

Consortium PSYCHIATRICUM

2024 | Том 5 | Выпуск 1 | www.consortium-psy.com | ISSN 2712-7672 (Print) | ISSN 2713-2919 (Online)

Самостигматизации у пациентов с эндогенными психическими расстройствами CP15485

Синдром каннабиноидной
гиперемезии у хронического
потребителя каннабиса
на фоне воздержания:
диагностика и лечение
CP15473

Когда синдром Дхат является
проявлением бредового
расстройства: серия
клинических случаев
CP15510

Внебольничная
психиатрическая помощь
в Венгрии : история прогресса
и тенденции дальнейшего
развития
CP15483



Consortium PSYCHIATRICUM

Founder & Editor-in-Chief

George P. Kostyuk (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-3073-6305

Deputy Editors-in-Chief

Olga A. Karpenko (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-0958-0596

Sergei A. Trushchelev (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0003-4836-3129

Editorial Board

Michel Botbol (Brest, France) ORCID: 0000-0001-8938-8651

Tatiana S. Buzina (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-8834-251X

Vladimir P. Chekhonin (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0003-4386-7897

Wolfgang Gaebel (Düsseldorf, Germany) SCOPUS: 12766622100

Helen Herrman (Melbourne, Australia) ORCID: 0000-0003-3064-1813

Roy Abraham Kallivayalil (Thiruvalla, India) ORCID: 0000-0002-1991-3796

Tatiana P. Klyushnik (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0001-5148-3864

Mariya S. Kovyazina (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-1795-6645

Mario Maj (Naples, Italy) ORCID: 0000-0001-8408-0711

Alexander A. Makarov (Moscow, Russia) SCOPUS: 35494843600

Elena S. Molchanova (Bishkek, Kirgizstan) ORCID: 0000-0002-4268-9008

Nikolay G. Neznanov (Saint Petersburg, Russia) ORCID: 0000-0001-5618-4206

Nikolay A. Bokhan (Tomsk, Russia) ORCID: 0000-0002-1052-855X

Alexander G. Sofronov (Saint Petersburg, Russia) ORCID: 0000-0001-6339-0198

Kathleen Pike (New York, USA) ORCID: 0000-0003-4584-4250

Stefan Priebe (London, UK) ORCID: 0000-0001-9864-3394

Geoffrey Reed (New York, USA) ORCID: 0000-0002-6572-4785

Anita Riecher-Rössler (Basel, Switzerland) ORCID: 0000-0001-6361-8789

Norman Sartorius (Geneva, Switzerland) ORCID: 0000-0001-8708-6289

Naotaka Shinfuku (Fukuoka, Japan) ORCID: 0000-0002-7390-9077

Sir Graham Thornicroft (London, UK) ORCID: 0000-0003-0662-0879

Yuriy P. Zinchenko (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-9734-1703

Alisa V. Andryuschenko (Moscow, Russia) RSCI: 8864-3341

Maya A. Kulygina (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0003-4255-8240

Marija Mitkovic-Voncina (Belgrade, Serbia) SCOPUS: 57191430028

Denis S. Andreyuk (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0002-3349-5391

Alexey V. Pavlichenko (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0003-2742-552X

Natalia D. Semenova (Moscow, Russia) ORCID: 0000-0001-7698-1018

Timur S. Syunyakov (Tashkent, Uzbekistan) ORCID: 0000-0002-4334-1601

Consortium Psychiatricum

Peer-reviewed quarterly medical journal

Editor

Aleksander B. Berdalin (Moscow, Russia)

Assistant Editor

Teona G. Chanturiya (Moscow, Russia)

Director of Marketing & Communications

Elena A. Makova (Moscow, Russia)

Publisher

Eco-Vector

Address: 3A, Aptekarskiy lane,
Saint Petersburg, Russia 191186

Phone: +7 (812) 648-83-66

E-mail: info@eco-vector.com

WEB: www.eco-vector.com

Editorial office

Address: 2, Zagorodnoe shosse,
Moscow, Russia 117152

Phone: +7 (495) 952-88-33 (ex. 16213)

E-mail: editor@consortium-psy.com

WEB: www.consortium-psy.com

Индексация

Scopus

PubMed Central

RSCI

PsycInfo

DOAJ Seal

Volume 5 Issue 1

ISSN 2712-7672 (Print)

ISSN 2713-2919 (Online)

Frequency: 4 times a year. Signed for printing: 25.03.2024 Printing House: Mediacolor LLC, 19, Signalny proesd, Moscow, Russia, 127273

© Eco-Vector, 2024

This is an Open Access journal, articles available online under the CC BY 4.0 license. The editorial board and editors are not responsible for the published advertising materials. The articles present the authors' point of view, which may not coincide with the opinion of the editors and publisher. Subscription to the print version of the journal available on www.consortium-psy.com

Главный редактор и учредитель

Георгий Костюк (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-3073-6305

Заместители главного редактора

Ольга Карпенко (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-0958-0596

Сергей Трущелев (Москва, Россия) ORCID: 0000-0003-4836-3129

Редакционная коллегия

Мишель Ботболь (Брест, Франция) ORCID: 0000-0001-8938-8651

Татьяна Бузина (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-8834-251X

Владимир Чехонин (Москва, Россия) ORCID: 0000-0003-4386-7897

Вольфганг Гебель (Дюссельдорф, Германия) SCOPUS: 12766622100

Хелен Херрман (Мельбурн, Австралия) ORCID: 0000-0003-3064-1813

Рой Абрахам Калливаяялил (Тирувалла, Индия) ORCID: 0000-0002-1991-3796

Татьяна Ключник (Москва, Россия) ORCID: 0000-0001-5148-3864

Мария Ковязина (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-1795-6645

Марио Май (Неаполь, Италия) ORCID: 0000-0001-8408-0711

Александр Макаров (Москва, Россия) SCOPUS: 35494843600

Елена Молчанова (Бишкек, Кыргызстан) ORCID: 0000-0002-4268-9008

Николай Незнанов (Санкт-Петербург, Россия) ORCID: 0000-0001-5618-4206

Николай Бохан (Томск, Россия) ORCID: 0000-0002-1052-855X

Александр Софронов (Санкт-Петербург, Россия) ORCID: 0000-0001-6339-0198

Кейтлин Пайк (Нью-Йорк, США) ORCID: 0000-0003-4584-4250

Стефан Прибе (Лондон, Великобритания) ORCID: 0000-0001-9864-3394

Джеффри Рид (Нью-Йорк, США) ORCID: 0000-0002-6572-4785

Анита Рихер-Рёсслер (Базель, Швейцария) ORCID: 0000-0001-6361-8789

Норман Сарториус (Женева, Швейцария) ORCID: 0000-0001-8708-6289

Наотакэ Синфуку (Фукуока, Япония) ORCID: 0000-0002-7390-9077

Сэр Грэхэм Торникрофт (Лондон, Великобритания) ORCID: 0000-0003-0662-0879

Юрий Зинченко (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-9734-1703

Алиса Андрющенко (Москва, Россия) RSCI: 8864-3341

Майя Кулыгина (Москва, Россия) ORCID: 0000-0003-4255-8240

Мария Миткович-Вончина (Белград, Сербия) SCOPUS: 57191430028

Денис Андрюк (Москва, Россия) ORCID: 0000-0002-3349-5391

Алексей Павличенко (Москва, Россия) ORCID: 0000-0003-2742-552X

Наталья Семёнова (Москва, Россия) ORCID: 0000-0001-7698-1018

Тимур Сюняков (Ташкент, Узбекистан) ORCID: 0000-0002-4334-1601

Consortium Psychiatricum

Научный медицинский журнал

Редактор

Александр Бердалин (Москва, Россия)

Менеджер редакции

Теона Чантурия (Москва, Россия)

Директор по маркетингу и связям с общественностью

Елена Макова (Москва, Россия)

Издатель

Эко-Вектор

Адрес: 191186, Россия, Санкт-Петербург,

Аптекарский пер. д.3

Телефон: +7 (812) 648-83-66

E-mail: info@eco-vector.com

Сайт: www.eco-vector.com

Контакты редакции

Почтовый адрес: 117152, Россия,

Москва, Загородное шоссе, 2

Телефон: +7 (495) 952-88-33 (доб.16213)

E-mail: editor@consortium-psy.com

Сайт: www.consortium-psy.com

Индексация

ВАК

Scopus

РИНЦ

PubMed Central

Том 5 Выпуск 1

ISSN 2712-7672 (Print)

ISSN 2713-2919 (Online)

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Свидетельство о регистрации ПИ No ФС 77-78122 от 13 марта 2020 г. Периодичность: 4 раза в год. Дата выхода в свет: 25.03.2024.

Типография: ООО "Медиаколор", 127273, г. Москва, Сигнальный проезд, д. 19. Тираж: 350 экз. Распространяется бесплатно.

© Эко-Вектор, 2024

Статьи журнала публикуются с лицензией Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Редакционная коллегия и редакторы не несут ответственности за опубликованные рекламные материалы. В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции и издателя. Подписка на печатную версию журнала доступна на www.consortium-psy.com

Содержание

ИССЛЕДОВАНИЕ

Суицидальные попытки с использованием насильственных способов: гендерные различия, диагностика и частота обращения людей за психиатрической помощью в Мехико

CP13457

Данаэ Алехандра Хуарес-Домингес, Карен Мишель Артеага-Контрерас, Эктор Кабельо Ранхель

Самостигматизации у пациентов с эндогенными психическими расстройствами: кроссекционное сравнительное исследование

CP15485

Татьяна Солохина, Дмитрий Ошевский, Александра Бархатова, Марианна Кузьминова, Галина Тюменкова, Лейла Алиева, Алиса Штейнберг, Анна Чуркина

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Синдром каннабиноидной гиперемезии у хронического потребителя каннабиса на фоне воздержания: диагностика и лечение

CP15473

Ясмин Эль-Шериф, Сария Гухер, Мутаз Мохсин Абульхаб, Джозеф Эль-Хури

От потерянного «Я» к новому «Я»: описание клинического случая применения нарративной терапии у пациентки с приобретенной травмой головного мозга

CP15477

Мриналини Махаджан, Шантала Хегде, Санджиб Синха

Когда синдром Дхат является проявлением бредового расстройства: серия клинических случаев

CP15510

Дебанджан Бхаттачарджи, Дебанджан Банерджи

СПЕЦИАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Внебольничная психиатрическая помощь в Венгрии: история прогресса и тенденции дальнейшего развития

CP15483

Тюнде Бульяки, Роберт Вернигг, Петер Кери, Андреа Ач, Адриенн Слезак, Андреа Бодроги, Юдит Харангозо

ИНТЕРВЬЮ

Н Ψυχή.1 Психея или женская природа наук о душе (Доступно только в онлайн-версии)

CP178

Мария Долгалева

Суицидальные попытки с использованием насильственных способов: гендерные различия, диагностика и частота обращения людей за психиатрической помощью в Мехико

Suicide attempt violence: gender differences, diagnosis and psychiatric care seeking in Mexico City

doi: 10.17816/CP13457

Оригинальное исследование

Danae Alejandra Juárez-Domínguez¹,
Karen Michelle Arteaga-Contreras²,
Héctor Cabello Rangel²

¹ National University Autonomous of Mexico, Mexico City,
Mexico

² Psychiatric Hospital "Fray Bernardino Álvarez", Mexico City,
Mexico

Данаэ Алехандра Хуарес-Домингес¹,
Карен Мишель Артеага-Контрерас²,
Эктор Кабельо Ранхель²

¹ Национальный автономный университет Мексики,
Мехико, Мексика

² Психиатрическая больница "Fray Bernardino Álvarez",
Мехико, Мексика

ABSTRACT

BACKGROUND: Suicide cases in Mexico have increased during the last two years and are the second-leading cause of death in the young adult population.

AIM: To describe gender differences in violent suicide attempts as relates to diagnosis and the seeking of psychiatric care.

METHODS: A descriptive retrospective study was conducted. The referral forms of 241 patients who had attempted suicide were analyzed.

RESULTS: The mean age of the patients was 29.1 (SD=10.8) years, $n=140$ (58.1%) of the sample were women. Affective disorders were the most frequent diagnoses for both sexes. Women were more likely to delay seeking psychiatric care: 60 days versus 30 days of delay for men ($p=0.009$). Men were shown to more frequently resort to violent suicide methods. Both women and men who used violent suicide methods were shown to delay by more days the seeking of psychiatric care than those who were found to have used non-violent suicide methods.

CONCLUSION: We found that patients who use more violent methods of suicide took longer before seeking psychiatric care. This delay in accessing psychiatric care can be thought to contribute to the fact that completed suicides are more frequent within that category of patients. The majority of suicide attempts occurred in the 17–24 years age group; therefore, it seems reasonable to analyze the existing barriers to seeking psychiatric care, mainly in the young adult population, and to design strategies to bring mental health services closer to this population group.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: За последние два года в Мехико увеличилось число суицидов, которые, таким образом, стали второй по значимости причиной смерти среди взрослого населения молодого возраста. Культурные факторы и уровень экономического развития влияют на гендерные различия. В развивающихся странах они менее выражены, чем в развитых.

ЦЕЛЬ: Изучить гендерные особенности суицидального поведения в зависимости от возрастных аспектов, фактора наличия психических расстройств и своевременности диагностики, а также выбора способа самоубийства.

МЕТОДЫ: Проведено ретроспективное описательное исследование. Проанализированы анкеты 241 пациента, совершившего суицидальную попытку.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Средний возраст исследуемых пациентов был равен 29,1 (SD=10,8) года. Женщины составили 58,1% ($n=140$) выборки. У пациентов обоих полов чаще всего диагностировали аффективные расстройства. Женщины с большей вероятностью откладывали обращение за психиатрической помощью по сравнению с мужчинами (задержка в обращении составила 60 дней по сравнению с 30 днями у мужчин; $p=0,009$). Установлено, что мужчины чаще прибегают к совершению суицида с использованием более травматичного способа. Также отмечено, что и женщины, и мужчины, использовавшие насильственный способ совершения суицидальной попытки, откладывали обращение за психиатрической помощью на большее число дней, чем те, которые применяли менее травматичные способы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Пациентам, которые использовали насильственные способы с более высоким риском летального исхода позже обращались за психиатрической помощью чаще, чем лица после менее опасных попыток. Предполагается связь между более поздним обращением за помощью и риском завершённого суицида. Большое число суицидальных попыток в возрастной группе 17–24 года показывает важность изучения факторов, препятствующих обращению молодежи за психиатрической помощью, что поможет разработать стратегию повышения доступности для них служб охраны психического здоровья.

Keywords: *suicide; violent suicide attempt; mental disorders; psychiatric emergencies; self-harm*

Ключевые слова: *суицид; суицидальная попытка с использованием насильственного способа; психические расстройства; экстренная психиатрическая помощь; самоповреждение*

ВВЕДЕНИЕ

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), суицид ежегодно совершают 700 тыс. человек, что составляет 11,4 на 100 тыс. жителей планеты¹. В различных регионах мира в последние годы возросла частота суицидального поведения. Так, в США число обращений в отделение неотложной помощи с подозрением на суицидальную попытку среди девочек в возрасте 12–17 лет увеличилось на 50,6% по сравнению с аналогичным периодом в 2019 году [1]. С 2014 года в Северной и Южной Америке частота суицидов

снизилась среди пожилых людей и увеличилась у подростков и молодых людей, вследствие чего суицид стал второй по значимости причиной смерти в возрастной группе 15–29 лет (с частотой 13,8 на 100 тыс. населения) после смерти в результате дорожно-транспортных происшествий². В Греции зафиксировано увеличение числа суицидальных эпизодов на 10,40% по сравнению с допандемическим периодом [2]. В Новой Зеландии рост частоты суицидальных мыслей наблюдали у молодых людей в возрасте от 18 до 34 лет, потерявших работу или столкнувшихся с перспективой снижения

¹ ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) [Интернет]. Суицид; 2021 [дата обращения: июль 2022]. Доступ по ссылке: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

² Панамериканская организация здравоохранения. Смертность от самоубийств в Северной и Южной Америке. Региональный отчёт 2010–2014 гг. Вашингтон, 2021.

доходов [3]. В Мексике, по данным Национального института статистики и географии (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI), в течение 2020 года было зарегистрировано на 673 случая самоубийств больше по сравнению с предыдущим годом, зафиксирован рост показателя с 5,4 до 9,9 на 100 тыс. жителей страны³.

Суицид определяется экспертами ВОЗ как преднамеренное прекращение собственной жизни. Его распространённость и используемые методы различаются в зависимости от пола. Так, для мужчин асфиксия является наиболее часто используемым методом в субрегионах Центральной Америки, испаноязычных странах Карибского бассейна и Мексики, тогда как в Южной Америке и Северной Америке основным способом оказывается применение ручного огнестрельного оружия. Для женщин в Северной Америке (36,5%) и в испаноязычных странах Карибского бассейна (57,4%) наиболее часто используемым методом стало отравление¹. В Мексике среди способов самоубийства, используемых мужчинами, на первом месте по частоте находится повешение, затем применение ручного огнестрельного оружия и отравление, а среди женщин — повешение, отравление и применение ручного огнестрельного оружия [4]. Выбор способа при попытке самоубийства зависит от таких факторов, как доступность и культурная приемлемость [5]. Ещё одним новым фактором, который повлиял на суицидальное поведение, стали ограничительные условия жизни в связи с пандемией, вызванной вирусом SARS-CoV2. В частности, строгие карантинные ограничения привели к росту частоты развития депрессий, зависимости от психоактивных веществ и суицидов, связанных с этой патологией.

По данным Национального исследования здоровья и питания 2022 года, проведённого в Мексике, распространённость суицидального поведения в определённый момент жизни у подростков составляет 6,5%, а у взрослых людей — 3,5%. Около 13% подростков, предпринявших суицидальную попытку, было госпитализировано, остальным в госпитализации было отказано [6]. Остаётся неизвестным, получили ли те, кому отказали в госпитализации, квалифицированную медицинскую помощь, что вызывает беспокойство, поскольку люди с суицидальными мыслями сталкиваются с 10-кратным повышением риска смерти

от самоубийства [7]. Отсутствие доступа к медицинской помощи повышает вероятность совершения суицида после суицидальной попытки: она составляет 2,8% через год, 5,6% — через 5 лет и 7,4% — через 10. Этот показатель тесно связан с психиатрическим диагнозом [8], поэтому индивидуальное наблюдение за такими пациентами имеет большое значение для предотвращения новых попыток самоубийства.

Недавняя пандемия COVID-19 изменила сценарий суицидального поведения. В различных исследовательских работах приводятся весьма противоречивые результаты. Они варьируют от тех, в которых установили увеличение числа суицидальных мыслей во время пандемии, до работ, в которых не было зафиксировано никакого изменения этого параметра по сравнению с предыдущими годами [9–12]. В других исследованиях авторы сообщают о снижении частоты суицидального поведения [13–15]. Напротив, показано, что в Мексике число завершённых случаев суицидов в течение 2020 года увеличилось, особенно среди молодого взрослого населения. Этот тренд совпадал с повышением уровня депрессивных и тревожных расстройств [16]. Наиболее высокий уровень распространённости этих симптомов наблюдали среди латиноамериканского населения в возрасте 18–24 лет [17]. Также было документально подтверждено, что запрет на посещение школы и стресс, связанный со школьными проблемами, способствовали росту распространённости суицидов [18]. Суицидальные мысли более распространены среди молодых людей, женщин и лиц, испытывающих финансовые трудности, имеющих хронические заболевания и психические расстройства [19, 20].

В Мексике известны методы, используемые для завершённых суицидов, но данные о промежутке времени между появлением симптомов психического заболевания и возникновением суицидального поведения, неотложно требующего психиатрической помощи, ограничены.

Мы предположили, что существуют гендерные особенности у пациентов с суицидальным поведением, обращающихся за психиатрической помощью. Различия по полу обуславливают способ суицида, который также связан с характером и тяжестью психической патологии, в частности, с коморбидностью диагнозов.

³ Национальный институт статистики и географии [Интернет]. Перепись населения; 2021 [дата обращения: апрель 2023]. Доступ по ссылке: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_07_f6061818-d620-4269-adbb-d4376cc22c0d

Цель исследования — изучить гендерные особенности суицидального поведения в зависимости от возрастных аспектов, фактора наличия психических расстройств и своевременности диагностики, а также выбора способа самоубийства у пациентов, поступивших в отделение неотложной психиатрической помощи по поводу суицидального поведения.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено ретроспективное описательное исследование.

Выборка

Выборка была составлена из пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи психиатрической больницы «Фрай Бернардино Альварес» (Hospital Psiquiátrico «Fray Bernardino Álvarez», HPFBA) по поводу суицидального поведения, на которых были заполнены специально разработанные анкеты.

Для расчёта размера выборки использовали формулу конечной выборки со следующими параметрами:

- уровень доверительной вероятности $Z=1,96$;
- % популяции с интересующей характеристикой $p=11\%$;
- % популяции без интересующей характеристики $q=89\%$;
- максимально допустимая ошибка оценки $e=4\%$;
- размер универсальной выборки $N=11\ 800$.

Расчётный размер выборки составил $n=241$. Для составления выборки методом простого случайного отбора было отобрано 15 комплектов медицинских анкет, которые позволили заполнить исследовательскую анкету 241 пациенту с суицидальным поведением.

Источник данных

Для целей исследования были использованы анкеты пациентов, находившихся на лечении в отделении неотложной помощи HPFBA в период с марта по декабрь 2020 года. Обязательная информация анкеты включала следующие данные:

- а) возраст;
- б) пол;
- в) суицидальная попытка, определяемая как самоповреждающее поведение с нефатальным исходом при наличии доказательств (явных или скрытых) того, что пациент намеревался умереть [21];

- г) психиатрический диагноз по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10);
- д) время, прошедшее с момента появления симптомов текущего эпизода психического расстройства до обращения за психиатрической помощью;
- е) число лечебно-профилактических учреждений, которые пациент посещал ранее (до получения квалифицированной психиатрической помощи) в связи с данным расстройством/эпизодом болезни;
- ж) способ самоубийства и его тяжесть, определяемая насильственными методами с повреждениями, несовместимыми с жизнью (повешение, удушение, огнестрельное оружие, прыжок с большой высоты или бросание на движущееся транспортное средство) или менее опасными, или ненасильственными методами (единичные травмы, нанесённые тупыми или острыми предметами, отравление веществами);
- з) один или более одного психиатрических диагнозов у пациента с суицидальной попыткой [22].

Анализ данных

Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием статистического программного обеспечения SPSS v. 26 (IBM, США). Для представления качественных переменных, абсолютных и относительных частот, а также для количественных переменных, измеряющих основную тенденцию и дисперсию, использовали описательную статистику. Проверку распределения на нормальность осуществляли при помощи теста Колмогорова–Смирнова. Для проверки гипотезы пользовались U-критерием Манна–Уитни. Для категориальных переменных применяли критерий χ^2 . Переменные (пол и наличие более чем одного психиатрического диагноза), показавшие $p < 0,05$, были включены в бинарный логистический регрессионный анализ.

Этическая экспертиза

В соответствии с положениями нормативных правовых актов о медицинских исследованиях Общего закона о здравоохранении исследование было признано безопасным. Комитет по исследованиям и исследовательской этике HPFBA одобрил проект работы (регистрация № CI-955 от 23.01.2023).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди отобранной 241 анкеты пациентов, обратившихся за помощью после суицидальной попытки в период с марта по декабрь 2020 года, была обнаружена сходная доля пациентов мужского и женского пола: 41,9% ($n=101$) и 58,1% ($n=140$) соответственно. Средний возраст общей выборки составил 29,1 года ($SD=10,8$); для женщин — 29,0 ($SD=11,5$), для мужчин — 29,2 года ($SD=9,8$). Статистически значимой разницы в U-критерии Манна–Уитни обнаружено не было (табл. 1).

В 214 случаях (88,4%) это оказался первый случай обращения за психиатрической помощью с начала текущего эпизода. Обнаружены статистически значимыми различия по полу ($\chi^2=4,737$, $p=0,030$). Женщины откладывали обращение за психиатрической помощью с момента появления симптомов психического расстройства на более длительный срок, чем мужчины, медиана составила 60 дней по сравнению с 30 днями у мужчин ($U=4893$, $p=0,009$; см табл. 1).

Кроме того, 111 пациентов (46,3%) сообщили, что посетили два лечебно-профилактических

учреждения, прежде чем смогли получить психиатрическую помощь, а 17 (7%) человек посетили >2 лечебно-профилактических учреждений, при этом установлены статистически значимые различия по полу ($U=7943$, $p=0,027$; см. табл. 1).

Как у мужчин, так и у женщин наиболее частыми диагнозами были расстройства личности и аффективные расстройства. Расстройства, связанные со стрессом, чаще встречались у женщин. Первичные психические расстройства преобладали у мужчин, для последних были выявлены статистически значимые различия ($\chi^2=17,37$, $p=0,001$; табл. 2).

Большинство суицидальных попыток приходилось на молодой возраст, наибольшее число их отмечалось в возрасте 17–24 лет. В этой возрастной группе наиболее частым основным диагнозом были расстройства личности (43,8%; $n=46$). В возрастных группах 25–40 лет и 41–59 лет самым частым диагнозом стали расстройства настроения — 41,2% ($n=40$) и 42,4% ($n=14$) соответственно. Критерий χ^2 показал статистически значимые различия в отношении расстройств личности, а также органических расстройств.

Таблица 1. Параметры обращения за психиатрической помощью в зависимости от пола ($n=241$)

Параметр	Мужчины ($n=101$)	Женщины ($n=140$)	p^*
Возраст, лет	29,2±9,8	29,0±11,5	0,417 ($U=6637$)
Время, прошедшее с момента появления симптомов до обращения за психиатрической помощью, дни, Ме [Q1; Q3]	30 [14; 180] (min/max=7/7565)	60 [6; 365] (min/max=7/6570)	0,009 ($U=4893$)
Число лечебно-профилактических учреждений, посещённых до получения психиатрической помощи ($n=128$), Ме [Q1; Q3]	2 [1; 2] (min/max=1/4) $n=57$	2 [1; 2] (min/max=1/5) $n=71$	0,027 ($U=7943$)

Примечание: * — $p < 0,05$ (U-критерий Манна–Уитни).

