманиями и числу злоупотребляющих наркотическими средствами ЧР находится на 68 рейтинговом месте.

Несмотря на высокую напряженность ситуации, связанную с потреблением ПАВ, в республике удается сдерживать рост медико-социальных последствий их потребления. Этому способствует стратегия развития службы, отвечающей реальным потребностям общества.

Решение об организации наркологической службы было принято в республике 3 сентября 1975 г. на основании решения коллегии Минздрава России 24 июля 1975 г. Первое самостоятельное наркологическое учреждение открыто в сентябре 1985 г.

Однако организационные структуры системы оказания наркологической помощи стали формироваться с середины 50-х гг.: это лечебно-трудовые профилактории (ЛТП), наркологические отделения при промышленных предприятиях, которые были в структуре психиатрических больниц (такое, как 6-е мужское отделение РПБ). У истоков образования наркологической службы стояли: В.Н. Захаров – отличник здравоохранения РФ, Л.О. Фролова – заслуженный врач РФ, врачи психиатры-наркологи Н.П. Порфирьев, В.М. Кирилина, В.Е. Иванов. Развитие наркологической службы в нашей республике можно условно разделить на этапы:

1. Создание сети структур неотложной наркологической помощи. Во исполнение указа Президента №34 от 15.02.1994 г. «О мерах по обеспечению правопорядка», Министерством здравоохранения был издан приказ № 40 «Об организации отделений (палат) неотложной наркологической помощи», на основании которого была развернута сеть коек для неотложной наркологической помощи, в г. Алатырь открыто наркологическое отделение на 25 коек. Это позволило организовать помощь больным с психотическими формами зависимости, внедрить современные технологии купирования неотложных состояний при наркологической патологии. Для оказания консультативной помощи в лечебно-профилактических учреждениях г. Чебоксары была создана бригада неотложной наркологической помощи.

2. Совершенствование системы лечебной помощи больным наркологического профиля на основе принципов современной концепции терапии наркологических заболеваний. С 1995 г. лечебные программы терапевтического воздействия строились с учетом биопсихосоциального характера наркологической патологии, что позволило повысить качество ремиссий. Особое внимание было уделено организации противорецидивной терапии. С этого времени при республиканском наркологическом диспансере начал работать клуб «Счастливые алкоголики».

3. Создание детско-подростковой наркологической службы как основного звена в организации медицинской профилактики наркологической патологии среди подрастающего поколения. Созданный реестр наркологических заболеваний у несовершенно-

нолетних позволил внедрить реальные социально-психологические предикторы формирования зависимого поведения и организовать специальные профилактические программы для детей «группы риска». Основным стратегическим приоритетом в развитии подростковой службы является ее максимальная доступность для населения. Сегодня консультации подросткового врача-нарколога организованы и в библиотеках, и в школах, и в центрах социальной реабилитации несовершеннолетних. В республике создана постоянно действующая информационно-образовательная система по формированию наркологической грамотности населения с использованием технологий позитивной наркопрофилактики. Значительный интерес представляет профилактическая программа «Мать, дитя и будущее нации», разработанная специалистами РНД. В 2005 г. республика включена в проект «Усовершенствование работы с молодежью из зоны риска» ассоциации университетов и колледжей Канады.

4. Организована специализированная химико-токсикологическая лаборатория, позволяющая определить психоактивные вещества в биологических жидкостях человека. В 2005 г. по Федеральной программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» химико-токсикологическая лаборатория была оснащена современными аналитическими комплексами для решения проблем аналитической диагностики ПАВ в организме человека, включающими уникальные приборы, в том числе газовый хроматограф с масс-селективным детектором, позволяющим проводить как качественную, так и количественную диагностику потребляемых веществ.

5. Открытие реабилитационного центра для больных наркологического профиля сделало возможным использование современных технологий психотерапевтического воздействия с учетом реабилитационного потенциала, организовать качественное противорецидивное лечение с системой постреабилитационной поддержки пациента. Активная работа ведется с созависимыми членами семьи, эффективно работают группы и клубы пациентов и их родственников «Надежда», «Орхидея», «12 шагов» и др. В

реабилитационный процесс внедрен «бригадный метод», когда врач психиатр-нарколог, психолог, специалист по социальной работе, психотерапевт объединяют свои усилия на формирование установок пациента на отказ от потребления ПАВ.

Стратегия повышения качества оказания наркологической помощи в республике реализуется на основе межведомственного подхода к профилактике потребления ПАВ, комплексных целевых программ «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту на 2005-2009 гг.», плана мероприятий по реализации указа Президента ЧР от 04.12.2002 № 137 «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике алкоголизма и пьянства».

Важнейшую роль в работе играет внедрение современной концепции профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде, утвержденной приказом Министерства образования РФ № 619 от 28.02.2000 г. Совместно с отделами образования и отделами по делам молодежи в рамках программы совершенствования наркологической помощи ведется работа, цель которой – повышение наркологической грамотности всех участников профилактического пространства: директоров учебных заведений, заместителей по воспитательной работе, психологов, социальных педагогов, родителей.

Наркологическая служба выступает инициатором в проведении совещаний, конференций, тренингов по организации единого профилактического пространства.

Задачами межведомственного взаимодействия в системе детско-подростковой наркологической службы и учреждений системы образования являются: разработка и внедрение образовательных программ, ориентированных на формирование ценностей здорового образа жизни: «Душеразвитие через речеразвитие», «Обретающему путь»; разработка и внедрение программ, тренингов для школьников: «Скажем наркотикам – нет», «Здоровым быть модно и престижно»; разработка и проведение общешкольных антинаркотических мероприятий: тематические круглые столы, дискуссии, дебат-клубы, тренинговые занятия, в том числе на базе РНД; формирование из активных школьников

наркологических постов профилактической работы и их обучение на базе РНД; консультирование педагогов, родителей по проблемам взаимоотношений с ребенком, злоупотребляющим ПАВ; повышение уровня наркологической грамотности родителей путем проведения тематических родительских собраний; проведение мониторинга распространенности потребления ПАВ несовершеннолетними в образовательной среде; консультирование детей и подростков «группы риска» врачом психиатром-наркологом непосредственно в учебном заведении и привлечение их совместно с родителями в «Школу для родителей», тренинговые информационно-образовательные профилактические группы.

В результате взаимодействия этих служб повышается уровень наркологической грамотности участников профилактической работы; есть возможность получить квалифицированную консультативную наркологическую помощь как при наркологическом диспансере, так и в учреждениях системы образования; внедряются превентивные технологии, направленные на формирование личности с адекватной жизненной установкой.

С 1 марта 1999 г. при Республиканской детско-юношеской библиотеке функционирует консультативный наркологический кабинет. Работа по организации профилактических мероприятий, направленных против наркотизации, алкоголизации несовершеннолетних, в условиях консультативного наркологического кабинета Республиканской детско-юношеской библиотеки заслуживает внимания, так как у несовершеннолетних исчезает страх перед наркологической службой; увеличивается диапазон информированности их о последствиях потребления ПАВ; реализуется возможность получения «низкопороговой» специализированной наркологической помощи как несовершеннолетними, так и их родителями и педагогами. Опыт взаимодействия детско-подростковой наркологической службы РНД и Республиканской детско-юношеской библиотеки был одобрен Республиканской комиссией по противодействию незаконному обороту наркотиков и в настоящее время используется в других городах Чувашии. Совместно с наркологической службой и Республиканской детско-юношеской библиотекой разработана профи-

лактическая программа «Детство без наркотиков», в соответствии с которой реализуется система мероприятий.

В результате совместной работы с представителями СМИ было создано информационное пространство, адекватно освещающее проблемы формирования зависимости, тактику поведения родных при потреблении ПАВ несовершеннолетними, дающее информацию о деятельности наркологической службы, необходимости раннего обращения за квалифицированной помощью.

Сегодня в республике функционируют 293 койки, из них 1,7% (5 коек) – для решения экспертных вопросов (судебная, военная экспертиза), 35,1% (103) – оказания неотложной наркологической помощи, 42,6% (125) – плановой наркологической помощи и 20,4% (60) – реабилитационного этапа лечения. Обеспеченность наркологическими койками составляет 2,18 на 10 тыс. населения (РФ – 2,02; ПФО – 2,12). В учреждениях, оказывающих наркологическую помощь, работает 54 врача психиатра-нарколога (занято 80,8 ставки), в том числе 16 в сельских районах ЧР; 12,25 – психолога; 4 – специалиста по социальной работе; 3 – социальных работника; 129,3 – специалиста среднего звена. Обеспеченность врачами психиатрами-наркологами (занятые ставки) в течение последних лет оставалась на одном уровне – 0,6 на 10 тыс. населения (РФ – 0,58; ПФО – 0,57). Соотношение работающих врачей и сестринского персонала в наркологической службе составляет 1 : 1,8; в городе – 1 : 2; на селе – 1 : 1 (РФ – 1 : 2,5; ПФО – 1 : 2,4).

Работа по аттестации медицинских работников проводится в соответствии с приказом МЗ РФ № 314 от 09.08.2002 г. «О порядке получения квалификационных категорий». В целом в республике квалификационную категорию имеет 75,8% врачей психиатров-наркологов, из них высшую категорию – 14,8%, первую – 16,6%, вторую – 44,1%. Сертификат специалиста имеют все врачи. Профессиональный рост специалистов – это залог эффективной и качественной организации службы, поэтому обучение врачей-психологов, специалистов по социальной работе проводится не только в ГОУ «Институт усовершенствования врачей», но и в крупных научных центрах, Российской меди-

цинской академии последипломного образования, Санкт-Петербургской академии последипломного образования. Для обмена опытом специалисты наркологической службы выезжали как в регионы РФ, так и за рубеж – в Польшу, США.

Специалисты наркологической службы активно участвуют в рабочих совещаниях, в работе съездов и конференций как на региональном, так и на федеральном уровне. В связи с реформированием системы специализированной помощи врачи-наркологи особое внимание уделяют выработке стратегии совместной работы с врачами общей практики. Для врачей общей практики подготовлены скрининг-методики наркологического консультирования лиц, имеющих проблемы с потреблением ПАВ. Врачи-наркологи принимают участие в общественных мероприятиях, в программах телевидения, радио, что в целом позволяет повысить уровень наркологической грамотности населения.

Литература

1. Бохан Н.А., Глазырина Н.И., Мандель А.И. Обзор современных исследований в реабилитации больных наркологического профиля // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2000. № 4. 55 с.
2. Булыгина И.Е., Федорова С.Д., Андреева А.П. Наркологическая помощь населению Чувашской Республики. Чебоксары, 2004. 32 с.
3. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение / Под ред. М.М. Кабанова. СПб., 1996. 188 с.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Мониторинг наркологической ситуации на основе данных медицинской статистики наркологической службы // Современ. пробл. наркологии: Сб. науч. тр. М., 2005. С. 4-22.

**ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ
И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Е.Л. Николаев, Ф.В. Орлов

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Республиканский психоневрологический диспансер, Чебоксары*

Чувашская Республика по праву относится к тем немногим регионам России и постсоветского пространства, где уже во второй половине 1980-х гг. начали интенсивно развиваться психотерапия и клиническая (медицинская) психология. Как показал дальнейший опыт, особенностью «чувашской» модели организации психотерапевтической службы стало наличие широкой сети психотерапевтических кабинетов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и Республиканского психотерапевтического центра, который наряду с амбулаторным приемом пациентов выполняет функции организационно-методического координатора всей психолого-психотерапевтической службы республики. Многофункциональная структура самого психотерапевтического центра позволяет своевременно и квалифицированно оказывать взрослому и детскому населению помимо психотерапевтической и медико-психологической сексологическую, логопедическую, суицидологическую помощь, а также экстренную психологическую помощь по Телефону доверия.

На начало 2005 г. психотерапевтическая и медико-психологическая помощь населению республики оказывалась 29 врачами-психотерапевтами и 47 медицинскими психологами, работающими как в структуре специализированных ЛПУ психиатрического, наркологического, кардиологического, эндокринологического, акушерско-гинекологического, педиатрического, гериатрического, профилактического профилей, так и специалистами общесоматической сети. Обеспеченность врачами-психотерапевтами сохраняется на уровне предыдущих лет и составляет 0,37 на 10 тыс. населения. Численность медицинских психологов на протяжении последних лет неуклонно возрастает. С учетом того, что негосударственные организации и предприниматели также имеют лицензии на работы и услуги по психоте-

рапии, общее число специалистов, официально оказывающих психотерапевтическую помощь в Чувашии, достигает 43 человек. Реальную численность психологов, занятых в негосударственном секторе, оценить трудно, т.к. на сегодняшний день их деятельность лицензированием не регулируется.

В непродолжительной истории развития психотерапии и клинической психологии в Чувашии можно условно выделить несколько этапов, связанных как с реалиями общероссийской действительности, так и событиями республиканского уровня.

Первый этап приходится на начало и середину 80-х годов. О психотерапии впервые начинают широко говорить, она становится популярной. Ее отдельные приемы используют в своей работе невропатологи, терапевты, психиатры, врачи других специальностей. С 1985 г. в СССР официально утверждена новая специальность врача-психотерапевта. По инициативе энтузиастов на промышленных предприятиях и в медсанчастях открываются первые психотерапевтические кабинеты, в том числе в Чебоксарах. Основная проблема данного периода — отсутствие стройной системы организации психотерапевтической службы, для преодоления чего необходимы объединенные усилия властей и специалистов.

Начало второго этапа связано с открытием в 1987 г. в структуре психиатрической больницы Республиканского психотерапевтического центра, разместившегося на ее территории. Большинство специалистов того времени приходят в психотерапию из других врачебных специальностей, пройдя серьезную переподготовку в ведущих учебных центрах страны. Появляются первые медицинские психологи, пока ориентированные только на диагностический процесс. Наибольшее распространение получают суггестивные методы терапии, набирает силу личностно ориентированный подход. Важной задачей этого периода является преодоление психиатрической стигмы, т.к. размещение психотерапевтического центра в стенах психиатрической больницы останавливает многих от обращения за помощью. Задача решается в 1990 г., когда открывается новое отдельно стоящее здание психотерапевтического центра, что можно рассматривать как начало третьего этапа. В это время по всей республике от-

мечается рост числа психотерапевтов. В сельских районах, в ЛПУ различного профиля организуются психотерапевтические кабинеты. Организационно-методическое руководство ими осуществляет Республиканский психотерапевтический центр. Идет интенсивная подготовка специалистов в Санкт-Петербурге и на выездных циклах, семинарах, проводимых ведущими российскими и зарубежными психотерапевтами и психологами. Большинство работающих психотерапевтов целенаправленно выбирает именно эту специальность уже до интернатуры. Медицинские психологи, число которых тоже несколько возросло, начинают активно участвовать в психотерапевтическом процессе. В практику интенсивно внедряются групповая психотерапия, НЛП, гештальт, трансактный анализ, психосинтез, другие современные методы. Основной задачей данного периода является выполнение приказа № 294 Минздрава России «О психиатрической и психотерапевтической помощи» в плане открытия психотерапевтических кабинетов во всех районах республики и специализированных ЛПУ.

Вторая половина 1990-х гг. становится началом нового этапа развития психотерапии и клинической психологии в республике. В 1997 г. психотерапевтический центр становится самостоятельным учреждением. В Чувашском госуниверситете открывается кафедра психиатрии и медицинской психологии. Факультет психологии того же вуза начинает подготовку клинических психологов для нужд здравоохранения. Психотерапевты энергично включаются в проведение научных исследований, часть из которых завершается защитой диссертаций. Ежемесячно проводятся «Дни психотерапевта», на которых заслушиваются доклады и сообщения специалистов об актуальных вопросах профессиональной деятельности, разбираются сложные в клиническом плане случаи, расширяется система межведомственного сотрудничества. Становится хорошей традицией организация ежегодных научно-практических конференций с изданием сборников материалов, подводятся итоги и обобщается опыт работы психотерапевтов и психологов. Развивается международное сотрудничество. Специалисты участвуют в реализации меж-

дународных проектов, выступают на международных семинарах и конгрессах.

В условиях реформирования системы здравоохранения на смену экстенсивному пути развития приходит интенсивный. Несколько снижается общее число психотерапевтов, что связано с их перемещением в частный сектор, осознанным предпочтением психиатрии и уходом из психотерапии и медицины. Одновременно происходит значительный рост числа медицинских психологов, которые становятся все более востребованными в детских и специализированных ЛПУ, что позволяет усилить психологическое звено действующей системы психотерапевтической помощи. Данные тенденции вполне согласуются с концепцией биопсихосоциального подхода — основополагающего для современного уровня охраны психического здоровья населения. Его идеи вместе с психотерапевтами и психологами активно постигаются семейными врачами, подготовка которых ведется в Институте усовершенствования врачей Минздрава Чувашии. Здесь же создан курс психиатрии, психотерапии и наркологии для повышения квалификации врачей по направлениям соответствующих специальностей.

Таким образом, за небольшой срок своего существования психотерапия и клиническая психология Чувашии не только доказали свою востребованность, но и продемонстрировали большой потенциал для дальнейшего развития в условиях социально-экономической трансформации общества. С учетом направления происходящих изменений наиболее актуальными практическими задачами являются:

- дальнейшее развитие детской и подростковой психотерапевтической и медико-психологической помощи;
- организация профессионального взаимодействия с системой общей врачебной (семейной) практики;
- эффективное использование в лечебно-коррекционной и профилактической работе позитивного ресурса ближайшего социального окружения;
- совершенствование применения семейной психотерапии на всех уровнях помощи;

- формирование этнокультурной компетентности специалистов, разработка и реализация культурно-сенситивных психотерапевтических и психокоррекционных программ;
- теоретическая и практическая подготовка специалистов в области психологии экстремальных ситуаций;
- активизация работы со средствами массовой информации с целью профилактики пограничных психических расстройств, повышения уровня психологической грамотности и формирования критического мышления у населения.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А.Б. Козлов

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1995), каждый год в мире кончают с собой более 600 000 человек. В 2000 г. 814 тысяч смертей стали результатом умышленного нанесения себе тяжелого увечья, включая самоубийство (СУ). В 2002 г. таких смертей было 873 тысяч. СУ входит в десятку основных причин смерти в любой стране и является одной из ведущих причин смерти в возрасте от 15 до 35 лет.

Каждую минуту в мире предпринимается суицидальная попытка, 60-70 раз в день она заканчивается смертельно. По данным ВОЗ, уровень СУ более 20,0 на 100 тыс. населения является критическим. Различие в частоте суицидов по всему миру достигает 153 раз и колеблется от 0,1 на 100 тыс. населения в Кувейте, до 45,9 в Венгрии. Низкое число суицидов (ниже 10 на 100 тысяч населения) отмечается на Мальте, в Египте, Мексике, Греции, Испании, Италии, Ирландии и Нидерландах. Очень высокое (более 25 на 100 тыс. населения) – в Австрии, Скандинавии, Финляндии, Швейцарии, Германии, странах Восточной Европы, Украине и России.