Таблица 2. Доля и частота основных диагнозов в зависимости от пола ($n=241$)

Диагноз	Основной диагноз		χ^2	df	p
	Мужчины, % ($n=101$)	Женщины, % ($n=140$)*			
Органические психические расстройства	2 (1,98)	1 (0,7)	0,765	1	0,382
Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ	12 (11,8)	3 (2,1)	9,533	1	0,002
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	14 (13,86)	1 (0,7)	17,375	1	0,001
Расстройства настроения (аффективные)	36 (35,6)	55 (39,5)	0,331	1	0,565
Расстройства, связанные со стрессом	10 (9,90)	13 (9,35)	0,026	1	0,873
Расстройства личности	23 (22,7)	62 (44,6)	11,894	1	0,001
Умственная отсталость	4 (3,96)	2 (1,4%)	1,549	1	0,213
Соматические болезни	0 (0,0)	2 (1,4%)	–	–	–

Примечание: *В одном случае в анкете не был указан диагноз.

Пожилая подгруппа составила всего 5 пациентов (2%) выборки; 2 случая оказались связаны с когнитивными нарушениями (табл. 3).

Наиболее частым методом для обоих полов, используемым для суицида, стало отравление. Анализ насильственных способов с более высоким риском летального исхода (повешение, прыжок с высоты или использование движущегося транспортного средства) показал, что их чаще использовали мужчины, чем женщины. Эти различия оказались статистически значимыми ($\chi^2=22,210$, $p < 0,05$; табл. 4). Повешение и удушение значительно чаще встречались среди мужчин по сравнению с женщинами ($\chi^2=47,784$, $p < 0,05$).

Пациенты с более чем одним психиатрическим диагнозом использовали более опасные методы

суицида ($\chi^2=7,940$, $p < 0,05$). Регрессионная модель оказалась хорошо подходящей по критерию Хосмера-Лемешова ($p=0,971$). У 76,7% пациентов (74 мужчины и 111 женщин) был установлен сопутствующий / дополнительный психиатрический диагноз. У пациентов в возрасте 25-40 лет наиболее частыми были расстройства личности (31,9%), аффективные расстройства (15,3%), расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (12%), и расстройства, связанные со стрессом (7,4%). Наименее частыми сопутствующими диагнозами были расстройство пищевого поведения ($n=1$), соматизированные расстройства ($n=3$), расстройства нейроразвития ($n=10$), включая интеллектуальное снижение ($n=8$). В целом мужской пол и наличие более одного психиатрического диагноза повышали

Таблица 3. Основные диагнозы по возрастным группам ($n=241$)

Диагноз	Возрастная группа n (%)				Критерий χ^2		
	17–24 года	25–40 лет	41–59 лет	>60 лет	χ^2	df	p
Всего в столбце	105 (100)	97 (100)	33 (100)	4 (100)	-	-	-
Органические расстройства	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	2 (40,0)	64,50	3	<0,001
Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ	3 (2,9)	9 (9,3)	3 (9,1)	0 (0,0)	4,31	3	0,23
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	5 (4,8)	9 (9,3)	1 (3,0)	0 (0,0)	2,76	3	0,43
Расстройства настроения (аффективные)	36 (34,3)	40 (41,2)	14 (42,4)	1 (20,0)	1,91	3	0,59
Расстройства, связанные со стрессом	13 (12,4)	4 (4,1)	5 (15,2)	1 (20,0)	6,20	3	0,10
Расстройства личности	46 (43,8)	33 (34,0)	6 (18,2)	0 (0,0)	10,41	3	0,02
Умственная отсталость	2 (1,9)	1 (1,0)	3 (9,1)	0 (0,0)	7,07	3	0,07
Соматические болезни	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	-	-	-

Таблица 4. Частота различных способов суицида и степень насильственности метода в зависимости от пола ($n=241$)

Метод (с кодами по МКБ-10)		Мужчины, n (%)	Женщины, n (%)
Ненасильственные методы	Умышленное самоотравление и приём противоэпилептических, седативных, снотворных, противопаркинсонических или психотропных препаратов (X60–X69)	34 (14,1)	86 (35,7)
	Преднамеренное самоповреждение с применением острого или тупого предмета (X78–X79)	32 (13,3)	41 (17,0)
Насильственные методы	Преднамеренное самоповреждение путём повешения, удушения (X70), утопления и погружения в воду (X71)	25 (10,4)	10 (4,1)
	Преднамеренное самоповреждение в результате прыжка с высоты (X80), прыжка под движущийся объект или лежания перед ним (X81), дорожно-транспортные происшествия (X82)	9 (3,7)	3 (1,2)
Преднамеренное самоповреждение неустановленными способами (X84)		1 (0,4)	-
Всего*		101 (41,9)*	140 (58,1)*

Примечание: * — $\chi^2=22,210$, $p < 0,05$.

Таблица 5. Результаты регрессионного анализа степени насильственности суицидальных попыток (n=241)

Параметр	В	Стандартная ошибка	Тест Вальда	df	Значимость	Exp(B)	95% ДИ Exp(B)	
							Нижний предел	Верхний предел
Пол (мужской)	-1,577	0,364	18,745	1	0,0001	0,207	0,101	0,422
Диагноз (>1)	-0,919	0,372	6,111	1	0,013	0,399	0,192	0,827

Примечание: В — коэффициент логистической регрессии, Exp(B) — оценка соотношений шансов, ДИ — доверительный интервал.

риск суицидальных попыток с высоким риском летального исхода: оценка соотношений шансов $Exp(B)=0,207$, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,101–0,402 и $Exp(B)=0,399$, 95% ДИ 0,192–0,827 соответственно ($p < 0,05$; табл. 5).

Показатель средней длительности от появления симптомов актуального психического расстройства до получения психиатрической помощи у пациентов, совершивших суицидальную попытку более опасным способом, оказался выше, чем у лиц, которые использовали менее травматичные способы, но разница не достигла статистической значимости (705 vs 493 дня; $U=2377,0$, $p=0,765$). Медиана времени от появления симптомов до обращения за психиатрической помощью в обеих группах (более и менее травматичных) составила 135 дней (min/max=7/7665). Среднее число лечебно-профилактических учреждений, посещённых в рамках актуального психического расстройства, было одинаковым для пациентов, совершивших насильственные и ненасильственные суицидальные попытки ($Me=2$, min/max=1/5, $U=4821,0$, $p=0,294$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Обсуждение основного результата исследования

Собственные данные, полученные после изучения возрастных особенностей пациентов, совершивших суицидальные попытки, согласуются с результатами исследования Venke и соавт., которые отметили, что у молодых людей чаще отмечаются депрессивные симптомы и ощущение одиночества психические расстройства [23].

При анализе способов суицида выявлены статистически значимые различия в зависимости от пола. Мужчины использовали более травматичные и опасные для жизни методы, а женщины чаще прибегали к отравлению. Это соответствует данным, полученным во Франции, где преднамеренное отравление чаще встречалось среди женщин, а мужчины

использовали методы с высокой вероятностью летального исхода [24]. Во французском исследовании наиболее частыми диагнозами были употребление психоактивных веществ и расстройства настроения. В нашем случае чаще встречались расстройства личности и настроения, но также была отмечена категория психотических расстройств (шизофрения, шизотипические или бредовые расстройства).

Нами было обнаружено, что мужчины, склонные к насильственным суицидальным попыткам, чаще откладывали обращение за психиатрической помощью. Мы полагаем, что эта тенденция связана с различием по численности завершённых суицидов. Суицидальные попытки с высоким уровнем летального исхода составили 90% случаев смерти в результате суицида в Мехико в 2020 году³. В Мексике соотношение мужчин и женщин равно 8:2, но, к сожалению, в Мексике полностью отсутствуют исследования, предоставляющие сведения о числе людей, совершивших суицид, имевших доступ к психиатрической или психологической помощи.

Промедление в обращении за психиатрической помощью может быть связано с препятствиями географического, административного или кадрового характера. С этой точки зрения было установлено, что основные препятствия для доступа к психиатрической помощи обусловлены отсутствием информации о том, где её получить, длительным временем ожидания, нехваткой специалистов, культурными и географическими факторами, а также стигматизацией и стоимостью терапии [25]. Препятствия в получении психиатрической помощи увеличивают разрыв в лечении психических расстройств в Латинской Америке до 80% [26]. В нашем исследовании обнаружено, что медиана числа учреждений общей медицинской помощи, которые посещали пациенты, прежде чем смогли получить психиатрическую помощь, была равна 2. Одной из стратегий, направленных на улучшение ситуации, могло бы стать увеличение числа

профильных специалистов. Например, в Японии увеличение числа психиатров из расчёта на одного жителя страны выразилось в уменьшении числа самоубийств [27].

Наличие более чем одного психиатрического диагноза служит предиктором позднего обращения за помощью [28]. В нашей работе большая доля пациентов имели более одного психиатрического диагноза (в основном аффективные расстройства, сочетающиеся с расстройствами личности), а у пациентов в возрасте от 25 до 40 лет наблюдалась высокая коморбидность с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Пациенты с более чем одним психиатрическим диагнозом демонстрировали более высокую вероятность попытки насильственного самоубийства. Имеются подтверждения того, что наличие психиатрического диагноза с сопутствующими психическими или поведенческими расстройствами является предиктором высокой вероятности летального исхода при совершении суицида, особенно у мужчин [29].

Наличие специалистов и иных ресурсов для оказания психиатрической помощи имеет решающее значение для обеспечения своевременной и неотложной помощью. В нашем исследовании задержка обращения за психиатрической помощью и отложенный доступ к ней были значительными, поэтому крайне важно проанализировать причины этой задержки, включая все имеющиеся проблемы. Исследование подтверждает, что предпочтение решать проблему самостоятельно или с помощью близких среди молодого является основным препятствием для адекватной помощи. Это фактор может иметь большее значение, чем материальные затраты.

Ограничения исследования

Настоящая работа имеет ограничения, связанные с тем, что провести структурированное интервью для подтверждения психиатрического диагноза не представлялось невозможным, поскольку диагноз был установлен посредством проведения клинического интервью в отделении неотложной помощи; также оказалось невозможным измерить величину вреда или намеренность суицидального поведения. Исследуемые переменные были ограничены теми, которые содержались в анкете отделения общей медицинской помощи, направившего пациента в HPFBA.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суицид является серьёзной проблемой общественного здравоохранения, которая затрагивает всё население и в особенности молодёжь. Учитывая повышение частоты суицидального поведения, система здравоохранения Мексики должна разработать стратегии, которые позволят оперативно выявлять пациентов из групп риска совершения суицида и своевременно оказывать им помощь. В частности, разумно предположить, что доступность ресурсов здравоохранения существенно влияет на возможность получения медицинской помощи. Также представляется необходимым проанализировать причины задержки обращения за психиатрической помощью и, кроме того, разработать алгоритмы выявления лиц из группы повышенного риска, особенно мужчин с более чем одним психиатрическим диагнозом.

История публикации

Рукопись поступила: 21.07.2023

Рукопись принята: 19.01.2024

Опубликована онлайн: 04.03.2024

Вклад авторов: Д.А. Хуарес-Домингес участвовал в разработке оригинальной идеи и развитии работы, Э. Кабельо Ранхель способствовал развитию и концептуализации результатов, К.М. Артеага-Контрерас внесла свой вклад в анализ результатов и критический обзор рукописи. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Хуарес-Домингес Д.А., Артеага-Контрерас К.М., Кабельо Ранхель Э. Суицидальные попытки с использованием насильственных способов: гендерные различия, диагностика и частота обращения людей за психиатрической помощью в Мехико // Consortium Psychiatricum. 2024. Т. 5, № 1. CP13457. doi: 10.17816/CP13457

Сведения об авторах

Данаэ Александра Хуарес-Домингес, психиатр, медицинский факультет, Национальный автономный университет Мексики; ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5586-7747>

Карен Мишель Артеага-Контрерас, магистр в области общественного здоровья, служба психиатрической помощи, Психиатрическая больница "Fray Bernardino Álvarez"; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5227-1916>

***Эктор Кабельо Ранхель**, доктор наук, научный руководитель, Психиатрическая больница "Fray Bernardino Álvarez"; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0421-4351>

E-mail: hector19.05.19.05@gmail.com

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, et al. Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12–25 years before and during the COVID-19 pandemic — United States, January 2019–May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(24):888–94. doi: 10.15585/mmwr.mm7024e1
2. Fountoulakis KN, Apostolidou MK, Atsiova MB, et al. Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *J Affect Disord.* 2021;279:624–9. doi: 10.1016/j.jad.2020.10.061
3. Every-Palmer S, Jenkins M, Gendall P, et al. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2020;15(11):e0241658. doi: 10.1371/journal.pone.0241658
4. Romero-Pimentel AL, Mendoza-Morales RC, Fresan A, et al. Demographic and clinical characteristics of completed suicides in Mexico City 2014–2015. *Front Psychiatry.* 2018;9:402. doi: 10.3389/fpsy.2018.00402
5. Florentine JB, Crane C. Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Soc Sci Med.* 2010;70(10):1626–32. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.029. Erratum in: *Soc Sci Med.* 2010;71(11):2046
6. Valdez-Santiago R, Villalobos Hernández A, Arenas-Monreal L, et al. Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta [Suicidal behavior in Mexico: comparative analysis between adolescent and adult population]. *Salud Publica Mex.* 2023;65:s110–s116. doi: 10.21149/14815 (Spanish)
7. Ross E, Murphy S, O'Hagan D, et al. Emergency department presentations with suicide and self-harm ideation: a missed opportunity for intervention? *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023;32:e24. doi: 10.1017/S2045796023000203
8. Demesmaeker A, Chazard E, Hoang A, et al. Author reply to Letter to the Editor regarding 'Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt. A systematic review and meta-analysis'. *Aust Amp New Zeal J Psychiatry.* 2022;56(12):1676–7. doi: 10.1177/00048674221136458
9. Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on psychiatric admissions to a large swiss emergency department: An observational study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(3):1174. doi: 10.3390/ijerph18031174
10. McDowell MJ, Fry CE, Nisavic M, et al. Evaluating the association between COVID-19 and psychiatric presentations, suicidal ideation in an emergency department. *PLoS One.* 2021;16(6):e0253805. doi: 10.1371/journal.pone.0253805
11. Ferrando SJ, Klepacz L, Lynch S, et al. Psychiatric emergencies during the height of the COVID-19 pandemic in the suburban New York City area. *J Psychiatr Res.* 2021;136:552–9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.10.029
12. Rømer TB, Christensen RHB, Blomberg SN, et al. Psychiatric admissions, referrals, and suicidal behavior before and during the COVID-19 pandemic in denmark: A time-trend study. *Acta Psychiatr Scand.* 2021;144(6):553–62. doi: 10.1111/acps.13369
13. Smalley CM, Malone DA Jr, Meldon SW, et al. The impact of COVID-19 on suicidal ideation and alcohol presentations to emergency departments in a large healthcare system. *Am J Emerg Med.* 2021;41:237–8. doi: 10.1016/j.ajem.2020.05.093
14. Hernández-Calle D, Martínez-Alés G, Mediavilla R, et al. Trends in psychiatric emergency department visits due to suicidal ideation and suicide attempts during the COVID-19 pandemic in Madrid, Spain. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(5): 20113419. doi: 10.4088/JCP.20113419
15. Reif-Leonhard C, Lemke D, Holz F, et al. Changes in the pattern of suicides and suicide attempt admissions in relation to the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2023;273(2):357–65. doi: 10.1007/s00406-022-01448-y
16. Cabello Rangel H, Santiago Luna J. Demand for care in a public psychiatric hospital in México City in the context of the COVID-19 pandemic. *Archivos Neurociencias.* 2022;27(4). doi: 10.31157/an.v27i4.372
17. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1049–57. doi: 10.15585/mmwr.mm6932a1
18. Manzar MD, Albougami A, Usman N, Mamun MA. Suicide among adolescents and youths during the COVID-19 pandemic lockdowns: A press media reports-based exploratory study. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2021;34(2):139–46. doi: 10.1111/jcap.12313
19. Iob E, Steptoe A, Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry.* 2020;217(4):543–6. doi: 10.1192/bjp.2020.130
20. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.* 2021;5(2):229–38. doi: 10.1038/s41562-020-01042-z
21. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry.* 2003;160(11 Suppl):1–60. Erratum in: *Am J Psychiatry.* 2004;161(4):776.
22. Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, et al. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry.* 1994;151(4):530–6. doi: 10.1176/ajp.151.4.530
23. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Res.* 2020;293:113462. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113462
24. Corbé J, Montout C, Fares A, et al. A comprehensive study of medically serious suicide attempts in France: incidence and associated factors. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023;32:e2. doi: 10.1017/S2045796022000774
25. Moroz N, Moroz I, D'Angelo MS. Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthc Manage Forum.* 2020;33(6):282–7. doi: 10.1177/0840470420933911

26. Kohn R, Levav I, de Almeida JM, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública [Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority]. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4-5):229-40. doi: 10.1590/s1020-49892005000900002 (Spanish)
 27. Nakanishi M, Endo K. National suicide prevention, local mental health resources, and suicide rates in Japan. *Crisis*. 2017;38(6):384-92. doi: 10.1027/0227-5910/a000469
 28. Ebert DD, Mortier P, Kaehlke F, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first year college students: First cross national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2019;28(2):e1782. doi: 10.1002/mpr.1782
 29. Rozanov VA. Psychosocial and psychiatric factors associated with expected fatality during suicide attempt in men and women. *Consortium Psychiatricum*. 2022;3(2):48-59. doi: 10.17816/CP161
-

Самостигматизации у пациентов с эндогенными психическими расстройствами: кроссекционное сравнительное исследование

Self-stigma in patients with endogenous mental disorders: a cross-sectional comparative study

doi: 10.17816/CP15485

Оригинальное исследование

Tatiana Solokhina, Dmitry Oshevsky,
Aleksandra Barkhatova, Marianna Kuzminova,
Galina Tiumentkova, Leyla Alieva, Alisa Shteinberg,
Anna Churkina

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Татьяна Солохина, Дмитрий Ошевский,
Александра Бархатова, Марианна Кузьминова,
Галина Тюменкова, Лейла Алиева,
Алиса Штейнберг, Анна Чуркина

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва,
Россия*

ABSTRACT

BACKGROUND: Self-stigma remains one of the most vexing issues in psychiatry. It complicates the treatment and social functioning of patients with endogenous psychiatric disorders. Identifying the specific features of self-stigma depending on the type and duration of the endogenous mental illness can help solve this problem.

AIM: The aim of this study was to establish the level and specific features of self-stigma in patients with various types of chronic endogenous psychiatric disorders at different disease stages and to establish the correlation between the level of self-stigma and the attitude of the patient to his/her disease and treatment.

METHODS: Clinical psychopathology assessment, psychometric scales and questionnaires (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS), Questionnaire for Self-Stigma Assessment in Mentally Ill Patients, and Russian versions of the "Insight Scale for Psychosis" (ISP), and "Drug Attitude Inventory" (DAI-10). The cross-sectional study included 86 patients with endogenous mental illnesses (bipolar affective disorder and schizophrenia spectrum disorders).

RESULTS: The analysis of the results of the Questionnaire for Self-Stigma Assessment in Mentally Ill Patients showed that, at the initial disease stages, the highest level of self-stigma is observed in patients with bipolar affective disorder ($M \pm \sigma = 1.22 \pm 0.73$; Me [Q1; Q3] = 1.10 [0.83; 1.60]), while the lowest level was observed in patients with schizophrenia spectrum disorders ($M \pm \sigma = 0.86 \pm 0.53$; Me [Q1; Q3] = 0.77 [0.31; 1.25]). Patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and a disease duration more than five years participating in a long-term comprehensive psychosocial rehabilitation program also demonstrated high rates of self-stigma ($M \pm \sigma = 1.20 \pm 0.57$, Me [Q1; Q3] = 1.26 [0.89; 1.47]). The study groups showed differences in terms of the structure of components of self-stigma and their severity; significant correlations were uncovered between the self-stigma parameters and the attitude of patients to their disease and therapy.

CONCLUSION: The results of this study contribute to a better understanding of the specific features of self-stigma in patients with various endogenous disorders at different stages of the disease. These data can be used as part of a comprehensive psychosocial treatment program for this patient cohort, as well as for future research.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Самостигматизация остается одной из актуальных проблем современной психиатрии, которая затрудняет лечение и социальное функционирование пациентов с эндогенными психическими расстройствами. Решению этой проблемы может способствовать определение особенностей и специфики самостигматизации в зависимости от формы и длительности эндогенного психического расстройства.

ЦЕЛЬ: Установить уровень и особенности самостигматизации у пациентов с различными формами эндогенных хронических психических расстройств на разных этапах болезни и выявить связь выраженности самостигматизации с отношением к своему заболеванию и лечению.

МЕТОДЫ: Клинико-психопатологический, психометрические шкалы и опросники («Опросник для оценки феномена самостигматизации психически больных», «Шкала позитивных и негативных симптомов — «Positive and Negative Syndrome Scale» (PANSS), русскоязычные версии опросников «Осознание болезни» — «Insight Scale for Psychosis» (ISP), «Отношение к лекарственным препаратам» — «Drug attitude inventory» (DAI-10). Проведено кроссекционное исследование 86 пациентов с эндогенными психическими заболеваниями (биполярное аффективное расстройство и расстройства шизофренического спектра).

РЕЗУЛЬТАТЫ: С помощью «Опросника для оценки феномена самостигматизации психически больных» установлено, что на начальном этапе заболевания наибольший уровень самостигматизации характерен для пациентов с биполярным аффективным расстройством ($M \pm \sigma = 1,22 \pm 0,73$; Me [Q1; Q3] = 1,10 [0,83; 1,60]), наиболее низкий выявлен у пациентов с расстройствами шизофренического спектра ($M \pm \sigma = 0,86 \pm 0,53$; Me [Q1; Q3] = 0,77 [0,31; 1,25]). Пациенты с шизофренией и шизоаффективным расстройством и длительностью заболевания более 5 лет, участвующие в долгосрочной комплексной программе психосоциальной реабилитации, также продемонстрировали высокие показатели самостигматизации ($M \pm \sigma = 1,20 \pm 0,57$, Me [Q1; Q3] = 1,26 [0,89; 1,47]). В изученных группах обнаружены различия в структуре компонентов самостигматизации пациентов и их выраженности и получены достоверные корреляционные связи между показателями самостигматизации, отношением пациентов к имеющемуся психическому расстройству и получаемому лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Результаты проведенного исследования уточняют и расширяют имеющиеся знания об особенностях самостигматизации у пациентов с различными эндогенными расстройствами на разных этапах заболевания. Полученные данные могут послужить основой для дальнейших исследований, а также для использования в комплексном психосоциальном лечении таких пациентов.

Keywords: *self-stigma; schizophrenia; schizoaffective disorder; bipolar affective disorder; first episode psychosis*

Ключевые слова: *самостигматизация; шизофрения; шизоаффективное расстройство; биполярное аффективное расстройство; первый психотический эпизод*

ВВЕДЕНИЕ

Анализ публикационной активности в международных научных базах данных и электронных библиотеках (PubMed, Cochrane Library, ResearchGate, Google Scholar) по проблемам стигматизации и самостигматизации пациентов с психическими расстройствами показал, что за последние 10 лет (с 2013 по 2023 год) было опубликовано более 2000 работ, то есть приблизительно столько же, сколько за предшествующие

50 лет, когда в 1963 году в психиатрию было введено понятие «стигматизация» [1]. Такой бурный рост публикационной активности вполне обоснован и указывает на актуальность и важность изучения этой проблемы, поскольку негативные последствия, связанные со стигматизацией психически больных людей, наносят значительный ущерб не только самим пациентам, но также их семьям, обществу и государству. Всемирная организация здравоохранения

традиционно рассматривает борьбу со стигматизацией и самостигматизацией пациентов с психическими расстройствами в качестве одного из приоритетных направлений в развитии психиатрии¹.

В результате стигматизации — социального ostracism и отторжения обществом, обусловленных существующими мифами, предубеждениями и стереотипами — у психически больных людей формируется недоверие к психиатрическим службам, возникают барьеры при обращении за помощью, что может приводить к ухудшению клинического состояния пациентов, нарушению комплаенса, пагубно влиять на их социальное функционирование [2]. Возникают проблемы с учебной и профессиональной деятельностью, сужается круг общения и, как следствие, ухудшается качество жизни, повышается риск злоупотребления психоактивными веществами, суицида и иных последствий [3, 4]. В ответ на заболевание, происходящие трансформации и статус «психически больного» у пациентов может формироваться сложный психологический феномен самостигматизации, выражающийся в совокупности негативных реакций, переживаний, оценок и личностных изменений [2].

Рядом авторов отмечено, что по сравнению с другими психическими расстройствами наиболее стигматизированными и стигматизирующими себя являются пациенты с эндогенными психическими заболеваниями (шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство, БАР, и др.) [5–7]. При этом общемировой тенденцией является повышенное внимание к вопросам организации комплексной помощи таким пациентам уже на начальных этапах заболевания [8, 9]. Для пациентов с расстройствами шизофренического спектра наиболее значимыми в плане прогноза течения, эффективности лечения и исходов рассматриваются первые 5 лет от момента манифестации болезни. В этот период, несмотря на интенсивность психопатологических процессов, тенденции к их повторению и хронификации, отмечается максимальная пластичность и курабельность заболевания [10]. Схожие данные получены и в отношении БАР [11]. В то же время, по нашим наблюдениям, именно на начальных этапах заболевания в силу недостаточной критичности к своему состоянию пациенты очень часто могут

недооценивать серьёзность ситуации и степень возможных ограничений в социуме и, следовательно, потенциальный риск стигматизации и формирования самостигматизации. Кроме того, представляет интерес динамика изменений в самостигматизации по мере течения психического расстройства. У длительно болеющих пациентов самостигматизация встраивается в клиническую картину, ухудшает состояние и ведёт к более глубокой дезадаптации [12].

Показано, что самостигматизация имеет сложные и вместе с тем тесные связи с мотивацией к лечению [13], а включение в психосоциальную реабилитацию (ПСР) элементов дестигматизационной работы повышает комплаенс у пациентов [14], позволяет достичь хорошей приверженности к лечению, избежать многих других негативных клинических, психологических и социальных последствий, связанных с болезнью [15, 16]. Однако с позиции биопсихосоциального подхода для разработки эффективных пациентоцентрированных медико-реабилитационных программ целесообразно учитывать социодемографические, клинические и психологические особенности самостигматизации.

Таким образом, актуальность изучаемой темы обусловлена необходимостью углублённого исследования проблемы самостигматизации у пациентов с различными формами эндогенных психических расстройств как на раннем, так и на более позднем этапе болезни и её связи с особенностями отношения к имеющемуся психическому расстройству и получаемой терапии.

В рамках исследования нами была выдвинута общая гипотеза о том, что выраженность и структура самостигматизации имеют специфичность в зависимости от формы психического расстройства и длительности его течения. Частная гипотеза предполагала, что существуют связи между самостигматизацией и особенностями отношения к своему заболеванию и получаемому лечению.

Цель исследования — установить уровень и особенности самостигматизации у пациентов с различными формами эндогенных хронических психических расстройств на разных этапах болезни и определить связь выраженности самостигматизации с отношением к своему заболеванию и его лечению.