Именно поэтому вопросы борьбы и профилактики суицидального и парасуицидального поведения в последнее десятилетие обсуждались в ООН (1996) и в ВОЗ (1992, 1993, 1996), во многих странах создаются и осуществляются национальные программы по данной проблематике, что отражает ее всемирный масштаб. В связи с этим любые научные исследования и разработки, способствующие решению суицидологических проблем, так важны сейчас.

В разные исторические эпохи и в разных странах люди по-разному относятся к суициду. Древнее общество не расценивало жизнь как абсолютную ценность, поэтому и расставание с ней не воспринималось как тяжкий грех. СУ в индустриальном обществе до настоящего времени достаточно распространенное явление.

ние, причем как по религиозным мотивам, так и в силу общественных предписаний.

Позитивно суицид оценивался и другими древними сообществами людей периода родо-племенных отношений, такими, например, как древние скандинавские племена с их идеологией альтруистического СУ стариков, освобождающих племя от неутешительных забот о дряхлеющей старости, или готы с существовавшей у них "скалой предков", с которой бросались из-за страха перед естественной смертью. Суицид оценивался не только позитивно, но и приобретал эффект эстетизации в ритуальных формах харакири (Япония) и сати (Индия).

Негативная оценка явления суицида все-таки имеет более устойчивый и массовый характер по сравнению с позитивной на протяжении всего существования известной нам человеческой цивилизации. Так, в частности, народы Ближнего Востока – Древняя Персия и Вавилон строго осуждали СУ. Конфуцианство и даосизм в Китае считают жизнь дороже золота. Дхармашастра (книга законов жизни в Древней Индии) однозначно осуждает СУ. Например, Яма Шмрити (9600 г. до н.э.) говорит, что тела самоубийц должны быть осквернены.

Эпоха первых христиан практически не знакома с суицидом (в Новом Завете единственным самоубийцей является предатель Христа – Иуда). Св. Августин (354-430 гг. н.э.) резко осуждал суицид. Суицид считается грехом, поскольку самоубийца нарушает шестую заповедь: «Не убий». Шестая заповедь запрещает вообще убивать человека. В 452 г. Арльский собор признал, что СУ – результат дьявольской злобы. В 563 г. на Парижском соборе были закреплены и карательные санкции. В XVII в. труп самоубийцы в Европе подвергался позорному "ослиному погребению", как труп убийцы, и т.д.

В России отношение к самоубийцам также было нетерпимое. С Петра Великого начинается светская история различного рода «карательных акций» по отношению к лицам, совершившим покушение на СУ. Уже в 1766 г. для самоубийц предусматривалось лишение христианского погребения и отправление тела в «убогий дом», для оставшихся в живых служащих следовало понижение на один чин. В Своде законов 1832 г. самоубийца

лишался христианского погребения только в случае, если не было доказано, что СУ последовало в состоянии безумия или беспамятства. Человек, покушавшийся на свою жизнь вне этих состояний и оставшийся в живых, подлежал наказанию за убийство и приговаривался к каторжным работам.

Согласно определению ВОЗ (1982), «суицид – акт СУ с фатальным исходом; покушение на СУ – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода». В докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2001 г. («Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда») говорится, что «СУ есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода».

СУ – осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти, которые являются реализацией желаемых изменений с учетом знания о возможности достижения смерти таким образом и ожиданием смертельного исхода в результате подобных действий (А.Г. Амбрумова).

От других видов насильственной смерти (убийство, несчастный случай) СУ отличается обязательным наличием прямого умысла на прекращение жизни и обязательным совпадением субъекта действий и потерпевшего. Таким образом, ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта относят не к СУ, а к несчастным случаям.

А.Г. Амбрумова дает и более расширенное понятие суицида. Суицид – биосоциальное явление, он представляет собой результирующую различных социальных, культурологических, психологических и патопсихологических воздействий на индивида, это не только индивидуальная поведенческая реакция, обусловленная психологическими и патопсихологическими особенностями личности в экстремальных жизненных обстоятельствах.

Многоплановые и детальные обследования суицидоопасных контингентов, проводимое в течение более 20 лет Суицидологическим центром МНИИ психиатрии позволили составить определенное концептуальное представление о суицидальном

феномене. Оно базируется на осмыслении суицидального поведения как следствия социально-психологической дезадаптации личности, возникающей под влиянием различного рода психотравмирующих и стрессогенных факторов, в том числе в результате социальной незащищенности и нарушения механизмов взаимодействия между индивидом и его средой.

Под адаптацией вообще понимается приспособление - соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация - это и процесс, и его результат. Тогда понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применимы термины «адаптация» и «дезадаптация»; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности.

Дезадаптация свидетельствует о нарушении механизмов взаимодействия между личностью и ее социальным окружением, которое может возникнуть как за счет изменений или трансформаций в социальном окружении, так и за счет изменения самой личности, ее потребностей, ценностных ориентаций, и проявиться в несовпадении ожиданий индивида, его притязаний и реальных условий существования и отношения к нему окружающих.

Таким образом, из всего сказанного можно сделать вывод о том, что суицид есть “следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта”.

Собственно суицидальное поведение - “любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни”.

Внутреннее суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и

намерения. Практически целесообразно пользоваться тремя ступенями этой шкалы:

- пассивные суицидальные мысли – характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия (“хорошо бы умереть”, “заснуть и не проснуться” и т.п.);

- суицидальные замыслы - тенденция к СУ, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место СУ;

- суицидальные намерения – предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные попытки и завершённые суициды. Суицидальная попытка - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Она в своем развитии проходит две фазы – обратимую и необратимую.

Факторы риска совершения СУ и суицидальных попыток:

- текущее аффективное расстройство;
- суицидальные попытки в прошлом;
- амбулаторное лечение у психиатра в прошлом;
- госпитализация в психиатрическую больницу в течение предшествующего года;
- низкий доход;
- отсутствие диплома об образовании;
- напряженные межличностные отношения в течение последнего времени;
- правовые и связанные с работой события.

Способы совершения суицидальных действий – действия, при совершении которых может быть достигнут добровольный уход из жизни: повешение, падение с высоты и под транспорт, утопление, голод, отравление лекарственными средствами, различными токсическими веществами, применение огнестрельного и холодного оружия, самосожжение, ДТП и т.д.

В мире выделено три группы стран с различными уровнями СУ. Наиболее благополучную в суицидологическом отношении группу с низким уровнем СУ, не превышающим 10 на 100 000

населения, составляют страны юга Европы (Италия, Испания, Греция, Албания), британские государства (Англия, Шотландия, Уэльс, Северная Ирландия); Нидерланды, Норвегия и Ирландия, а также большинство стран Африканского континента (Sartorius N., 1995; Milroy С.М., 1997; Hawton K., 1998; Yip P.S., 1998). Наиболее низкие цифры частоты суицидов (0-5 на 100 000) определяют в странах Арабского Востока, в частности в Саудовской Аравии, Иране, Ираке, Бахрейне (Daradreh T., 1989).

В группу со средним уровнем распространенности суицидов входят США – 11,7 на 100 000 населения (Roy A., 1995), ряд европейских государств (Бельгия, Франция, Португалия, Болгария, Польша), значительная часть азиатских стран (в том числе Япония, Китай, Корея, Сингапур, Гонконг), а также Израиль и Австралия. В большинстве из перечисленных стран уровень суицидов колеблется в пределах 13-15 на 100 000 населения (Rodríguez-Pulido F. et al., 1991; Sur J. et al., 1990; Claver T., 1992).

К странам с высоким уровнем СУ относятся некоторые восточноевропейские государства, в том числе и Россия; страны Балтии, некоторые Скандинавские страны, а также Австрия, Германия и Швейцария. По данным известного венгерского суицидолога Z.Rihmer (2002), в последние годы на первых позициях в мировом рейтинге частоты СУ – 35 и более случаев на 100 000 населения – находятся страны Балтии (Литва, Латвия, Эстония), Россия, Венгрия, Дания и Финляндия.

Исторически сложилось так, что изучение СУ в нашей стране в течение довольно длительного времени, а именно с начала 30-х г., практически не выходило за рамки наук медико-биологического цикла. Развитие современных знаний в области социологии, социальной психологии, демографии, активизация социально-гигиенических исследований показали ограниченность и непродуктивность такого редуцированного подхода к проблеме суицида.

Лишь в 70-е гг. суицидология начала вычленяться в отдельное направление. Был создан Всесоюзный научно-методический суицидологический центр. С этого времени в советской психиатрии началась постепенная смена взглядов на причины суицидального поведения. Согласно концепции А.Г. Амбрумо-

вой (1974), СУ стали рассматривать как следствие социально-психологической дезадаптации (или кризиса) личности в условиях переживаемых ею микроконфликтов. Динамика СУ в 1975-1988 гг. в СССР представлена в таблице.

Показатель	1975	1980	1984	1985	1986	1978	1988
Общее число СУ, тыс.	66	71	81	68	53	54	56
Число СУ на 100 тыс. жителей	26	27	30	25	19	19	19

Суицидологическая ситуация в Чувашской Республике (ЧР) долгие годы остается напряженной. ЧР относится к регионам с высоким уровнем завершенных суицидов. Если в 1995 г. показатель смертности от СУ в ЧР составил 34,6 на 100 тыс. населения, то к 2002 г. он вырос до 60,8. На фоне общероссийской тенденции к снижению в ЧР снижение числа завершенных суицидов наблюдается только за последние три года.

Анализ показателей суицидов по районам и городам республики показал его неоднородность. Так, за период с 1992 по 2005 гг. (14 лет) среднереспубликанский показатель составил 45,7 на 100 тыс. чел. Наиболее низкий показатель отмечен в 1995 г. (34,6), наиболее высокий – в 2002 г. (60,8). При этом даже самый низкий показатель в 1995 г. был значительно выше критического уровня – 20 (по ВОЗ). В РФ наиболее низкий показатель наблюдался в 1999 г. (26,4 на 100 тыс. нас.), наиболее высокий в 1997 г. (42,8).

Среди сельского и городского населения отдельно также можно отметить свои особенности: наиболее низкие показатели СУ в городах и более высокие – в сельских районах. Так, средний показатель СУ (за 14 лет) для городского населения составил 29,2 на 100 тыс. нас., для сельского – 63,2, т.е. сельские жители республики более чем в два раза чаще совершают СУ, чем городские.

Еще более пеструю и неоднородную картину дают показатели СУ в сельских районах. Если их условно разделить на три равные группы (по семь районов) и выделить районы с высокими, средними и низкими показателями, то среди них будет

большая разница, как по показателям, так и по этнической принадлежности.

Анализ завершенных СУ в республике показал, что к районам с высокими показателями СУ относятся центральные районы республики, национальный состав которых определен в значительной части чувашским населением.

Со средними показателями СУ оказались районы, граничащие с Республикой Татарстан, имеющие в структуре национального состава населения более высокий процент русского и татарского населения.

В группу районов с низкими показателями СУ отнесены районы с преобладающим русским населением до 73%, с большим процентом проживающих в данных районах татарского и мордовского населения.

Оказалось, что, чем выше в процентном отношении в районах проживает лиц чувашской национальности и меньше лиц русской, татарской и мордовской национальностей, тем выше показатель СУ в данных районах, и наоборот.

Таким образом, имеет место прямая зависимость показателей СУ в сельских районах от национального состава жителей сельских районов.

Опыт мировой суицидологии свидетельствует о существовании тесной зависимости между частотой СУ и такими переменными, как степень индустриализации, урбанизации, экономической нестабильности, интенсивности миграционных потоков, нарушения привычных жизненных стереотипов под воздействием социальных или политических преобразований. Кроме того, рост СУ в значительной степени обусловлен ослаблением роли традиционных социальных институтов, регламентирующих взаимоотношения между поколениями и отдельными людьми. Причины возникновения суицидального поведения также должны анализироваться в связи с общим состоянием современной культуры и в контексте господствующих представлений о сущности жизни и смерти, с учетом особенностей массовой психологии, отдельных региональных, в том числе этнических аспектов.

Основными причинами высоких показателей СУ в ЧР можно считать:

- высокую плотность населения. В Чувашии она одна из самых высоких в РФ после Московской области);
- вынужденную длительную социальную изоляцию населения республики, особенно сельского, результатом чего имеют место близкородственные браки и т.д.;
- экономическую нестабильность;
- быструю смену жизненных стереотипов, происшедшую в результате перехода населения от одного уклада жизни к другому (быстрый рост городов, высокий уровень урбанизации);
- низкий социально-экономический статус жителей республики, особенно сельского населения;
- миграционные процессы.

Есть определенная зависимость высоких показателей СУ от заболеваемости и болезненности психическими расстройствами (заболеваемость по ЧР в 1,8 раза превышает среднероссийский показатель, болезненность – в 1,3 раза), алкоголизмом (в 1,6 и 1,8 раза соответственно); от личностных национальных особенностей чувашского населения; низкого образовательного уровня; длительной антирелигиозной политики; практики изучения в национальных школах и в последующем подражании культурно-историческим и литературным отрицательным моделям поведения; ослабления роли традиционных социальных институтов (брак, семья и т.д.); а также несовершенности структуры социально-психологической помощи в республике, в том числе отсутствие в республике коек для лечения пограничных психических расстройств, кризисного стационара.

Кроме вышеперечисленных причин высоких показателей СУ среди детей и подростков в республике основными факторами риска являются:

- постоянное проживание в сельских районах республики с более низким уровнем образования;
- высокая доля лиц, проживающих в неполных, антисоциальных семьях или вне родительской семьи (общежитие, интернат и т.п.);

- воспитание детей и подростков в условиях неполных родительских семей;
- алкогольная зависимость в родительских семьях;
- депрессогенное действие алкоголя на лиц с сенситивными чертами характера (ранняя алкоголизация детей и подростков);
- случаи СУ или суицидальных попыток среди родственников;
- психопатологическая наследственная отягощенность;
- неправильные формы воспитания детей по типу гиперопеки и авторитарного (беспрекословное подчинение старшим, наказания и запреты и т.д.);
- отсутствие психологической помощи.

Нормативно-правовая база суицидологической службы определена приказом Министерства здравоохранения РФ от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

Структурными подразделениями суицидологической службы являются: телефон доверия; суицидологический кабинет психоневрологического диспансера; кабинеты социально-психологической помощи; кризисный стационар.

Телефон доверия предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий. В суицидологическом кабинете психоневрологического диспансера оказывается помощь участковым психиатрам в выявлении и лечении психически больных с высоким суицидальным риском.

Основная доля превентивной деятельности по объему и широте охвата населения приходится на кабинеты социально-психологической помощи (КСПП), которые являются новой формой профилактики, впервые открытой и апробированной в системе суицидологической службы. Они не входят в структуру психиатрических лечебных учреждений, хотя и имеют с ними тесную связь. Кабинеты открываются при городских, районных больницах, поликлиниках, в студенческой поликлинике.

Основными задачами кабинета являются:

- консультативно-диагностическая работа и отбор пациентов для лечения в кабинете;
- оказание пациентам медицинской, психологической и социальной помощи;
- психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья;
- повышение знаний медицинского персонала учреждения, на базе которого расположен кабинет, в области оказания психиатрической, психотерапевтической и социальной помощи лицам с психогенными психическими расстройствами.

Медицинская и социально-психологическая помощь оказывается по желанию и анонимно. Больные с тяжелыми психическими расстройствами, обуславливающими непосредственную опасность для себя или окружающих, направляются в учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

Основными задачами кризисных стационаров являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями;
- организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению;
- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности;
- создание для пациентов отделения психотерапевтической среды.

Основаниями для госпитализации в отделение является наличие у пациентов актуальных и выраженных суицидальных тенденций в рамках ситуационных реакций, психогенных и невротических депрессий, психопатических реакций и декомпенсации психопатии.

Помещение лица в отделение для лечения осуществляется добровольно - по его просьбе или с его согласия.

Суицидологическая служба ЧР представлена двумя подразделениями Республиканского психоневрологического диспансе-

ра: телефоном доверия (две телефонные линии); двумя кабинетами социально-психологической помощи (КСПП).

В 1990 г. на базе РПНД был открыт круглосуточный телефон доверия (ТД). В оказании экстренной психологической и психотерапевтической помощи по ТД участвуют психотерапевты, медицинские психологи, сексолог. Детская линия ТД не выделена, но специалисты РПНД оказывают помощь как взрослым, так и детям и подросткам. За последние три года отмечается тенденция к росту обращений на ТД в возрастных группах до 14 лет – с 3,3 до 6,5% общего числа звонков и 14-16 лет – с 4,3 до 8,2% соответственно. Обращения лиц с суицидальными тенденциями составляют от 3,5 до 5,0% всех обращений.

По результатам коллегий МЗ ЧР, где заслушивались вопросы оказания суицидологической помощи населению Чувашской Республики, в 1993 г. открылись два кабинета социально-психологической помощи, а в 1995 г. – вторая линия ТД.

На базах МУЗ «Городская больница № 3» (с учетом центрального расположения лечебно-профилактического учреждения) и МУЗ «Больница скорой медицинской помощи» (с учетом токсикологического отделения), где функционируют кабинеты социально-психологической помощи, два врача-психотерапевта и два психолога оказывают специализированную помощь лицам, находящимся в острой кризисной ситуации, суицидентам, поступившим после попытки СУ.

Значительная часть лиц с суицидальным поведением или с суицидальными намерениями, мыслями, высказываниями лишена возможности получить адекватную медицинскую, психотерапевтическую, психологическую и социальную помощь, которая должна быть организована вне психиатрических и психоневрологических учреждений, с учетом того, что, как показывает мировая практика, эти лица в большинстве своем активно ищут эту помощь и добровольно обращаются за нею. Эту функцию взял на себя Республиканский психотерапевтический центр (Республиканский психоневрологический диспансер).

Схема работы специалистов суицидологической службы ЧР, сложившаяся в республике еще к 1993 г., нашла отражение в положениях и методических рекомендациях, обозначенных в

приказе МЗ РФ от 06.05.1998 г. №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

Успешность решения задач профилактики суицидального поведения детей, подростков, взрослых существенно зависит от формы организации специализированной суицидологической помощи. Можно предположить, что более низкие показатели СУ в городах, чем в сельских районах, связаны с более развитой и организованной структурой психиатрической, психотерапевтической, суицидологической и наркологической помощи в городах. Однако десятилетний опыт работы в области суицидологии указывает и на этнокультурные особенности СУ среди населения ЧР.

Основные действия по профилактике СУ: выявление и лечение людей, страдающих депрессией; ограничение доступа к огнестрельному оружию; детоксикация бытового газа и автомобильных выхлопных газов; контроль доступа к токсическим веществам и лекарствам; лишение привлекательности сообщений о СУ в средствах массовой информации; установление физических барьеров, ограничивающих возможность прыжков с высоты.

Профилактика суицидов не ограничивается вышеперечисленными методами. Они являются лишь малой частью большой программы превенции СУ, осуществить которую только силами медиков невозможно. Для ее реализации необходимо привлечение медицинских психологов, социальных работников, общественных и государственных организаций и социальных служб, волонтеров, и создание групп самопомощи (по типу “Самаритян” в Англии и “Анонимных суицидентов” в США и других странах), а также активное участие средств массовой информации.

Их деятельность должна быть сфокусирована на следующих направлениях:

- круглосуточная неотложная телефонная помощь;
- образовательные программы для населения, направленные на знание признаков кризисного состояния и возможного суицида у себя и близких;
- образовательные программы для медицинских работников, направленные на знание признаков суицидоопасных со-

стояний (скрытые депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство, наркологические заболевания);

- активное выявление и наблюдение за лицами из группы суицидального риска (особенно за совершившими суицидальные попытки, прямо или косвенно угрожающими совершить суицид);

- психологическое консультирование населения (возможно анонимное);

- кризисные стационары, в которых будут осуществляться психотерапевтические и реабилитационные программы;

- создание института частичной госпитализации при дневных и ночных стационарах ПНД, в которых будут продолжать амбулаторное лечение выписавшиеся из кризисного стационара суициденты, что позволит им работать и получать поддерживающую терапию;

- преемственность с токсикологическими центрами, кризисными стационарами и амбулаторной службой;

- создание групп само- и взаимопомощи;

- снятие табу с темы смерти.

Программой «Совершенствование психиатрической помощи населению Чувашской Республики на 2006-2008 годы» предполагается завершение организации суицидологической службы в ЧР и открытие ее последнего звена – кризисного стационара.

В ФОКУСЕ НАУКИ

ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ НАУКИ ЧУВАШИИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

А.В. Голенков

*Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова, Чебоксары*

Необходимые предпосылки для проведения широкомаштабных исследований психических расстройств (ПР) были заложены в Чувашской Республике (ЧР) только в конце 1990-х гг. Этому способствовали: тесное сотрудничество с Государственным научным центром судебной и социальной психиатрии им. В.П. Сербского; появление научных квалифицированных кадров в республике; создание в 1999 г. кафедры психиатрии и медицинской психологии в Чувашском госуниверситете (ЧГУ); начало совместных диссертационных исследований кафедр медицинского факультета ЧГУ и других учреждений нашей страны, а также научные контакты с антропологами, историками, филологами и другими специалистами; оживление интереса к научно-исследовательской работе со стороны практических врачей и психологов психиатрических учреждений, студентов [3].

Приоритетными научными направлениями в психиатрии и наркологии ЧР должны стать: клинико-эпидемиологические, генетические, экологические и организационные исследования. Из доказательной медицины известно, что эпидемиологические исследования позволяют сделать справедливые заключения о распространенности тех или иных заболеваний на всю популяцию [4]. В ближайшее время необходимо организовать работу по созданию регистра психически больных с последующим составлением атласа ПР и суицидов ЧР. Создание республиканского регистра ПР, соединенного с социальным регистром, позволит лонги-

тлюдно изучать заболеваемость среди всего населения и в различных социальных группах, уровень влияния общественных тенденций и факторов риска для развития психической патологии.

Высокие показатели семейных форм ПР в ЧР (более 10%) указывают на необходимость проведения генетических исследований [1]. Они должны строиться на изучении популяционной генетической структуры населения республики, генетического полиморфизма (процессов) в сельской и городской популяционных группах, разнообразия (груза) наследственных болезней в регионе. Предварительные данные проведенных исследований указывают на необходимость принятия неотложных мер по созданию и развитию медико-генетических консультаций, служб охраны материнства и детства.

Целью экологических исследований должна стать оценка влияния на психическое здоровье факторов окружающей среды [4]. Определенный интерес представляет вклад микроэлементного статуса населения субрегионов ЧР в клинику и лечение ПР. Крайне важен экологический мониторинг в аспекте изменения статических показателей ПР. Организационные исследования должны опираться на реструктуризацию различных систем предоставления медицинской помощи населению ЧР, оценку социально-экономической эффективности реорганизации. Здесь важны моделирование и прогнозирование последствий управленческих решений, сопоставление предполагаемых и реальных результатов. Только на основе таких подходов возможно совершенствование организационной структуры психиатрической, наркологической и психотерапевтической помощи населению.

Среди прочих исследований в современных условиях весьма актуальны экономические, учитывающие эффект от внедрения новых форм диагностики, лечения и профилактики ПР. Необходимо продолжать изучение закономерностей функционирования и развития психиатрической науки в Чувашии, структуры и динамики научной деятельности, взаимодействия науки с другими сферами материальной и духовной жизни республики.

Основным темами научных работ в области психического здоровья населения ЧР безусловно должны стать те исследования ПР, которые отчетливо преобладают в структуре заболевае-

мости (болезненности). Таковыми на сегодняшний день являются: умственная отсталость, эпилепсия, суицидальное поведение. Нельзя не отметить, что основное число данных заболеваний приходится на сельскую местность, где проживает большинство лиц коренной национальности.

К числу чрезвычайно важных аспектов научных исследований относятся ПР в возрасте обратного развития, в детском и подростковом возрасте. Это связано с неуклонным ростом в населении лиц старших возрастных групп, по мере старения которых параллельно увеличивается и доля психически больных среди них. Однако, как показывают данные республиканской статистики, в возрасте 60 лет и старше по всем основным группам ПР наблюдается отчетливое (в 2-3 раза) снижение показателей болезненности по сравнению с более молодыми возрастными группами (50-59 лет), что свидетельствует о недостаточном внимании со стороны амбулаторной психиатрической службы к данной категории больных, досрочным снятием их с психиатрического наблюдения и плохим выявлением среди населения. Похожая ситуация прослеживается с оказанием психиатрической помощи детям и подросткам. Так, показатели болезненности ПР среди указанного контингента больных в ЧР существенно уступают аналогичным показателям Российской Федерации и Приволжского федерального округа (Волго-Вятского региона), а среди взрослого населения республики их значительно превосходят. Хотя отмеченные тенденции нуждаются в специальном исследовании, можно предположить, что данное обстоятельство обусловлено плохим выявлением психически больных в этом возрасте из-за неразвитости детско-подростковой психиатрической службы в ЧР, отсутствием взаимодействия психиатров с акушерами-гинекологами и педиатрами. Существенным аргументом в пользу сказанного является и то, что более половины (54,6%) случаев умственной отсталости диагностируется в возрасте 15 лет и старше, т.е., когда проводятся медицинские осмотры юношей на годность к военной службе [2].

Весьма актуальными в ЧР представляются этнокультурные исследования, работы на стыке психиатрии и других медицинских дисциплин (эндокринологии, акушерства, педиатрии, нев-

рологии, экологии и др.), смежных наук для понимания и уточнения этиопатогенеза психических заболеваний, их связи с краевой соматоневрологической патологией (эндокринопатиями и др.), разработки региональных программ первичной профилактики ПР.

Практически значимыми и востребованными направлениями научных изысканий всегда являются: вопросы судебной, военной и трудовой экспертиз; лечение и реабилитация психически больных; фармакоэкономические исследования в психиатрии, наркологии и психотерапии.

Исследования по обозначенным приоритетным направлениям, несомненно, будут способствовать созданию научной психиатрической школы в республике, росту квалификации врачебных кадров, повышению внимания и лучшему пониманию «психиатрических» проблем со стороны правительства ЧР, органов здравоохранения и социальной защиты, образования, внутренних дел, общественности. Их результаты позволят получить новые научные сведения, призванные оптимизировать мероприятия по охране и укреплению психического здоровья населения республики и внести вклад в достижение социальной стабильности в обществе.

Литература

1. Голенков А.В. Семейные формы психических расстройств (эпидемиологический аспект) // Рос. психиатр. журн. 1998. №2. С. 53-56.
2. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998. 368 с.
3. Голенков А.В. Приоритетные направления психиатрической науки в Чувашской Республике // 2-й съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: Тез. докл. Чебоксары, 2000. С. 7-9.
4. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. М., 1998. 352 с.

**КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ НАУЧНЫЕ РАБОТЫ
ПО ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ В ЧУВАШИИ**

1998 год

Голенков Андрей Васильевич

Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Дис. ... д-ра мед. наук. Москва. ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. Специальность 14.00.18 – психиатрия.

2000 год

Никитин Лев Николаевич

Социокультуральные и клинические особенности психически больных, совершивших общественно опасные действия, в Чувашской Республике: Дис. ... канд. мед. наук. Москва. ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. Специальность 14.00.18 – психиатрия.

Николаев Евгений Львович

Система лечения и реабилитации ликвидаторов аварии на ЧАЭС, страдающих психическими расстройствами: Дис. ... канд. мед. наук. Казань. Казанский государственный медицинский университет. Специальность 14.00.18 – психиатрия.

2001 год

Козлов Александр Борисович

Этнокультуральные особенности распространенности и клиники невротических и соматоформных расстройств среди населения Чувашской Республики: Дис. ... канд. мед. наук. Москва. ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. Специальность 14.00.18 – психиатрия.

2003 год

Булыгина Ирина Евгеньевна

Наркологическая патология и лечебно-профилактическая помощь несовершеннолетним в Чувашской Республике: Дис. ...

канд. мед. наук. Москва. ННЦ наркологии. Специальность 14.00.45 – наркология.

Орлов Федор Витальевич

Клинические особенности головной боли в структуре психических расстройств: Дис. ... канд. мед. наук. Казань. Казанский государственный медицинский университет. Специальности 14.00.18 – психиатрия, 14.00-13 – нервные болезни.

2005 год

Абрамова Нина Михайловна

Личностные и этнокультурные особенности лиц, совершивших суицидные попытки путем отравления (по материалам больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары): Дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. Специальность 19.00.04 – медицинская психология.

Сергеев Михаил Петрович

Внутрисемейная агрессия психически больных (судебно-психиатрический и социокультурный аспекты): Дис. ... канд. мед. наук. Москва. ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. Специальность 14.00.18 – психиатрия.

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРЫ

СТАТЬЯ ПЕРВАЯ: ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ, СЕМЕЙНО-РОЛЕВЫЕ, ДУХОВНО-ЦЕННОСТНЫЕ АСПЕКТЫ

Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Республиканский психоневрологический диспансер, Чебоксары*

Многообразие расового и этнического состава населения, интенсивный информационный обмен на глобальном уровне, изменения демографической ситуации и направления социально-экономического развития многих стран на новый уровень поднимают вопрос значимости фактора культуры не только в сфере производственных, но и социальных отношений. Психотерапия сегодня, как и прежде, отражает актуальный психосоциальный контекст культурной, расовой, гендерной политики, происходящие общественные изменения, связи с общей терапией и психиатрической практикой. Так, в исследовании Н. Weinberg (2000), посвященном выделению характерных для жителей Израиля этнопсихологических особенностей, отмечается, что в этой стране групповая терапия получает наибольшее развитие именно в послевоенные периоды. Психотерапевтическая практика в современной Грузии, переживающей сложный этап становления и укрепления новой государственности, по мнению R. Korinteli (2003), находится в тесной связи с особенностями советского и постсоветского менталитета, проявлениями которого автор считает отношения между человеком и государством по типу «раб-хозяин»; материалистическое мировоззрение; ностальгию по советскому прошлому с его идеализацией; кризис идентичности, вызванный социально-экономическими потрясениями.

Важную роль в психотерапевтическом процессе играют такие социокультуральные факторы, как этническая идентичность, самопринятие, система ценностей и представлений о психическом здоровье (Е.С. Wong et al., 2003; К.М. Seeley, 2004). В каждой культуре и обществе они имеют свое содержательное наполнение, которое проистекает из традиционных представлений о личности и процессах ее формирования, из особенностей исторической эпохи и социальных условий (Ю.А. Александровский, 1996). Не меньшую сложность для врача, в силу наличия культуральных различий в понимании и концептуализации психического заболевания и терапевтического процесса, представляет лечение больных, принадлежащих к неевропейским культурам. Осознание и признание как врачом, так и пациентом существования таких различий может помочь преодолению культуральных несоответствий при лечении (М.А. Sayed, 2003).

На сегодняшний день наибольшее число кросскультуральных исследований в области психотерапии проводится в США, Японии, странах Западной Европы. В то же время вне поля зрения ученых остаются целые пласты неевропейских культур. Актуальность исследования также велика. В частности, крайне мало работ, посвященных изучению психологических характеристик арабов, которые связаны с социополитическими, культуральными особенностями, влияющими на терапию личности, не прошедшей аккультурации к американскому образу жизни (М.А. Sayed, 2003).

Этнокультуральные исследования в области психиатрии и психотерапии стали проводиться в России гораздо позже, чем на Западе (В.Б. Миневиц с соавт., 1992; В.Я. Семке, 1994; В.Д. Менделевич, 1997; Б.С. Положий, 1997; А.А. Чуркин, 1997; А.В. Голенков, 1998; В.В. Макаров, 2000; Х. Пезешкиан, 2000а; А.Б. Козлов, 2001; Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003; Л.Л. Репина, 2004, и др.), что было вызвано объективными социально-политическими факторами. Несмотря на большое внимание, уделяемое отечественными учеными разработке проблем распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств, многие из них также

рассматривают культуральные вопросы психотерапии представителей различных этносов, проживающих на территории многонациональной России. Обозначая данную проблему в методических рекомендациях для врачей, Б.С.Положий и А.А.Чуркин (2001) справедливо полагают, что этнокультуральные особенности терапии психических расстройств в первую очередь связаны с разработкой подходов культурально ориентированной психотерапии, т.к. культуральные проблемы лежат в основе межличностных отношений и потому служат психологическим механизмом не только возникновения, но и разрешения конфликтов. Выбор методов лечения в свою очередь должен определяться конкретными этнокультуральными особенностями окружающей среды, типологическим складом личности и тенденцией ее последующего развития, в связи с чем объективная оценка проводимых психокоррекционных и психотерапевтических вмешательств является важной методологической проблемой этнопсихотерапии (В.Я.Семке с соавт., 2001).

Гендерный фактор в психотерапии. Социальные роли мужчин и женщин, в том числе различные нормы и ожидания в отношении полов, закрепленные в ценностях культуры через раннюю социализацию и социальные институты, являются одними из ключевых детерминант здоровья и болезни, которые проявляются в специфической подверженности стрессу в обществе, специфической уязвимости и специфических путях к болезни (А.М. Меллер-Леймкюллер, 2004). Гендерные факторы психического здоровья получают новое звучание в рамках кросскультурального подхода. Сегодня для многих молодых мужчин индустриальных стран характерен гендерно-ролевой конфликт, содержанием которого являются проблемы идентификации в условиях распада традиционного маскулинизма и отсутствия новых ролевых моделей для мужчин, в связи с чем в Западной Европе наблюдается рост числа обращений мужчин по поводу поведенческих расстройств, нарушений пищевого поведения, депрессий, отмечается рост суицидов, что требует адаптации существующих форм терапии к особенностям гендерных потребностей общества (А.М. Меллер-Леймкюллер, 2004).

В то же время обращение за психотерапевтической помощью азиатских женщин, эмигрировавших в США, не приветствуется их окружением и ограничивается такими традиционными социальными нормами, как правило старшинства, страх стигматизации (Arnault D.S., 2002). Корейские женщины с подобными взглядами избегают обращения к специалисту даже при выраженных признаках депрессии (J.K. Shin, 2002). В исламском мире, где традиционно доминируют мужчины, обращение женщины за психиатрической помощью рассматривается лишь как проявление «женского» стиля поведения, не требующего к себе особого внимания (A. Al-Subaie et al., 1997). Целостные взгляды мусульманской культуры здесь считаются несовместимыми с индивидуалистическим подходом западной психотерапии, а ее теоретические модели рассматриваются как требующие дальнейшего совершенствования для создания специальных программ лечения женщин на основе исламских традиций (D.J. Carter, A. Rashdi, 2003).

Примером подобной программы, созданной на базе ценностей традиционной культуры, стал проект бикультурального ресинтеза у американских индейцев (M.G. Constantine, K.L. Kwan, 2003). Бикультуральный ресинтез, по мнению его авторов, помогает участникам психотерапевтического процесса последовательно и позитивно интегрировать традиционные и современные взгляды с особым фокусом на проблемах стыда, изоляции, приспособления к выживанию, деэтнизации, этнической перестройки. Центральное место в этой программе занимает реструктурирование традиционных ролей индейской женщины, как эффективное средство достижения самоопределения и реализации адаптивных копинг-стратегий.

Особенности психотерапии детей и подростков. Культурно ориентированные подходы с разной степенью успешности используются в психотерапии детей и подростков. Так, исследование клинической симптоматики социофобии и результатов ее лечения методами классической поведенческой терапии у американских подростков европейского и африканского происхождения, проведенное С.В. Ferrell, D.C. Beidel и S.M. Turner (2004), не выявило значимых различий в двух этнических группах. Рос-

сийский опыт психотерапии якутских подростков, пострадавших при пожаре в поселке Сыгдыбыл, напротив, показал, что проработка травматического опыта посредством когнитивных техник в этой этнической группе дает невысокую эффективность (З.И. Кекелидзе с соавт., 2004).

Закономерно встает вопрос, имеет ли смысл вообще строить психотерапию детей и подростков вне контекста культуры? Аргументированные сомнения по этому поводу нам представляются вполне оправданными. Об этом же свидетельствует и постоянно обогащаемый элементами традиционной духовной культуры мировой опыт детской психотерапии вне зависимости от ее форм и методов. Так, G.G. Smith и M. Celano (2000) описывают собственный вариант культурально адаптированной сказкотерапии афро-американских детей. Ключевым моментом здесь является то, что продолжение сказки терапевтом после пациента строится с учетом отражения актуального социокультурального контекста и значимых для ребенка социокультуральных факторов. Реализация стратегий культурального подхода позволила коллективу исследователей во главе с T.N. Robinson (2003), опираясь на учет актуальных потребностей и особенностей сложившегося образа жизни, предложить оригинальное решение проблемы борьбы с избыточной массой тела у афро-американских девочек посредством танцевальной терапии и сокращения времени, проводимого у телевизора.