¹ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) [Интернет]. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. [дата обращения: 20.03.2024]. Доступ по ссылке: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Проведено одномоментное сравнительное исследование.

Условия проведения исследования

Исследование проводили на базе ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ, Москва), психиатрических больниц ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» ДЗМ и ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина, а также Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье» (Москва) в период с января по ноябрь 2023 года.

Критерии соответствия

Пациентов отбирали в исследование сплошным способом.

Описание критериев соответствия

Критерии включения:

- верифицированный диагноз биполярного аффективного расстройства (F31.xxx по МКБ-10) или расстройства шизофренического спектра (F20.xxx, F23.xxx, F25.xxx по МКБ-10);
- длительность болезни у пациентов на начальном этапе заболевания до 5 лет и наличие в анамнезе не более 3 госпитализаций (для длительно болеющих пациентов — более 5 лет);
- письменное информированное добровольное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии невключения:

- отказ от участия в исследовании;
- острая симптоматика, не дающая возможности провести обследование (для пациентов с расстройствами шизофренического спектра число баллов по шкале Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS, «Продуктивная симптоматика» — более 5 в каждом пункте);
- сочетанная органическая патология;
- злоупотребление психоактивными веществами.

Подбор участников в группы

Пациентов распределили по 3 группам в соответствии с диагнозом и длительностью течения психического расстройства.

В *первую группу* — «Расстройства шизофренического спектра, первый психотический эпизод» (РШС ППЭ; $n=39$) — включили пациентов с психотическими состояниями, диагностируемыми в рамках расстройств шизофренического спектра (F20.xxx, F23.xxx, F25.xxx по МКБ-10) в соответствии с принятыми для этого исследования критериями первого психотического эпизода (длительность заболевания не более 5 лет, не более 3 госпитализаций в анамнезе). Пациенты находились на полустационарном лечении в дневном стационаре ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» и ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина, а также на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ.

В *вторую группу* (БАР; $n=17$) составили пациенты с диагнозом F31.xxx по МКБ-10, также на начальных этапах заболевания (длительность заболевания не более 5 лет, не более 3 госпитализаций в анамнезе), проходившие амбулаторное и стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ.

В *третью группу* — «Расстройства шизофренического спектра, находящиеся на психосоциальной реабилитации» (РШС ПСР; $n=30$) — вошли лица с расстройствами шизофренического спектра (F20.xxx, F25.xxx по МКБ-10) на отдалённых этапах заболевания (длительностью более 5 лет). Пациенты этой группы являлись членами Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье» и участниками комплексной долгосрочной программы психосоциальной реабилитации, проводящейся этой организацией непосредственно обществе.

Методы измерения целевых показателей

С целью качественного описания актуального психического статуса пациентов клиничко-психопатологический анализ проводился врачами-психиатрами. Исследование пациентов с помощью психометрических шкал осуществлялось клиническими психологами совместно с врачами-психиатрами однократно, вне периода обострения заболевания.

В ходе исследования была проведена оценка социодемографических характеристик пациентов (пол, возраст, семейное положение, уровень образования). Полученные данные заносили в исследовательскую карту для последующего частотного анализа. Наряду с этим выполняли клиничко-психопатологическое обследование

и оценку исследуемых признаков с помощью клинических психометрических шкал и опросников.

Психометрический комплекс исследований включал в себя следующие методики.

Для исследования выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с расстройствами шизофренического спектра применяли *шкалу PANSS* [17], остальные опросники использовали у пациентов всех 3 групп.

«Опросник для оценки феномена самостигматизации психически больных» [18, 19] — методика, направленная на определение степени выраженности самостигматизации и установление её структуры по имеющимся 83 утверждениям, которые распределены по основным сферам психологического и социального функционирования человека. Они составляют 9 шкал:

- «Переоценка самореализации»;
- «Нарушение Я-идентичности»;
- «Ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации»;
- «Деидентификация от окружающих в социальной сфере»;
- «Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности»;
- «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере»;
- «Переоценка внутренней активности»;
- «Принятие роли психически больного в сфере самореализации»;
- «Зеркальное Я психически больного в сфере внутренней активности».

Методика позволяет исследовать общий уровень самостигматизации и отдельных её компонентов. Утверждения оцениваются испытуемым по прямой шкале от 0 до 3 с интервалом в единицу, где «0» соответствует отсутствию согласия, а «3» предполагает полное согласие. Чем выше полученный балл, тем выше самостигматизация и отдельные её компоненты. Кроме того, проводится оценка форм самостигматизации: *аутопсихической* — с идеализацией доболезненного периода и снижением требований к себе; *компенсаторной* — с частичным игнорированием у себя признаков психического расстройства и утрированным приписыванием несостоятельности «психически больным»; *социореверсивной* — с изменением личностной позиции и дистанцированием от социума.

«Опросник осознания болезни» (*Insight Scale for Psychosis, ISP*) [20] предполагает возможность оценить по самоотчёту пациента, как он воспринимает своё заболевание. Шкала состоит из 8 вопросов, максимальный балл по каждой субшкале равен 3 и соответствует высокому уровню согласия с утверждениями, что указывает на хорошее осознание болезни. Оценку проводят по 3 параметрам:

- способность пациента опознавать болезненные проявления в качестве симптомов психического расстройства;
- осознание у себя психического заболевания;
- согласие с необходимостью лечения.

«Опросник отношения к лекарственным препаратам» (*Drug Attitude Inventory, DAI-10*) состоит из 10 вопросов и представляет собой сокращённую версию опросника DAI-30 [21]. Шкала содержит 5 прямых и 5 обратных утверждений, по которым пациент высказывает своё согласие/несогласие. Положительные и отрицательные баллы суммируют. Если получаемая сумма баллов имеет положительное значение, это указывает на принятие лекарственной терапии, при этом чем больше итоговый балл, тем выше уровень принятия необходимости лечения.

Статистический анализ

Принципы расчёта размера выборки

Минимальный объём выборки для уровня значимости $p=0,05$ определяли с помощью метода К.А. Отдельновой [22].

Статистические методы

Для верификации и объективизации данных были использованы математико-статистические методы, реализованные в программной среде STATISTICA v. 12.1 (StatSoft Inc., США) и офисном пакете Microsoft Excel (Microsoft, США). Для корректировки оценки статистической значимости различий при множественных сравнениях 3 выборки использовали поправку Бонферрони: $\alpha_{\text{корректированный}} = \alpha_{\text{исходный}} / 3$. Критический уровень значимости при таких сравнениях принимали равным 0,017.

Анализ распределений признаков с помощью критерия Шапиро–Уилка (*W-test*) показал, что они отличались от нормального, поэтому были применены непараметрические критерии. При сравнительном исследовании количественных значений

в 2 группах пользовались непараметрическим критерием Манна-Уитни (*U*-test), при сравнении в 3 группах применяли непараметрический критерий Краскела-Уоллиса (*H*-test; дисперсионный анализ ANOVA).

Результаты представлены медианными значениями (*Me*) с указанием интерквартильного размаха — 1-го (нижнего) и 3-го (верхнего) квартиля ([*Q1*; *Q3*]), а также в виде среднего значения признака с учётом среднеквадратичного отклонения ($M \pm \sigma$). Для сравнения частоты категорий качественных переменных между группами использовали точный тест Фишера (*F*-test). Оценку силы возможной связанности качественных и порядковых переменных проводили при помощи непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмена (*r*).

Этическая экспертиза

Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта» 1964 года (пересмотры: октябрь 1975 – октябрь 2013 года) и одобрено Локальным этическим комитетом при ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 914 от 21.11.2024). Все обследуемые дали письменное информированное добровольное информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика участников исследования

Анализ социо-демографических параметров (табл. 1) показал, что среди пациентов на начальных этапах

болезни преобладали лица более молодого возраста ($H=28,93$; $Df=2$; $p=0,0001$). Среди пациентов РСШ ПСР присутствовали лица более старшего возраста ($U_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=134,50$; $p=0,00011$; $U_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=18,00$; $p=0,0001$). Вместе с тем сравнительный анализ возрастного состава групп РСШ ППЭ и БАР между собой не продемонстрировал статистически значимых различий ($U=245,00$; $p=0,2020$), что позволило отнести обследуемых на начальных этапах заболевания к одной возрастной категории.

Анализ гендерного состава пациентов в зависимости от длительности течения психического расстройства не показал различий на уровне статистической значимости, рассчитанной по *F*-критерию ($p_{\text{РСШ ППЭ vs БАР}}=0,6296$; $p_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=0,4965$; $p_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=0,3417$).

Для пациентов всех групп был характерен достаточно высокий уровень образования, статистически значимых различий по этому параметру получено не было ($p_{\text{РСШ ППЭ vs БАР}}=0,2413$; $p_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=0,7138$; $p_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=0,3809$).

В преморбидный период пациенты групп РСШ ППЭ и БАР чаще были заняты в квалифицированной профессиональной деятельности и учёбе, чем пациенты группы РСШ ПСР ($p_{\text{РСШ ППЭ vs БАР}}=0,1181$; $p_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=0,0371$; $p_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=0,060$). Семейные отношения редко встречались у пациентов всех 3 групп, значимых различий получено не было ($p_{\text{РСШ ППЭ vs БАР}}=0,6943$; $p_{\text{РСШ ППЭ vs РСШ ПСР}}=0,5913$; $p_{\text{БАР vs РСШ ПСР}}=0,3718$).

Основные результаты исследования

В рамках исследования с помощью шкалы PANSS (табл. 2), а также при клинической оценке состояния

Таблица 1. Социо-демографические характеристики пациентов, включённых в исследование

Параметр	Группы пациентов		
	РСШ ППЭ (n=39)	БАР (n=17)	РСШ ПСР (n=30)
Возраст, лет $M \pm \sigma$ <i>Me</i> [<i>Q1</i> ; <i>Q3</i>]	25,53±4,56 25 [22; 29]	28,95±8,53 29 [22; 35]	42,21±10,36 40 [34; 50]
Пол: мужской, <i>n</i> (%) женский, <i>n</i> (%)	16 (41,02) 23 (58,98)	5 (29,41) 12 (70,59)	16 (53,33) 14 (46,67)
Высшее/неоконченное высшее образование, <i>n</i> (%)	16 (41,03)	10 (58,82)	14 (46,67)
Женаты/замужем, есть партнёр, <i>n</i> (%)	6 (15,38)	2 (11,76)	3 (10,00)
Работа/учёба в преморбидный период, <i>n</i> (%)	19 (48,72)	11 (64,71)	5 (16,67)

Таблица 2. Показатели шкалы PANSS у пациентов с расстройствами шизофренического спектра с разной длительностью заболевания

Параметр	Группа РШС ППЭ (n=39), M ± σ Me [Q1; Q3]	Группа РШС ПСР (n=30), M ± σ Me [Q1; Q3]	U	p
P-1. Бред	2,08±0,87 2 [1; 3]	1,09±0,11 1 [1; 1]	132,0	0,000002
P-2. Расстройства суждения (концептуальная дезорганизация)	2,26±1,02 2 [1; 3]	1,17±0,48 1 [1; 1]	177,5	0,000041
P-3. Галлюцинаторное поведение	1,69±0,69 2 [1; 2]	1,13±0,34 1 [1; 1]	255,0	0,002633
P-4. Возбуждение	1,64±0,78 1 [1; 2]	1,11±0,07 1 [1; 1]	252,0	0,002288
P-5. Идеи величия	1,51±0,64 1 [1; 2]	1,12±0,211 [1; 1]	253,0	0,004489
P-6. Подозрительность	2,08±1,01 2 [1; 3]	1,13±1,33 1 [1; 1]	205,5	0,000209
P-7. Враждебность	1,46±0,60 1 [1; 2]	1,04±0,25 1 [1; 1]	294,5	0,014344
<i>Композитный балл по шкале «Позитивная симптоматика»</i>	12,72±4,22 12 [10; 15]	7,42±0,93 7 [7; 7,5]	100,5	0,000001
N-1. Притупленный аффект	2,54±0,91 3 [2; 3]	2,96±0,62 3 [3; 3]	342,0	0,075691
N-2. Эмоциональная безучастность	2,51±1,05 2 [2; 3]	2,75±0,89 3 [2; 3]	401,5	0,350238
N-3. Малоконтактность	2,10±1,12 2 [1; 3]	3,00±0,88 3 [2,5; 3,5]	253,0	0,002398
N-4. Пассивно-апатическая социальная отрешённость	2,49±1,02 2 [2; 3]	2,88±0,85 3 [2; 3]	362,0	0,135388
N-5. Нарушение абстрактного мышления	2,00±0,79 2 [1; 3]	3,25±1,29 3 [2,5; 4]	199,5	0,000149
N-6. Нарушение спонтанности, плавности речи	1,82±0,82 2 [1; 2]	2,95±1,42 3 [2; 4]	243,5	0,001523
N-7. Стереотипное мышление	1,83±0,76 2 [1; 2]	3,20±1,47 3 [2; 4,5]	210,5	0,000275
<i>Композитный балл по шкале «Негативная симптоматика»</i>	15,28±5,38 15 [12; 19]	21,00±5,05 21 [16,5; 24,5]	201,5	0,000167
G-1. Озабоченность соматическим состоянием	2,05±0,92 2 [1; 3]	2,45±0,97 2 [2; 3]	354,5	0,109746
G-2. Тревога	2,74±0,82 3 [2; 3]	2,52±0,86 2 [2; 3]	421,5	0,515009
G-3. Чувство вины	2,18±1,10 2 [1; 3]	1,38±0,57 1 [1; 2]	262,5	0,003715
G-4. Напряжённость	2,74±0,88 2 [1; 3]	2,58±0,77 2,5 [2; 3]	411,0	0,423902
G-5. Манерность и позирование	1,85±0,74 2 [1; 2]	1,46±0,76 1 [1; 1,5]	315,0	0,030897
G-6. Депрессия	2,41±1,12 2 [2; 3]	2,12±0,85 2 [1,5; 3]	415,5	0,461743
G-7. Моторная заторможенность	2,03±0,99 2 [1; 3]	1,67±0,85 1 [1; 2]	352,0	0,102108
G-8. Отказ от сотрудничества	1,64±0,99 1 [1; 2]	1,33±0,64 1 [1; 1,5]	397,0	0,318368
G-9. Необычное содержание мыслей	2,33±1,13 2 [1; 3]	2,67±1,13 3 [2; 3]	357,5	0,119500
G-10. Дезориентированность	1,59±0,68 1 [1; 2]	1,09±0,12 1 [1; 1]	240,0	0,001282

Параметр	Группа РШС ППЭ (n=39), M ± σ Me [Q1; Q3]	Группа РШС ПСР (n=30), M ± σ Me [Q1; Q3]	U	p
G-11. Нарушение внимания	2,13±1,03 2 [1; 3]	2,91±0,83 3 [2; 3,5]	258,0	0,003026
G-12. Снижение критичности к своему состоянию	2,00±1,00 2 [1; 3]	3,21±1,06 3,5 [2,5; 4]	195,5	0,000118
G-13. Расстройство воли	2,21±0,83 2 [2; 3]	3,37±0,76 3 [3; 4]	156,0	0,000010
G-14. Снижение контроля побуждений	1,64±0,74 1 [1; 2]	2,87±0,89 3 [2; 3,5]	163,0	0,000016
G-15. Аутизация	2,44±1,07 2 [2; 3]	2,83±1,19 3 [2; 3]	353,5	0,106638
G-16. Активное избегание социальных контактов	2,26±0,97 2 [2; 3]	1,87±1,06 1,5 [1; 3]	355,0	0,111326
Композитный балл по шкале «Общая психопатология»	34,23±10,41 33 [27; 40]	36,51±5,821 35 [33,5; 40]	372,5	0,178762
Общий балл PANSS	62,23±18,28 60 [49; 74]	64,19±9,91 63,5 [58; 71]	389,0	0,266549

пациентов врачом-психиатром было установлено, что на начальных этапах расстройств шизофренического спектра (РШС ППЭ) превалирует остаточная продуктивная симптоматика. Эта симптоматика была клинически представлена не до конца редуцированными бредовыми концепциями, расстройствами суждений, отдельными галлюцинаторными феноменами, возбуждением, нерезко выраженными идеями величия, подозрительностью и враждебностью, что также нашло отражение в более высоких показателях всех 7 подшкал (P1–P7) шкалы PANSS у пациентов группы РШС ППЭ.

У пациентов группы РШС ПСР в качестве ведущих выступали негативные симптомы. Отмечались мало-контактность (N-3), снижение абстрактного мышления (N-5), обеднённость эмоций и речи (N-6), стереотипность мыслительной деятельности (N-7).

Среди общепсихопатологических симптомов у пациентов группы РШС ПСР наблюдали более выраженную дезориентированность (G-10), нарушения внимания (G-11), сниженную критичность к своему состоянию (G-12), существенную дефицитарность волевой регуляции (G-13), а также снижение уровня контроля над возникающими побуждениями (G-14).

Характеристика самостигматизации в группах исследования

Результаты исследования структуры самостигматизации и выраженности ее компонентов в исследуемых группах представлены в табл. 3.

Наибольший общий уровень самостигматизации был характерен для пациентов с БАР, что значительно отличало их от лиц группы РШС ППЭ. У обследованных этой группы наибольшую выраженность имели следующие её компоненты: «Переоценка внутренней активности»; «Переоценка самореализации»; «Нарушение Я-идентичности»; «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере». Такое сочетание характеризовалось преобладанием аутопсихической формы самостигматизации.

Для пациентов группы РШС ППЭ был характерен относительно невысокий уровень самостигматизации в целом и её структурных компонентов в частности. Наименьшие значения выраженности самостигматизации были получены по шкалам: «Зеркальное Я психически больного» в сфере внутренней активности»; «Принятие роли психически больного в сфере самореализации»; «Деидентификация от окружающих в социальной сфере»; «Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности» и «Ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации». Различные формы самостигматизации — аутопсихическая, компенсаторная и социореверсивная — отличались невысокой выраженностью.

У пациентов группы РШС ПСР определён высокий уровень самостигматизации. Ведущими компонентами в её структуре оказались шкалы: «Переоценка внутренней активности»; «Переоценка самореализации»; «Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере»; «Дистанцирование

Таблица 3. Сравнение выраженности структурных компонентов самостигматизации у пациентов исследуемых групп (по данным «Опросника для оценки феномена самостигматизации»)

Параметр	Группа РШС ППЭ (n=39), m±σ Me [Q1; Q3]	Группа БАР (n=17), m±σ Me [Q1; Q3]	Группа РШС ПСР (n=30), m±σ Me [Q1; Q3]	U, p (тест Манна-Уитни)			H при df=2, p (тест Краскела-Уоллиса)
				РШС ППЭ vs БАР	РШС ППЭ vs РШС ПСР	БАР vs РШС ПСР	
1-й компонент (переоценка самореализации)	1,05±0,74 1,00 [0,36; 1,55]	1,84±0,81 1,82 [1,27; 2,45]	1,48±0,78 1,50 [1,00; 2,00]	139,50 0,00212	139,00 0,012942	185,50 0,126197	11,2254 0,0037
2-й компонент (нарушение Я-идентичности)	0,82±0,65 0,67 [0,22; 1,44]	1,37±0,77 1,33 [0,78; 2,00]	1,17±0,59 1,17 [0,89; 1,56]	179,50 0,012901	379,50 0,056384	228,00 0,556294	6,5312 0,0382
3-й компонент (ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации)	0,80±0,57 0,86 [0,29; 1,29]	1,07±0,83 1,00 [0,43; 1,57]	1,13±0,61 1,14 [0,71; 1,29]	229,00 0,018467	377,00 0,052264	232,00 0,616728	4,3466 0,1144
4-й компонент (деидентификация от окружающих в социальной сфере)	0,74±0,56 0,83 [0,22; 1,11]	0,93±0,76 0,72 [0,17; 1,28]	1,09±0,68 1,08 [0,61; 1,50]	271,50 0,618884	369,00 0,040735	215,50 0,387369	3,9412 0,1394
5-й компонент (дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности)	0,78±0,49 0,78 [0,44; 1,00]	0,97±0,76 0,78 [0,33; 1,22]	1,20±0,52 1,22 [0,89; 1,56]	265,00 0,532477	284,50 0,001588	175,00 0,076554	10,0796 0,0065
6-й компонент (готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере)	1,21±0,57 1,17 [0,83; 1,67]	1,24±0,75 1,33 [0,67; 1,50]	1,44±0,72 1,50 [1,17; 1,83]	293,50 0,945567	405,00 0,115835	203,50 0,257271	2,7554 0,2522
7-й компонент (переоценка внутренней активности)	1,21±0,74 1,27 [0,45; 1,91]	1,96±0,87 2,18 [1,45; 2,64]	1,61±0,67 1,73 [1,09; 2,18]	139,50 0,002124	351,00 0,022426	177,50 0,087781	11,8829 0,0026
8-й компонент (принятие роли психически больного в сфере самореализации)	0,60±0,48 0,57 [0,14; 1,00]	0,82±0,73 0,71 [0,43; 1,00]	0,81±0,61 0,79 [0,29; 1,29]	266,50 0,551865	419,00 0,165053	240,50 0,755289	1,8538 0,3958
9-й компонент («зеркальное Я психически больного» в сфере внутренней активности)	0,30±0,40 0,00 [0,00; 0,60]	0,31±0,82 0,00 [0,00; 0,20]	0,54±0,61 0,30 [0,00; 1,00]	255,00 0,412615	432,00 0,223525	187,00 0,104518	3,4201 0,1809
Аутопсихическая форма	1,13±0,72 1,05 [0,45; 1,64]	1,90±0,82 1,91 [1,45; 2,50]	1,55±0,68 1,61 [1,23; 2,00]	134,50 0,001525	349,00 0,020921	183,50 0,115717	12,1452 0,0023
Компенсаторная форма	0,93±0,46 0,92 [0,46; 1,34]	1,09±0,72 1,00 [0,59; 1,49]	1,25±0,57 1,30 [0,95; 1,56]	258,00 0,446789	336,50 0,013365	205,00 0,273074	5,9742 0,0504
Социореверсивная форма	0,62±0,49 0,42 [0,17; 1,02]	0,85±0,73 0,77 [0,38; 1,11]	0,90±0,55 0,91 [0,43; 1,20]	237,00 0,241829	370,00 0,042046	221,00 0,458229	4,5119 0,1048
Общий балл	0,86±0,53 0,77 [0,31; 1,25]	1,22±0,73 1,10 [0,83; 1,60]	1,20±0,57 1,26 [0,89; 1,47]	209,00 0,086048	357,50 0,027981	248,00 0,885566	5,7806 0,0556

Таблица 4. Отношение к лекарствам и болезни у пациентов с эндогенными хроническими заболеваниями в зависимости от формы психического расстройства и длительности течения (по данным ISP, DAI-10)

Параметр	Группа РШС ППЭ (n=39), m±σ Me [Q1; Q3]	Группа БАР (n=17), m±σ Me [Q1; Q3]	Группа РШС ПСР (n=30), m±σ Me [Q1; Q3]	U, p (тест Манна-Уитни)			H при df=2, p (тест Краскела-Уоллиса)
				РШС ППЭ vs БАР	РШС ППЭ vs РШС ПСР	БАР vs РШС ПСР	
Необходимость лечения (ISP)	2,94±0,91 3,00 [2,00; 4,00]	3,03±0,70 3,50 [2,50; 3,50]	3,17±0,79 2,25 [2,50; 4,00]	320,50 0,848772	379,5 0,514655	405,50 0,369974	0,8943 0,6394
Объяснение болезни (ISP)	2,59±1,19 3,00 [2,00; 4,00]	3,35±0,79 4,00 [3,00; 4,00]	3,20±0,78 3,00 [3,00; 4,00]	208,50 0,016431	333,50 0,047519	182,00 0,538054	7,0838 0,0290
Осознание болезни (ISP)	2,31±0,97 2,00 [1,00; 3,00]	3,59±0,61 4,00 [3,00; 4,00]	3,21±1,14 4,00 [3,00; 4,00]	128,00 0,000193	265,00 0,003028	174,00 0,442831	17,5539 0,0002
Отношение к лекарственным препаратам (DAI-10)	1,44±3,46 2,00 [-2,00; 4,00]	3,88±3,27 3,50 [2,50; 3,50]	3,25±4,36 4,00 [1,00; 7,00]	202,00 0,015291	288,50 0,016228	196,00 0,840198	7,7980 0,01653

от психически больных в сфере внутренней активности» и «Нарушение Я-идентичности». У них так же, как и у пациентов с БАР, наиболее выраженной стала аутопсихическая форма самостигматизации, однако уровень компенсаторной и социореверсивной формы также был высоким.

Связь уровня самостигматизации с отношением пациентов к своему заболеванию и лечению

Результаты оценки отношения пациентов к заболеванию и получаемому лечению представлены в табл. 4. По параметру методики ISP «Необходимость лечения» статистически значимых различий во всех 3 группах обнаружено не было. Вместе с тем более низкие показатели по методике DAI-10 («Отношение к лекарственным препаратам») были получены у пациентов группы РШС ППЭ, что отличало их от больных групп БАР и РШС ПСР. Аналогичная тенденция прослежена по параметру методики ISP «Осознание болезни». У пациентов группы РШС ППЭ результаты оказались значимо ниже, чем в группах БАР и РШС ПСР.

При проведении корреляционного анализа между шкалами «Опросника для оценки феномена самостигматизации психически больных» и показателями методик ISP и DAI-10 установлены умеренные прямые и обратные корреляции (табл. 5).

В группе пациентов РШС ППЭ обнаружены множественные значимые прямые умеренные корреляции между показателями шкалы «Осознание болезни» методики ISP и параметрами самостигматизации. У пациентов с БАР таких связей было меньше. В группе пациентов РШС ПСР они были единичны.

В группе пациентов РШС ПСР выявлены множественные статистически значимые умеренные обратные корреляции между показателями методики ISP «Необходимость лечения», а также шкалы DAI-10 («Отношение к лекарственным препаратам») со значениями по параметрам «Опросника для оценки феномена самостигматизации психически больных». В группах пациентов БАР и РШС ПСР таких связей обнаружено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

Резюме основного результата исследования

Проведённое исследование подтвердило выдвинутую общую гипотезу о наличии различий в уровне и структуре самостигматизации у пациентов с эндогенными хроническими психическими расстройствами в зависимости от их формы и длительности течения заболевания.