Создаваемые краткосрочные модели психотерапии для подростков из группы национальных меньшинств направлены, как правило, на помощь в выражении бессознательных конфликтов, содействие в дифференциации личности, гармонизации общения. В ходе таких сессий стимулируется активное использование юмористического материала, ставятся вопросы, помогающие задуматься о значимости культуральных сторон жизни (T.N. Robinson et al., 2003). При определении стратегии долгосрочной работы специалисты неизбежно ориентируются на создание специальных программ, нацеленных на формирование в подростках уверенности, чувства собственного достоинства, позитивной этнической идентичности (D.S. Querimit, L.C. Conner,

2003), что поможет им в будущем стать органичной частью общества, нередко расцениваемого ими как пугающего и чуждого.

Ориентеры в психотерапии пожилых. Психологическая помощь пожилому населению, в силу его большей ориентированности на систему традиционных взглядов и ценностей, требует скрупулезного анализа роли явных и скрытых культуральных факторов. Эстетические, в том числе музыкальные, предпочтения по праву относятся к числу важных потребностей в том возрасте, когда у человека появляется больше возможностей для рефлексии, самопознания, духовного роста. В проведенном на Тайване исследовании пожилых жителей установлено, что среди них наибольшей популярностью пользуется китайская оркестровая музыка, затем – звучание арфы, фортепиано, синтезатора и, наконец, медленного джаза. Прослушивание предпочитаемой музыки помогает достижению состояния релаксации, облегчает психотерапию (H.L. Lai, 2004). Музыка выступает в качестве благотворного ресурса, к которому пациент получает самостоятельный доступ.

Одним из наиболее фрустрирующих моментов в жизни людей старшего поколения являются их взаимоотношения с молодыми. M.Y.Lee и L.Mjelde-Mossey (2004) акцентируют внимание специалистов на том, что в традиционных культурах Восточной Азии большое значение придается семейной гармонии и уважению к старшим. От молодого поколения ожидается почтительность и послушание. Недопонимание возникает в те моменты, когда молодые не склонны следовать традициям и перестают отвечать ожиданиям старших. В ситуации культурального диссонанса поколений рекомендуется использование психотерапии, фокусированной на решении. Восстановление гармоничной атмосферы в семье происходит вследствие предоставления ее членам возможности личностного роста, в результате чего разнообразие мировоззрения и ценностей каждого начинает признаваться, обсуждаться и встраиваться в новую совместную структуру.

Семья в психотерапевтическом процессе. Культурно обусловленные представления о семье и ее функциях, семейных ролях и задачах семейных отношений предполагают различные подходы к терапии семьи (E.S. Shapiro, 1998; I.A. Canino,

J.E. Incan, 2001). Семейная психотерапии, которая базируется на западных концепциях об этапах развития ребенка, рассматриваемых сквозь призму процесса индивидуации-сепарации, ведущего к формированию независимой личности с индивидуально значимыми целями, не будет соответствовать культуральным ценностям и представлениям индуизма и буддизма о всеобщей взаимосвязанности. Поэтому язык психотерапии, фокусированной на индивидууме, останется чуждым для восприятия индуистскими и буддистскими семьями. С учетом этого терапия индуистской семьи должна строиться на принятии эволюционного характера развития личности и общего чувства принадлежности к семье. Непосредственное достижение цели здесь может рассматриваться лишь в качестве дополнения к этому. В соответствии с традициями буддизма страдание является результатом эмоционального или концептуального рассогласования с вытекающими отсюда последствиями. Облегчению страдания служит общая направленность на действие, что также должно учитываться при определении целей в ходе терапии и в ситуации реальной жизни (N. Black, 2004).

Семья может выступать не только в роли объекта воздействия при семейной психотерапии. В работе с населением Азиатско-Тихоокеанского региона чрезвычайно важно опираться на семью как на часть лечебной бригады (J. Yamamoto, 1998). Однако стоит учитывать, что раскрытие интимных подробностей личной и семейной жизни в присутствии психотерапевта, который, несмотря на его профессиональный статус, все равно считается чужим, может нести собой угрозу потери авторитета семейным лидером, принимающим решения (A.T. Yilmaz, 2001). В арабской культуре члены семьи, присутствующие на сессии в качестве опекунов, могут невольно становиться участниками психотерапевтического процесса, что трансформирует его форму, которая начинает занимать промежуточное положение между индивидуальной, семейной и групповой психотерапией (M.A. Sayed, 2003a).

Значимость категории культуры в процессе семейной психотерапии признается и в работе с пациентами, принадлежащими к европейской культуре (D.F. Weinstein, 2004). Так,

M.R. Seltzer et al. (2000) описывают культуральный подход в семейной психотерапии сельской семьи в условиях одной из клиник Норвегии. Авторы подчеркивают, что семейная психотерапия требует обязательного установления связи между духовными и материальными проявлениям культуры в конкретной микрогруппе.

Вопросы духовно-культурального характера. Ориентация психотерапевтических подходов исключительно на материалистически-биологические критерии не может удовлетворить все потребности человека (Х. Пезешкиан, 2000) и охватить весь спектр многогранных проявлений личности. Напротив, интеграция духовно-религиозных и социокультуральных компонентов в единую систему лечения значительно уменьшает его сроки у больных, в жизни которых духовно-культуральные факторы играют важную роль. Такой результат получен S.M. Razali et al. (1998) в ходе анализа 203 клинических случаев терапии тревожных и депрессивных расстройств. Чуть позже E. Sublette и V. Trappier (2000) на примере работы с ортодоксальными евреями обосновали важность учета культурально-религиозных аспектов лечения психических расстройств.

Вопросы духовности и религии относятся к числу наиболее важных факторов, которые помогают структурировать опыт, взгляды, ценности, поведение человека, его отношение к болезни (D. Lukoff, R. Turner, F. Lu, 1992). До недавнего времени вклад духовного мировоззрения и религиозных убеждений в клинические проявления эмоциональных и поведенческих проблем в психиатрии недооценивался, несмотря на то, что религиозные взгляды и духовность в семье во многом определяют основы жизни, начиная с вопросов отношения к браку и заканчивая особенностями воспитания детей. (A.W. Lipe, 2002; F.J. Moncher, A.M. Josephson, 2004). Значимость духовных факторов в жизни многих детей и их семей ставит вопрос о важности рассмотрения этой темы, которая во многих случаях лечения открывает перспективы клинического улучшения (A.M. Josephson, 2004).

Религиозные аспекты могут занимать центральное место в работе с жертвами психотравмирующих событий в плане конструирования осмысленной оценки пережитого опыта и определе-

ния фокуса для психотерапевтической интервенции (С. J. Ogden et al., 2000). Экзистенциальные проблемы, связанные со смыслом жизни, не менее остро стоят у ветеранов боевых действий. Их религиозная вера и ощущение благополучия, обеспечиваемое ею, находятся в зоне риска, в результате чего вопросы духовности занимают центральное место в ходе лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (А. Fontana, R. Rosenheck, 2004).

Разнообразие понятий духовности. Взаимосвязь понятий духовности и религиозности, часто трактуемая авторами как свидетельство их полной идентичности, часто приводит к путанице в их толковании. Одни считают, что если религиозность человека определяется его приверженностью к традициям и обрядам какой-либо конфессии, то духовность предполагает взгляды, убеждения, опыт и поступки, отражающие отношения человека с высшим разумом или мирозданием (D.W. Grimm, 1994; L.M. Goldfarb et al., 1996). Другим духовность представляется в виде двухкомпонентной структуры, состоящей из религиозных взглядов и духовного благополучия (W. Breitbart, 2002). Нередко духовность рассматривается как понятие, соответствующее личностному измерению смысла жизни, проявляющееся рефлексией и религиозным мышлением, но никоим образом не ограничиваемое только религиозностью (А. Moller, S. Reimann, 2003).

Вместе с тем О. F. Kernberg (2000) отмечает поразительное соответствие между характеристиками сложившейся религиозности, производными различных источников развития эго-идеала и суперэго, отражающими доминирование любви над ненавистью, либидо над влечением к смерти как признаком психологического здоровья и зрелости, с одной стороны, и характеристикой божественности в религиях иудео-христианских традиций — с другой. В свете подобных представлений одной из клинических функций психотерапевта ему представляется исследование пределов доступности пациентам религиозности как обдуманного стремления к четкой системе морально-этических норм. Психотерапия в таком случае призвана помочь пациенту освободиться от формальных религиозных обяза-

тельств как проявлений защитной рационализации ненависти и деструктивности, направленных против себя или окружающих (O.F. Kernberg, 2000).

Культуральные аспекты духовности. Социокультуральные факторы, определяющие функционирование личности в обществе, тесно связаны с системой его духовно-экзистенциальных ценностей. Исследование результативности лечения психических расстройств в Индии в рамках распространенных здесь подходов – местной (аюрведической) психиатрии, аллопатической (западной) психиатрии и религиозного целительства – свидетельствует, что улучшение наблюдается при использовании всех трех подходов. Каждый вид терапии оценивается больными либо как эффективный, либо как неэффективный, что подтверждает тезис о том, что любой больной может найти тот вид лечения, который дает наилучший для него результат (M. Halliburton, 2004).

Культуральные различия в системе духовных убеждений закономерно приводят к различиям в эффективности лечения. Известно, что в незападных культурах частота полного выздоровления после транзиторных функциональных психозов в десять раз больше, чем в западных культурах. Возможным объяснением этому обстоятельству может быть предположение о том, что эгоцентризм и отрицание духовного происхождения психозов в западных культурах обуславливает их лечение как необратимых биогенетических заболеваний мозга, а не как излечимой духовной болезни. (R.J. Castillo, 2003).

Религиозные убеждения как копинг-ресурс. Что может лежать в основе позитивного влияния духовности и религии на психическое состояние и поведение пациента? Многие исследователи находятся в поисках ответа на данный вопрос. По мнению D.A. Carone, D.F. Varone (2001), религиозные убеждения представляют собой важную часть культуры пациента вне зависимости от степени их осознания. Психологические теории о социальных и когнитивных процессах определяют функции религиозных представлений в механизмах реализации копинг-стратегий, а также их роль в терапии. Считается, что верующие более склонны к быстрым эвристическим суждениям, нежели к

формальному процессу сбора информации. Внутригрупповые предубеждения закрепляют у них подобные взгляды и защищают от восприятия опровергающей информации. Многими религиями проповедуются идеи прощения, что также очень полезно в разрешении конфликтов. Еще одним адаптивным религиозным фактором является непреходящая вера в духовное соединение (D.A. Carone, D.F. Varone, 2001). По мнению Р.М. Грановской (2004), религия помогает человеку увидеть новые значимые цели в своем внутреннем мире.

Духовность, являясь позитивным копинг-ресурсом, способствует, как показывает опыт наблюдения семей христиан-католиков, проявлению широкого спектра реакций, направленных на управление раздражением, - от простого самоконтроля до осознанного выражения собственного гнева. Религиозные убеждения и опыт позволяют участникам конфликтной ситуации ощутить за счет рефлексии большую ответственность за собственное поведение. Если женщины начинают перенаправлять свою агрессию от супруга к Богу, где она дезактуализируется, то мужья предпочитают избегать конфликтов и демонстрации раздражения. Можно сказать, что взаимоотношения в семье верующих напрямую отражают взаимоотношения с Богом, а изменения в одной из систем приводят к изменениям в другой (R. Marsh, R. Dallos, 2001).

Религиозные взгляды протестантов также представляют собой важный ресурс для клинической работы, поскольку служат защитными факторами от депрессии, девиантного поведения, других нарушений. Психотерапевт, работающий с протестантской семьей, должен обязательно принимать во внимание особенности ее религиозного мировоззрения (J.A. Mercer, 2004).

По данным E. Sublette и B. Trappler (2000), религиозность больного и его семьи служит защитным механизмом, способствующим рационализации и скрытому влиянию, что отражается в клинической картине заболевания, ходе терапевтической интервенции и реакциях переноса-контрпереноса. На основе полученных результатов выделяют культурально адаптивные и неадаптивные варианты поведения для ортодоксального сообщества. Обобщая опыт психотерапии в контексте различных культур,

N. Black (2004) приходит к очевидному заключению о том, что духовные учения могут позитивно воздействовать на лечение одновременно с психотерапией, а улучшение функционирования пациента закономерно сопровождается его духовным ростом.

В связи с тем, что духовность часто соответствует реализации человеком адаптивных стратегий совладания, ее низкая значимость для личности предполагает высокую вероятность развития дезадаптивного состояния. Изучение особенностей ПТСР у ветеранов свидетельствует, что частота их обращения за психотерапевтической помощью соответствует интенсивности снижения религиозной веры и росту ощущения вины, связанного с воспоминаниями о вынужденных убийствах или невозможности предотвращения гибели товарищей. Именно эти переживания, а не собственно симптомы ПТСР или нарушения социального функционирования являются основной причиной обращения больных данного контингента за медицинской помощью (A. Fontana, R. Rosenheck, 2004). В такой ситуации именно устойчивая система веры является важным предиктором положительного результата психотерапии. Непокосибимость в религиозных убеждениях при ПТСР служит ключевым копинг-ресурсом, на который можно опираться в процессе психотерапии (M. Brune et al., 2002).

Очевидно, что религиозные убеждения наряду с юмором, когнитивным переструктурированием и использованием воображения также являются наиболее предпочитаемыми копинг-стратегиями у подростков (S.M. Pendleton et al., 2002; P. Elad et al., 2003). Вовлеченность детей и подростков в духовную жизнь в форме посещения церкви в меньшей степени подвергает их стрессовым воздействиям и реже ставит перед ними психологические проблемы. Церковь является для них центрообразующей структурой жизни, объединяя в себе множество функций, многие из которых способствуют положительному направлению развития (K.V. Cook, 2000). Продолжение соблюдения религиозных обрядов пожилыми людьми, перенесшими смерть супруга, также является весомым фактором, способствующим преодолению дезадаптивных состояний, в частности депрессии (J.R. Williams, 2005).

Иными словами, связь религиозных копинг-стратегий с высокими показателями адаптивности вызывает все меньше сомнений, однако остается неясным, какую роль в этом процессе играют религиозно-духовные предпочтения и интенсивность религиозно-духовных практик (S.M. Pendleton et al., 2002).

Связь духовности с физиологией. Позитивная роль религиозных копинг-стратегий имеет помимо психологических механизмов конкретные физиологические корреляты. Так, исследователи отмечают существование определенной связи между духовностью и физиологическими показателями организма. Этот спектр довольно широк: от такого вполне объяснимого феномена, как уменьшение числа случаев поведения, связанного с риском для здоровья, у посещающих церковь, до такого неоднозначного феномена, как дистантное влияние молитвы на протекание физиологических процессов и состояние здоровья (D. Moss, 2002). Описано положительное воздействие иудео-христианских обрядов и медитации на артериальное давление и иммунные функции (T.E. Seeman, L.F. Dubin, M. Seeman, 2003). Более детальные исследования показывают, что состояние иммунитета напрямую связано с тем значением, которое придается самим больным духовно-религиозным вопросам, отражающимся, например, в частоте посещения религиозной службы (S.E. Sephton, 2001). В то же время степень удовлетворенности жизнью больше зависит от «глубины» веры, чем от религиозности, выраженность этих характеристик прямо пропорциональна возрасту, причем женщины проявляют большую религиозность, чем мужчины (A. Bergan, J.T. McConatha, 2000).

Психотерапевт и религия. Важным моментом в изучении духовно-религиозных аспектов психотерапии является определение доминирующих взглядов специалистов на этот вопрос. Согласно исследованию, проведенному в США, большинство медиков одобряют использование молитвы в качестве оздоровительной практики, однако ожидания большего успеха связывают с медитацией. Профессионалы более старшего возраста часто сами прибегают к медитации и поэтому склонны рекомендовать именно ее своим больным (N.E. Schoenberger et al., 2002). Позитивное влияние духовности в работе медицинского работника

может проявляться также в том, что восприятие специалистом себя в качестве верующего существенно снижает уровень его эмоционального выгорания (К.М. Kash, 2000).

В Австралии 43% психиатров-геронтологов причисляют себя к верующим, каждый четвертый регулярно совершает религиозные обряды, существование связи между религией и психическим здоровьем допускают 85% всех опрошенных; 64% австралийских психиатров-геронтологов при необходимости направляют больных к священникам, т.к. считают, что религиозные вопросы чрезвычайно важны в лечении пожилых больных (V. Rayman, 2000).

Исследование отношения к религиозным аспектам психотерапевтической деятельности у психотерапевтов и психологов Франконии (Северная Бавария, Германия) показало, что до трети из них не принадлежит ни к одной конфессии, причем доля неверующих мужчин достоверно больше доли женщин. Католики проявляют большую лояльность к церкви и большую открытость к религии в целом. Каждый пятый психолог молится за своих пациентов. Среди психоаналитиков число неверующих не меньше, чем среди психотерапевтов других направлений, но они характеризуют роль религии как менее значимую. Многие психотерапевты в случае необходимости готовы консультировать и священнослужителя. Обобщенные результаты исследования показывают наличие связи между субъективным отношением психотерапевта к религии и умением использовать тему религии в психотерапевтической практике (J.H. Demling, M. Worthmuller, T.A. O'Connolly, 2001).

Проблемные аспекты религиозности. Несмотря на то, что религия чаще воспринимается как источник душевного комфорта, существуют некоторые проблемы, связанные с религиозными убеждениями. В частности, религиозные аспекты 12-шаговой программы реабилитации зависимых встречают наибольшее сопротивление у больных при групповых встречах (A.B. Laudet, 2003).

Описано развитие религиозного напряжения, вызванного трудностями в ходе религиозной жизни, соответствующего высокому уровню депрессии и суицидальной готовности вне зави-

симости от уровня религиозности и степени религиозного комфорта. Депрессия в таких случаях сопровождается ощущением отчужденности от Бога и межличностными конфликтами в связи с религиозной тематикой. Суицидальные тенденции здесь соотносятся с религиозным страхом и ощущением вины, особенно в связи с убежденностью в совершении непростительного греха. С другой стороны, религиозное напряжение характеризуется большей заинтересованностью в обсуждении религиозных вопросов в ходе психотерапии. Можно отметить, что религиозное напряжение считается потенциально важным индикатором наличия психологического дистресса (J.J. Exline, A.M. Yali, W.C. Sanderson, 2000).

К негативным эффектам религиозных убеждений можно отнести аверсивный контроль с целью развития конформности, а также формирование экстернального локуса контроля. В качестве сравнения можно отметить, что в психотерапии, напротив, практикуется ориентация на саморазвитие, что может привести пациента к определенному уровню компетентности, которая позволит изменить собственную жизнь и реально управлять ею (D.A. Carone, D.F. Barone, 2001).