Наибольший общий уровень самостигматизации был характерен для обследованных пациентов группы БАР. В структурных компонентах самостигматизации этих пациентов ведущими и наиболее выраженными выступали идеализация (переоценка) собственной активности и реализации своих возможностей в преморбидный период. Пациенты полагали, что из-за возникшего психического расстройства они утратили возможность получать приятные впечатления, проявлять активность и продуктивность, у них существенно сузились перспективы достижения успехов в учебной и профессиональной деятельности. При оценке межличностной сферы возникали сомнения в возможности поддерживать дружеские связи и создавать семейные отношения. Идеализация

Таблица 5. Корреляционная матрица результатов, полученных по методикам Drug Attitude Inventory-10 и Insight Scale for Psychosis с данными «Опросника для оценки феномена самостигматизации психически больных»

Коэффициент корреляции Спирмена (r)												
Параметр / группа	Отношение к лекарствам (DAI-10)			Объяснение болезни (ISP)			Осознанность болезни (ISP)			Необходимость лечения (ISP)		
	РШС ППЭ	БАР	РШС ПСР	РШС ППЭ	БАР	РШС ПСР	РШС ППЭ	БАР	РШС ПСР	РШС ППЭ	БАР	РШС ПСР
1-й компонент. Переоценка самореализации	-0,16	-0,18	-0,45*	0,01	0,22	-0,13	0,58*	0,54*	0,22	0,14	0,02	-0,21
2-й компонент. Нарушение Я-идентичности	-0,12	-0,31	-0,31	-0,12	0,32	-0,17	0,47*	0,64*	0,10	0,05	-0,03	-0,23
3-й компонент. Ограничение психически больных в сфере трудовой адаптации	-0,03	-0,21	-0,21	-0,07	0,27	-0,01	0,33	0,16	0,36	-0,05	0,03	0,07
4-й компонент. Деидентификация от окружающих в социальной сфере	-0,11	-0,32	-0,46*	-0,04	0,08	-0,09	0,61*	0,37	0,11	0,06	0,12	-0,33
5-й компонент. Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности	0,10	-0,18	-0,41*	-0,17	0,28	0,00	0,44*	0,41	0,23	-0,07	0,10	-0,15
6-й компонент. Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере	0,03	-0,26	-0,03	-0,19	0,28	0,12	0,22	0,47	0,43*	-0,20	0,06	0,26
7-й компонент. Переоценка внутренней активности	-0,25	-0,39	-0,36	0,08	0,19	-0,10	0,52*	0,54*	0,23	0,19	0,05	-0,07
8-й компонент. Принятие роли психически больного в сфере самореализации	-0,04	-0,25	-0,41*	-0,08	0,11	-0,09	0,45*	0,20	-0,04	-0,06	0,05	-0,42*
9-й компонент. «Зеркальное Я психически больного» в сфере внутренней активности	-0,06	-0,44	-0,65*	-0,05	0,06	-0,10	0,27	0,28	-0,08	-0,11	-0,10	-0,57*
Аутопсихическая форма	-0,23	-0,29	-0,45*	0,08	0,24	-0,11	0,57*	0,61*	0,22	0,17	0,02	-0,18
Компенсаторная форма	0,06	-0,25	-0,19	-0,16	0,25	0,05	0,55*	0,36	0,33	-0,13	0,16	-0,46*
Социореверсивная форма	-0,06	-0,27	-0,58*	-0,08	0,18	-0,17	0,26	0,32	0,01	0,01	0,10	0,28
Общий балл	-0,09	-0,28	-0,43*	-0,02	0,18	-0,08	0,56*	0,46*	0,12	0,06	0,09	-0,42*

Примечание: * r-Spearman's при $p \leq 0,01$.

доболезненного периода жизни у пациентов с БАР и недооценка собственных актуальных возможностей приводили к пессимистичному взгляду на своё будущее, нарушению идентичности, снижению требований к себе, вторичному снижению активности, которое, по-видимому, уже напрямую не было связано с аффективной патологией. Такое сочетание характеризовалось преобладанием аутопсихической формы самостигматизации.

Сильные стороны и ограничения

Наше исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации данных, а также при планировании дальнейших исследований. Кроме того, при проведении сравнительных исследований целесообразно формировать большие

по объёму выборки и стремиться к большей их гомогенности с учётом социо-демографических и клинических параметров. Так, из группы пациентов на начальном этапе болезни может быть выделена подгруппа с диагнозом F23.xxx. При сравнении групп пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от длительности течения психического расстройства может быть сформирована выборка с диагнозом F25. В группе пациентов с БАР возможно разделение обследуемых по типам БАР-I и БАР-II, что сделает результаты более дифференцированными. Исследование целесообразно расширить выборкой пациентов с БАР на отдалённых этапах заболевания. Для обеспечения репрезентативности данных целесообразно предусмотреть сбор материала в различных психиатрических учреждениях.

Поскольку в поисковом исследовании для полноты оценки самостигматизации изучалось значительное число параметров, следует иметь ввиду возможную корректировку на множественность сравнений.

Сильная сторона исследования состоит в выявлении уровня выраженности и структуры самостигматизации у пациентов с эндогенными психическими расстройствами в зависимости от его формы и длительности течения с помощью надёжных оценочных инструментов. Прослежены связи между самостигматизацией и отношением пациентов к имеющемуся психическому расстройству и лечению.

Интерпретация результатов исследования

Полученные нами результаты коррелируют с данными метаанализов, в которых показано, что при БАР уже на начальных этапах болезни характерен высокий уровень самостигматизации [23, 24]. При этом в указанных публикациях подчёркивается, что интенсивные переживания пациентов и происходящие изменения имеют связи не только с уровнем выраженности депрессивной симптоматики и снижением качества жизни, но и с избыточно критическим отношением к изменившимся внутренним и внешним условиям жизнедеятельности.

Для пациентов с шизофренией на начальных этапах болезни (группа РШС ППЭ) был характерен относительно невысокий уровень самостигматизации в целом и её структурных компонентов в частности. Пациенты полагали, что психическое расстройство и связанные с ним изменения не будут заметно отражаться на их восприятии внешнего мира, ограничивать их в творческой, профессиональной и социальной активности, выступать препятствием для самореализации. Отмечалось стремление дистанцироваться от образа «психически больного» человека, а также неприятие тех ограничений, которые наступают вследствие психического расстройства, с недооценкой возможных социальных и межличностных проблем, стремлением дистанцироваться от людей с психическими расстройствами. Различные формы самостигматизации (аутопсихическая, компенсаторная и социореверсивная) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания отличались невысокой выраженностью.

Обращало на себя внимание то, что пациенты с расстройствами шизофренического спектра на отдалённых

этапах заболевания (группа РШС ПСР), несмотря на проводящуюся с ними долгосрочную психореабилитационную работу, так же, как и пациенты с БАР, демонстрировали высокий уровень самостигматизации. Ведущими компонентами в её структуре выступали идеализация и переоценка собственной активности и самореализации в доболезненный период. При подобном механизме сохранение относительно адекватной самооценки происходит за счёт оправдания своей несостоятельности исключительно влиянием психического заболевания. Кроме того, в этой группе пациентов происходит обобщённое проецирование собственной несостоятельности на всех лиц с психическими расстройствами и восприятие их как не способных реализоваться ни в межличностных отношениях, ни в профессиональной, ни в социальной сфере. Изменение собственной идентичности с формированием ограничительного поведения приводило к получению вторичной выгоды от психического расстройства, избавляло от необходимости проявлять адекватную активность. У них так же, как и у пациентов с БАР, наиболее выраженной оказалась аутопсихическая форма самостигматизации, однако уровень выраженности компенсаторной формы был довольно высоким. В целом полученные результаты у пациентов с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от длительности течения согласуются с данными литературы [25–27] и демонстрируют тенденцию к нарастанию компенсаторных и самоограничительных форм самостигматизации на более поздних этапах болезни.

В рамках частной гипотезы было установлено, что необходимость лечения пациенты признавали вне зависимости от формы и длительности течения психического расстройства. Вместе с тем обнаружено, что лица с БАР и длительно болеющие пациенты с расстройствами шизофренического спектра (группа РШС ПСР) более позитивно относятся к фармакологическому лечению, нежели пациенты с шизофренией на начальных этапах заболевания (группа РШС ППЭ), у которых высказываемое согласие с необходимостью лечения сочеталось в целом с отрицательным отношением к лекарствам и слабым пониманием необходимости их приёма. Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с БАР и длительно болеющие пациенты с расстройствами шизофренического спектра отличаются лучшим осознанием у себя симптомов психического заболевания и пониманием

изменений в своей жизнедеятельности, с ним связанных, чем больные на начальных этапах течения психического заболевания, у которых большая осознанность у себя симптомов психического расстройства ведёт к повышению самостигматизации. Не исключено, что восприятие обобщённого образа «психического больного» как человека несостоятельного в различных сферах жизнедеятельности, утратившего активность, неспособного к самореализации, а также опасения подвергнуться социальному ostracismu по самому факту наличия психического заболевания, приводят к отрицанию у себя болезни в целом, что играет компенсаторную роль и предотвращает возникновение внутреннего напряжения. Аналогичная тенденция прослеживается и у пациентов с БАР. У длительно болеющих пациентов с расстройствами шизофренического спектра (группа РШС ПСР) обнаружены обратные корреляции между адекватным отношением к принимаемой лекарственной терапии и самостигматизацией. Принятие на себя роли «психически больного» с формированием социореверсивной формы самостигматизации, изменение личностной позиции и дистанцирование от социума приводит к всё большему искажению оценок, связанных с возможностями получения психиатрической помощи. Сходные данные были получены в ряде наблюдательных исследований [28, 29], что подчёркивает необходимость проведения дестигматизационной работы на всех этапах течения эндогенных психических расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведённого исследования уточняют и расширяют имеющиеся знания об особенностях самостигматизации у пациентов с различными эндогенными расстройствами на разных этапах заболевания. Наивысший уровень самостигматизации установлен у пациентов с БАР, наиболее низкий — у лиц с расстройствами шизофренического спектра на раннем этапе болезни. Пациенты с расстройствами шизофренического спектра и длительностью заболевания более 5 лет, участвующие в долгосрочной комплексной программе психосоциальной реабилитации, продемонстрировали высокие показатели самостигматизации. Были обнаружены различия в структуре и выраженности компонентов самостигматизации в изученных группах пациентов, прослежены связи с особенностями отношения пациентов к имеющемуся

психическому расстройству и лекарственной терапии. Высокий уровень самостигматизации у пациентов с БАР и расстройствами шизофренического спектра делает актуальным у пациентов с эндогенными психическими расстройствами уже на начальных этапах заболевания, с одной стороны, повышение осознания у себя болезни и возможных разумных ограничений, связанных с ней, посредством психообразования, а также адекватное улучшение понимания необходимости лечения и, с другой стороны, предотвращение самостигматизации и навешивания на себя обобщённых ярлыков «психически больного» человека. Представленные результаты могут послужить основой для дальнейшего углубленного поиска специфики формирования самостигматизации у пациентов с психическими расстройствами и способствовать разработке дестигматизационных технологий.

История публикации

Рукопись поступила: 17.12.2023

Рукопись принята: 15.03.2024

Опубликована онлайн: 26.03.2024

Вклад авторов: Т.А. Солохина — разработка идеи, постановка целей исследования, обсуждение результатов и формирование выводов, обзор публикаций по теме статьи, анализ полученных данных, написание текста рукописи; Д.С. Ошевский — разработка дизайна исследования, постановка целей исследования, обсуждение результатов и формирование выводов, обзор публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистическая обработка, написание текста рукописи; А.Н. Бархатова — организация исследования, обсуждение результатов и формирование выводов, анализ полученных данных, написание текста рукописи; М.В. Кузьминова, Г.В. Тюменкова, Л.М. Алиева, А.С. Штейнберг, А.М. Чуркина — получение данных для анализа, анализ полученных данных.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с проведённым исследованием и публикацией настоящей статьи.

Цитировать:

Солохина Т.А., Ошевский Д.С., Бархатова А.Н., Кузьминова М.В., Тюменкова Г.В., Алиева Л.М., Штейнберг А.С. Самостигматизации у пациентов с эндогенными психическими расстройствами: кроссекционное сравнительное исследование // Consortium Psychiatricum. Т.5, №1. CP15485. doi: 10.17816/CP15485

Сведения об авторах

***Татьяна Александровна Солохина**, д.м.н., зав. отделом организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», гл.н.с.; ORCID: 0000-0003-3235-2476; e-Library SPIN: 7292-6023; Author ID РИНЦ: 670818; Scopus Author ID: 6602118347; WOS Research ID: F-9923-2019

E-mail: tsolokhina@live.ru

Дмитрий Станиславович Ошевский, к. псих. наук, доцент, в.н.с. отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0001-5234-5877; e-Library SPIN: 6432-9814; Author ID РИНЦ: 616245; Scopus Author ID: 35773701100; Researcher ID: rid67377

Александра Николаевна Бархатова, д.м.н., профессор, гл.н.с., руководитель отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0003-3805-332X, e-Library SPIN: 221553; Scopus Author ID: 23491525300; Researcher ID: C-3636-2016

Марианна Владимировна Кузьминова, к.м.н., с.н.с. отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0001-5234-5877; e-Library SPIN: 6446-5426; Author ID РИНЦ: 567871

Галина Викторовна Тюменкова, к.м.н., с.н.с. отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0003-1567-2814; e-Library SPIN: 1672-1211; Author ID РИНЦ: 567878; Scopus Author ID: 6504538761; WOS Research ID: S-8998-2019

Лейла Мусаферовна Алиева, м.н.с. отдела организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0002-9037-6065; e-Library SPIN: 752018

Алиса Сергеевна Штейнберг, м.н.с. отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0009-0002-7273-3046

Анна Михайловна Чуркина, к.м.н., н.с. отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ORCID: 0000-0002-7453-3155; e-Library SPIN: 8021-1574; РИНЦ ID: 1105729; WOS Research ID: ADU-8410-2022

* автор, ответственный за переписку

Список литературы

- Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall; 1963. 147 p.
- Yastrebov VS, Solokhina TA. [Stigmatization in psychiatry]. Mental health: social, clinical, organizational and scientific aspects. Proceedings of scientific and practical conference; October 31, 2016, Moscow. G.P. Kostyuk, editor. Moscow: KDU publisher; 2017. 524–531 p. Russian.
- Yu B, Chio F, Mak W, et al. Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: a meta-analytic structural equation modeling approach. *Clinical Psychology Review*. 2021;87:102029. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102029
- Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*. 2022;400(10361):1438–1480. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2
- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014;10:1399–1405. doi: 10.2147/NDT.S54081
- Rayan A, Aldaieflih M. Public stigma toward mental illness and its correlates among patients diagnosed with schizophrenia. *Contemp Nurse*. 2019;55(6):522–532. doi: 10.1080/10376178.2019.1670706
- Solokhina TA, Oshevsky DS, Barkhatova AN, et al. Self-stigmatization and targets of psychosocial intervention in patients with bipolar affective disorder. *Mental Health*. 2023;18(8):86–90.
- Neznanov NG, Shmukler AB, Kostyuk GP, Sofronov AG, et al. The first psychotic episode: Epidemiological aspects of care provision. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019;28(3):5–11.
- Murru A, Carpiniello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neuroscience Letters*. 2018;669:59–67. doi: 10.1016/j.neulet.2016.10.003
- Schizophrenia: Current science and clinical. 1st ed. Gaebel W, editor. Publishing house: John Wiley & Sons, Ltd; 2011. 272 p. doi: 10.1002/9780470978672
- Ratheesh A, Cotton SM, Davey CG, et al. Ethical considerations in preventive interventions for bipolar disorder. *Early Intervention Psychiatry*. 2017;11(2):104–112. doi: 10.1111/eip.12340
- Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2012;57(8):464–469. doi: 10.1177/070674371205700804
- Sorokin MY, Lutova NB, Bocharova MO, et al. Computational psychiatry approach to stigma subtyping in patients with mental disorders: Explicit and implicit internalized stigma. *Consortium Psychiatricum*. 2023;4(3):13–21. doi: 10.17816/CP6556
- Babin SM, Shlafer AM, Sergeeva NA. Compliance therapy for patients with schizophrenia. *Medicinskaâ psihologîâ v Rossii*. 2011;2. Available from: http://mprj.ru/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer11.php. Russian.
- Yastrebov VS, Trushchelev SA. Social images of psychiatry. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2009;6(109):65–68.
- Yanos PT, Lysaker PH, Silverstein SM, et al. A randomized controlled-trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019;54(11):1363–1378. doi: 10.1007/s00127-019-01702-0
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987;13(2):261–276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
- Mikhailova II. Self-stigmatization of mentally ill patients: description and typology. *Psychiatry*. 2004;2(8):23–30. Russian.
- Yastrebov VS, Enikolopov SN, Mikhailova II. Self-stigmatization of patients with major mental illnesses. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2005;105(11):50–54.
- Birchwood M, Smith J, Drury V, et al. A self report Insight Scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity

- to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(1):62–67. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01487.x
21. Hogan TP, Awad AG, Eastwood RA. Self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*. 1983;13(1):177–183. doi: 10.1017/s0033291700050182
 22. Otdel'nova KA. Determination of the required number of observations in social and hygienic studies. *Sb. trudov 2-go MMI*. 1980;150(6):18–22. Russian.
 23. Favre S, Richard-Lepouriel H. Self-stigma and bipolar disorder: A systematic review and best-evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders*. 2023;335(15):273–288. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.041
 24. Perich T, Mitchell PB, Vilus B. Stigma in bipolar disorder: a current review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022;56(9):1060–1064. doi: 10.1177/00048674221080708
 25. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013;12(2):155–164. doi: 10.1002/wps.20040
 26. Karidi MV, Vassilopoulou D, Savvidou E, et al. Bipolar disorder and self-stigma: a comparison with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*. 2015;184:209–215. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.038
 27. Vasilchenko KF, Drozdovskii YuV. Internalized stigma and social adaptation levels among patients with first episode schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018;1(98):30–35. doi: 10.26617/1810-3111-2018-1(98)-30-35
 28. Feldhaus T, Falke S, von Gruchalla L, et al. The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*. 2018;261(3):391–399. doi: 10.1016/j.psychres.2018.01.012
 29. Novick D, Montgomery W, Treuer T, et al. PMH10 — Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*. 2015;15:189. doi: 10.1186/s12888-015-0560-4
-

Синдром каннабиноидной гиперемезии у хронического потребителя каннабиса на фоне воздержания: диагностика и лечение

Cannabis hyperemesis syndrome in a recently abstinent chronic user: assessment and intervention

doi: 10.17816/CP15473

Клинический случай

Yasmine ElSherif¹, Sariah Gouher^{1,2},
Mutaz Mohsin Abualhab², Joseph El-Khoury^{3,4}

¹ American Hospital Dubai, Dubai, UAE

² University of Sharjah, Sharjah, UAE

³ The Valens Clinic, Dubai, UAE

⁴ United Arab Emirates University, Al Ain, UAE

Ясмин Эль-Шериф¹, Сария Гухер^{1,2},
Мутаз Мохсин Абульхаб², Джозеф Эль-Хури^{3,4}

¹ Американская больница в Дубае, Дубай, ОАЭ

² Университет Шарджи, Шарджа, ОАЭ

³ Клиника Валенса, Дубай, ОАЭ

⁴ Университет Объединенных Арабских Эмиратов,
Эль-Айн, ОАЭ

ABSTRACT

BACKGROUND: Cannabis Hyperemesis Syndrome (CHS) is a condition characterized by episodic bursts of vomiting and abdominal pain linked to cannabis use. The clinical picture mimics an acute abdomen and is often misdiagnosed, especially when the patient avoids reporting their cannabis use for legal reasons.

CASE REPORT: We report on the case of a 33-year-old man that was brought to the emergency room with a history of 3 days of non-bloody, non-projectile, and non-bilious brownish vomit, coupled with severe epigastric and left hypochondriac pain, and a slight fever. He was a daily cannabis user for several years and had stopped using a week or so before the onset of the symptoms, as he was traveling to a country with more restrictive cannabis laws. His condition deteriorated rapidly, followed by emergency room attendance, thorough diagnostic work-up, and unsuccessful interventions, including intravenous treatment with the anti-emetic Ondansetron. The patient was referred to a psychiatrist after a suspected psychogenic etiology by the medical team. The history was suggestive of CHS and also included anxious, depressed mood with 'brain fog'. The abdominal pain was the most severe complaint. A combination of tramadol, promethazine, and mirtazapine given on an outpatient basis led to full recovery within 10 days.

CONCLUSION: CHS can occur soon after the interruption of chronic cannabis use and overlap with withdrawal symptom. A combination of anti-histaminergic, opioid-based medication, and antidepressant mirtazapine seemed an effective treatment of CHS, which resulted in a relatively quick recovery.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Синдром каннабиноидной гиперемезии (СКГ) — состояние, связанное с употреблением каннабиса, характеризующееся эпизодическими приступами рвоты и болью в животе. Клиническая картина имитирует синдром острого живота. Зачастую ставят ошибочный диагноз, особенно если пациент по юридическим причинам избегает раскрытия информации об употреблении им каннабиса.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: Представлен случай СКГ у 33-летнего мужчины, которого доставили в отделение неотложной помощи с жалобами на рвоту в течение 3 дней (не «фонтаном», без примеси крови, желчи, коричневатого цвета). Также отмечались сильная боль в эпигастрии и левом подреберье, небольшое повышение температуры тела. Из анамнеза известно, что пациент на протяжении нескольких лет ежедневно употреблял каннабис. Примерно за 1 нед. до появления вышеуказанных симптомов пациент прекратил употребление из-за нахождения в стране со строгими законами в отношении каннабиса. В связи с быстрым ухудшением состояния он обратился в отделение неотложной помощи, где было проведено всестороннее обследование и предприняты неудачные попытки купировать симптомы. Внутривенное назначение ондансетрона (противорвотный препарат) также не дало эффекта. Врачебная бригада заподозрила психогенную природу состояния, в связи с чем пациента направили на консультацию к психиатру. Анамнестические сведения указывали на вероятность СКГ, кроме того, у пациента наблюдались тревога, подавленность, ощущение «тумана в голове», хотя основной жалобой была выраженная боль в животе. В амбулаторных условиях назначена комбинация трамадола, прометазина и миртазапина. Спустя 10 дней лечения вся симптоматика купировалась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: СКГ может возникнуть вскоре после прекращения длительного употребления каннабиса и совпадать с синдромом отмены. Комбинированное лечение с использованием антигистаминных, опиоидных препаратов и антидепрессанта миртазапина оказалось эффективным в отношении СКГ и привело к относительно быстрому улучшению состояния пациента.

Keywords: *cannabis; cyclic vomiting; tetrahydrocannabinol; cannabis hyperemesis syndrome*

Ключевые слова: *каннабис; циклическая рвота; тетрагидроканнабинол; синдром каннабиноидной гиперемезии*

ВВЕДЕНИЕ

Синдром каннабиноидной гиперемезии (СКГ) — это редкое заболевание, которое регистрируют в основном в отделениях неотложной помощи на протяжении последних 20 лет. Синдром, который впервые был официально зарегистрирован в 2004 году, характеризуется внезапной циклической рвотой без какой-либо органической патологии на фоне употребления каннабиса в анамнезе [1]. Выделяют 3 фазы течения заболевания: продромальную, гипереметическую и фазу восстановления. По очевидным причинам большинство пациентов обращаются за медицинской помощью в гипереметической фазе. Продромальная фаза может длиться в течение нескольких месяцев, для неё характерны жалобы на тошноту в утренние часы и дискомфорт в эпигастрии. Интересно отметить, что в этой фазе люди могут увеличить объём потребления каннабиса, полагая, что эти симптомы относятся к синдрому отмены. Однако при увеличении объёма потребления симптомы не купируются. Гипереметическая фаза часто наступает внезапно, пациентов беспокоят тяжёлая стойкая тошнота, частая интенсивная рвота, приливы крови к коже лица, повышенное потоотделение и диффузная боль в области живота. Также

были зарегистрированы жалобы на потерю аппетита и снижение массы тела. Отсутствие лечения на протяжении длительного периода времени может привести к тяжёлым последствиям, связанным с обезвоживанием и кахексией. Зачастую с прекращением употребления каннабиса наблюдается полное выздоровление, однако пациенты не всегда отказываются от его употребления [2].

СКГ является редко диагностируемым состоянием, поскольку передовые методы его диагностики и лечения ограничены. Пациенты, у которых наблюдаются основные симптомы СКГ, часто не связывают их с употреблением каннабиса и не раскрывают эту информацию, если им не задать чёткий вопрос. Однако даже в этом случае страх возможных юридических последствий может привести пациента к раскрытию неточной или неполной информации. Кроме того, врачи либо не уточняют сведения об употреблении пациентом психоактивных веществ в рамках общего медицинского осмотра, направленного на выявление этиологии симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), либо не всегда видят связь между употреблением этих веществ и симптомами со стороны ЖКТ. Результаты осмотра и лабораторные

и инструментальные данные — обычно без особенностей. Иногда обнаруживают электролитные нарушения и лейкоцитоз, но они могут оказаться неспецифическими признаками, возникающими в результате циклической рвоты. Все эти трудности в дополнение к недостаточному пониманию патофизиологии СКГ означают, что большинство врачей не способны распознавать и лечить данное состояние.

Ниже приводим недавний случай подозрения на СКГ с необычными проявлениями: у пациента-хронического потребителя каннабиса (ежедневное употребление) симптомы СКГ развились через 1 нед. после резкого отказа от его приёма.

Правовой и этический контроль

Официальное разрешение у этического комитета не запрашивали, поскольку клинические исследования не проводились.

Информированное согласие

Пациенту был разъяснён характер информации, изложенной в статье, после чего он подписал информированное согласие на публикацию этого клинического случая в научном журнале в образовательных целях.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

О пациенте

33-летний неженатый мужчина без значимых данных в анамнезе, приехавший в Объединённые Арабские Эмираты, был госпитализирован в нашу больницу с жалобами на острую сильную боль в верхнем квадранте живота, приступообразно возникающие тошноту и рвоту, а также запор. Жалобы беспокоили пациента на протяжении 3 дней без улучшения состояния на фоне применения безрецептурных и рецептурных лекарственных препаратов.

Пациент отметил появление симптомов в пятницу утром после тренировки. В течение суток самостоятельно лечился дома. На 2-й день боль усилилась, а также стала больше беспокоить тошнота, что привело к позывам на рвоту и эпизодам рвоты до 10 раз в течение 24 ч. Горячий душ и короткие прогулки принесли лишь небольшое облегчение состояния. По настоянию членов семьи пациент согласился обратиться в отделение неотложной помощи. Сначала ему выполнили ультразвуковое и рентгенологическое исследование органов брюшной полости — результаты

оказались в пределах нормы. В связи с отсутствием улучшения состояния в процессе госпитализации в первой больнице пациент выписался по собственному желанию в течение 48 ч. и обратился в отделение неотложной помощи Американского госпиталя в Дубае — учреждения, в котором оказывают вторичную и третичную медицинскую помощь.