Религия не всегда оказывает позитивное влияние при выраженных психических расстройствах, в частности шизофрении, сопровождающейся химической зависимостью и суицидальными попытками. Религия может быть как частью самой проблемы, так и составляющей процесса выздоровления, т.к. способствует уменьшению проявлений психопатологии и активизирует адаптивные стратегии совладания (S. Mohr, P. Huguelet, 2004).

Система оценки духовности. Анализ литературы показывает, что некоторые клиницисты убеждены, что сбор информации, связанной с религией, духовностью, мировоззрением, нежелателен, т.к. и без того усложняет непростые задачи лечения (A.M. Josephson, 2004). Однако гораздо большее число психотерапевтов придерживается иной точки зрения. Необходимость оценки состояния духовно-религиозного мировоззрения с тщательным соблюдением этических норм и правил подчеркивается не только в отношении верующих (T.E. Webb, 2004), пожилых, тяжелобольных (A. Moller, S. Reimann, 2003; J.R. Williams,

2005), но и в отношении детей, подростков, всей семьи (R. Wendel, 2003; S.B. Sexson, 2004). Оценка духовно-религиозного мировоззрения семьи позволяет определить, являются ли данные факторы эффективным ресурсом в психотерапии или дополнительным источником, негативно влияющим на текущую проблему (F.J. Moncher, A.M. Josephson, 2004).

Оценка состояния духовной сферы пациента является одним из основных критериев психотерапевтической компетентности специалиста, подобно тому как исследование глубинных измерений личностного опыта, интегрирование духовно-религиозных измерений жизни пациента в психотерапевтический процесс требует высокого профессионализма, глубоких знаний, практических навыков и тщательной подготовки в рамках биопсихосоциальной модели. Процесс исследования духовной сферы должен быть психотерапевтически нейтральным, сопровождаться искренним уважением и живым интересом к жизни пациента, особенно в случае выявления значимых различий во взглядах (J.W. Lomax, R.S. Karff, G.P. McKenny, 2002).

Одной из возможных сфер таких несовпадений может быть различное отношение к религиозной и терапевтической дисциплине в конфессиях, что этически вполне допустимо и может рассматриваться как мощный косвенный фактор формирования переноса (J.W. Lomax, R.S. Karff, G.P. McKenny, 2002). В связи с этим специалисты, использующие фактор духовности в работе, серьезно задумываются над тем, когда начинать обсуждать данные проблемы, как и в каких пределах их рассматривать и, наконец, в каких случаях направлять пациента к священнику (A.M. Josephson, 2004).

Интеграция духовности и психотерапии. Большое смыслообразующее значение духовности и экзистенциального благополучия обуславливает необходимость интеграции духовно-экзистенциальных характеристик пациента в психотерапевтический процесс. Актуальность дальнейших исследований в этом направлении для определения культурно зависимых различий в содержании и выражении измерений смысла жизни в различных религиях и философиях вполне очевидна (A. Moller, S. Reimann, 2003). Анализ современной литературы, содержащей сообщения

об опыте подобной интеграции, показывает, что такие попытки предпринимаются не первое десятилетие.

Так, известно, что христианские взгляды на покаяние в начале двадцатого века послужили своеобразным импульсом к развитию психотерапевтических групп в Великобритании, США и Канаде. В период между двумя мировыми войнами там получили широкое распространение идеи об освобождении от греха через внешний мир, когда психологический индивидуализм сознательно приносится в жертву интересам группы. Данная концепция послужила моральной основой для движения «Анонимных алкоголиков», а также других многочисленных групп (А. Falby, 2003).

Религиозный подход является одним из шести видов психо-социальной интервенции, предложенных японскими специалистами, работающими с терминальными больными при онкологических заболеваниях (К. Hirai, Т. Morita, Т. Kashiwagi, 2003). Сегодня создаются специальные программы лечения для хронических и терминальных больных, где духовность выступает в качестве важного психотерапевтического фактора (А. Moller, S. Reimann, 2003), поскольку страдающие пациенты сталкиваются с явной необходимостью пересмотра отношения к жизни, что наделяет психотерапевта уникальными терапевтическими возможностями. Больные с религиозным мировоззрением часто продолжают бороться вне зависимости от того, заботится ли о них Бог или, по их мнению, он насылает им боль. Пациенты с атеистическим мировоззрением также находятся в поисках смысла жизни, но они отвергают ответы, предлагаемые им традиционными авторитетами. Больные с неустоявшимся или амбивалентным мировоззрением могут ждать от психотерапевта помощи в выслушивании, понимании или ориентирах (J.R. Peteet, 2001).

В качестве возможных направлений интеграции религиозных традиций и теории психотерапии J.V. Gau предлагает христианскую духовность и теорию объектных отношений. Эпистемология гештальта как метода может быть использована, на его взгляд, для облегчения понимания «христианского мифа» (J.V. Gau, 2000).

Метод духовной генограммы, применяемый при семейной и супружеской психотерапии, во многом проясняет религиозную ситуацию среди нескольких поколений, помогает пациентам ощутить духовное наследие своей семьи, исследовать пути воздействия этого опыта на актуальные вопросы семейно-супружеских взаимоотношений (M.W. Frame, 2000).

D. Berry (2002) приводит обоснования использования религиозной психотерапии – терапевтического подхода, нацеленного на выделение и использование в работе с психологическими проблемами пациента его религиозных взглядов. Религиозная психотерапия, по его мнению, является клинически эффективным и отвечающим требованиям стандартов методом лечения, особо призванным к применению в амбулаторных условиях в отношении больных с тревожными и депрессивными нарушениями (D. Berry, 2002).

Таким образом, несмотря на длительную историю усилий по интеграции религии в психотерапию, этот процесс далеко не завершен и, в лучшем случае, представляется проблематичным, т.к. требует соотнесения многих ограничений. Более оправданными в терапевтическом и этическом плане могут быть попытки синтеза духовных подходов психотерапии, базирующихся на внимании к личности, а не болезни, восприятию работы как призвания, стремлении к эмпатическому взаимопониманию (J.W. Lomax, R.S. Karff, G.P. McKenny, 2002).

Литература

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовое расстройство // Рус. мед. журн. 1996. Т. 3. № 11. С. 689-694.
2. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998. 39 с.
3. Грановская Р.М. Психология веры. СПб.: Речь, 2004. 576 с.
4. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003. 448 с.
5. Кекелидзе З.И., Портнова А.А., Певцов Г.В. и др. К этнокультуральным особенностям острой реакции на стресс у якутских школьников, пострадавших при пожаре в поселке Сыгдыбыл // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Науч. материалы 1-го нац. конгресса по социальной психиатрии. М., 2004. С.64.

6. Козлов А.Б. Этнокультуральные особенности распространенности и клиник невротических и соматоформных расстройств среди населения Чувашской Республики: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М. 2001. 22 с.
7. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга. 2000. 432 с.
8. Меллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Соц. и клин. психиатр. 2004. № 4. С. 5-11.
9. Менделевич В.Д. Транскультуральные аспекты психотерапевтической теории и практики // Культурал. и этнич. пробл. психич. здоровья: Сб. науч. тр. М.; Ижевск, 1997. С. 43-47.
10. Миневич В.Б., Рахмадова Л.Д., Баранчик Г.М., Пахомов Е.Ю. Этнопсихиатрия – наука, которую следует создать // Сб. науч. тр. психиатров, посв. 100-летию каф. нервн. и душевных болезней Имп. университета. Томск, 1992. С. 200-213.
11. Пезешкиан Х. Восемь лет в стране чудес – опыт европейского психотерапевта и взгляд в будущее // Вопр. ментальной медицины и экологии. 2000. Т.6. № 1. С. 56-57.
12. Положий Б.С. Культуральная психиатрия как актуальное направление психиатрической науки и практики // Культурал. и этнич. пробл. психич. здоровья: Сб. науч. тр. М.; Ижевск, 1997. С. 6-10.
13. Положий Б.С., Чуркин А.А. Этнокультуральные особенности распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. М., 2001. 25 с.
14. Репина Л.Л. Этнокультуральные особенности клинической феноменологии невротических расстройств и специфика защитных психологических механизмов (на примере сравнения удмуртской и русской субпопуляций): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004. 24 с.
15. Семке В.Я. Этнос и биопсихический конфликт // Психиатрия в контексте культуры: Сб. науч. тр. Вып. 1. Этнопсихиатрия. Томск; Улан-Удэ, 1994. С. 86-95.
16. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. 162 с.
17. Чуркин А.А. Основные предпосылки эпидемиологических исследований в транскультуральной психиатрии // Культурал. и этнич. пробл. психич. здоровья: Сб. науч. тр. М.; Ижевск, 1997. С.10-16.

18. Al-Subaie A., Marwa M., Hawari R., Abdul-Rahim F.A. Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia // *Int. J. Ment. Health*. 1997. Vol. 25. No 4. P. 59-68.
19. Arnault D.S. Help-seeking and social support in Japanese sojourners // *West. J. Nurs. Res*. 2002. Vol. 24. P. 295-306.
20. Bergan A., McConatha J.T. Religiosity and life satisfaction // *Activ. Adapt. Aging*. 2000. Vol. 24, No 3. P. 23-34.
21. Berry D. Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies // *Int. J. Psychiatr. Nurs. Res*. 2002. Vol. 8. P. 875-890
22. Black N. Hindu and Buddhist children, adolescents, and families // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am*. 2004. Vol. 13, No 1. P. 201-220.
23. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer // *Support. Care Cancer*. 2002. Vol. 10, No 4. P. 272-280.
24. Brune M., Haasen C., Krausz M. et al. Belief systems as coping factors for traumatized refugees: a pilot study // *Eur. Psychiatry*. 2002. Vol. 17, No 8. P. 451-458.
25. Canino I.A., Inclan J.E. Culture and family therapy // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am*. 2001. Vol. 10, No 3. P. 601-612.
26. Carone D.A., Barone D.F. A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy // *Clin. Psychol. Rev*. 2001. Vol. 21, No 7. P. 989-1003.
27. Carter D.J., Rashidi A. Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian-Islamic women with mental illness // *Health Care Women. Int*. 2003. Vol. 24, No 5. P. 399-413.
28. Castillo R.J. Trance, functional psychosis, and culture // *Psychiatry*. 2003. Vol. 66, No 1. P. 9-21.
29. Constantine M.G., Kwan K.L. Cross-cultural considerations of therapist self-disclosure // *J. Clin. Psychol*. 2003. Vol. 59, No 5. P. 581-588.
30. Cook K.V. "You have to have somebody watching your back, and if that's God, then that's mighty big": the church's role in the resilience of inner-city youth // *Adolescence*. 2000. Vol.35, No 140. P. 717-730.
31. Demling J.H., Worthmuller M., O'Connolly T.A. Psychotherapy and religion: a survey of Northern Bavarian psychotherapists // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol*. 2001. Vol. 51, No 2. P. 76-82.
32. Elad P., Yagil Y., Cohen L., Meller I. A jeep trip with young adult cancer survivors: lessons to be learned // *Support. Care Cancer*. 2003. Vol. 11, No. 4. P. 201-206.

33. Exline J.J., Yali A.M., Sanderson W.C. Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality // *J. Clin. Psychol.* 2000. Vol. 56, No. 12. P. 1481-1496.
34. Falby A. The modern confessional: Anglo-American religious groups and the emergence of lay psychotherapy. // *J. Hist. Behav. Sci.* 2003. Vol. 39, No 3. P. 251-267.
35. Ferrell C.B., Beidel D.C., Turner S.M. Assessment and treatment of socially phobic children: a cross cultural comparison // *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.* 2004. Vol., 33, No 2. P. 260-268.
36. Fontana A., Rosenheck R. Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004. Vol. 192, No. 9. P. 579-584.
37. Frame M.W. The spiritual genogram in family therapy // *J. Marital. Fam. Ther.* 2000. Vol. 26, No. 2. P. 211-216.
38. Gau J.V. The gestalt of emptiness/receptivity: Christian spirituality and psychotherapy. // *J. Pastoral. Care.* 2000. Vol. 54, No. 4. P. 403-409.
39. Goldfarb L.M. et al. Medical student and patients attitudes toward religion and spirituality in the recovery process // *Am. J. Drug Alcohol.* 1996. Vol. 22. P. 549-561.
40. Grimm D.W. Therapist spiritual and religious values in psychotherapy // *Couns. Values.* 1994. Vol. 38. P. 154-164.
41. Halliburton M. Finding a fit: psychiatric pluralism in south India and its implications for WHO studies of mental disorder // *Transcult. Psychiatry.* 2004. Vol. 41, No 1. P. 80-98.
42. Hirai K., Morita T., Kashiwagi T. Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients // *Palliat. Med.* 2003. Vol. 17, No. 8. P. 688-694.
43. Josephson A.M. Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 71-84.
44. Kash K.M., Holland J.C., Breitbart W. et al. Stress and burnout in oncology // *Oncology.* 2000. Vol. 14, No 11. P. 1621-1633.
45. Kernberg O.F. Psychoanalytic perspectives on the religious experience // *Am. J. Psychother.* 2000. Vol. 54, No 4. P. 452-476.
46. Korinteli R. On the psycho-social conditions of psychotherapy in post-Soviet Georgia // *J. Anal. Psychol.* 2003. Vol. 48, No 3. P. 371-380.
47. Lai H.L. Music preference and relaxation in Taiwanese elderly people // *Geriatr Nurs.* 2004. Vol. 25, No 5. P. 286-291.

48. Laudet A.B. Attitudes and beliefs about 12-step groups among addiction treatment clients and clinicians: toward identifying obstacles to participation // *Subst. Use. Misuse*. 2003. Vol. 38, No. 14. P. 2017-2047.
49. Lee M.Y., Mjelde-Mossey L. Cultural dissonance among generations: a solution-focused approach with East Asian elders and their families // *J. Marital Fam. Ther.* 2004. Vol. 30, No 4. P. 497-531.
50. Lipe A.W. Beyond therapy: music, spirituality, and health in human experience: a review of literature // *J. Music. Ther.* 2002. Vol. 39, No 3. P. 209-240.
51. Lomax J.W., Karff R.S., McKenny G.P. Ethical considerations in the integration of religion and psychotherapy: three perspectives // *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2002. Vol. 25, No 3. P. 547-559.
52. Lukoff D., Turner R., Lu F. Transpersonal psychology research review: Psychoreligious dimensions of healing // *J. Transpers. Psychol.* 1992. Vol. 24. P. 41-60.
53. Marsh R., Dallos R. Roman Catholic couples: wrath and religion // *Fam. Process.* 2001. Vol. 40, No 3. P. 343-360.
54. Mercer J.A. The Protestant child, adolescent, and family // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 161-181.
55. Mohr S., Huguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care // *Swiss. Med. Wkly.* 2004. Vol. 34, No 25-26. P. 369-376.
56. Moller A., Reimann S. Spirituality and existential well-being as topics of research in medical psychology and psychiatry // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2003. Vol. 71, No 11. P. 609-616.
57. Moncher F.J., Josephson A.M. Religious and spiritual aspects of family assessment // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 49-70.
58. Moss D. The circle of the soul: the role of spirituality in health care // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback.* 2002. Vol. 27, No 4. P. 283-297.
59. Ogden C.J., Kaminer D., Van Kradenburg J. et al. Narrative themes in responses to trauma in a religious community // *Cent. Afr. J. Med.* 2000. Vol. 46, No 7. P.178-184.
60. Payman V. Do psychogeriatricians 'neglect' religion? An antipodean survey // *Int. Psychogeriatr.* 2000. Vol. 12, No 2. P. 135-144.
61. Pendleton S.M., Cavalli K.S., Pargament K.I., Nasr S.Z. Religious/spiritual coping in childhood cystic fibrosis: a qualitative study // *Pediatrics.* 2002. Vol. 109, No 1. P. 8.

62. Peteet J.R. Putting suffering into perspective: implications of the patient's world view // *J. Psychother. Pract .Res.* 2001. Vol. 10, No 3. P. 187-192.
63. Querimit D.S., Conner L.C. Empowerment psychotherapy with adolescent females of color // *J. Clin. Psychol.*2003. Vol. 59, No 11. P. 1215-1224.
64. Razali S.M., Hasanah C.I., Aminah K., Subramaniam M. Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 32, No 6. P. 867-872.
65. Robinson T.N., Killen J.D., Kraemer H.C. et al. Dance and reducing television viewing to prevent weight gain in African-American girls: the Stanford GEMS pilot study // *Ethn. Dis.* 2003. Vol. 13, No 1. Suppl 1. P. 65-77.
66. Sayed M.A. Psychotherapy of Arab patients in the West: uniqueness, empathy, and "otherness" // *Am. J. Psychother.* 2003a. Vol. 57, No 4. P. 445-459.
67. Schoenberger N.E., Matheis R.J., Shiflett S.C., Cotter A.C. Opinions and practices of medical rehabilitation professionals regarding prayer and meditation // *J. Altern. Complement. Med.* 2002. Vol. 8, No 1. P. 59-69.
68. Seeley K.M. Short-term intercultural psychotherapy: ethnographic inquiry // *Soc. Work.* 2004. Vol. 49, No 1. P.121-130.
69. Seeman T.E., Dubin L.F., Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways // *Am. Psychol.* 2003. Vol. 58, No 1. P. 53-63.
70. Seltzer M.R., Seltzer W.J., Homb N., et al. Tales full of sound and fury: a cultural approach to family therapeutic work and research in rural Scandinavia // *Fam. Process.* 2000. Vol. 39, No 3. P. 285-306.
71. Sephton S.E., Koopman C., Schaal M. et al. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study // *Breast. J.* 2001. Vol. 7, No 5. P. 345-353.
72. Sexson S.B. Religious and spiritual assessment of the child and adolescent // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2004. Vol. 13, No 1. P. 35-47.
73. Shapiro E.R. The healing power of culture stories: what writers can teach psychotherapists // *Cult. Divers. Ment .Health.* 1998. Vol. 4, No 2. P. 91-101.
74. Shin J.K. Help-seeking behaviors by Korean immigrants for depression // *Iss. Ment. Health Nurs.* 2002. Vol.23. P. 461-476.
75. Smith G.G., Celano M. Revenge of the mutant cockroach: culturally adapted storytelling in the treatment of a low-income African Ameri-

- can boy // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2000. Vol. 6, No 2. P. 220-227.
76. Sublette E., Trappler B. Cultural sensitivity training in mental health: treatment of Orthodox Jewish psychiatric inpatients // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2000. Vol. 46, No 2. P. 122-134.
 77. Webb T.E. Crisis of faith vs. spiritual cry of distress // *Int. J. Emerg. Ment. Health.* 2004. Vol. 6, No 4. P. 217-222.
 78. Weinberg H. Group psychotherapy and group work in Israel // *J. Psychother. Indep. Pract.* 2000. Vol.1, No 2. P. 43-51.
 79. Weinstein D.F. Culture at work: Family therapy and the culture concept in post-World War II America // *J. Hist. Behav. Sci.* 2004. Vol. 40, No 1. P. 23-46.
 80. Wendel R. Lived religion and family therapy: what does spirituality have to do with it? // *Fam. Process.* 2003. Vol. 42, No 1. P. 165-179.
 81. Williams J.R. Depression as a mediator between spousal bereavement and mortality from cardiovascular disease: appreciating and managing the adverse health consequences of depression in an elderly surviving spouse // *South. Med. J.* 2005. Vol. 98, No 1. P. 90-95.
 82. Wong E.C., Kim B.S., Zane N.W. et al. Examining culturally based variables associated with ethnicity: influences on credibility perceptions of empirically supported interventions // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol.* 2003. Vol. 9, No 1. P. 88-96.
 83. Yamamoto J. Psychotherapy in the Pacific Rim countries // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 52. Suppl. S. P. 233-2353.
 84. Yilmaz A.T. Culturally sensitive psychotherapeutic interventions in a Crisis // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives. Bibl. Psychiatr.* Basel: Karger, 2001. No 169. P. 166-174.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОДОВ
В ЭТНОГРАФИЧЕСКИХ ГРУППАХ ЧУВАШЕЙ:
ВОЗМОЖНОСТЬ АКУШЕРСКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СООТВЕТСТВИЙ?**

Л.Ю. Емешева, Е.Л. Николаев

*Республиканский перинатальный центр,
Республиканский психоневрологический диспансер, Чебоксары*

Сравнительно поздние этноконсолидационные процессы болгаро-чувашской народности в сравнении с соседними мари и мордвой являются причиной того, что современных чувашей, имеющих единое этническое самосознание, в зависимости от историко-географического места проживания можно условно разделить на три этнографические группы - вирьял, или тури (верховые), анатри (низовые) и анат енчи (средненизовые). Группы анатри и анат енчи рассматриваются исследователями как этнографические группы, в значительной степени сохранившие этнические черты своих болгарских предков, в культуре вирьялов находят больше финно-угорских (главным образом марийских) элементов (В.П. Иванов с соавт., 2000). Различия в групповых культурных признаках могут закономерно отражаться в особенностях эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования, в свою очередь тесно связанных с основными медико-социальными показателями, в частности с репродуктивным потенциалом населения.

Целью данной работы стало изучение клинических особенностей родового процесса у сельских женщин чувашской национальности двух наиболее этнографически отдаленных групп (*вирьялов* и *анатри*) в сопоставлении с их репродуктивными и социодемографическими показателями.

В ходе исследования, проведенного в 2004 г. на базе Республиканского перинатального центра, были проанализированы истории родов 58 первородящих женщин, проживающих в исторической зоне расселения вирьялов (Аликовский, Красноармейский, Красночетайский, Моргаушский, Шумерлинский, Ядринский районы), и ареале, населенном анатри (Батыревский, Ибре-

синский, Комсомольский, Шемуршинский, Яльчикский, Янтиковский районы). Число женщин в двух исследовательских группах было одинаковым (29 чел.), средний возраст рожениц первой группы составил 28,5, второй – 26,5 года.

Было выявлено, что аномалии родовой деятельности чаще встречались у женщин из группы вирьялов (66 против 46% у анатри). Так, для них были характерны случаи высокого надрыва плодного пузыря, слабости потуг, дискоординации родовой деятельности, патологического прелиминарного периода, чего вообще не наблюдалось у анатри. У вирьялов в два раза чаще развивалась первичная слабость родовой деятельности (20 против 10%), у анатри – раннее излитие вод (14 против 7%). Аномальное течение родов в группе вирьялов чаще требовало применения таких медицинских вмешательств, как введение энзапроста (14 против 4%), простагландина (17 против 14%), использование медикаментозного сна-отдыха (24 против 14%), амниотомии (41 против 38%), эпизиотомии (38 против 20%).

Были установлены существенные различия в степени повреждении мягких тканей родовых путей. Если у анатри в основном преобладали трещины слизистой, то у вирьялов повреждения носили более серьезный характер. У половины из них зарегистрированы разрывы шейки матки, в полтора раза чаще отмечены разрывы вульвы, в два раза чаще – разрывы промежности и стенок влагалища. Родовая деятельность у каждой третьей женщины этой группы сопровождалась сочетанными разрывами мягких тканей.

Различия в репродуктивном статусе у представителей двух этнографических групп чувашей прослеживались и при сравнении данных статистических отчетов о количестве самопроизвольных абортов. Анализ этого соотношения за период 2002-2004 гг. показал, что их доля в группе вирьялов также несколько выше, чем у анатри (6,6 и 4,9%; 5,9 и 5,6%; 5,5 и 5,9% соответственно). Аналогичные показатели, свидетельствующие о большем числе родов в срок у анатри, чем у вирьялов, получены при сопоставлении данных о преждевременных родах (4,97 и 3,7%; 3,7 и 3,0%; 3,8 и 3,5% соответственно).

Не менее интересной нам представляется информация об общих показателях воспроизводства населения в упомянутых выше районах традиционного проживания вирьялов и анатри. Так, коэффициент естественной убыли населения за последние годы здесь составил: у вирьялов – 10,7, у анатри – 6,3 на 1000 населения, что свидетельствует о явном превалировании негативной демографической тенденции в группе верховых чувашей.

Таким образом, предварительный анализ медико-демографической ситуации позволяет говорить о существовании устойчивых различий в состоянии здоровья и репродуктивном потенциале чувашских женщин двух этнографических групп. Причиной данных различий могут выступать анатомо-физиологические особенности женского организма (размеры таза, гормональный статус, другие показатели), вполне согласующиеся с данными антропологов о том, что население северных районов Чувашии (преимущественно вирьялы) более монголоидно, а население южных (преимущественно анатри) – более европеоидно (Т.И. Алексеева, 2004).

Более важным фактором могут быть психологические особенности женщины, а именно: специфика ее мировосприятия, открытость новому опыту, уровень телесной «зрелости», когнитивная и поведенческая гибкость, а также способность осознавать, принимать и выражать свои чувства. Наш клинический опыт, нуждающийся в дальнейшем подтверждении результатами психологических исследований, свидетельствует о том, что существует тесная связь между личностными характеристиками женщин из групп вирьялов и анатри и спецификой реализации ими своего репродуктивного потенциала.

Литература

1. Алексеева Т.И. Очерк этнической антропологии чувашей // Чуваши: Актуал. аспекты антропологии. Чебоксары, 2004. С. 50-58.
2. Иванов В.П. Некоторые этнодемографические и историко-культурные характеристики чувашского этноса // Чуваши: Актуал. аспекты антропологии. Чебоксары, 2004. С. 12-34.

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

III СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ И ПСИХОТЕРАПЕВТОВ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

28-29 июня 2005 г. в г. Чебоксары состоялся III съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики (ЧР). В его работе приняло участие около 200 ученых, врачей и психологов ЧР, в также гости из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Нижнего Новгорода, Саранска, Ижевска, Йошкар-Олы, Ульяновска, Можги (Удмуртия). На съезде были обсуждены вопросы совершенствования психиатрической, наркологической и психотерапевтической служб, клиники, эпидемиологии и лечения психических и наркологических заболеваний, детской, подростковой, судебной и этнокультуральной психиатрии, клинической (медицинской) психологии, психотерапии и суицидологии, сестринского дела.

Открывая съезд, министр здравоохранения и социального развития Чувашии проф. Н.В. Суслонова ознакомила собравшихся с итогами и перспективами реформ в системе здравоохранения Чувашии. В республике принято более 20 программ. В частности, в результате реализации целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в ЧР на 2002-2004 гг.» за последние три года уменьшилось число впервые выявленных наркозависимых (на 11,9%) и больных токсикоманией (на 40%), число злоупотребляющих наркотическими веществами несовершеннолетних – в два раза. В течение двух последних лет не регистрировались случаи наркомании среди несовершеннолетних. В 2004 г. в рамках инвестиционных программ на строительство объектов здравоохранения направлено из бюджетов всех уровней более 54 млн рублей. Введена в эксплуатацию

первая очередь лечебного корпуса Республиканской психиатрической больницы на 120 коек.

Одними из перспективных задач деятельности отрасли здравоохранения на период до 2010 г. являются: увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни населения ЧР до 67,5 года; уменьшение смертности и инвалидизации трудоспособного населения от управляемых причин на 5-10%; улучшение качества жизни и обеспечение активного долголетия в группе лиц пожилого возраста; уменьшение на 10-15% распространенности заболеваний и их осложнений, связанных с «рисковыми» факторами поведения (курение, употребление алкоголя, нерациональное питание и др.) и управляемыми причинами (травматизм); повышение медико-социальной эффективности системы здравоохранения, обеспечение положительной динамики временной и стойкой утраты трудоспособности, рост удовлетворенности пациентов системой медицинского обслуживания; дальнейшая разработка комплекса взаимосвязанных, спланированных действий с учетом региональных особенностей состояния здоровья населения, его интегральной оценки на территориальном уровне и принятие адекватных управленческих решений.

Проф. А.А. Чуркин (Москва) сделал доклад о распространенности психической патологии в Российской Федерации в 2004 г. Главный психиатр Приволжского федерального округа проф. А.М. Карпов (Казань) проанализировал состояние психического здоровья населения в регионе.

Далее следовали сообщения-презентации представителей фармакологических фирм-спонсоров съезда (Sun, Lilly, Sun-95-Ventures, Sanofi-synthelabo, Lundbeck, Янссен-силаг, АстраЗенека) проф.: Д.И. Малина (Москва), К.К. Яхина (Казань), Л.К. Шайдуковой (Казань), Л.Н. Касимовой (Н. Новгород), Э.И. Богданова (Казань).

На втором пленарном заседании с докладами выступили: В.Г. Подсеваткин (Саранск) «Опыт и перспективы новой стационарной технологии в психиатрии», А.В. Надеждин (Москва) «Новый способ использования налоксона гидрохлорида в комплексном лечении героиновой наркомании», А.П. Андреева (Чебоксары) «Особенности формирования алкогольной зависи-

мости у медицинских работников», Л.В. Григорьева (Чебоксары) «Опыт проведения лично ориентированной программы первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди учащихся», И.Н. Трофимова (Чебоксары) «Анализ смертности больных острыми алкогольными психозами», И.М. Андреева (Чебоксары) «Склонность к зависимому поведению у врачей различных специальностей».

На третьем пленарном заседании сделали доклады: А.В. Надеждин (Москва) «Систематика неотложных состояний у несовершеннолетних», В.Г. Реверчук (Можга) «Новый подход в терапии расстройств сна при алкогольной абстиненции», В.С. Шмыков (Ижевск) «Феноменологические особенности взаимозависимости стресса и тревоги у лиц призывного возраста с девиантным поведением», Е.Л. Николаев (Чебоксары) «Психотерапия и клиническая психология в ЧР: Основные этапы и перспективы развития», В.Н. Иванов (Чебоксары) «Использование электросудорожной терапии в психиатрической практике», Н.М. Абрамова (Чебоксары) «Личностные и этнокультуральные особенности лиц, совершивших суицидальные попытки», Л.Н. Никитин (Чебоксары) «Структура общественно опасных действий психически больных», Е.В. Калинина (Чебоксары) «Причины и сроки первого в жизни обращения к психиатру лиц с психическими расстройствами», Е.В. Агатева (Чебоксары) «Семейный подход в детской психотерапии», Е.Н. Андреева (Чебоксары) «Копинг при неврозах: Этнокультуральные аспекты в Чувашии», М.П. Сергеев (Чебоксары) «Профилактика общественно опасных действий психически больных в семье», Е.В. Троян (Чебоксары) «Выявление предикторов зависимого поведения у студентов-медиков», Д.В. Гартфельдер (Чебоксары) «Взаимодействие кардиологических больных с социальным окружением», Е.В. Волошина (Чебоксары) «Работа реабилитационного клуба психически больных», А.В. Алексеева (Чебоксары) «Домашнее насилие: распространенность, причины, лечение и профилактика в ЧР».

В ходе работы съезда состоялось секционное заседание «Сестринское дело в психиатрии», в котором приняли участие

60 медицинских работников, специалистов в области сестринского дела.

Главный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения ЧР Л.Г. Ронжина (Чебоксары) сообщила о работе по совершенствованию системы управления сестринскими службами, повышению эффективности использования кадровых ресурсов, обеспечению качественной сестринской помощи населению, развитию новых форм и технологий сестринской деятельности. А.В. Аверин (Чебоксары) выступил с докладом «Сестринское дело в Канаде». Е.В. Волошина (Чебоксары) поделилась опытом работы реабилитационного клуба для психически больных «Шаг к себе». Доклад М.А. Шувалиной (Чебоксары) был посвящен вопросам менеджмента качества медицинских услуг в отделении сестринского ухода. С.В. Николаева (Чебоксары) свое выступление посвятила особенностям сестринского ухода за психически больными в возрасте обратного развития. А.Г. Курицына (Чебоксары) выступила с докладом «Особенности сестринского процесса в детском отделении психиатрической клиники». Н.В. Ефремова (Чебоксары) выступила с докладом «Проблемы женщин с психическими расстройствами».

Секция «Сестринское дело» впервые была включена в программу съезда, а тезисы представленных докладов опубликованы в сборнике. Исследования специалистов сестринского дела доказывают, что только при совместной работе врачей, психологов, специалистов по социальной работе и медицинских сестер можно эффективно решать проблемы пациентов. Поэтому в организации психиатрической помощи особую значимость приобретает обеспечение профессионального сестринского ухода, разносторонней социальной помощи и поддержки больных, защита их социальных прав, восстановление способности жить и функционировать в обществе.

В сборнике трудов съезда опубликовано 127 статей 155 авторов (60% – статей из ЧР) по 11 разделам: вопросы совершенствования психиатрической службы, клинические и эпидемиологические проблемы психических расстройств, этнокультуральные и межрегиональные аспекты психических расстройств, наркологические заболевания, вопросы детской и подростковой

психиатрии, судебная психиатрия, пограничные психические расстройства и суицидальное поведение, психиатрия и смежные области медицины, лечение психических и наркологических заболеваний, сестринское дело в психиатрии.

На съезде был выбран председатель Чувашской ассоциации психиатров, наркологов и психотерапевтов на следующие пять лет. Им стал канд. мед. наук Е.Л. Николаев. В состав правления ассоциации вошли главные врачи психиатрических, наркологических и психотерапевтических лечебно-профилактических учреждений республики, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета.

А.В. Голенков

XIV СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

15-18 ноября 2005 г. в Москве состоялся XIV съезд психиатров России, на котором собрались более 800 психиатров, наркологов, психотерапевтов, клинических психологов, представляющих практически все регионы России, страны ближнего и дальнего зарубежья. От Чувашской Республики в работе съезда участвовали 9 человек, среди которых главные специалисты, руководители учреждений психиатрического профиля, организаторы здравоохранения, представители Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов.

С приветственным словом на открытии съезда выступили: заместитель начальника отдела нормативно-правового регулирования специализированной медицинской помощи Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России Б.А. Казаковцев, руководитель Департамента здравоохранения Москвы Ф.М. Сергеев, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава Т.Б. Дмитриева, зональный представитель Всемирной психиатрической ассоциации в Восточной Европе А.Ф. Согоян, председатель Независимой психиатрической ассоциации России Ю.С. Савенко. Перед участниками съезда было оглашено послание Президента Всемирной психиатрической ассоциации Х.Е. Мещича с пожеланиями продуктивной работы.

Пленарное заседание открылось докладом заместителя директора Московского НИИ психиатрии профессора *И.Я. Гуровича*, в котором рассматривались организационно-методические аспекты реформирования психиатрической помощи. В нем, в частности, отмечено, что включение в комплексную терапию психических расстройств программы психосоциальных вмешательств значительно повышает качество ремиссий, улучшает доверительность взаимоотношений с окружающими, усиливает у пациента чувство поддержки референтной группы, улучшает

комплайенс, снижает число повторных госпитализаций, уменьшает бремя семьи, повышает уровень социального функционирования и качество жизни больных.

В выступлении главного специалиста эксперта-психиатра Минздравсоцразвития России академика РАМН *Т.Б. Дмитриевой* прозвучала тема новых приоритетов в здравоохранении страны и связанных с ними новых возможностей и задач психиатрии. В целях реализации приоритетного национального проекта в области здравоохранения, а также с учетом новых кадровых, управленческих и финансовых возможностей, возникших в 2005 г., по мнению докладчика, прежде всего необходимо считать региональную политику приоритетной, а региональные проекты и модели – ключевыми в решении проблем общенационального уровня; разработать современную концепцию развития психиатрической, медико-психологической и психосоматической помощи в стране, соответствующую новым возможностям; принять Федеральную межведомственную программу развития психиатрической помощи в стране, включающую конкретный план мероприятий на 5 лет, объемы и источники их финансирования. Предполагается, что решение этих и связанных с ними задач позволит прийти к снижению инвалидности и временной нетрудоспособности вследствие психических заболеваний, повышению качества жизни психически больных и их семей, снижению частоты суицидов, напряженности и агрессивности в обществе, увеличению продолжительности жизни, повышению работоспособности и трудоспособности населения, укреплению обороноспособности страны.

Доклад директора Национального центра наркологии, члена корреспондента РАМН, главного специалиста эксперта-нарколога Минздравсоцразвития России *Н.Н. Иванца* был посвящен современным проблемам наркологии и путям их решения. Масштабы существующей проблемы помогает представить представленная им информация о том, что сегодня в России общее число больных и злоупотребляющих психоактивными веществами с диагнозом наркомания, токсикомания, алкоголизм составляет почти 3,5 млн человек, или 2,4% общей численности населения. В связи с этим важнейшее значение для повышения

эффективности лечебно-реабилитационной помощи больным алкоголизмом и наркоманиями имеет успешная реализация научных исследований по трем направлениям: медико-биологическому, терапевтическому, профилактическому. Современными приоритетами в наркологии являются: подготовка квалифицированных кадров врачей психиатров-наркологов, совершенствование законодательной и нормативной базы, реформирование службы на основе разработанной концепции эффективной терапии и реабилитации в наркологии, которая должна явиться методологическим фундаментом процесса развития и совершенствования наркологической службы, оптимизации и перестройки ее организационных механизмов.