Пациент признал, что ежедневно употребляет каннабис, только при повторном поступлении в стационар. Он рассказал, что начал курить каннабис в возрасте 19 лет, постепенно перейдя к ежедневному активному употреблению (8 «косяков» в день, то есть 1–1,5 г каннабиса ежедневно). Частота употребления оставалась стабильной на протяжении последних 7 лет с перерывами в 2–3 нед. ввиду поездок или по иным причинам. Пациент отрицал наличие каких-либо значимых симптомов отмены при прекращении употребления каннабиса в прошлом, за исключением лёгкой бессонницы и раздражительности, продолжавшихся по нескольку дней. Он представил себя как профессионала в своей сфере деятельности, а также описал свой образ жизни. Он отрицал употребление каких-либо психоактивных веществ, за исключением никотина (4 сигареты в день). Пациент также отрицал употребление алкоголя. Он сообщил, что в последний раз употреблял каннабис в стране проживания за 6 дней до возникновения болевого синдрома.

Оценка физического и психического состояния

Пациент — высокий мужчина среднего телосложения. Рассказывал о своих жалобах, обхватив голову руками, положив локоть на верхнюю часть бедра и наклонившись вперед. «У меня кружится голова», — сказал он перед эпизодом рвоты в полиэтиленовый пакет. Его речь стала медленной, односложной и монотонной. Он использовал уместные и связные предложения, но не поддерживал глазной контакт. Пациент был полностью ориентирован во времени, месте и дате. У него отмечена хорошая кратковременная память и не имелось объективных когнитивных нарушений. Тем не менее пациент жаловался на то, что у него «тяжёлая» голова, и он не способен чётко мыслить и оставаться сосредоточенным. Признаков формальных расстройств мышления, паранойи или скачки идей не обнаружено. Он отрицал наличие каких-либо мыслей о самоубийстве или убийстве. Критика к состоянию сохранена. Субъективно пациент описывал

настроение как «хорошее», и он казался искренним, несмотря на физическое недомогание.

Диагностика

Несмотря на то, что пациент уже был осмотрен в другом медицинском учреждении, ему провели полное медицинское обследование. При оценке основных показателей жизнедеятельности отмечено, что у пациента имеется лёгкая лихорадка (температура тела *per os* — 37,9 °C), частота пульса составляет 66 уд./мин., артериальное давление при регулярном измерении — 133/66 мм рт.ст., частота дыхания — 20 в минуту, SpO₂ — 98%. Рост пациента — 190 см, индекс массы тела — 23,27 кг/м². Иных примечательных результатов по итогам расширенного обследования не выявлено. В анализе крови наблюдали увеличение числа лейкоцитов до 14,4*10⁹ л и повышение концентрации гемоглобина до 172,0 г/л. Общий белок — 74 г/л. Уровень общего билирубина также был увеличен до 27,0 мкмоль/л при содержании прямого билирубина 8,0 мкмоль/л. Креатинин — 70 мкмоль/л. Другие функциональные пробы печени находились в пределах нормы. Посев крови отрицательный. При компьютерной томографии органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием также не установили никаких патологических изменений.

Тактика ведения и течение заболевания

В отделении неотложной помощи пациенту первоначально проводили терапию обезвоживания путём внутривенного введения жидкости (физиологический раствор 1000 мл, гидроксид алюминия / карбонат магния / альгиновая кислота 10 мл, Soln-Oral 3 раза/сут.). Также были назначены противорвотные средства, включая метоклопрамид (10 мг) внутривенно инъекционно каждые 8 ч. (по мере необходимости). Ввиду отсутствия установленной причины плохого самочувствия пациента и безрезультатной госпитализации, несмотря на расширенное обследование, было принято решение о консультации с дежурным психиатром, поскольку мы предполагали, что жалобы пациента могут быть вызваны психосоматической проблемой. При сборе психосоциального

анамнеза установили, что пациент является хроническим потребителем каннабиса (ежедневно), а за 1 нед. до появления симптомов, соответствующих диагнозу Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) «6C41.Z. Расстройства вследствие употребления каннабиса, неуточнённые», он прекратил употребление каннабиса в связи с планируемой поездкой за границу¹. Эта остаточная категория была выбрана в связи с зарегистрированным анамнезом пациента в декриминализованном социальном контексте; отсутствие каких-либо психических или соматических сопутствующих заболеваний не оправдывало неблагоприятную классификацию его состояния. СКГ был предложен в качестве основного дифференциального диагноза в связи с наличием явных признаков заболевания. Это привело к добавлению к проводящейся терапии диазепам (5 мг), димедрола (25 мг), оланзапина (диспергируемого в полости рта; 5 мг). Через 24 ч. пациент отметил незначительное улучшение состояния в отношении тошноты и психологического стресса, но жалобы на изнурительную острую боль сохранялись. Было принято решение изменить схему лечения и включить в неё опиоидный анальгетик и более мощный антигистаминный препарат с противорвотным действием. Другие лекарственные средства были отменены.

Ещё через 24 ч. пациент попросил разрешения выписаться по собственному желанию, в основном по финансовым причинам, и его выписали на домашний режим под наблюдение психиатра. Был разработан план интенсивного амбулаторного наблюдения, начиная с осмотра пациента через 2 дня после выписки, а затем, с меньшей частотой — на протяжении последующих 2 нед. При выписке протокол лечения включал трамадол (по 100 мг 3 раза/сут.) по мере необходимости в дополнение к прометазину (по 50 мг 3 раза/сут.). Когда состояние пациента улучшилось, врач перешёл к подробному сбору анамнеза жизни. Пациент рассказал, что всегда был «тревожным» человеком, но никогда не обращался за медицинской помощью и не нуждался в ней. В связи с вновь выясненными данными врач добавил к терапии миртазапин в дозе 30 мг, учитывая, что при отсутствии употребления каннабиса после завершения начальной

¹ ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения [Интернет]. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11); 2021 [дата обращения: 16.03.2024]. Доступ по ссылке: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

фазы лечения проблемой могут стать нарушения сна и тревога.

При 2-м посещении на следующей неделе пациент отметил улучшение состояния в отношении боли и тошноты, но предъявлял жалобы на сонливость. Он также отметил появление чувства, похожего на диссоциацию личности. Доза трамадола была снижена до 50 мг 3 раза/сут., а прометазина — до 25 мг 3 раза/сут. Пациенту назначили повторный приём через 5 дней. Его состояние значительно улучшилось, и ему рекомендовали постепенно прекратить приём трамадола в течение 4 дней, сохраняя при этом дозу прометазина по 25 мг 3 раза/сут., а мirtазапина — по 30 мг на ночь.

На последнем визите (через 3 нед. после 1-го обращения в нашу больницу) пациент не предъявлял никаких жалоб и был благодарен за оказанную помощь. Он планировал улететь обратно в страну проживания, и врач дал ему план, которому он должен был следовать до следующего осмотра. Пациенту рекомендовали снижать дозу прометазина на протяжении 2 нед., а затем полностью прекратить его приём. Также ему предложили продолжать применение мirtазапина до дальнейших указаний. Кроме того, была дана рекомендация о полном воздержании от употребления каннабиса. Пациент выглядел замотивированным и убеждённым в наличии связи между употреблением им психоактивных веществ и внезапным развитием заболевания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Мы представили случай СКГ, развившегося после резкого прекращения регулярного употребления каннабиноидов. Возможные механизмы, лежащие в основе этого состояния, можно объяснить особенностями метаболизма каннабиса и его взаимодействия с рецепторами. Каннабис состоит из липофильных молекул, которые проникают через гематоэнцефалический барьер и накапливаются в жировой ткани внутренних структур головного мозга, что приводит к угнетению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и реакции симпатической нервной системы на стрессовые стимулы, вызывая успокаивающий эффект, наблюдаемый при его использовании. Действующее вещество — дельта-9-тетрагидроканнабинол — связывается с рецепторами CB1 (центральная нервная система, ЖКТ), CB2 (центральная нервная система) и CB3 (центральная

нервная система, ЖКТ). Интересно отметить, что влияние вещества на органы ЖКТ включает в себя воздействие на сфинктер пищевода, что приводит к противорвотному эффекту и опорожнению желудка. Препараты на основе каннабиса представляют интерес в контексте лечения ряда заболеваний органов ЖКТ и печени [3].

В ходе комплексного обзора данных литературы было обнаружено лишь несколько подходов, используемых врачами для лечения СКГ. К ним относится назначение таких малых и сильнодействующих транквилизаторов, как бензодиазепины и нейролептики, в сочетании с такими противорвотными средствами, как метоклопрамид и ондансетрон. Опиоидные анальгетики (например, морфин) и нестероидные противовоспалительные препараты также оказались эффективными в начальной фазе терапии, а трициклические антидепрессанты показали свою эффективность в фазе поддерживающей терапии, которая длится на протяжении нескольких месяцев [4]. В ходе исследования клинического случая из Туниса была продемонстрирована эффективность антидепрессантов и анксиолитиков наряду с когнитивно-поведенческой терапией [5]. В другом клиническом случае при использовании лоразепама (бензодиазепина короткого действия), первоначально вводимого внутривенно в стационаре с последующим назначением препарата в течение 6 дней, наблюдали облегчение тошноты и рвоты [6]. В ряде сообщений подчёркивается роль горячего душа в наступлении временного облегчения симптомов. Эта стратегия была предпринята нашим пациентом и дала хороший, но ограниченный во времени эффект. Чёткое представление о механизме действия горячего душа отсутствует [7], но одна из гипотез заключается в том, что повышение температуры тела корректирует расстройство системы терморегуляции в гипоталамусе, способствуя высвобождению гистамина и вызывая расширение сосудов [8].

В более позднем обзоре описана эффективность капсаицина при местном применении и галоперидола, хотя и с низким уровнем доказательности [2]. Выбор нашей тактики лечения был основан на доступности методов терапии, нашем собственном предыдущем опыте лечения подобных случаев, а также на подходе, основанном на имеющихся у пациента симптомах. К наиболее серьёзным симптомам, возникающим у пациентов, можно отнести боль,

бессонницу, эмоциональную лабильность, сенсорные нарушения и выраженный дискомфорт. В клинических наблюдениях установлены преимущества применения комбинации миртазапина и оланзапина при лечении рефрактерного гиперемезиса беременных [9]. Это заболевание имеет некоторые общие клинические признаки с каннабиноидной гиперемезией, несмотря на разные причины возникновения. Вероятно, миртазапин влияет на центральные нервно-рефлекторные пути тошноты и рвоты посредством блокады 5-HT₃- и H₁-рецепторов, и этот препарат использовали при гастропарезе с существенным облегчением симптомов тошноты и рвоты [10].

С диагностической точки зрения описанный случай каннабиноидной гиперемезии необычен по 2 причинам. Во-первых, за неделю до возникновения симптомов пациент полностью прекратил употребление каннабиса. Во-вторых, обратило на себя внимание отсутствие каких-либо симптомов, характерных для продромального периода. По данным литературы, СКГ обычно развивается, когда пациент фактически употребляет каннабис, независимо от его количества или способа употребления. Состояние нашего пациента не было типичным для синдрома отмены каннабиса в связи с отсутствием жалоб на раздражительность или беспокойство. Тем не менее он жаловался на «туман в голове», напряжение мышц головы, а также смутно описывал диссоциативные симптомы, что характерно для психических заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СКГ остаётся плохо изученным состоянием, которое часто пропускают, неправильно диагностируют, и для него отсутствует чёткий протокол лечения. Учитывая рост распространённости употребления каннабиса во всём мире, крайне важно, чтобы врачи различных специальностей ознакомились с проявлениями СКГ и лечебными мероприятиями, эффективность которых была в отдельных случаях доказана. В нашем случае раннее обнаружение факта употребления каннабиса в прошлом, установление доверительных терапевтических отношений и рациональное использование комбинации лекарственных препаратов, направленных на облегчение отдельных физических и психических симптомов, позволило осуществить эффективное амбулаторное лечение и привести к полному выздоровлению пациента. Врачи неотложной помощи,

гастроэнтерологи, неврологи и психиатры должны исключать СКГ у любого человека, который предъявляет жалобы на рвоту, боль и общее недомогание без установленной органической этиологии. Использование обезболивающих препаратов, бензодиазепинов, антигистаминных средств и антидепрессанта миртазапина способствует выздоровлению. В связи с отсутствием международных руководств или экспертного консенсуса врачам приходится импровизировать, полагаясь на своё клиническое суждение. Следует серьёзно задуматься о необходимости включения этого расстройства в последующие версии Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM) и МКБ, чтобы обеспечить более точное определение особенностей заболевания и разработать стандартизированный протокол лечения.

История публикации

Рукопись поступила: 19.11.2023

Рукопись принята: 22.01.2024

Опубликована онлайн: 16.02.2024

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Эль-Шериф Я., Гухер С., Абульхаб М.М., Эль-Хури Д. Синдром каннабиноидной гиперемезии у хронического потребителя каннабиса на фоне воздержания: диагностика и лечение // Consortium Psychiatricum. 2024. Т. 5, № 1. CP15473. doi: 10.17816/CP15473

Сведения об авторах

Ясмин Эль-Шериф, врач, ординатор-интернист, Американская больница в Дубае; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4933-3354>

Сария Гухер, врач, консультант-интернист, Американская больница в Дубае

Мутааз Мохсин Абульхаб, студент медицинского факультета, Университет Шарджи

***Джозеф Эль-Хури**, врач, Член Королевского колледжа психиатров, консультант-психиатр; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4529-6840>
E-mail: jkhoury@thevalensclinic.ae

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Allen JH, de Moore GM, Heddle R, Twartz JC. Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse. *Gut*. 2004;53(11):1566–70. doi: 10.1136/gut.2003.036350
2. Senderovich H, Patel P, Jimenez Lopez B, Waicus S. A systematic review on cannabis hyperemesis syndrome and its management options. *Med Princ Pract*. 2022;31(1):29–38. doi: 10.1159/000520417
3. Izzo AA, Camilleri M. Emerging role of cannabinoids in gastrointestinal and liver diseases: basic and clinical aspects. *Gut*. 2008;57(8):1140–55. doi: 10.1136/gut.2008.148791
4. Gajendran M, Sifuentes J, Bashashati M, McCallum R. Cannabinoid hyperemesis syndrome: definition, pathophysiology, clinical spectrum, insights into acute and long-term management. *J Investig Med*. 2020;68(8):1309–16. doi: 10.1136/jim-2020-001564
5. Yacoub H, Hassine H, Kchir H, Maamouri N. Cannabinoid hyperemesis syndrome: A case study in a tunisian young man. *Case Rep Med*. 2021;2021:6617148. doi: 10.1155/2021/6617148
6. Sun S, Zimmermann AE. Cannabinoid hyperemesis syndrome. *Hosp Pharm*. 2013;48(8):650–5. doi: 10.1310/hpj4808-650
7. Sorensen CJ, DeSanto K, Borgelt L, et al. Cannabinoid hyperemesis syndrome: diagnosis, pathophysiology, and treatment – a systematic review. *J Med Toxicol*. 2017;13(1):71–87. doi: 10.1007/s13181-016-0595-z
8. Chang YH, Windish DM. Cannabinoid hyperemesis relieved by compulsive bathing. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(1):76–8. doi: 10.4065/84.1.76
9. Galletta MAK, Tess VLC, Pasotti IM, et al. Use of mirtazapine and olanzapine in the treatment of refractory hyperemesis gravidarum: A case report and systematic review. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2022;2022:7324627. doi: 10.1155/2022/7324627
10. Malamood M, Roberts A, Kataria R, et al. Mirtazapine for symptom control in refractory gastroparesis. *Drug Des Devel Ther*. 2017;11:1035–41. doi: 10.2147/DDDT.S125743

От потерянного «Я» к новому «Я»: описание клинического случая применения нарративной терапии у пациентки с приобретенной травмой головного мозга

Lost self to present self: a case report of narrative therapy for a woman with acquired brain injury

doi: 10.17816/CP15477

Клинический случай

Mrinalini Mahajan, Shantala Hegde¹,
Sanjib Sinha¹

¹ National Institute of Mental Health and Neuro Sciences,
Bengaluru, India

Мриналини Махаджан, Шантала Хегде¹,
Санджиб Синха¹

¹ Национальный институт психического здоровья
и нейронаук, Бангалор, Индия

ABSTRACT

BACKGROUND: Psychotherapy for people with acquired brain injury (ABI) is considered to be an important component of a holistic neuropsychological rehabilitation approach. This helps in making sense of the loss of the sense of self they experience. Gender, premorbid personality, and socio-cultural discourses guide this process of understanding. Narrative formulation takes these considerations into account and, thus, can be used for formulating therapeutic plans. **AIM:** To present a case report which highlights the use of narrative case formulation to understand the psychological, social, and cultural factors forming the dominant discourse of a woman with ABI.

METHODS: Ms. VA, a 43-year-old female, presented herself with a diagnosis of hypoxic ischemic encephalopathy with small chronic infarcts with gliosis in the bilateral cerebellar hemisphere, myoclonic seizures, mild cognitive impairment, depression, generalized dystonia, and bronchial asthma. Along with neuropsychological rehabilitation and cognitive retraining, 25 sessions of psychotherapy using narrative formulation were performed.

RESULTS: Following the therapy, microgains such as a developing strong therapeutic relationship, accommodating vulnerability in her narrative, and finding moments of independence and assertion within the constraints of ABI were observed. Acceptance of her current predicament vis-à-vis her lost self and finding meaning in her new self were facilitated.

CONCLUSION: There is paucity of research detailing psychotherapeutic management of ABI, especially in India. Psychotherapy, particularly using narrative formulation, can be helpful in understanding the intersections of gender role and expectations, premorbid personality and ABI, and aiding the post-ABI rehabilitation and adjustment. Future work in this area can explore the socio-cultural aspects that play an important role in the therapy process.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Психотерапия является компонентом нейрореабилитации пациентов с приобретенным повреждением головного мозга (ППГМ). Предполагается значимая роль нарративной психотерапии, которая помогает пациентам осознать серьезные проблемы, обусловленные чувством идентичности больного и безвозвратных потерь, и их

связь с хроническими нарушениями функционирования. Этот метод помощи пациентам с ППГМ недостаточно исследован в Индии и других странах. Используемый авторами холистический медицинский подход требует изучения биологических, личностных и психосоциальных факторов, способствующих развитию малоадаптивного дискурса у пациента и неблагоприятному течению заболевания, а также снижающих эффективность терапии.

ЦЕЛЬ: Представить клинический случай применения нарративной психотерапии при реабилитации пациентки с ППГМ с психическими и функциональными нарушениями для изучения ее эффективности с учетом влияния не только клинических, но и личностных, психосоциальных и культурных факторов.

МЕТОДЫ: Проведена диагностика неврологических, психических, когнитивных и личностных нарушений в случае 43-летней женщины с диагнозом гипоксической ишемической энцефалопатии, проявляющейся легким когнитивным расстройством, генерализованной дистонией и миоклоническими судорогами, сопровождающейся депрессией и бронхиальной астмой. В рамках нарративного подхода был определен доминирующий дискурс и его связь с низким уровнем адаптации и восстановления пациентки. Проведены пять сессий нарративной психотерапии наряду со стандартной реабилитацией с нейрокогнитивными тренингами.

РЕЗУЛЬТАТЫ: С помощью нарративного подхода были созданы условия для принятия пациенткой текущих затруднений в связи с потерянной идентичностью и обнаружения смысла в развитии альтернативной идентичности. Показан ряд эффектов этой техники, позволивших выявить уязвимость доминирующего дискурса и изменить нарративное формулирование «Я» пациентки, что привело к повышению активности, самоконтроля пациентки и других психических функций, укреплению терапевтических отношений и результатов лечения в целом. Выявлены ограничения для нарративной терапии в связи с клиническими особенностями случая.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Представлен новый взгляд на нарративный подход как компонент реабилитации пациентов с ППГМ. Он способствует формированию реальных целей для пациента и психотерапии. Описание нарративного подхода позволяет терапевтам соотносить данный опыт с собственной практикой и внедрять его. Требуются дальнейшие работы для уточнения механизмов влияния психосоциальных и культурных факторов, в том числе современных тенденций в изменении гендерных ролей, на эффективность лечения в сходных случаях.

Keywords: *case report; narrative therapy for ABI; neuropsychological rehabilitation*

Ключевые слова: *клинический случай; нарративная терапия при ППГМ; нейропсихологическая реабилитация*

ВВЕДЕНИЕ

Приобретённое повреждение головного мозга (ППГМ) и в особенности травматическое повреждение головного мозга (ТПГМ) вносят значительный вклад в показатели смертности и инвалидности, причём чаще всего в странах с низким и средним уровнем дохода [1]. В Индии опубликованных данных литературы, касающихся общего бремени заболевания, демографических характеристик и вмешательств при ППГМ, недостаточно [2, 3]. В обнаруженной нами литературе особое внимание уделяется документированию нейрофизиологических аспектов ТПГМ, а описанные процессы лечения в основном сосредоточены на хирургическом вмешательстве [4]. Таким образом, исследования

ещё более ограничены в отношении нейропсихологической реабилитации и психотерапевтического лечения людей с травмами головного мозга [5], а именно в этой подгруппе пациентов недостаточно представлены исследования по психосоциальной терапии женщин. Имеются основания полагать, что у женщин с ТПГМ возможны уникальные пути психосоциального восстановления. К ним относятся мониторинг влияния травм головного мозга на регулирование социокультурных ожиданий женщин, а также развитие новой личности, например, в случае материнства, наступившего после травмы [6]. Единственный случай психосоциальной терапии ТПГМ у женщин, опубликованный в Индии, был описан М. Banerjee и соавт. в 2021 году.

Эта работа подчеркнула важность холистического реабилитационного подхода, который придаёт особое значение складному повествованию о себе [7].

В ходе исследований, выполненных в течение последних 3 десятилетий, было отмечено, что нарративная терапия может привести к значительному улучшению процесса восстановления утраченного чувства собственного «я» и принятия новой реальности в связи с проблемами, возникшими у пациента после ТПГМ [8]. Нарративная терапия признаёт связь между знаниями, языком, властью и жизненным опытом человека или нарративами. Такие нарративы строятся на основе социальных, семейных и индивидуальных факторов и отражают проблемы, с которыми сталкивается человек. Терапия помогает пациентам отойти от этих нарративов и разработать новые, которые охватывают не только проблемы [9]. После ТПГМ людям необходимо деконструировать представление о себе и изменить свою личность, чтобы она соответствовала новому образу жизни [10]. Нарративный подход может помочь практикующим врачам, обеспечивая теоретическую строгость, расширяя возможности для размышлений о факторах, влияющих на взгляды людей на свое «я», и в других случаях предлагая неочевидные стратегии вмешательства [11].

В представленном нами клиническом случае описано использование нарративного подхода в ходе психотерапии женщины с ППГМ, проживающей в Индии. Цель описания клинического случая — выделить уникальные психосоциальные проблемы пациентки, с которыми она столкнулась в связи с ППГМ, и то, как эти проблемы были включены в её новую личность.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

О пациенте

Пациентка В.А., замужняя женщина 43 лет, бакалавр технических наук, имеет средний социально-экономический статус, работала менеджером в международной компании. Поступила с диагнозом «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия с небольшими участками хронического инфаркта и глиоза в 2 полушариях мозжечка, миоклонические судороги, умеренные когнитивные нарушения, генерализованная дистония и бронхиальная астма». У пациентки также была диагностирована депрессия. Все диагнозы установлены согласно Международной классификации болезней 11-го пересмотра.

Пациентка чувствовала себя хорошо вплоть до июля 2016 г., когда у неё внезапно случился приступ астмы. Когда она поняла, что ей необходима медицинская помощь, то позвонила родителям, чтобы те позаботились о её детях, которых она не хотела оставлять одних. Состояние пациентки ухудшилось, и в больнице у неё произошла остановка сердца. После экстренного оперативного вмешательства она впала в кому, которая продлилась 3 недели.

Следующие 2 года после выписки из стационара пациентка восстанавливалась и находилась под наблюдением медицинских работников (неврологов, кардиологов, пульмонологов и физиотерапевтов), которые заботились о её соматическом здоровье. На момент обращения к нам она испытывала трудности при ходьбе и передвигалась в инвалидной коляске. Она была не в состоянии самостоятельно выполнять повседневные бытовые действия и не могла вернуться на работу. В нашу больницу, которая является высокоспециализированным учреждением, оказывающим психиатрическую помощь, ей посоветовал обратиться друг, который пережил аналогичную ситуацию и обратился за помощью к автору статьи в конце 2018 г. Пациентка обратилась в отделение клинической нейропсихологии в нашей больнице в первую очередь для нейропсихологического обследования и лечения, поскольку испытывала трудности с концентрацией внимания и такие проблемы, связанные с настроением, как отсутствие мотивации, энергии и интереса к выполнению повседневной деятельности, а также с целью приспособиться к ограничениям после ППГМ. В январе 2019 г. пациентка прошла нейропсихологическое обследование, и был начат курс когнитивной терапии.

Анамнез жизни

В анамнезе у пациентки имеется бронхиальная астма в детском возрасте.

Также из анамнеза известно, что пациентка преуспевала в учёбе, получая отличные оценки. Своей специальностью она выбрала машиностроение, в группе была единственной девушкой. По роду занятий пациентка занимала руководящую должность в международной организации, в которой работала после окончания учёбы, и как раз находилась в процессе запуска нового продукта, когда у нее развился приступ с последующим повреждением головного мозга. В конце обучения у пациентки произошли

романтические отношения, которые завершились браком. Живёт с мужем и двумя дочерьми.

Преморбидный анамнез

Пациентка всегда была очень амбициозной личностью и часто сравнивала себя с другими людьми. У неё имелись черты личности типа А [12], она была перфекционисткой и возлагала большие надежды на себя и других. Она строго следовала распорядку дня и, казалось, повышала свою самооценку посредством постоянного обучения. В число её хобби входило приготовление пищи и занятие такими экстремальными видами спорта, как прыжки с парашютом, где она также проявляла перфекционизм. У неё были друзья, с которыми удалось сохранить дружбу на протяжении длительного периода времени.

Семейный анамнез

Пациентка — первый ребенок, рождённый в некротном браке. Её родители были успешными людьми и возлагали на неё большие надежды. Отец придерживался строгого воспитания. Связь с отцом через 3-е лицо была нормой, поскольку пациентка общалась с отцом через мать.

Анамнез болезни

У пациентки диагностировали следующие заболевания и состояния.

1. Бронхиальная астма: в настоящее время никаких лекарственных препаратов не принимает. В экстренных случаях использует ингалятор.
2. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия с небольшими участками хронического инфаркта с глиозом в 2 полушариях мозжечка, миоклонические судороги и генерализованная дистония. Лечение этих заболеваний проводится медикаментозно под контролем команды неврологов другой больницы. Подробности о принимаемом препарате на данный момент недоступны. Также пациентка проходила физиотерапию для улучшения походки. Кроме того, она пробовала такие традиционные лечебные практики, как аюрведа.
3. Умеренные когнитивные нарушения. Было проведено 12 сеансов когнитивной терапии на основании нейрокогнитивных нарушений, выявленных посредством нейропсихологического обследования.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

На момент начала когнитивной терапии пациентке был установлен диагноз: «Миоклонические судороги, генерализованная дистония и дизартрия». В мае 2019 г. с ней начал работать психотерапевт. При дальнейшем обследовании пациентка сообщила, что разочарована собой, чувствует беспомощность из-за отсутствия независимости в выполнении повседневной деятельности и испытывает чувство безнадежности. Это привело к проблемам в межличностных отношениях с членами семьи, поскольку они подталкивали её к совершению каких-либо действий, а затем ругали её, когда она не могла их выполнить, что также усиливало ощущение бесполезности. Таким образом, на основании клинических наблюдений к исходному диагнозу была добавлена депрессия. Было принято решение о начале проведения нарративной психотерапии.

ХРОНОЛОГИЯ

- В анамнезе — бронхиальная астма в детском возрасте.
- Гипоксическая травма головного мозга в июле 2016 г., кома до августа 2016 г.
- Во время первого обращения пациентки в отделение нейропсихологии в конце 2018 г. были проведены диагностические обследования, и в январе 2019 г. начата когнитивная терапия.
- Текущий период психотерапии с мая 2019 по июнь 2020 г. состоял из 25 сеансов с частотой их проведения от 1 раза/нед. до 1 раза/мес. в зависимости от готовности и доступности пациентки.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Нейропсихологическое обследование

Нейропсихологическое обследование было проведено за 2 сеанса в январе 2019 г. в нейропсихологическом отделении больницы, с которой сотрудничал автор — доктор Ш. Хегде. Обследование проводили под руководством Ш. Хегде.

Ниже перечислены наблюдения за поведением во время нейропсихологического обследования. Двигательные функции пациентки были нарушены, поскольку для передвижения ей требовалась инвалидная коляска. Сенсорные функции в целом находились в пределах нормы; пациентка использовала очки для чтения. Пациентка была в сознании, бдительна и ориентировалась во времени, месте и личности.

Таблица 1. Результаты нейропсихологического обследования пациентки

Функции	Тест
Нейрокогнитивные функции, находящиеся в пределах нормы	
Сконцентрированное внимание	Тест цветных дорожек 1
Переключение внимания	Тест цветных дорожек 2
Вербальная рабочая память	Тест на вербальную рабочую память n-back (состояние back 1 и 2)
Визуальная рабочая память	Объём зрительно-пространственной памяти
Проблемно-решающее поведение	Тест «Башня Лондона»
Смещение установок	Висконсинский тест сортировки карточек
Беглость речи	Вербальные ассоциации на заданную букву
Скорость определения категорий	Тест по названиям животных
Распознавание лиц	Тест запоминания лиц (удерживание)
Нейрокогнитивные функции, находящиеся в диапазоне нарушений (<15-го перцентиля, %, относительно нормальных значений, принятых в Индии)	
Длительно удерживаемое внимание	Тест определения цифр
Быстрота мышления	Тест шифровки цифр
Тормозной контроль	Тест Струпа
Распознавание лиц	Тест запоминания лиц (немедленное и отложенное запоминание)
Вербальная память	Слуховой вербальный обучающий тест Рей
Вербальное научение	Слуховой вербальный обучающий тест Рей

Примечание: Были выполнены отдельные тесты из множества нейропсихологических тестов NIMHANS [13]. Результаты сравнивали с соответствующими нормативными данными по возрасту, образованию и полу, принятыми в Индии.

Внимание можно было привлечь, но было трудно поддерживать. Пациентка адекватно воспринимала информацию, говорила с трудом, речь была невнятной. Во время обследования обращали на себя внимание ограниченность движений, нарушение координации и миоклонические подёргивания.

У неё имелась мотивация завершить обследование, результаты которого представлены в табл. 1. При клиническом неврологическом обследовании не было обнаружено таких теменных очаговых симптомов, как визуальная агнозия, агнозия формы, цветовая агнозия, пальцевая агнозия, тактильная агнозия, идеомоторная апраксия, идеаторная или буккофациальная апраксия.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Проводили следующие лечебные мероприятия:

1. Когнитивная терапия.
2. Нарративная психотерапия.

Когнитивная терапия

По результатам обследования пациентке была запланирована когнитивная терапия с использованием как

традиционных задач когнитивной терапии, так и методик неврологической музыкальной терапии [14]. Этот комплексный план включал в себя следующие компоненты:

1. Подготовка ритма речи для улучшения ясности и просодии речи.
2. Ритмичное постукивание одной и обеими руками для улучшения внимания и тормозного контроля.
3. Ритмичное размещение блоков с использованием заданий с применением метронома на доске Миннесоты для улучшения внимания и тормозного контроля.
4. Временное кодирование — начиная с набора из 6 слов для улучшения вербального научения и памяти.
5. Задание с использованием блоков для улучшения визуально-пространственного построения.
6. Развитие мелкой моторики путём письма (это также служило методом терапевтического письма).

План когнитивной терапии был реализован в виде 12 сессий, начиная с января 2019 г. Работу проводил другой врач-стажёр под руководством доктора

Ш. Хегде, которая выполняла нейропсихологическое обследование. Согласно политике больницы, врач-стажёр покинул отделение, и эта программа когнитивной терапии была передана автору статьи М. Махаджан, которая стала основным лечащим врачом пациентки В.А. Её курировал автор статьи. За это время она заметила симптомы депрессии (как упоминалось выше), и после консультации ответственного врача была начата психотерапия с целью решения этих проблем. В качестве метода терапии выбрана определена нарративная терапия, поскольку оказалось, что отсутствие мотивации, энергии, чувство безнадежности, беспомощности и бесполезности были концептуализированы как следствие её неспособности примирить своё настоящее «Я» с прошлым «Я».

Описанный ниже процесс психотерапии был реализован примерно за 25 сеансов в течение 10 мес. с частотой от 1 раза/нед. до 1 раза/мес. Иногда пациентка пропускала сеансы, поскольку что у неё были запланированы другие встречи, совпадавшие со временем сеанса, или делала перерывы, чтобы сосредоточиться исключительно на физической реабилитации после получения травм, связанных с судорогами. Также из-за отсутствия мотивации и энергии ей было трудно добираться до места проведения сеансов психотерапии. За это время у неё произошёл ещё один приступ астмы, из-за которого она была госпитализирована и не смогла посещать сеансы психотерапии. Вышеперечисленные ситуации приводили к перерывам в процессе терапии. Если причинами неявки на сеанс были трудности с планированием времени или отсутствие мотивации, у пациентки активизировалось желание решить проблемы. Однако если перерыв в терапии происходил из-за падения или проблем со здоровьем, это вызывало прошлые травматические воспоминания, которые нужно было проработать. Более длительный перерыв был вызван изоляцией из-за COVID-19, так как было необходимо принять меры предосторожности для сохранения здоровья пациентки. Терапия была прекращена в июне 2020 г., поскольку лечащий врач уехал с места своего обучения, а изоляция продолжалась. Автор статьи Ш. Хегде проводила последующие сеансы терапии по телефону и обеспечивала поддерживающую терапию для основных лиц, осуществляющих уход за пациенткой.

Нарративное психотерапевтическое воздействие

Была начата психотерапия с целью помочь пациентке осмыслить свой опыт. Основой терапевтического процесса послужил нарративный подход, принципы которого описаны далее.

Он основан на постструктурной нарративной модели Т. Мeehan и М. Guilfoyle, целью которой является получение ответов на следующие вопросы [11].

1. Кем представляет себя пациент? (в нарративе это позиционирование себя самим человеком).
2. Как пациент научился таким образом выстраивать поведение в данной конкретной ситуации? (это оценивают по изложению мыслей, которые люди используют, чтобы понять себя).
3. Какой вклад в это изложение мыслей внесли я и другие? (оценивают по нормализующим суждениям, которые высказываются в отношении себя и других).
4. Какие стороны жизни пациента, которые затем можно включить в новые изложения, не были им раскрыты?

Позиция субъекта. Нарративная терапия подчеркивает веру в то, что люди участвуют в понимании своей жизни и личности путём создания нарративов [15]. Такой подход «помещает» личность или самоощущение человека в созданный им нарратив. Это приводит к явным или неявным выводам о личности человека (то есть это истории о человеке).

Позиция субъекта в рассматриваемом случае — это позиция потерянного «Я». Наша пациентка была «суперженщиной» — человеком, находящимся на вершине своей карьеры и жизни: она успешно работала, была амбициозной, легко и непринуждённо справлялась с домашними делами и материнством. Однако её нынешняя личность — это «слабый, искалеченный человек», не способный выполнять никакие задачи, что настолько далеко от её потерянного «Я», что пациентке трудно принять это как реальность.

Изложение мыслей. То, как люди излагают свои мысли, подчёркивает, каким образом они выстраивают позиции субъекта. Именно поэтому эти позиции можно рассматривать как последовательную кристаллизацию динамики власти/знаний, которую поддерживает общество [16]. В свою очередь, это отражает и закрепляет особую динамику власти.

В нашем случае изложение мыслей пациентки, которое выстраивает, обеспечивает или поддерживает позицию субъекта на проблему, заключено в идее быть успешной матерью. В изложении мыслей пациентки можно выделить 2 основные линии. Одна линия — пациентка была идеальной, безупречной, всегда успешной в делах, у неё никогда не было ошибок или уязвимых мест. Другая линия — мать, которая придерживалась этих стандартов даже в воспитании детей. В настоящее время пациентка не может выполнять свои обязанности, связанные с материнством, так, как она это делала до ППГМ. Без этих стандартов пациентка чувствует себя растерянной. Когда-то она была настолько погружена в эту личность, что теперь не может полностью освободиться от неё. Она не может ни выполнять эти стандарты, ни забыть о них.

Нормализация суждений. М. Foucault показал, как изложение мыслей помогает создавать системы норм и ценностей, которые используются для эффективного формирования позиций людей по отношению друг к другу [17]. Это позволяет людям в неявной форме ранжироваться друг относительно друга на основе их воспринимаемой ценности или статуса (например, стандартов успеха, красоты и прочих позиций, принятых в обществе). Такая система гарантирует принципиально реляционный характер позиций людей, то есть люди ранжируются иерархически. Более того, на изложение мыслей влияет согласование социальной деятельности, в которой участвуют люди, с целью сохранения этих ценностей, норм и позиций [18]. В данном случае пациентка выше ценит потерянное «Я», чем новое «Я», исходя из собственных стандартов, а также стандартов членов своей семьи. Ей постоянно напоминают о том, какой замечательной она

была, а теперь она не такая. Окружающие люди не ценят маленькие шаги, которые она делает, а, скорее, на них смотрят свысока, поскольку они не находятся на том же месте, что и она раньше. Другим источником этих суждений является её позиция по отношению к своим сверстникам, которые сохранили статус успешных людей. Потерянное «Я» связано с ними, а новое «Я» — нет. Пациентка исключена из нарратива, частью которого она когда-то была.

Потерянные нарративы. В концепции нарративной терапии придерживаются идеи о том, что у людей существует несколько культуральных систем представлений о ценностях (дискурсов), и что люди для описания себя выбирают более одного конкретного дискурса [16]. Дискурсам, которые насыщены проблемами, можно сопротивляться. Такое сопротивление и случаи, когда человек становится чем-то «более значимым, чем» проблемные ситуации, являются «уникальными исходами». У нашей пациентки было совместно сформировано 2 типа уникальных исходов. Её потерянное «Я» можно охарактеризовать как совершенство, а настоящее «Я» — как несовершенство. Были организованы пространство для обучения, ошибок и проигрыши ситуации, в которых пациентка не была самой лучшей, и даже те ситуации, где она раньше была идеальной. В то же время в её нынешнем понимании того, что жизнь наполнена проблемами, появилось чувство удовлетворённости своими усилиями, когда она гордилась тем, что сумела преодолеть свои недостатки. Эта информация обобщена в табл. 2.

От плана к терапии

Проблема в описанном нами случае заключалась в том, каким образом черты личности пациентки

Таблица 2. Краткое изложение основ нарративной терапии, применённой для пациентки

Основы нарративной терапии	С точки зрения пациентки
Позиции субъекта	Потерянное «Я» — «суперженщина»: на пике своих возможностей как в профессиональной, так и в личной сфере. Настоящее «Я»: слабая, искалеченная и неспособная выполнять свои обязанности.
Дискурсы	Успешный человек и мать: в настоящее время она не является ни успешным человеком, ни активной матерью. Она не может полностью погрузиться в эти личности и не может избежать выполнения этих функций.
Нормализация суждений	Как пациентка, так и члены её семьи ставят потерянное «Я» выше настоящего «Я». Она не та, кем была раньше. Её коллеги сохранили свои должности, а она не смогла.
Потерянные нарративы	Организованы пространство для обучения, ошибок, проигрыши ситуации, в которых пациентка не была самой лучшей, и даже те ситуации, где пациентка была идеальной. Возникли чувство удовлетворённости своими усилиями и гордость за то, что она преодолела свои недостатки.

до заболевания пересекались с основами нарративной терапии. Пациентка и члены её семьи возлагали на неё большие надежды. Столкнувшись с неизбежностью своей неспособности делать всё так, как раньше, она отказалась от сотрудничества. Например, она не участвовала в сеансах когнитивной терапии, поскольку не могла выполнять задачи так, чтобы её это удовлетворяло. Вместо этого она спала. Также она не просила о помощи и не признавала, что ей трудно выполнять какие-либо действия; вместо этого она отстранилась от всех и держала других людей (в том числе своего лечащего врача) на расстоянии. Принимая во внимание эти проблемы, план терапии пациентки В.А. заключался в использовании основ нарративной терапии для определения позиций субъекта и изложения мыслей при описании себя и понимании суждений, которые она, казалось, для себя нормализовала.

Определённые моменты терапии раскрыли уникальные исходы. Поиск уникальных исходов, противоречащих доминирующему дискурсу, является первым шагом на пути к альтернативному образу мыслей. Например, когда без помощи своей матери пациентка стала активной и смогла сама бороться со сном, это привело к тому, что она стала воспринимать себя как человека, способного управлять своим временем. Это стало расхождением с представлением пациентки о том, что её жизнь наполнена проблемами, которыми она не может управлять при помощи воли. Подобные эпизоды были рассказаны и пациенткой. Они помогли «утвердить» альтернативное изложение мыслей, то есть сделать альтернативное изложение мыслей чётким и подробным. Ещё одним важным переломным моментом стал тот, когда она оставила в прошлом свою мужественную, бесцветную и бесстрастную маску. Во время сеанса терапии она выразила страх, что потеряла важные годы взаимодействия с младшей дочерью из-за комы. Пациентка рассказала, что её старшая дочь ждёт, чтобы она стала такой, какой была раньше. Она разочарована, что не может оправдать ожиданий ребёнка. Кульминацией оказалось то, что она не выдержала и заплакала из-за чувства потери себя, а также из-за того, что её дети потеряли мать. Особенно она была подавлена из-за своей младшей дочери, поскольку пациентка более не могла быть той матерью, которой была раньше. Пациентка боялась, что

младшая дочь увидит в ней мать, неспособную о ней позаботиться. Эти нарративы отражали её воспоминания о том, как она была идеальной матерью, которой больше не является. Таким образом, обсуждались возможности восстановления аспектов её личности в роли матери. Например, поучаствовать в создании дизайна блюда или поискать рецепты в Интернете, пока старшая дочь печёт. Обсуждалось проведение личного времени с младшей дочерью за играми и просмотром мультфильмов по её выбору. Младшая дочь начала превращать её упражнения по когнитивной терапии в игру. В трудный день она смотрела на фотографии, на которых она играла с дочерьми, которые напоминали ей, что она всё ещё может выполнять некоторые свои материнские обязанности. Да, она мать с функциональными нарушениями, но она не просто мать-инвалид. Эта экстернализация её инвалидности как проблемы, с которой можно справиться, помогла пациентке вернуть интерес к жизни.

В то же время было важно восстановить свою личность не только в роли матери. Например, однажды пациентка забыла инвалидную коляску и пошла на сеанс с поддержкой. Этот факт был использован как возможность подтвердить её уникальный исход: ей не нужно быть постоянно прикованной к коляске. С тех пор она самостоятельно добиралась до места проведения сеансов терапии, что рассматривали как некую модель квеста, подчёркивающую её триумф над трудностями, и это помогало пациентке в формировании личности бойца. Во время другого обсуждения пациентка касалась темы вероятности возобновления работы (Сможет ли она вернуться в офис? Стоит ли ей преподавать? Следует ли ей сосредоточиться на ходьбе без поддержки или с некоторой поддержкой?). Во время обсуждения этих тем перечислялись плюсы и минусы каждого решения и их подцели.

В итоге были определены позиции субъекта с её стороны, изложение мыслей и нормализованные суждения. Она отказалась от них и сформировала свою новую личность с уникальными исходами (такими как развитие и углубление альтернативного изложения своих мыслей, экстернализация проблем и активные усилия по их решению и «модель квеста», подчёркивающая победу над трудностями), которые она теперь заметила, используя методы нарративной терапии.

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Поскольку во время пандемии COVID-19, когда лечащий врач покинул место своего обучения, терапию пришлось прекратить, нам не удалось произвести оценку состояния пациентки после лечения. Тем не менее ответственный врач общался с ней по телефону и поддерживал связь с членами её семьи, обеспечивая тем самым некоторую преемственность. Определённый микроуспех в терапии помог построить прочный терапевтический альянс с лечащими и другими врачами, что помогло пациентке в восстановлении и предоставило ей безопасное пространство для принятия своей уязвимости и пересмотра взглядов. Произошли положительные изменения в её настроении (как по наблюдениям окружающих, так и по мнению самой пациентки), появилось больше мотивации и энергии в постановке и достижении реалистичных целей, наблюдалось улучшение в социальном взаимодействии, кроме того, пациентка начала работать удалённо. В целом общие усилия многопрофильной команды, членов семьи, клинического руководителя и самой пациентки привели к тому, что произошло значительное улучшение её социально-профессиональной деятельности. Эти улучшения были связаны с переходом от личности больного человека к альтернативному изложению мыслей, сформированному в результате нарративной терапии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основное внимание в нашей работе уделено важности использования основ нарративной терапии в психотерапии женщины, перенёвшей ППГМ, как части целостного подхода к нейропсихологической реабилитации. Это уникальный случай для Индии, поскольку литература по лечению ТПГМ в странах с низким и средним уровнем дохода традиционно сфокусирована на хирургических вмешательствах и редко освещает проводящуюся психотерапевтическую работу или необходимость в таком подходе [4]. Литература по психотерапии, опубликованная в Индии, больше сосредоточена на психических расстройствах, и очень мало клинических случаев посвящено пониманию эффективности психотерапии в лечении ППГМ. В нашем клиническом случае освещены уникальные проблемы, с которыми сталкиваются женщины с ППГМ, и способы их решения

путём интеграции их новой личности в возложенные на них психосоциальные ожидания. Важным ограничением данного наблюдения является тот факт, что это единичный случай, и, следовательно, обобщение результатов затруднительно. Также процесс терапии часто прерывался из-за проблем со здоровьем пациентки и ввиду её ограниченной доступности. По тем же причинам невозможно было провести несколько оценок, которые могли бы дать информацию о процессе происходящих перемен. Всё это представляет собой практические проблемы, которые имеют место у ряда неврологических и нейрохирургических пациентов. Формальную оценку результатов терапии провести не удалось из-за практических проблем. Однако, как упоминалось выше, ответственный врач обеспечил некоторую преемственность в этом вопросе. Наконец, представленный клинический случай не включает точку зрения лица, осуществляющего уход, что важно для достижения целостного понимания проблемы ППГМ.

При психотерапии людей с ППГМ делается упор на совместный терапевтический альянс, чтобы улучшить осведомлённость пациентов и помочь им принять их новую личность, а также для порождения надежды и смысла жизни [19]. Это приводит к развитию нового понимания себя в контексте пола, психосоциальных ожиданий и культурной среды [20]. Нарративная терапия — это один из способов помочь людям с ППГМ деконструировать и совместно сформировать свои жизненные истории, которые можно использовать в нейрореабилитации [21], что облегчает принятие определённой степени неизбежности, суровой реальности жизни пациентов и позволяет им строить новые нарративы, чтобы осмыслить свой опыт, понимая, что новые нарративы ограничены их травмами, но не игнорируются ими [10].

В контексте литературы, опубликованной в Индии, пол влияет на жизненные истории людей [22]. Женские характеристики, представленные в таких навыках, как приготовление пищи и забота о других, являются частью процесса социализации. Материнство у индийских женщин доминирует в изложении важных мыслей о жизни [23]. С приходом индустриализации и либерализации женщин также поощряют стремиться к успеху в карьере [24]. Таким образом, ожидается, что женщины добьются успеха в этих сферах как самостоятельно, так и с помощью других.

Все эти личности могут быть изменены после травмы. Следовательно, психотерапия женщин с ППГМ признаёт важность этих социальных и культурных ожиданий. Она также признаёт индивидуальные различия, которые играют роль в том, как воспринимаются изменения ролей, и как инвалидность влияет на жизнь женщин и на их взаимодействие с членами семей [6]. Нарративная терапия с её акцентом на взаимодействии и влиянии знаний, языка и власти на историю человека способна учесть эти уникальные соображения. Основные принципы и методы, используемые в нарративной терапии, могут помочь пациенту не стать полностью зависимым от этих культурально обусловленных систем представления о ценностях-дискурсах [9].

Основа нарративной терапии может послужить важной теоретической конструкцией, позволяющей понять, как разные личности удерживают человека в ловушке историй о своих проблемах, и реализовать стратегии вмешательства для обеспечения уникальных результатов для них [11]. Таким образом, нарративная терапия может использоваться в реабилитации для восстановления связи с прежним «я», принятия своей новой личности, вселения надежды и подчёркивания чувства собственной значимости у пациентов с ППГМ в их социокультурной среде. Это особенно полезно для содействия расширению прав и возможностей, самоопределения, независимости и защиты интересов. Однако нарративная терапия не может применяться во всех без исключения ситуациях. Из-за сильной зависимости от способности человека говорить этот метод не подходит лицам с тяжёлыми когнитивными нарушениями и недостатком понимания.

Ключевым выводом из представленного нами клинического случая является акцент на важности принятия судьбоносных изменений при последствиях в физической, когнитивной и социальной сфере, которые сопровождают ППГМ. Комплексная программа нейрореабилитации должна включать создание полноценной жизни в условиях ограничения травмой. Психотерапевтам и практикующим врачам необходимо сосредоточиться на понимании горя из-за потери чувства собственного достоинства, сохраняя при этом понимание человека в целом, а не только сферы, определяемой его проблемами. Это предполагает признание сильных сторон пациента

и одновременное принятие новых ограничений, возникших после ППГМ. Психотерапевты и практикующие врачи должны быть готовы к чувству беспомощности и отчаяния, которое может возникнуть при работе с пациентами с ППГМ. В частности, что касается работы в контексте нарративной терапии, необходима дополнительная подготовка для того, чтобы понять влияние языка, осознать своё собственное понимание доминирующего изложения мыслей и способность оставаться настойчивыми в достижении уникальных результатов. Помимо необходимости дальнейшего обучения, некоторые из ограничений применения метода в условиях Индии включают нехватку подготовленных специалистов, высокую нагрузку и распространённость высоких психосоциальных барьеров, препятствующих обращению за психиатрической помощью.

Наш клинический случай представляет собой попытку продемонстрировать, как можно использовать нарративное формулирование случая для понимания психосоциальных и культурных факторов, которые способствуют доминирующему изложению мыслей у женщины с ППГМ, что легло в основу разработки стратегий вмешательства для поиска альтернативного изложения мыслей и открытия для пациентки уникальных результатов. Это позволило добиться микропользы в терапии, а именно создания сильного терапевтического альянса, предоставления возможности показать себя уязвимой и содействия независимости и самоутверждению в условиях ограничений, вызванных ППГМ. Принятие своей новой личности с надеждой на будущее позволило пациентке придать некоторый смысл своему нынешнему затруднительному положению. Дальнейшая работа по направлениям нарративной терапии будет включать усиление стрессоустойчивости и развитие сильных сторон пациентов. Можно рассмотреть возможность совместного формирования значения несчастного случая и его последствий, одновременно скорбя о потере здорового «я», используя специальную форму нарративной терапии, называемую «нарративная экспозиционная терапия», разработанную специально для случаев травмы. Клинические нейропсихологи могут сосредоточиться на целостной оценке людей с ППГМ, уделяя особое внимание пересечению личности до травмы и при ППГМ и составляя для них индивидуальные планы психотерапии. Комплексное

вмешательство может также включать опрос лиц, осуществляющих уход, и оказание им поддержки.

История публикации

Статья поступила: 29.11.2023

Статья принята: 12.03.2024

Опубликована онлайн: 20.03.2024

Благодарности: Мы хотели бы выразить нашу благодарность госпоже В.А. и её семье за то, что они позволили нам поделиться их историей.

Вклад авторов: Все авторы внесли значительный вклад в создание статьи.

Финансирование: Статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Цитировать:

Махаджан М., Хегде Ш., Синха С. От потерянного «Я» к новому «Я»: описание клинического случая применения нарративной терапии у пациентки с приобретенной травмой головного мозга // Consortium Psychiatricum. 2024. Т.5, №1. СР15477. doi: 10.17816/CP15477

Информированное согласие: Пациентка подписала информированное согласие на публикацию данных.