В выступлении директора Московского НИИ психиатрии, председателя Правления Российского общества психиатров профессора *В.Н. Краснова* была поднята тема клинической традиции в современной психиатрии. В докладе прозвучало, что основными тенденциями развития психиатрической помощи являются ее общедоступность и многообразие форм. Происходящие сегодня изменения в профессиональной деятельности в психиатрии направлены от профессиональной самодостаточности врача-психиатра к полипрофессиональному взаимодействию; от клинической компетентности как исчерпывающего профессионального критерия – к сочетанию клинических, правовых знаний, способности работать в группе; от кабинетной или внутритделенческой работы – к многопрофильной работе, сочетающей клиническую, организационную деятельность и психообразование. Биопсихосоциальный подход как раз и позволяет врачам и другим специалистам, а также пациентам и их родственникам перераспределить свои традиционные роли. С другой стороны, набирающая силу концепция постпсихиатрии («психиатрии без психиатра») делает акцент на социальном и культуральном контексте, ставит этику выше технологии и личностные ценности — выше доказательных фактов, стремится минимизировать медицинский контроль, особенно связанный с принуждением.

Тема биопсихосоциальной модели в психиатрическом контексте была продолжена в выступлении директора Санкт-Петер-

бургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева профессора *Н.Г. Незнанова*. В рамках разрабатываемой здесь концепции качества жизни она рассматривается как субъективная оценка совокупности культурально обусловленных и связанных со здоровьем переживаний индивида, которая мотивирует его приспособительное поведение. Выявление эндо- и экзо-структуры качества жизни в норме и патологии позволяет сделать существенное уточнение биопсихосоциальной модели болезни. Важно, что найдены эмпирические основания для выделения в биопсихосоциальной модели четырех относительно независимых компонентов, каждый из которых подчиняется в своем функционировании своим специфическим законам и требует разработки специфических методов воздействия. Накопленные научные данные и опыт конструирования и использования шкал качества жизни рождают предпосылки для создания системы новых инструментов, удовлетворяющих новым научным требованиям.

Тема типологии и превенции кризисных состояний находилась в центре выступления директора НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН, академика РАМН *В.Я. Семке*. В его докладе прозвучало, что специфика сибирских и дальневосточных территорий определяет разработку новых принципов организации психиатрического сервиса. Ведущим из них является гармоничное сочетание двух взаимосвязанных подходов в терапии и предупреждении пограничных состояний – децентрализации (позволяющей оказывать «оперативную» и «поддерживающую» помощь по месту проживания пациента) и централизации (на базе крупных современных служб психиатрической поддержки как традиционных в виде стационаров и диспансеров, так и вновь разрабатываемых лечебно-профилактических учреждений). Среди других подходов находят применение принципы комплексности (в частности, разработанные психотерапевтический, психофармакологический и психопрофилактический комплексы), дифференцированности и поэтапности (с выделением острой, подострой, затяжной стадий клинической динамики), строгой индивидуализации (с учетом личностной структуры, половозрастных показателей), оценки нейрофизиологических параметров (иммунологических,

электрофизиологических, биохимических, экспериментально-психологических).

Ректор Северного государственного медицинского университета академик РАМН *П.И. Сидоров* посвятил свое выступление вопросам синергетической концепции зависимого поведения. По его мнению, социогенез зависимого поведения предопределяется качеством миллисоциальной среды, в которой формируется личность с нарушенной социализацией, с повышенной уязвимостью в кризисных ситуациях, склонностью к защитно-компенсаторным формам поведения и формированию девиантного образа жизни. Профилактика зависимого поведения может быть продуктивна только на междисциплинарной бригадной основе, когда в партнерском режиме взаимодействуют клинические психологи и социальные работники, психотерапевты и педагоги, пациент и его семья. На его взгляд, актуальна постановка вопроса о подготовке нового класса специалистов – превентологов, главная задача которых – предупредить утрату здоровья.

В выступлении директора Научного центра психического здоровья РАМН академика РАМН *А.С. Тиганова* были подробно освещены роль и значение аффективных расстройств в клинической психиатрии. С учетом того, что аффективные расстройства – неотъемлемый компонент почти каждого синдрома психического заболевания, влияющего на его суть и структуру, была представлена стратегия исследования психопатологических синдромов, которая включает следующие направления: исследование основных параметров психопатологического синдрома, выделение вариантов психопатологического синдрома, изучение особенностей каждого из вариантов психопатологического синдрома, попытка установления специфических нозологических особенностей каждого из вариантов психопатологического синдрома. Отдельно рассмотрена типология юношеской депрессии – дисморфоманические депрессии, метафизические депрессии (экзистенциальные), гебоидные депрессии, депрессии с картиной «юношеской астенической несостоятельности», психастеноподобные депрессии, типология депрессий позднего возраста (тревожно-ажитированные, ипохондрические, сенильноподоб-

ные депрессии, депрессии с психопатологической картиной, аналогичной депрессивным состояниям среднего возраста).

Тема выступления профессора *Дж. Христодулу*, президента Греческой психиатрической ассоциации, построенная в форме лекции, была посвящена взаимоотношению соматического и психического в парадигме депрессии. Представлены современные взгляды на эти соотношения сквозь призму плацебо-эффекта, генной экспрессии, соматических и психологических симптомов. Рассмотрены атипичные проявления и коморбидные депрессии состояния (сердечно-сосудистые, онкологические, эндокринные заболевания, заболевания нервной системы, зависимости и аддикции).

В заключение пленарного заседания прозвучало сообщение руководителя отдела Московского НИИ психиатрии, академика РАО *В.М. Шкловского* о лечении и нейрореабилитации больных с последствиями очаговых поражений головного мозга, который сообщил, что в настоящий момент в России ежегодно регистрируется 450-550 тысяч больных инсультом, 600 тысяч – с черепно-мозговой травмой. Отмечается выраженная тенденция к увеличению заболеваемости и «омоложению» больных с инсультом. Депрессии, тяжелые невротические состояния, суицидальные мысли и попытки и целый ряд других психических расстройств у больного определяют важнейшие цели, задачи лечения и систему реабилитационного процесса. При этом значительно возрастает роль психиатра и психотерапевта, т.к. не только от соматического, но и от психического состояния больного зависит активность комплексных реабилитационных мероприятий и их эффективность. Именно поэтому нейрореабилитацию следует рассматривать в рамках нейропсихиатрии.

Работа съезда продолжилась более чем в двух десятках секций и симпозиумов, в которых участвовали и представители психиатрического сообщества Чувашии. Так, профессор А.В. Голенков был сопредседателем секционного заседания «Проблемы суицидологии». Его выступление было посвящено экономическим аспектам совершенствования суицидологической службы. В частности, было убедительно показано, что реальные средства, потраченные на профилактику психических

расстройств, как минимум на порядок ниже экономических потерь от суицидов.

Доклад доцента Е.Л. Николаева в секционном заседании «Клиническая психология и психотерапия» был построен на анализе феноменологии межкультурного взаимодействия в практике пограничных психических расстройств. Обосновано, что знание многоуровневой структуры системы ценностей личности может помочь специалисту реально представить многомерный характер проблемы, эффективно планировать стратегию помощи.

В рамках съезда состоялась конференция «Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути решения». В эти же дни прошло рабочее совещание представителей Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан, аффилированного члена Всемирной психиатрической ассоциации. В его работе приняли участие представители Греции, Армении, Казахстана, Украины, Независимой психиатрической ассоциации России, а также психиатры Чувашии и Чечни. Были обсуждены наиболее актуальные проблемы, волнующие психиатрическое сообщество, намечены общие цели и направления дальнейшего сотрудничества.

В ходе выборов руководящих органов Российского общества психиатров председателем его правления вновь избран В.Н. Краснов (Москва). Заместителями председателя стали: Т.Б. Дмитриева (Москва), Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург), К.К. Яхин (Казань). В состав Правления Российского общества психиатров от Чувашии вошли А.В. Голенков, А.Б. Козлов, Л.Н. Никитин и Е.Л. Николаев. В завершение были обсуждены организационные вопросы, с учетом многочисленных предложений – принята резолюция. Съезд закончил свою работу круглым столом по методологическим проблемам современной психотерапии.

Е.Л. Николаев

РЕШЕНИЕ XIV СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ РОССИИ

XIV Съезд психиатров России решает:

1. Работу Правления Российского общества психиатров за истекший период признать удовлетворительной.
2. Считать необходимым сосредоточить усилия всех психиатров и других специалистов на дальнейшем совершенствовании психиатрической службы с акцентом на развитии ее внебольничных звеньев и организационных форм, оказывающих помощь непосредственно в сообществе, с дальнейшим повсеместным внедрением психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, укреплением диспансерного участкового звена при уменьшении использования коечного фонда для формирования психиатрии с опорой на сообщество, развитием взаимодействия с общемедицинскими учреждениями, в частности территориальными поликлиниками.
3. Провести конференции, посвященные ключевым проблемам развития психиатрических служб в регионах – кадровому обеспечению участково-диспансерного психиатрического звена, укомплектованию штатов психиатрических учреждений специалистами немедицинского профиля, подведению итогов исследований, в том числе ведущихся в ряде регионов, по формированию новых организационных форм помощи, альтернативных госпитализациям и работающих непосредственно в сообществе и в первичной медицинской сети. Обратиться в Министерство здравоохранения и социального развития с просьбой рассмотреть и принять предложения об этих формах для их внедрения в практику региональных психиатрических служб.
4. Продолжить работу по проведению общественных акций, направленных на повышение значимости проблем психического здоровья населения, привлекая внимание общества и властных структур к необходимости ресурсного обеспечения психиатрической и наркологической помощи и психи-

атрической науки. Осуществлять связь со средствами массовой информации в борьбе со стигмой психиатрии и у лиц, страдающих психическими расстройствами.

5. Считать приоритетными исследования по охране психического здоровья и совершенствованию оказания помощи лицам, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, совершенствование различных видов терапии и психосоциальной реабилитации, социальных аспектов психиатрической помощи, развитие фармакоэпидемиологии и фармакоэкономики.
6. Считать необходимым продолжить работу над совершенствованием систематики психических расстройств, предпринять личные и коллективные усилия членов общества для участия психиатров России в работе над новыми версиями международной классификации психических расстройств.
7. Уделяя особое внимание вопросам подготовки и повышения квалификации специалистов, продолжить работу для повсеместного введения непрерывного образования психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. Обратиться в административные аттестационные комиссии с настоятельным требованием включения членов правления региональных обществ психиатров в целях их безусловного участия в оценке квалификации специалистов психиатрических и наркологических служб.
8. Вновь избранному Правлению шире практиковать выездные конференции и пленумы с целью вовлечения более широкого круга специалистов в обсуждение актуальных вопросов психиатрии, наркологии и психотерапии.
9. Продолжить работу над повышением правового уровня оказания помощи, а также соблюдением этических норм в деятельности психиатрических и наркологических служб.
10. Уделить специальное внимание защите прав работников психиатрических учреждений, обеспечить их юридическую поддержку.

11. Укреплять местные психиатрические общества и ассоциации, проводить постоянный обмен опытом их работы, добиваясь усиления их влияния на повышение подготовки кадров, совершенствование психиатрической и наркологической помощи, внедрение новых организационных форм.
12. Считать обязательным членство психиатров, наркологов, психотерапевтов в региональных обществах с уплатой членских взносов. Участие в работе общества должно учитываться при квалификационной аттестации специалистов, работающих в психиатрических и наркологических учреждениях (рекомендация регионального общества представляется в соответствующие комиссии).
13. Постоянно поддерживать общественные организации пациентов, инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников, Всероссийское общество «Новые возможности» в их работе и повышении их роли во взаимной социальной поддержке и укреплении партнерских позиций со специалистами в оказании психиатрической помощи.
14. Создать рабочую группу для рассмотрению дополнений и изменений устава Российского общества психиатров с учетом современных норм деятельности общественных организаций и актуальных задач развития научной и практической задач психиатрии в России, поддержки деятельности психиатрических и наркологических служб. Подготовить и провести расширенный пленум Правления общества с рассмотрением предложений по организационным аспектам работы Общества с утверждением нового устава.
15. В международной деятельности осуществлять дальнейшее сотрудничество с WPA, EPA, национальными ассоциациями психиатров, участие в международных проектах ВОЗ.

СПЕЦИАЛИСТА ГОДА

С 2003 г. в Чувашии в преддверии Дня медицинского работника ежегодно проводится конкурс «Лучший врач-психиатр». Его целью, определенной в соответствующем приказе Министерства здравоохранения Чувашской Республики, является выявление наиболее профессионально подготовленных, обладающих глубокими знаниями, высокой квалификацией врачей специалистов психиатрического профиля, что способствует улучшению качества лечебно-диагностического процесса и повышению авторитета врачей данной специальности. В конкурсе участвуют врачи по следующим специальностям: врач-психиатр, врач-психиатр детский, врач-психиатр нарколог, врач судебно-психиатрический эксперт.

В 2005 г. лучшим по профессии в этой сфере был призван врач-психиатр С.А. Сафронов. Предлагаем вниманию читателей некоторую информацию об основных вехах его профессионального пути и запись краткой беседы с ним.

Сергей Александрович Сафронов окончил в 1982 г. медицинский факультет Чувашского государственного университета им. И.Н.Ульянова по специальности «лечебное дело». В 1982-1983 гг. проходил интернатуру по психиатрии на базе Республиканской психиатрической больницы. С 1983 по 2004 г. работал врачом-психиатром Алатырской центральной районной больницы. В феврале 2004 г. назначен заведующим психиатрическим диспансерным отделением той же больницы, где при его активном участии был открыт дневной стационар для психически больных. С августа 2005 г. является главным врачом нового психиатрического учреждения республики – Алатырской психиатрической больницы.

– Как произошло, что Вы решили стать психиатром?

– Определяющую роль в выборе профессии сыграла психиатр Эвелина Степановна Николаева, которая в свое время ув-

лекла меня нестандартным взглядом на психиатрию и огромным количеством специальной литературы.

– *Какой совет Вы бы дали молодым докторам?*

– Не обещайте пациентам невыполнимого, всегда выполняйте обещанное. Имейте свою позицию, отстаивайте свою точку зрения. Умейте признавать и исправлять свои ошибки.

– *Что Вас больше всего радует в Вашей работе?*

– Я испытываю полную удовлетворенность своей работой. Не сомневаюсь, что сделал правильный выбор профессии.

– *В состоянии ли психиатрия, на Ваш взгляд, повлиять на общество, в котором мы живем?*

– Да, влияние психиатрии на общество всегда было значительным, особенно последние 10-15 лет.

– *Собираетесь ли Вы что-либо менять в жизни в новом году?*

– На 2006 г. у меня большие планы по становлению Ала-тырской психиатрической больницы. Также собираюсь продолжить практическую деятельность.

РЕЦЕНЗИЯ

на хрестоматию А.В. Голенкова «Художественная психопатология» (Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005)

Общая психопатология является азбукой и пропедевтикой психиатрии. В то же время изучение и усвоение студентами данной клинической дисциплины является проблемой медицинских вузов. Понимание и описание душевного мира пациентов представляет для студентов трудноразрешимую задачу. В связи с этим появление хрестоматии по общей психопатологии, облегчающей изучение, понимание и запоминание общей психопатологии, а также помогающей структурировать имеющиеся знания, является актуальным и целесообразным.

Особенностью подхода к изложению художественной психопатологии является то, что автор пытается привлечь внимание студентов к изучению психиатрической патологии художественным языком классики отечественной и зарубежной литературы. Важно помнить, что в учебниках по психиатрии даже выдающиеся ученые дают лишь общие тенденции нарушения различных уровней психической деятельности.

О роли влияния произведений Ф.М. Достоевского на русских психиатров замечательно сказано в работе В.И. Финкльштейна: «Произведения Достоевского еще и поныне остаются настольной книгой русских психиатров, ибо даже самое тщательное изучение многотомных трудов корифеев мировой психиатрии, давших добросовестное, но сухое описание психопатологических форм и состояний, ни в коей мере не может заменить изучение трагических образов Достоевского, этой непревзойденной ценности в познании человеческой души».

Включение в книгу глав, раскрывающих общую и частную психиатрию, делает ее интересной и полезной не только для студентов, но и интернов, психологов, педагогов, специалистов по социальной работе.

Хрестоматия «Художественная психопатология» является дополнением к учебным руководствам, поэтому данное издание

можно рекомендовать для студентов, изучающих психиатрию в качестве основной литературы.

Таким образом, рецензируемая хрестоматия «Художественная психопатология» является попыткой профессора А.В. Голенкова проникнуть в глубокий мир душевных переживаний психически больных посредством языка корифеев мировой литературы. Считаем, что мысли, наблюдения, обобщения классиков литературы, описавших психопатологические переживания больных, представленные в хрестоматии «Художественная психопатология», помогут приблизиться к задачам нравственного оздоровления нашего общества.

Доцент, профессор РАЕ, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

В.Т. Лекомцев

РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

Голенков А.В. История становления психиатрии в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 8-35.

Приведены исторические сведения о распространенности психических расстройств на территории Чувашии с начала XIX века. Описываются четыре исторических этапа становления психиатрии: доземский, земский, переходный, собственно психиатрический (период образования и развития психиатрической службы).

Козлов А.В. Организация и развитие психиатрической службы в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 36-55.

Представлены материалы об основных законодательных и нормативных документах, регламентирующих деятельность учреждений и служб психиатрического профиля. Дана характеристика психиатрических учреждений Чувашии с учетом направлений их дальнейшего развития.

Булыгина И.Е., Федорова С.Д., Андреева А.П. Наркологическая помощь населению Чувашской Республики // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 56-62.

Описана ситуация, сложившаяся в республике с потреблением психоактивных веществ. Обозначены основные этапы становления наркологической службы Чувашии, стратегические приоритеты ее дальнейшего развития. Показана важность межведомственного подхода к профилактике.

Николаев Е.Л., Орлов Ф.В. Этапы развития психотерапии и клинической психологии в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 63-67.

Чувашия относится к немногим регионам России, где уже в 1980-е годы начали успешно развиваться психотерапия и клиническая (медицинская) психология. Поворотным моментом развития психотерапевтической и психологической помощи стало создание Республиканского психотерапевтического центра.

Козлов А.Б. Суицидологическая служба в Чувашской Республике // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 68-81.

Суа входят в число десяти основных причин смерти населения во многих странах. Чувашия относится к регионам с высоким уровнем завершенных суицидов. Описаны основные причины такой ситуации в регионе. Обозначены направления совершенствования суицидологической помощи населению республики.

Голенков А.В. Приоритеты развития науки Чувашии в области охраны психического здоровья населения // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 82-85.

Предпосылки для научных исследований в области психиатрии в Чувашии появились только в 1990-е годы. Приоритетными направлениями сегодня являются клинико-эпидемиологическое, генетическое, экологическое и организационное. Не менее актуальны для региона экономические и этнокультурные исследования, а также работы на стыке дисциплин.