Сведения об авторах:

Мриналини Махаджан, М.Phil (клиническая психология), МА (прикладная психология со специализацией в клинической психологии), клинический психолог (частнопрактикующий); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3779-8437>

***Шантала Хегде**, М.Phil (клиническая психология), доцент кафедры клинической психологии, Центр нейропсихологии и когнитивных нейронаук, Национальный институт психического здоровья и нейронаук, Wellcome DBT India Alliance Intermediate Fellow, Центр клинической нейропсихологии и когнитивных нейронаук, лаборатория музыкального познания, отделение клинической психологии, Национальный институт психического здоровья и нейронаук; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3805-3397>
E-mail: shantalah@nimhans.ac.in

Санджиб Синха, профессор кафедры неврологии, Национальный институт психического здоровья и нейронаук

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Rubiano AM, Carney N, Chesnut R, Puyana JC. Global neurotrauma research challenges and opportunities. *Nature*. 2015;527(7578):S193–7. doi: 10.1038/nature16035
2. Agrawal A, Munivenkatappa A, Shukla DP, et al. Traumatic brain injury related research in India: An overview of published literature. *Int J Crit Illn Inj Sci*. 2016;6(2):65–9. doi: 10.4103/2229-5151.183025
3. Massenburg BB, Veetil DK, Raykar NP, et al. A systematic review of quantitative research on traumatic brain injury in India. *Neurol India*. 2017;65(2):305–14. doi: 10.4103/neuroindia.NI_719_16
4. Agrawal A, Savardekar A, Singh M, et al. Pattern of reporting and practices for the management of traumatic brain injury: An overview of published literature from India. *Neurol India*. 2018;66(4):976–1002. doi: 10.4103/00283886.237027
5. Afsar M, Shukla D, Bhaskarapillai B, Rajeswaran J. Cognitive retraining in traumatic brain injury: experience from tertiary care center in southern India. *J Neurosci Rural Pract*. 2021;12(02):295–301. doi: 10.1055/s-0041-1722817
6. Mukherjee D, Reis JP, Heller W. Women living with traumatic brain injury: Social isolation, emotional functioning and implications for psychotherapy. *Women and Therapy*. 2003;26(1–2):3–26. doi: 10.1300/J015v26n01_01
7. Banerjee M, Hegde S, Thippeswamy H, et al. In search of the 'self': Holistic rehabilitation in restoring cognition and recovering the 'self' following traumatic brain injury: A case report. *NeuroRehabilitation*. 2021;48(2):231–42. doi: 10.3233/NRE-20801
8. Block CK, West SE. Psychotherapeutic treatment of survivors of traumatic brain injury: review of the literature and special considerations. *Brain Inj*. 2013;27(7–8):775–88. doi: 10.3109/02699052.2013.775487
9. *Narrative approaches to brain injury*. 1st ed. Todd D, Weatherhead S, editors. Routledge; 2018 Mar 21. 252 p.
10. Morris SD. Rebuilding identity through narrative following traumatic brain injury. *Journal of Cognitive Rehabilitation*. 2004;22(2):15–21.
11. Meehan T, Guilfoyle M. Case formulation in poststructural narrative therapy. *Journal of Constructivist Psychology*. 2015;28(issue 1):24–39. doi: 10.1080/10720537.2014.938848
12. Friedman HS, Booth-Kewley S. Personality, type A behavior, and coronary heart disease: the role of emotional expression. *J Pers Soc Psychol*. 1987;53(4):783. doi: 10.1037/0022-3514.53.4.783
13. Rao SL, Subbakrishna D, Gopukumar K. NIMHANS neuropsychology battery-2004, manual. National Institute of Mental Health and Neurosciences; 2004. 267 p.
14. *Handbook of neurologic music therapy*. Thaut MH, Hoemberg V, editors. Oxford University Press; 2014. 384 p.
15. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. 1st ed. WW Norton & Company; 1990. 229 p.
16. Foucault M. Power/knowledge. In: *Selected interviews and other writings 1972–1977*. Gordon C editor. New York: Harvester Wheatsheaf; 1980. 270 p.
17. Foucault M. *Discipline and punish: The birth of the prison*. London: Penguin; 1977.
18. Rouse J. Power? Knowledge. Gutting G, editor. In: *the Cambridge companion to Foucault*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1994.
19. Prigatano GP. Challenges and opportunities facing holistic approaches to neuropsychological rehabilitation. *NeuroRehabilitation*. 2013;32(4):751–9. doi: 10.3233/NRE-130899

20. Klonoff PS. Psychotherapy after brain injury: Principles and techniques. Guilford Press; 2010 Jun 9.
 21. Biggs HC, Hinton-Bayre AD. Telling tales to end wails: Narrative therapy techniques and rehabilitation counselling. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*. 2008;14(1):16–25. doi: 10.1375/jrc.14.1.16
 22. Rao GP, Vidya KL, Sriramya V. The Indian “girl” psychology: A perspective. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(Suppl 2):S212–25. doi: 10.4103/0019-5545.161480
 23. Bhambhani C, Inbanathan A. Not a mother, yet a woman: Exploring experiences of women opting out of motherhood in India. *Asian journal of women's studies*. 2018;24(2):159–82. doi: 10.1080/12259276.2018.1462932
 24. Datta S, Agarwal UA. Factors effecting career advancement of Indian women managers. *South Asian Journal of Business Studies*. 2017;6(3):314–36. doi: 10.1108/SAJBS-07-2016-0062
-

Когда синдром Дхат является проявлением бредового расстройства: серия клинических случаев

When Dhat syndrome is delusional: a case series

doi: 10.17816/CP15510

Клинический случай

Debanjan Bhattacharjee¹,

Debanjan Banerjee²

¹ Central Hospital Dhor, CCL, Jharkhand, India

² Apollo Multispecialty Hospitals, Kolkata, India

Дебанджан Бхаттачарджи¹,

Дебанджан Банерджи²

¹ Центральная больница Дхори, Джаркханд, Индия

² Многопрофильная больница Аполло, Калькутта, Индия

АБСТРАКТ

The Dhat syndrome is a culture-bound syndrome associated with anxiety and somatic and mood symptoms related to semen loss. It sometimes occurs in women, in whom it comes with vaginal discharge. Only a single case has been reported whereby Dhat delusion was associated with schizophrenia. In this case report, we dwell on two individuals suffering from a somatic-type delusional disorder with Dhat-like symptoms who had initially presented classical symptoms of the Dhat syndrome. Further studies are needed to explore the intersections of Dhat syndrome and psychoses, as well as the risk factors involved in mutual predisposition.

АННОТАЦИЯ

Синдром Дхат (СД, санскр. धातु दोष IAST: dhātu dōṣa, англ. Dhat syndrome, схож с индийским jīṅṅaṅ, шри-ланкским sukra prameha) является культурально-специфичным феноменом, который этнографически относится к Индии и признается у носителей данной культуры болезненным состоянием с различными клиническими вариантами. Вопрос изучения транскультуральных синдромов сложен из-за методологических проблем и малого числа описаний. В современных классификациях СД определяется как обсессивное состояние с доминированием страха потери спермы или патологическое убеждение, что жизненная сила теряется при семяизвержении. У женщин в рамках феномена сходной природы рассматриваются опасения вагинальных выделений. Структура синдрома включает дополнительную симптоматику – астеническую, аффективную, соматоформную, иную. Нами обнаружено единичное наблюдение пациента с дхат-подобными бредовыми идеями в рамках шизофрении. В рамках разработки транскультуральных подходов в психиатрии представлены два клинических случая с развитием бредового расстройства соматического подтипа с СД симптоматикой на инициальном этапе.

Keywords: culture-bound syndrome; Dhat syndrome; delusional disorder; psychosis; obsessive-compulsive disorder

Ключевые слова: культурально-специфичный синдром; синдром Дхат; бредовое расстройство; психоз; обсессивно-компульсивное расстройство

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Дхат (СД, санскр. धातु दोष IAST: dhātu dōṣa, англ. Dhat syndrome, схож с индийским jīṅṅaṅ, шри-ланкским sukra prameha) является культурально-специфичным

феноменом, выделяемым в медицине и антропологии. Он этнографически относится к Индии и может присутствовать у носителей данной культуры. Данный синдром характеризуется болезненными опасениями

в связи с влагалищными выделениями или потерей семенной жидкости, а также вялостью, потерей аппетита, слабостью, трудностями концентрации и забывчивостью, нарушениями настроения [1]. Соматофорные нарушения половой функции и сопутствующие тревожные и депрессивные симптомы нередки у некоторых пациентов и, как правило, вторичны по отношению к СД [1]. Обычно пациенты интерпретируют все симптомы как следствие семяизвержения или выделения обычного влагалищного секрета [1]. Ранее СД связывали с синдромом коро, который также относят к культурно-определяемым синдромам: сверхценные идеи об особых функциях половых органах составляют психопатологическую основу этих состояний [2, 3]. Для обоих культуральных синдромов также описана связь с обсессивно-компульсивным расстройством [2, 3]. Обсессии, сверхценные и бредовые идеи описаны в рамках переходных синдромов, то есть могут существовать в континууме, подразумевающем возможный переход эгодистонных обсессий в сверхценные идеи и (позднее) в эгосинтонный бред [4]. Также обсессивно-компульсивные симптомы могут оказаться продромальными проявлениями психоза [4]. В более ранних работах Дхат- и коро-подобные симптомы описывали в структуре ядра бреда [5, 6]. Насколько нам известно, в литературе имеется лишь один случай Дхат-подобного бреда [5]. В настоящей статье представлено описание двух пациентов с СД, выражающимся как бредовое расстройство.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

У всех описанных ниже пациентов было диагностировано бредовое расстройство соматического типа в соответствии с Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5)¹. Их семейный анамнез не был отягощён, а в анамнезе жизни отсутствовали психотические и тревожные расстройства, расстройства настроения, употребление психоактивных веществ и хронические заболевания. В обоих случаях после купирования бредовых симптомов проводилось психообразование, состоявшее из 3 сессий по 30 мин. каждая, где освещались физиологические процессы, касающиеся выработки

семенной жидкости и влагалищных выделений, а также отсутствие их пагубного влияния на здоровье, связь между разумом и телом и соответствующие изменения в половых органах. Пациенты сообщали о достаточном улучшении биопсихосоциального функционирования. Было получено письменное информированное согласие на использование их личных данных в публикации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

О пациенте

Женщина, 34 года, не замужем.

Течение заболевания и клиническая картина

Начало с постепенным нарастанием симптомов, непрерывное течение. Впервые обратилась к гинекологу с жалобами на переживания и беспокойство, эпизоды сниженного настроения и утомляемость в течение последних 5 мес. после неуспешной сдачи экзамена в колледже, что, по её словам, объяснялось недавним увеличением объёма белых выделений из влагалища.

Диагностика

При клиническом осмотре патологии не выявлено. Показатели глюкозы крови, функции печени, почек и щитовидной железы, липидного профиля, расширенного анализа крови, серологических тестов на заболевания, передающиеся половым путём, а также микроскопия и посев мочи и влагалищного секрета на флору и чувствительность к антибиотикам находились в пределах нормы.

Диагноз

Установлен диагноз бредового расстройства соматического типа; симптомы значительно улучшились в течение 3 нед. на фоне лечения карипразином (3 мг) и клоназепамом (0,5 мг), а также проведённого психообразования. Пациентка высказывала озабоченность нежелательными реакциями предлагаемых антипсихотических средств, и из них был выбран карипразин. Клоназепам был отменён через 1 нед., состояние оставалось стабильным на фоне приёма карипразина в дозе 3 мг в течение 2 мес. вплоть до последней плановой консультации, на которой пациентка отрицала какие-либо нежелательные явления

¹ DSM Library [Internet]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 2023 [дата обращения: 01.09.2023]. Доступ по ссылке: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

Лечение

Назначенное лечение включало эсциталопрам (10 мг) и клоназепам (0,5 мг), которые частично облегчили симптомы, отмечаемые пациенткой, и через 2 мес. она самостоятельно отменила приём препаратов. Позднее она консультировалась у врача-терапевта с аналогичными жалобами, был назначен венлафаксин в дозе до 150 мг, который также способствовал частичному купированию симптомов, и через 1 мес. пациентка прекратила лечение. Спустя примерно 4 мес. она обратилась к другому терапевту с дополнительными жалобами на вербальную и физическую агрессию в отношении членов семьи в случаях, когда они пытались убедить её в отсутствии связи между белыми выделениями из влагалища и соматическими симптомами, а также на нарушения сна. Был назначен оланзапин (10 мг), однако спустя 1 нед. пациентка завершила лечение, сообщив, что препарат может вызывать увеличение массы тела. При обращении в наше амбулаторное психиатрическое отделение через 3 мес. она высказывала убежденность в том, что части её тела и пища, употребляемая ей, постепенно «вытекают» вместе с белыми выделениями, из-за чего функционирование тела ухудшается, поскольку внутренние органы «усыхают» и «склеиваются» друг с другом. Она полагала, что следствием этого являются снижение настроения, боль в теле и нарушение сна, и все её беседы с членами семьи были посвящены этому убеждению. В дальнейшем пациентка ограничила приём пищи и воды, поскольку считала, что их употребление приведёт к затратам энергии, увеличению количества белых выделений и дальнейшему ухудшению её физического и психического здоровья; выраженность агрессии в сторону членов семьи также усилилась.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

О пациенте

Мужчина, 21 год, не женат.

Течение заболевания и клиническая картина

Начало с постепенным нарастанием симптомов, непрерывное течение. Впервые обратился с жалобами на выраженные переживания, эпизоды грусти, утомляемость, снижение внимания и концентрации, которые он объяснял потерей энергии и жизненных сил вместе с семенной жидкостью при мастурбации, происходившей 1–2 раза ежедневно на протяжении 1 года.

Диагностика

Показатели глюкозы крови, функции печени, почек и щитовидной железы, липидного профиля и расширенного анализа крови находились в пределах нормы.

Диагноз

Установлен диагноз бредового расстройства соматического типа; тяжесть симптомов значительно уменьшилась в течение 4 нед. на фоне лечения rispери-доном в дозе 4 мг и психообразования. Состояние оставалось стабильным в течение 1 года приёма rispери-дона вплоть до последней плановой консультации, на которой пациент отрицал какие-либо нежелательные реакции.

Лечение

Проведено психообразование, назначен флуоксетин (20 мг), однако лечение было прекращено через 1 нед. Психообразование включало 2 коротких сессии, посвящённых установлению контакта, разъяснению вопросов физиологии выработки и выделения семенной жидкости и тому, что они не являются патологическими, а также связи между разумом и телом и соответствующими изменениями в половых органах. Спустя примерно 6 мес. пациент повторно обратился за консультацией, высказывая стойкое убеждение в том, что его мозг и тело «вытекают» вместе с семенной жидкостью, вследствие чего возникли нарушения внимания и концентрации и утомляемость, которые он связывал с просмотром порнографических видеороликов и употреблением невегетарианской пищи в последние 2 мес. Он постоянно искал подтверждения своих убеждений у родителей и друзей, зачастую проявляя к ним агрессию при возникновении возражений. По совету членов семьи отказался от мастурбации и употребления невегетарианской пищи, однако по-прежнему высказывал озабоченность на ту же тему в связи с ночными семяизвержениями. Он прекратил посещение колледжа и в течение дня неоднократно демонстрировал приступы плаксивости.

ОБСУЖДЕНИЕ

У обоих наших пациентов в начальном периоде заболевания отмечались жалобы и симптомы, характерные для культурального синдрома СД, а убеждения, касавшиеся влагалищных выделений в случае 1

и потери семенной жидкости в случае 2, не были верифицированы как развивающееся бредовое расстройство. У женщин СД встречается относительно редко в сравнении с мужчинами. Мужчины обычно сообщают о симптомах, связанных с чувством вины по поводу мастурбации, тогда как женщины обычно высказывают жалобы в отношении влагалищных выделений [1].

По мере наблюдения за течением заболевания был определен бредовой уровень идей, касающихся потери семенной жидкости и белых выделений, перешли в бредовые. В обоих случаях убеждения о потере семенной жидкости и белом влагалищном секрете сохранялись на протяжении более чем 1 мес., определялись высокой степенью убежденности и влияли на биологическое и социальное функционирование. Содержание идей стало нелепым, иррациональным, пациенты были поглощены размышлениями на эту тему, не поддающимся разубеждению и сопровождавшимися грустью и тревогой в течение всего дня. Они проявляли агрессию в отношении членов семьи и друзей, возражавших их стойким патологическим убеждениям. Указанные черты свидетельствуют о признаках бредового расстройства [8]. Бредовые идеи относительно соматических функций, сохраняясь на протяжении более чем 1 мес. и не сопровождались иными симптомами шизофрении, что позволило установить диагноз бредового расстройства соматического типа [7]. Отмечена нехватка данных о факторах, которые могли бы играть роль в переходе культурно-определяемых симптомов в бред. Данные других исследований позволяют предположить, что пациенты, относящиеся к группе высокого риска психоза и демонстрирующие аттенуированные психотические симптомы, могут быть подвержены переходу от obsessions и сверхценных идей к бредовым идеям в рамках симптомов шизофрении, что некоторыми авторами определяется как шизообсессивное расстройство [4]. В представленных нами случаях проявления СД могут являться продромальными симптомами бредового расстройства, которое наравне с шизофренией принадлежит более широкой группе неаффективных психотических расстройств [9].

Эти клинические наблюдения отличаются от описанного другими авторами случая Дхат-подобного бреда, при котором у пациента имела место кататония [2]. Они также отличаются от серии случаев, при которых до возникновения коро-подобного соматического бреда отсутствовали ранние проявления

в виде культурального синдрома коро [6]. В изученных наблюдениях нарушения, которые были выявлены до развития Дхат-подобных бредовых идей, имели сходство с классическим СД. Кроме того, в ранее опубликованной работе состояние пациента не улучшилось на фоне лечения, и бредовые идеи усугубились, тогда как в описанных нами случаях бред развился, когда пациенты не получали лечения. Ограничением публикации является недостаток информации об адекватных дозах препаратов и длительности лечения при назначении психотропных средств, а также о том, трансформируются ли сверхценные идеи, связанные с потерей семенной жидкости или влагалищных выделений, в бредовые идеи при неадекватном лечении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дхат-подобный бред можно рассматривать как отдельное от СД явление, поскольку бредовые идеи соответствуют критериям бредового расстройства и отличны от классического описания культурно-опосредованных синдромов. Но СД, который обычно относят к культурно-опосредованным синдромам, может представлять собой продромальные симптомы психотического расстройства, что требует дальнейшего изучения. Кроме того, в дальнейших исследованиях необходимо сосредоточиться на установлении адекватных доз препаратов и длительности лечения, а также на определении лиц с СД, относящихся к группе риска и нуждающихся в адекватном последующем наблюдении в связи с последующим возможным возникновением психотических явлений.

История публикации

Рукопись поступила: 07.02.2024

Рукопись одобрена: 26.02.2024

Опубликована онлайн: 13.03.2024

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Бхаттачарджи Д., Банерджи Д. Когда синдром Дхат является проявлением бредового расстройства: серия клинических случаев // Consortium Psychiatricum. 2024. Т. 5, № 1. doi: 10.17816/CP15510

Сведения об авторах

Дебанджан Бхаттачарджи, MBBS, MD (психиатрия), врач-специалист, Отделение психиатрии, Центральная больница Дхори, CCL; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7431-0189>

***Дебанджан Банерджи**, MD, консультант по гериатрической психиатрии, Многопрофильная больница Аполло Глениглс; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8152-9798>, Scopus AuthorID: 57191832268. E-mail: dr.djan88@gmail.com

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Prakash O, Kar SK. Dhat Syndrome: A review and update. *Journal of Psychosexual Health*. 2019;1(3–4):241–5. doi: 10.1177/2631831819894769
2. Ghosh S, Chowdhury AN. A case of two culture-bound syndromes (Koro and Dhat syndrome) coexisting with obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(2):221–2. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_298_19
3. Malik MFA, Najeeb B, Nizami AT. The association of symptoms of dhat syndrome with comorbid obsessive-compulsive disorder: A case report. *Indian J Psychiatry*. 2023;65(7):793–4. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_437_22
4. Scotti-Muzzi E, Saide OL. Transition from obsession to delusion in Schizo-obsessive disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2018;15(7–8):23–6.
5. Patra S, Sidana A, Gupta N. Delusion of dhat: The quandary of the form-content dichotomy! *Ind Psychiatry J*. 2014;23(2):171–2. doi: 10.4103/0972-6748.151708
6. Chakraborty A, Bhattacharjee D, Bandyopadhyay U. Secondary Koro presenting as delusional disorder: A case series. *Journal of Psychosexual Health*. 2022;4(4):260–2. doi: 10.1177/26318318221110188
7. Kiran C, Chaudhury S. Understanding delusions. *Ind Psychiatry J*. 2009;18(1):3–18. doi: 10.4103/0972-6748.57851
8. González-Rodríguez A, Seeman MV. Differences between delusional disorder and schizophrenia: A mini narrative review. *World J Psychiatry*. 2022;12(5):683–692. doi: 10.5498/wjp.v12.i5.683

Внебольничная психиатрическая помощь в Венгрии: история прогресса и тенденции дальнейшего развития

Community-based psychiatric care provision in Hungary: trends and steps towards progress

doi: 10.17816/CP15483

Сообщение

Tünde Bulyáki¹, Robert Wernigg², Péter Kéri³,
Andrea Ács⁴, Adrienn Slezák⁵, Andrea Bodrogi⁴,
Judit Harangozó⁴

¹ Eötvös Lóránt University, Budapest, Hungary

² National Directorate-General for Hospitals, Budapest, Hungary

³ Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks — Europe, Brussels, Belgium

⁴ Semmelweis University, Budapest, Hungary

⁵ Community Outpatient Psychiatric Service for 13th District, Budapest, Hungary

Тюнде Бульяки¹, Роберт Вернигг², Петер Кери³,
Андреа Ач⁴, Адриенн Слезак⁵, Андреа Бодроги⁴,
Юдит Харангозо⁴

¹ Университет имени Лóранда Этвёша, Будапешт, Венгрия

² Национальное генеральное управление больниц, Будапешт, Венгрия

³ Всемирное объединение сообществ по защите прав душевнобольных — Европа, Брюссель, Бельгия

⁴ Университет Земмельвайса, Будапешт, Венгрия

⁵ Общественная амбулаторная психиатрическая служба 13-го округа, Будапешт, Венгрия

ABSTRACT

Psychiatric care has undergone several cycles of profound changes in the past centuries all over the world. In Hungary, community-based outpatient care has been showing signs of evolution since the 1950s. Initially, the system centered on assertive outreach and family involvement, especially for those with serious mental health problems. Such services remain available throughout the country, but the emphasis in the past decades has shifted towards mass care provision. In many places, community-based services are no longer provided, and where they are the approach is biomedical and less assuming of recovery. In other centers, the services provided are conceived with the eventuality of rehabilitation in mind and in close cooperation with community-based care providers.

Community-based services providers, as part of the social fabric, offer as many psychiatric and rehabilitation services as possible for those with mental disorders within their communities. The main objective of community-based care is to achieve community re-integration and recovery from mental disorders. Today in Hungary, deinstitutionalisation and the introduction of community-based psychiatric care have been adopted even by large inpatient institutions. The replacement of institutional bed space and the provision of subsidised housing further underscore the importance of community-based psychiatric care provision. There is the opinion that, as a further course of development, the emphasis needs to now shift towards the nurturing of a community of experienced experts and creation of user-led programs. In this new paradigm, the ability of a person with a mental disorder to make decisions and the bolstering of that ability are seen as vital. In order to achieve these objectives, it is essential that health and social services professionals cooperate. Hands-on experience is key in the provision and development of such services.

АННОТАЦИЯ

За последние столетия система оказания психиатрической помощи во всём мире претерпела ряд кардинальных изменений. Внебольничная психиатрическая помощь в Венгрии развивается с 1950-х годов, когда впервые

начали применять ассертивный патронаж и привлечение семьи пациента к лечению, особенно для лиц с серьёзными психическими заболеваниями. Такая помощь в настоящее время доступна по всей стране, однако в последние десятилетия её акцент смещается на массового потребителя. В некоторых местах больше не предоставляют внебольничную помощь с опорой на общество, предпочитая биомедицинский подход, который в меньшей степени ориентирован на возвращении в социум (recovery). В других местах уделяют много внимания реабилитации и успешно взаимодействуют с социальными службами при оказании внебольничной помощи пациентам.

Амбулаторные службы как часть социальной системы предоставляют широкий спектр форм психиатрической помощи и реабилитации по месту жительства для лиц с психическими расстройствами. Основной целью территориальной помощи людям с психическими расстройствами является обеспечение их социальной интеграции и достижение восстановления. В настоящее время в Венгрии деинституционализация и открытость внебольничной психиатрической помощи коснулись и крупных интернатов. Замена пребывания в интернате на субсидируемое жильё ещё раз подчёркивает важность организации внебольничной психиатрической помощи. Существует мнение, что для дальнейшего развития необходимо создание института экспертов, имеющих личный опыт болезни, и программ, которые ведут сами пациенты. В этой новой парадигме жизненно важным видится предоставление самостоятельного принятия решений человеком с психическим расстройством и, соответственно, развитие его способности принимать решения. Для достижения этих целей необходимо стимулировать сотрудничество специалистов системы здравоохранения и социальной сферы. Эксперты с практическим опытом являются ключевым звеном в предоставлении и развитии такого вида помощи.

Keywords: *Hungary; community psychiatry; recovery; multidisciplinary team work; peer support*

Ключевые слова: *Венгрия; амбулаторная психиатрическая помощь; восстановление; междисциплинарная командная работа; поддержка пациентов*

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении последних столетий система психиатрической помощи во многих странах мира претерпела существенные изменения. Целью нашей статьи было определить основные тенденции в организации внебольничной психиатрической помощи в Венгрии, её характеристики и место в системе охраны психического здоровья, а также возможные пути её дальнейшего развития. Внебольничную психиатрическую помощь по месту жительства пациентов оказывает мультидисциплинарная команда специалистов (в которую входят психиатр, социальный работник, медицинская сестра) с участием лиц, готовых оказать поддержку пациентам на основании собственного опыта совладания с психическим расстройством.

ВАЖНЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВЕНГРИИ

Внебольничная психиатрическая помощь в Венгрии базируется на прочной традиции: большинство психиатрических отделений входило в структуру больниц

общего профиля. Гуманистический аспект всегда являлся частью психиатрии, и с 1920-х годов стали появляться первые пилотные амбулаторные учреждения, основанные на территориальном принципе оказания помощи. С 1950 года число амбулаторных учреждений начало прогрессивно расти, и их передовой опыт включал в себя существующие стратегии внебольничной психиатрической помощи по месту жительства, оказываемой в Венгрии.

Комплексная пилотная программа внебольничной психиатрической помощи была реализована фондом «Пробуждение», общественным психиатрическим центром Университета Земмельвейса в Будапеште (Awakenings Foundation, AF). С 1994 года AF под руководством психиатра J. Naganozó принял и внедрил программу формирования ассертивного поведения, одну из лучших признанных на международном уровне практик L. Stein [1] и программу оптимального лечения I. Falloon [2]. Мы разработали принципы территориальной службы помощи пациентам с зависимостями под руководством А. Bodrogi — руководителя наркологической группы нашего центра.

Программа поддержки занятости пациентов [3] была внедрена Т. Bulyáki [4], изданы справочники и информационные буклеты по этим темам [4, 5].