Квалификационные научные работы по психиатрии, наркологии и медицинской психологии, выполненные в Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 86-87.

Указаны авторы, темы, специальности научных исследований, а также диссертационные советы, в которых производились защиты в период 1998-2005 гг.

Николаев Е.Л. Психотерапия в контексте культуры. Статья первая: Гендерно-возрастные, семейно-ролевые, духовно-ценностные аспекты // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 88-111.

На основе данных зарубежной и отечественной литературы проводится анализ этнокультуральных детерминант психотерапевтического процесса. Разбирается роль гендерного, семейного, возрастного факторов. Детально исследуются возможности духовного совершенствования личности в ходе психотерапии с учетом разнонаправленных влияний религиозности.

Емешева Л.Ю., Николаев Е.Л. Клинические особенности родов в этнографических группах чувашей: Возможность акушерско-психологических соответствий? // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 112-114.

В работе представлены результаты анализа клинических особенностей родового процесса у сельских женщин чувашской национальности двух наиболее этнографически отдаленных групп (*вирьялов* и *анатри*) в сопоставлении с их репродуктивными и социодемографическими показателями. Обнаружены определенные различия между группами, в основе которых в числе прочих могут лежать определенные психологические особенности женщины, необходимость изучения которых довольно актуальна.

Голенков А.В. III съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 115-119.

Публикуется информация о прошедшем 28-29 июня 2005 г. в Чебоксарах съезде профессионалов в области охраны психического здоровья населения республики. Приведена тематика докладов, в том числе секции по сестринскому делу. Переизбрано руководство Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов на следующие пять лет.

Николаев Е.Л. XIV съезд психиатров России: Новые возможности, новые перспективы // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 120-126.

Содержатся материалы о ходе работы XIV съезда психиатров России, прошедшего в Москве 15-18 ноября 2005 г. Выступления на пленарных заседаниях были посвящены актуальным вопросам охраны психического здоровья населения страны. Также обсуждены важные для психиатрии организационные вопросы.

Решение XIV съезда психиатров России // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 127-129.

Сформулированы ключевые проблемы психиатрической службы, требующие неотложного решения.

Специалист года // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 130-131.

Содержится интервью с врачом С.А. Софроновым, который в 2005 г. стал победителем конкурса на лучшего психиатра Чувашии.

Лекомцев В.Т. Рецензия на хрестоматию А.В. Голенкова «Художественная психопатология» // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 132-133.

С позитивных позиций оценивается выход в свет хрестоматии, облегчающей изучение и понимание психиатрии посредством использования произведений отечественной и зарубежной литературной классики.

ЏАК НОМЕРТИ РЕФЕРАЧЁСЕМ

Голенков А.В. Чăваш енри психиатри аталанăвĕн историйĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2005. № 1. 8-35 с.

Психика улашăвĕн чирĕсем Чăваш çĕрĕнче мĕн тери сарăлнине XIX ĕмĕр пуçламăшĕнчен палăртса тишкернĕ. Статъяра тăватă истори тапхăрĕ сăнланă: земство умĕнхи çулсем, земство вăхăчĕ, куçамла тапхăр, психиатри службине йĕркеленĕ хыçсанхи çулсем.

Козлов А.В. Чăваш Республикинче психиатри служби йĕркеленсе çирĕпленни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2005. № 1. 36-55 с.

Психиатри службипе учрежденийĕсен ёçĕ-хĕлне палăрткан тĕп саккунсемпе тата нормативла документсемпе паллаштарать. Чăваш психиатри учрежденийĕсене статъяра малашлах çул-йĕрне кура сăнласа панă.

Булыгина И.Е., Федорова С.Д., Андреева А.П. Чăваш Республикинчи халăха кўрекен наркологи пулашăвĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2005. № 1. 56-62 с.

Психоактивла им-çам ёçнипе сыхăнă лару-тăру республикара мĕнле пулнине сăнласа панă. Чăваш наркологи службин аталану тапхăрĕсене тата малашнехи ўсенў приоритетĕсене палăртнă. Профилактика ведомствăсен пĕрлехи ёçĕ пулмаллине сăлтавласа кăтарнă.

Николаев Е.Л., Орлов Ф.В. Чăваш Республикинчи психотерапипе клиника психологийĕн аталану тапхăрĕсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2005. № 1. 63-67 с.

Психотерапипе клиника (медицина) психологийĕ Чăваш енре иртнĕ ёмĕрĕн 80-мĕш çулĕсенчех анăçла аталанма пуçланă, кун пек регионсем Раçсейре ун чухне йышла пулман. Республикара психотерапи центрне уçни психологи пулашăвĕпе психотерапи аталанăвĕшĕн уйрамах пĕлтерĕшлĕ пулнă.

Козлов А.Б. Чăваш Республикинчи суицидологи служби // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2005. № 1. 68-81 с.

Сын хай џине алă хуни чылай џершывра вилемён вунă тѣп сăлтавѣ йышне кѣрет. Пурнăџа татакан суицидсен хисепѣ Чăваш енре те пысăк. Статьяра џакан пек лару-тăрăван сăлтавѣсене сăнланă. Республика халăхне суицидологи пулăшăвѣпе тивѣџтерессине лайăхлатмалли џул-йѣре палăртнă.

Голенков А.В. Халăхан психика сывлăхне упрама пулăшакан аслăлăхан Чăваш енри аталану приоритѣсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2005. № 1. 82-85 с.

Психиатри тѣпчевѣсене ирттермелли майсем пирѣн республикара иртнѣ ѣмѣрѣн 90-мѣш џулѣсенче џеџ усăмлăнѣџ. Хальхи вăхăтра клиника-эпидемиологи, генетика, экологи тата йѣркелѣ ѣџ-хѣлѣ мала тухрѣ. Пирѣн регионшан џаван пекех экономикапа этнокультура тѣпчевѣсем тата харăсах тѣрлѣ дисциплинапа џыханнă шыравсем пѣлтерѣшлѣ.

Психиатрипе, наркологие тата медицина психологийѣпе Чăваш енре пурнăџланă квалификацилле аслăлăх ѣџсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2005. № 1. 86-87 с.

1998–2005 џулсенче хутѣленѣ тѣпчев ѣџсен авторне, темине, специальноџне тата апа хăш диссертаци канашенче пурнăџланине кăртнă.

Николаев Е.Л. Культура хутлăхенчи психотерапи. Пѣрремѣш статья: Арлăх-ѣсем, џемье-тивѣџ тата ас-хакăл хаклăхен аспѣкѣсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2005. № 1. 88-111 с.

Чикѣ леш енче тата хамăран џершывра тухнă литературапа тѣле курса, психотерапи ѣџенчи этнокультура вăйăмне тишкернѣ. Тен џынна тѣрлѣ енлѣ витѣм кўнине тата – џакна шуга илсе – психотерапи вăхăтѣнче џынна ас-хакăл тѣлѣшѣнчен аталанма пулăшмалли майсене тѣплѣн тѣпченѣ.

Емешева Л.Ю., Николаев Е.Л. Тёрлӗ этнографи ушкӑнӗсенчи чӑвашсен ача суратассипе сыхӑнӑ акушерствӑпа психологи уйрӑмлӑхӗсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2005. № 1. 112-114 с.

Чӑвашсен икӗ этнографи ушкӑнне – вирьялсен тата анатрисен йышне – кӗрекен ял хӗрарӑмӗсен ача суратассинче палӑракан клиника уйрӑмлӑхӗсене тишкерсе пӗтӗмлетнӗ, репродукции тата социодемографи кӑтартӑвӗсене шута илсе танлаштарнӑ. Ҫакӑ та пӗлтерӗшлӗ: хӗрарӑман психологи уйрӑмлӑхӗсем те этнографи ушкӑнӗн ӑрасналӑхне витӗм кӑме пултараҫҫӗ.

Голенков А.В. Чӑваш психиатрӗсен, наркологӗсен, психотерапевчӗсен III съезчӗ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2005. № 1. 115-119 с.

Республикари халӑхӑн психика сывлӑхне управ тӗлӗшпе ӗҫленсен 2005 ҫулхи ҫӗртме уйӑхӗн 28–29-мӗшӗсенче Шупашкарта иртнӗ съезчӗн ӗҫӗ-хӗлӗпе кӗскен паллаштарнӑ, доклад темисене асаннӑ. Чӑваш психиатрӗсен, наркологӗсен тата психотерапевчӗсен ассоциацийӗн ертӗҫисене тепӗр пилӗк ҫуллӑха суylаса хӑварнине каланӑ.

Николаев Е.Л. Раҫҫей психиатрӗсен XIV съезчӗ: Ҫӗнӗ майсемпе малашлӑх // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2005. № 1. 120-126 с.

Раҫҫей психиатрӗсен 2005 ҫулхи чӑк уйӑхӗн 15–18-мӗшӗсенче Мускавра иртнӗ XIV съезчӗн материалӗсене ыраӑн панӑ. Съезд пирӗн ҫӗршыври халӑхӑн психика сывлӑхне управсипе сыхӑннӑ ҫивӗч ыйтусене пӑхса тухнӑ, психиатрин йӗркелӗ ыйтӑвӗсене тишкернӗ.

Раҫҫей психиатрӗсен XIV съезчӗн йышӑнӑвӗсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2005. № 1. 127-129 с.

Психиатри службин ҫийӗнчех татса памалли ҫивӗч ыйтӑвӗсене палӑртнӑ.

Султалăк асташи // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарши]. 2005. № 1. 130-131 с.

С.А. Софронов врачран илнĕ интервью пичетленнĕ. Вăл 2005 султа ятарлă конкурсра сĕнтерсе Чăваш енĕн чи лайăх психиатрĕ пулса тăнă.

Лекомцев В.Т. А.В.Голенковăн «Художественная психопатология» хрестоматине тишкерсе хак пани // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарши]. 2005. № 1. 132-133 с.

Нумаях пулмасть кун сути курнă хрестоматие ырапа палăртнă. Хамăрăн сĕршыври тата чикĕ леш енчи литература классикĕсен хайлавĕсем психиатрие аңланма тата вĕренме пулăшаççĕ – çакна сĕнĕ хрестомати тата уçăмлăрах кăтартать.

ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

Golenkov A.V. The history of psychiatry formation in Chuvashia // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 8-35.

Historical information on prevalence of mental disorders in the region of Chuvashia from the beginning of the XIX century is given. Four historical stages of mental health service development are described: precursory to local rural self-government (pre‘zemstvo’), based on local self-government (‘zemstvo’), transitional and actual psychiatric (period of formation and development of psychiatric service).

Kozlov A.B. Organisation and development of psychiatric service in the Chuvash Republic // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 36-55.

Materials on basic legislative documents and departmental instructions that regulate work of psychiatric institutions and services are presented. Characteristic of different psychiatric institutions of Chuvashia is given in view of directions of their further development.

Bulygina I.E, Fedorova S.D., Andreeva A.P. Narcological public health service in the Chuvash Republic // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 56-62.

The actual situation related to substance abuse in Chuvashia is described. Basic periods of regional narcological service formation and strategic priorities of its further development are designated. The importance of intersectoral approach in prevention policy is shown.

Nikolaev E.L, Orlov F.V. Stages of psychotherapy and clinical psychology development in the Chuvash Republic // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 63-67.

Chuvashia belongs to few regions of Russia where as early as the 1980-s psychotherapy and clinical (medical) psychology began successfully to develop. Organisation of regional Center for psychotherapy became the turning point for development of psychotherapeutic and psychologic public service.

Kozlov A.B. Suicide prevention service in the Chuvash Republic // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 68-81.

Suicides are included into the number of ten basic reasons for death in population of many countries. Chuvashia belongs to regions with high level of completed suicides. The basic reasons for such situation in the region are described. The directions for further improvement of suicide prevention service in the republic are designated.

Golenkov A.V. Priorities of science development in the field of mental health protection in Chuvashia // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 82-85.

The prerequisites for scientific research in the field of psychiatry appeared in Chuvashia only in the 1990-s. Clinical and epidemiological, genetic, ecological and organisational directions are the present day scientific priorities here. Economic, ethnocultural research and works on the cross-section of science branches are another issue of the day in the region.

Qualifying scientific works in psychiatry, narcology and medical psychology completed in Chuvashia // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 86-87.

Authors, topics, scientific research specialties as well as dissertational councils where in 1998-2005 period candidates for degrees defended their theses are specified here.

Nikolaev E.L. Psychotherapy in context of culture. Article 1: Aspects of gender, age, family roles and spiritual values // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 88-111.

The review of ethnocultural determinants of psychotherapy is based on the analysis of international and Russian studies. The role of gender, family and age factors is discussed. Personality resources for spiritual growth during psychotherapy in consideration with different context of religiosity are comprehensively studied.

Yemesheva L.Y., Nikolaev E.L. Clinical characteristics of delivery in Chuvash ethnographic groups: Possibilities for obstetrical and psychological correspondence // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 112-114.

The work is devoted to analysis of clinical traits of delivery in Chuvash rural women of two ethnographic groups (viri'al and anatri) in comparison with their reproductive and sociodemographic characteristics. The certain distinctions between the groups are found out. The proposed reasons are certain psychological features of women. The necessity of study of them is rather urgent.

Golenkov A.V. Chuvash psychiatrists, narcologists, psychotherapists' III Congress // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 115-119.

The information on regular Congress of mental health specialists of the Republic which was held in June, 28-29, 2005 in Cheboksary is published. The subject of reports, including section on nursing in psychiatry are given. The new head of the Chuvash association of psychiatrists, narcologists and psychotherapists elected for the next five is named.

Nikolaev E.L. Russian psychiatrists' XIV Congress: New trends and prospects // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 120-126.

The information about the work of the XIV Congresses of Russian psychiatrists which was held in Moscow on November 15-18, 2005 is contained. Plenary meetings' reports were devoted to current problems of mental health protection in population of the country. Important questions for psychiatric service were also discussed.

Resolution of the Russian psychiatrists' XIV congress // “Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 127-129.

The key problems of national psychiatric service that demand urgent solutions are formulated.

Specialist of the year // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 130-131.

Interview with doctor S.A. Sofronov who in 2005 became ‘Psychiatrist of the year’ in Chuvashia.

Lekomtsev V.T. Review of the book by A.V. Golenkov “Psychopathology in fiction” // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2005. No 1. P. 132-133.

The publication of “Psychopathology in fiction” is estimated from positive views as it can facilitate study and comprehension of psychiatry by means of reading selected works of Russian and foreign literary classics.

ТУПМАЛЛИ

Редактор сәмахә 6

ИРТНИПЕ ХАЛЬХИ

А.В. Голенков

Чăваш енри психиатри аталанăвĕн историйĕ 8

А.Б. Козлов

Чăваш Республикинче психиатри служби йĕркеленсе сирĕпленни 36

И.Е. Булыгина, С.Д. Федорова, А.П. Андреева

Чăваш Республикинчи халăха кўрекен наркологи пулăшăвĕ 56

Е.Л. Николаев, Ф.В. Орлов

Чăваш Республикинчи психотерапие
клиника психологийĕн аталану тапхăрĕсем 63

А.Б. Козлов

Чăваш Республикинчи суицидологи служби 68

ĂСЛĂЛĂХ ТĔПЕЛĔНЧЕ

А.В. Голенков

Халăхăн психика сывлăхне упрама пулăшакан
ăслăлăхăн Чăваш енри аталану приоритетĕсем 82

Психиатрипе, наркологипе тата медицина психологийĕпе

Чăваш енре пурнăçланă квалификацилле ăслăлăх еçĕсем 86

КУЛЬТУРАСЕН ТĔЛУЛАВĔ

Е.Л. Николаев

Культура хутлăхĕнчи психотерапи. Пĕрремĕш статья:

Арлăх-ўсем, ҫемье-тивҫ тата ҫс-хакъл хаклăхĕн аспекчĕсем 88

Л.Ю. Емешева, Е.Л. Николаев

Тĕрлĕ этнографи ушкăнĕсенчи чăвашсен ача суратассипе
сыхăннă акушерствăпа психологи уйрăмлăхĕсем: 112

ПУЛĂМСЕМПЕ ЯТСЕМ

А.В. Голенков

Чăваш психиатрĕсен, наркологĕсен, психотерапевчĕсен III съезчĕ 115

Е.Л. Николаев

Раçсей психиатрĕсен XIV съезчĕ: Ҫĕнĕ майсемпе малашлăх 120

Раçсей психиатрĕсен XIV съезчĕн йышăнавĕсем 127

Султалăк ăстаҫи 130

В.Т. Лекомцев

А.В.Голенковăн «Художественная психопатология»
хрестоматине тишкерсе хак пани 132

Ҫак номерти реферачĕсем 134

CONTENTS

Editor's note	6
---------------------	---

HISTORY AND PRESENT

<i>A.V. Golenkov</i> The history of psychiatry formation in Chuvashia	8
<i>A.B. Kozlov</i> Organisation and development of psychiatric service in the Chuvash Republic	36
<i>I.E. Bulygina, S.D. Fedorova, A.P. Andreeva</i> Narcological public health service in the Chuvash Republic	56
<i>E.L. Nikolaev, F.V. Orlov</i> Stages of psychotherapy and clinical psychology development in the Chuvash Republic	63
<i>A.B. Kozlov</i> Suicide prevention service in the Chuvash Republic	68

SCIENCE FOCUS

<i>A.V. Golenkov</i> Priorities of science development in the field of mental health protection in Chuvashia	82
Qualifying scientific works in psychiatry, narcology and medical psychology completed in Chuvashia	86

CROSSROAD OF CULTURES

<i>E.L. Nikolaev</i> Psychotherapy in context of culture. Article 1: Aspects of gender, age, family roles and spiritual values	88
<i>L.Y. Yemesheva, E.L. Nikolaev</i> Clinical characteristics of delivery in Chuvash ethnographic groups: Possibilities for obstetrical and psychological correspondence	112

NAMES AND EVENTS

<i>A.V. Golenkov</i> Chuvash psychiatrists, narcologists, psychotherapists' III Congress	115
<i>E.L. Nikolaev</i> Russian psychiatrists' XIV Congress: New trends and prospects	120
Resolution of the Russian psychiatrists' XIV Congress	127
Specialist of the year	130
<i>V.T. Lekomtsev</i> Review of the book by A.V. Golenkov "Psychopathology in fiction"	132
Abstracts of the current issue	134

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

№ 1
2005

Подписано в печать 06.02.2006. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 8,6. Уч.-изд. л. 8,0. Тираж 500 экз. Заказ 122

Отпечатано в типография издательства «Новое время»
428005, Чебоксары, ул. Ломоносова, 2. 46-43-46