В конце 1994 года была основана наша территориальная внебольничная психиатрическая и наркологическая служба в Будапеште (Венгрия), ключевыми характеристиками которой являются:

- ориентация на восстановление полноценного функционирования пациента (то есть его возврат к прежней жизни, несмотря на ограничения, накладываемые психическим расстройством);
- участие членов семьи пациентов;
- психообразование;
- активная разъяснительная работа;
- мониторинг ранних предупреждающих признаков для предотвращения рецидива;
- оптимальная и индивидуализированная фармакотерапия;
- обучение навыкам оказания помощи, управления стрессом;
- формирование асертивного поведения и поддержка занятости.

В первую очередь планы по реабилитации базируются на личных жизненных целях пациентов и членов их семей, после чего производится оценка возможных трудностей, препятствующих достижению этих личных целей, и определяются методы решения этих проблем с привлечением многопрофильной команды, включающей пациентов, готовых оказать поддержку на основании собственного опыта совладания с психическим расстройством. Особое внимание уделяют ненасильственным методам воздействия и реабилитации, обучению персонала навыкам общения и ведения переговоров, а также стратегиям деэскалации для борьбы с агрессией [2]. Нами были достигнуты заметные результаты: после года существования внебольничной территориальной психиатрической помощи уровень занятости/обучения среди пациентов в каждой диагностической группе вырос с 15–20 до 55–65%.

Мы объединили усилия с группой «Антистигма» Всемирной психиатрической ассоциации, и в рамках этого проекта профессор N. Sartorius провел обучение волонтеров. Мы также присоединились к исследованию стигматизации, под руководством G. Thornicroft из Королевской коллегии психиатров Лондона (Великобритания). Тесное сотрудничество

ведётся с A. Rupp из Национального института психического здоровья (США) по вопросам политики и экономики в области психического здоровья. С этой деятельностью связано более 300 наших публикаций. Сотрудники АФ принимают участие в программах последипломного и последипломного обучения клиницистов, медицинских сестёр, социальных работников и психологов.

Наша миссия заключается в постоянном внедрении инноваций. С 2012 года мы применяем подход «Говорить и слышать» [6], а также организационную культуру совместной деятельности: психическое здоровье — это результат сотрудничества пациентов и специалистов [7]. Мы проводим обучение пациентов, готовых поделиться собственным опытом совладания с психическим расстройством, оказать поддержку другим пациентам, и вовлекаем их во все аспекты нашей деятельности. Кроме того, мы предлагаем онлайн-услуги: помимо терапии существуют онлайн-группы самопомощи, платформы, различные приложения, а также онлайн-поддержка лиц из групп взаимопомощи, готовых делиться опытом и оказывать поддержку. Наш лидер на профессиональном уровне является сопредседателем группы «Экономика в сфере охраны психического здоровья» Всемирной психиатрической ассоциации. Один из наших специалистов в области групп поддержки и взаимопомощи пациентов P. Kéri — член правления Европейской психиатрической ассоциации и президент Всемирного объединения сообществ по защите прав душевнобольных (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks – Europe, GAMIAN – Europe) — головной организации для организаций, ориентированных на пациента.

В начале 2000-х годов внебольничная территориальная психиатрическая помощь была включена в обновлённый Социальный закон, и правительство создало более 100 центров помощи (часть — для психиатрических пациентов, часть — для лиц с зависимостями), которые стали частью системы социального обеспечения. Методологической основой этой помощи является пилотная программа внебольничной территориальной психиатрической помощи, внедрённая АФ. Коллеги и лица, поддерживающие АФ, разработали программы обучения для персонала новых центров помощи, которая также поддерживается правительством.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВЕНГРИИ

В Венгрии лицам с психическими расстройствами обеспечивается широкий доступ к медицинской помощи и социальным службам. Учреждения внебольничной помощи по месту жительства, а также другие амбулаторные учреждения и дневные стационары представляют собой внебольничную территориальную психиатрическую помощь в системе здравоохранения (см. ниже), в то время как в рамках системы социального обеспечения предоставляются уход за пациентами по месту жительства и дневной уход, а также имеется несколько психиатрических домов-интернатов (с возможностью проживания и получения обслуживания).

В стране работает 91 социально ориентированное учреждение территориальной психиатрической помощи для пациентов с психическими расстройствами и 89 — для наркологических пациентов¹. Первая группа специалистов оказывает помощь 5003, вторая — 4435 пациентам с серьёзными психическими расстройствами, которые по большей части относятся к спектру психотических и аффективных расстройств и требуют интенсивной, долгосрочной психосоциальной реабилитации, основанной на потребностях пациентов, и поддержки¹. Оказываемая помощь предоставляется бесплатно и не имеет принудительного характера.

Общереспубликанская система социального обеспечения также располагает дневными центрами для лиц с психическими расстройствами ($n=108$) и наркологических пациентов ($n=95$), которые на добровольной основе и бесплатно обслуживают 5583/6017 человек соответственно¹. Пациентам доступны и другие социальные службы (например, служба по поддержке семьи), которыми может бесплатно воспользоваться всё население, проживающее на этой территории. С 2013 года система социального обеспечения была дополнена учреждениями для постоянного проживания пациентов, расположение которых также организовано по территориальному принципу. К сожалению, в настоящее время эта услуга доступна не всем нуждающимся, и многие из учреждений требуют значительной дотации. Методы, используемые в этих службах, аналогичны тем, которые описаны в пилотной программе фонда «Пробуждение». В некоторых дневных

центрах имеются центры самопомощи и поддержки, в работе которых принимают участие пациенты, готовые поделиться своим опытом совладания с психическим расстройством. Они организуют культурные, развлекательные или образовательные мероприятия, учебные программы, программы проживания или семейные программы, встречи — все эти мероприятия ориентированы на потребности пациентов и членов их семей. Целью работы этих учреждений является достижение максимально возможного восстановления функционирования пациента [8]. Специалисты, оказывающие подобные услуги, это в основном социальные работники, а также несколько психологов, которые должны пройти 350-часовую программу обучения по территориальной внебольничной психиатрической помощи, базирующуюся на нашей пилотной программе и проводящуюся Национальным институтом социальной политики.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВЕНГРИИ

Амбулаторную помощь в системе здравоохранения в Венгрии оказывают внебольничные психиатрические амбулаторно-поликлинические учреждения, доступные всему населению. Кроме того, амбулаторную помощь предоставляют на базе стационаров и специализированных клиник. Врачи общей практики и другие специалисты могут назначить консультацию психиатра, работающего в амбулаторном учреждении психиатрической помощи. Психиатрическую стационарную помощь оказывают в психиатрических отделениях больниц общего профиля или психиатрических клиниках. Область психиатрии и охраны психического здоровья по-прежнему испытывает недостаток в специалистах, а её финансирование всё так же осуществляется на институциональной основе. Если говорить о системе здравоохранения в целом, то существуют также дневные стационары, в основном организованные при больницах (табл. 1–3 и рис. 1, 2). Медицинские работники и пациенты положительно воспринимают такой способ оказания помощи. Группы поддержки и взаимопомощи не участвуют в работе служб охраны психического здоровья.

¹ Центральное статистическое управление Венгрии. Доступ по ссылке: https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/en/szo0025.html (дата обращения: 05.12.2023).

Таблица 1. Стационарные психиатрические учреждения в Венгрии²

Год	Психиатрические койки, число коек на 100 тыс. населения	Число коек для оказания детской и подростковой психиатрической помощи, число коек на 100 тыс. населения	Всего психиатрических коек, число коек на 100 тыс. населения	Средняя продолжительность пребывания в психиатрическом стационаре, дни	Средняя продолжительность пребывания в детском и подростковом психиатрическом стационаре, дни	Средняя продолжительность пребывания в отделениях продолжительного лечения, дни	Средняя продолжительность пребывания в отделениях реабилитации, дни
2012	29,62	1,4	31,02	12,95	7,79	33,46	21,73
2013	29,64	1,4	31,04	12,95	7,7	29,89	26,37
2014	29,41	1,4	30,81	13,03	7,66	30,83	26,3
2015	28,8	1,56	30,37	12,92	7,93	30,77	26,62
2016	28,92	1,57	30,49	13,03	8,12	33,45	27,11
2017	28,92	1,57	30,49	12,82	8,09	34,59	27,09
2018	28,67	1,57	30,24	12,61	8,29	36,99	27,27
2019	28,6	1,58	30,18	12,7	8	37,2	27
2020	25,42	1,58	26,99	12,5	6,9	53	30,8
2021	26,53	1,58	28,12	12,5	7,4	39,9	31
2022	26,63	1,79	28,41	12,7	7	39,4	26,6

Таблица 2. Учреждения психиатрической помощи в Венгрии в 2023 году²

	Число учреждений психиатрической помощи	Число пациентов, пролеченных за последние 12 мес.	Число пролеченных случаев на 100 тыс. населения	Больничные койки / места дневного стационара, абс.	Число коек, на 100 тыс. населения
Учреждения амбулаторной помощи	832	477 864	4 932	-	-
Учреждения амбулаторной помощи по месту жительства	384	135 120	1 394	-	-
Психиатрические больницы	1	-	-	530	5,47
Психиатрические отделения в больницах общего профиля	73 (в том числе 35 детских и подростковых отделений)	-	-	2223 (в том числе 489 для детей и подростков)	22,94 (в том числе 1,78 для детей и подростков)
Дневные стационары	21 (в том числе в больницах общего профиля)	-	-	216 (в том числе в больницах общего профиля)	2,23 (в том числе в больницах общего профиля)

Таблица 3. Число специалистов, работающих в системе охраны психического здоровья Венгрии в 2023 году²

Специальность	Число специалистов на 100 тыс. населения
Детские и подростковые психиатры	1,91
Клинические психологи (в том числе взрослые или детские и подростковые клинические психологи и специалисты по психогигиене и профилактике)	14,54
Психиатры	12,16
Медицинские сёстры психиатрической службы и специализированные медицинские сёстры	10,85

² Национальное главное управление больниц. Доступ по ссылке: <https://okfo.gov.hu/en> (дата обращения: 05.12.2023).

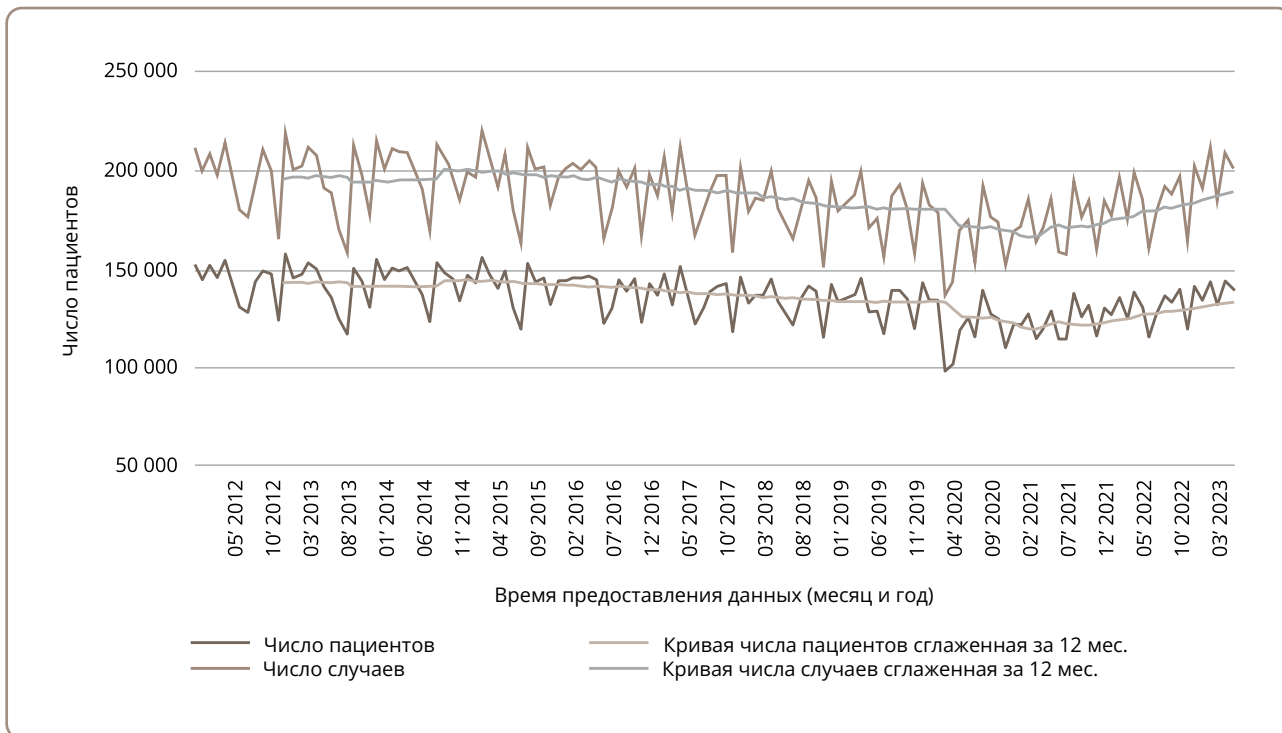


Рисунок 1. Оборот психиатрических амбулаторных учреждений в системе здравоохранения Венгрии в 2012–2023 гг.

Примечание: Здесь и на рис. 2 сведения относятся к общей численности населения Венгрии, которая изменилась с 9 931 925 (2012) до 9 689 744 (2023) человек. Данные Центрального статистического управления Венгрии: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/en/nep0001.html (дата обращения: 05.12.2023).

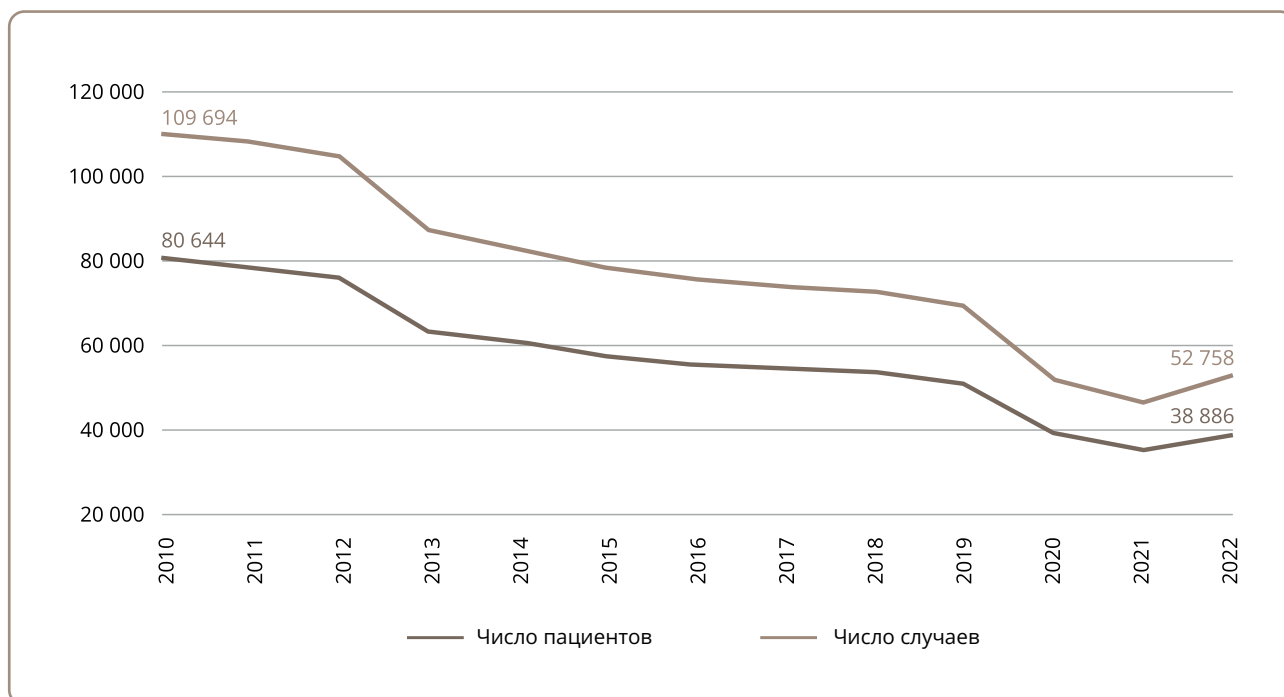


Рисунок 2. Оборот психиатрических стационарных учреждений в системе здравоохранения Венгрии в 2010–2022 гг. (на 10 млн населения).

МЕСТО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВЕНГРИИ

В Венгрии растёт потребность в службе внебольничной психиатрической помощи. Оборот пациентов, проходящих лечение в условиях стационара, постепенно снижается. Профессионалы и администраторы не имеют достаточных рычагов влияния, а в системах здравоохранения и социального обеспечения, в основном финансируемых институционально, отсутствуют достаточные ресурсы для предоставления комплексной, доступной и приемлемой помощи во внебольничных учреждениях по месту жительства для каждого нуждающегося пациента. Тем не менее накоплен ценный практический опыт, например, пилотная программа AF, которая позволила создать экономически эффективную модель, снижающую косвенные затраты всего за 1 год оптимального лечения [9]. Внебольничная психиатрическая помощь в системе здравоохранения преимущественно занимается медикаментозным лечением, но лучшие практики также включают когнитивно-поведенческую терапию [10]. Что касается сферы социального обеспечения, то такая помощь доступна только 10% лиц с серьёзными психическими расстройствами, тогда как помощь в учреждениях типа домов-интернатов по месту жительства получают лишь 1% нуждающихся пациентов, имеющих ресурсы для доплаты. Качество медицинской помощи также варьирует: некоторые её виды соответствуют качеству, уровень которого был установлен в пилотной программе («Проект оптимального лечения»), тогда как в других случаях качество оставляет желать лучшего. Службы обеспечения контроля качества не существует, но при этом проводится массовый административный контроль в сфере предоставления социальных услуг. Контроль в основном сосредоточен на обязательных документах, а не на профессиональном обеспечении качества оказываемой помощи.

СИЛЬНЫЕ И СЛАБЫЕ СТОРОНЫ ОКАЗАНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВЕНГРИИ

Большая часть внебольничной психиатрической помощи сосредоточена на лечении симптомов и предотвращении рецидивов, в то время как социально ориентированные аспекты данного вида помощи

рассчитаны на восстановление с некоторым участием групп поддержки и взаимопомощи со стороны лиц, готовых поделиться личным опытом лечения психического расстройства. Это является преимуществом социально ориентированной внебольничной психиатрической помощи. Система также направлена на повышение доступности медицинской помощи для пациентов. Достижение этой цели требует тесного сотрудничества профессионалов, работающими в обоих секторах [11]. Профессиональная рекомендация министерства, выпущенная в 2018 году, также указывает на необходимость активного сотрудничества между секторами здравоохранения и социального обеспечения в сфере внебольничной психиатрической помощи по месту жительства. Для эффективного сотрудничества, помимо знаний в области своей специальности, необходимо, чтобы каждый член многофункциональной команды прислушивался к мнению других специалистов, а также отсутствовали иерархические барьеры между отдельными специальностями. В Венгрии изначальное доминирование подхода здравоохранения в оказании помощи пациентам с психическими расстройствами ощущается даже сегодня [12]. Дневные стационары, работающие по медицинской модели, обычно являются частью учреждения здравоохранения/больничной системы и укомплектованы преимущественно медицинским персоналом (врачи, медицинские сёстры). В этих учреждениях характер ежедневных программ представляет собой структурированные медицинские терапевтические вмешательства, при этом уделяется мало внимания ценности восстановления прежнего уровня функционирования пациента. Это можно рассматривать как недостаток системы охраны психического здоровья. В то же время оказание помощи также является задачей сектора социального обеспечения. Его работа в гораздо меньшей степени касается медицинских аспектов, и он в основном укомплектован специалистами социальных служб, но иногда дополнительно включает ряд медицинских работников (например, психолога или психиатра) [13]. Долгосрочную помощь на дому пациентам с психическими расстройствами обычно оказывают только учреждения социального обеспечения. Коммуникация между работниками медицинских и социальных служб зачастую недостаточная или вовсе отсутствует, и иногда социальные работники

не могут достичь должного уровня сотрудничества со специалистами в сфере здравоохранения [14]. За исключением психиатров, лишь немногие специалисты системы здравоохранения информированы о внебольничной психиатрической помощи по месту жительства. Подавляющее большинство врачей общей практики не имеют контактов с социальными работниками, оказывающими помощь по месту жительства в секторе социального обеспечения. Ещё одним недостатком является то, что большинство врачей, медицинских сестёр и других специалистов по-прежнему относятся к психическим заболеваниям исключительно как к проблемам со здоровьем. Хотя в сфере оказания внебольничной помощи по месту жительства появились модели, основанные на восстановлении прежнего уровня функционирования пациента, среди специалистов системы здравоохранения готовность принять подобные изменения проявляется медленно: они не верят в выздоровление пациентов с психическими расстройствами. Помимо различий в подходах, проблемой межсекторального сотрудничества также можно назвать недостаточное выделение ресурсов [14, 15]. Сильная сторона венгерской системы заключается в расширенных возможностях трудоустройства, предлагаемых пациентам. Правительство стимулирует трудоустройство людей с ограниченными возможностями, а также финансирует другие инициативы. Дополнительным преимуществом можно назвать высокое качество профессиональной подготовки и научной деятельности, которую ведут венгерские специалисты в области охраны психического здоровья.

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ВЗАИМНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ

Персонализированная помощь с участием членов семьи и других значимых лиц из окружения пациента — краеугольный камень будущего оказания психиатрической помощи. Индивидуальный подбор лечения и подходов к потребностям и обстоятельствам отдельных пациентов и их семей повышают шансы на восстановление и полноценное функционирование пациента.

Цифровые технологии и искусственный интеллект будут играть значимую роль в формировании будущей модели оказания психиатрической помощи.

Широкое внедрение электронного здравоохранения и технологий способствует более эффективному общению между пациентами и медицинскими работниками и даст пациентам возможность активно контролировать состояние своего психического здоровья. Можно выделить следующие прогрессивные шаги по распространению передового опыта внебольничной психиатрической помощи в Венгрии:

- перераспределение ресурсов от учреждений к службам внебольничной территориальной психиатрической помощи с контролируемым качеством;
- обеспечение качества оказываемой помощи;
- оценка передового опыта и его распространение с использованием государственных средств;
- субсидируемая занятость для людей с опытом работы в сфере здравоохранения и социального обеспечения, а также обучение специалистов;
- обучение менеджеров, руководителей и другого персонала, а также поддержка со стороны других пациентов, готовых поделиться собственным опытом успешного совладания с психическим расстройством, и акцент на личностно ориентированном и ценностном подходе, включая дезэскалацию агрессии и организационное развитие в направлении системы сотрудничества [7];
- обучение специалистов по этике и правам человека на основе протоколов Конвенции о правах инвалидов и Всемирной организации здравоохранения;
- радикальное искоренение «насильственных» практических подходов в психиатрии;
- повышение осведомлённости общественности о психическом здоровье и психиатрических учреждениях;
- вовлечение специалистов первичной медико-санитарной помощи в профилактику и ведение сложных пациентов с психическими расстройствами;
- интеграция цифровых технологий и искусственного интеллекта.

Видится большой потенциал в том, что в будущем поддержка со стороны пациентов, готовых поделиться опытом собственной борьбы с заболеванием, сыграет жизненно важную роль в ценностно ориентированном и экономически эффективном оказании психиатрической помощи. Заглядывая вперёд, можно отметить, что несколько ключевых факторов могут помочь сформировать модель взаимопомощи

и поддержки в области психического здоровья. Психическое здоровье — это совместная работа пациентов и специалистов. Интеграция людей с жизненным опытом должна гарантировать, что пациенты из групп поддержки и взаимопомощи, готовые поделиться собственным опытом, будут расцениваться как равноправные члены команды, способные привнести своё особое мнение об улучшении качества оказания медицинской помощи. Такие пациенты также должны участвовать в образовании и подготовке специалистов. Программы с участием студентов дают возможность получить представление о потенциальном влиянии взаимодействия будущих специалистов в области психического здоровья с группами взаимопомощи пациентов на ранних этапах обучения. Расширение этих инициатив и достижение того, чтобы они стали неотъемлемой частью образования в области психического здоровья, может способствовать лучшему взаимопониманию и сотрудничеству между группами взаимопомощи пациентов и врачами, а также снижению степени стигматизации.

Со стигматизацией и дискриминацией, связанной с психическими расстройствами, необходимо бороться как внутри психиатрического сообщества, так и в обществе в целом. Встреча с людьми, готовыми делиться личным опытом, может сыграть значительную роль в развенчании стереотипов и мифов о психических заболеваниях. Делясь своими историями и давая надежду, они могут внести свой вклад в создание более принимающего и сострадательного общества. Технологии и инновации также обещают перспективы для групп взаимопомощи пациентов. Онлайн-платформы могут предоставить людям доступ для связи со специалистами по взаимной поддержке независимо от их местонахождения. Поскольку технологии продолжают развиваться, появляются возможности для разработки более персонализированных и эффективных цифровых методов, дополняющих традиционную очную поддержку. Кроме того, для демонстрации эффективности подходов вмешательств, основанных на принципах взаимопомощи, необходимо провести их исследование и оценку. Сбор данных о таких исходах, как улучшение состояния психического здоровья, сокращение числа случаев госпитализации или повышение качества жизни, может помочь получить финансирование и усилить поддержку этих программ. Крайне

важно создать доказательную базу, которая подчеркнёт ценность взаимной поддержки пациентов для достижения успехов в области охраны психического здоровья.

Перспективы взаимной поддержки в сфере психиатрической помощи выглядят многообещающими, поскольку они могут изменить наш подход и работу служб охраны психического здоровья. Эта трансформация зависит от интеграции принципов взаимной поддержки в систему образования и обучения, снижения степени стигматизации, внедрения технологических инноваций и проведения надёжных исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Венгрия обладает передовой практикой в области оказания внебольничной территориальной психиатрической помощи, но структура и финансирование медицинских и социальных служб по-прежнему основаны на институциональном принципе. В настоящее время происходит непрерывный процесс развития территориальных служб. Об эффективности их работы пока сложно судить, поскольку службы контроля и обеспечения качества пока отсутствуют. Работа в тесном сотрудничестве и использование уникального вклада пациентов, готовых оказать поддержку на основании собственного опыта, представляют собой предпосылки для создания системы психиатрической помощи, которая будет более целостной, лично ориентированной и эффективной в достижении полноценного восстановления жизнедеятельности и благополучия пациентов.

История публикации

Статья поступила: 06.12.2023

Статья принята: 21.03.2024

Публикация онлайн: 26.03.2024

Вклад авторов: Все авторы внесли значительный вклад в создание статьи.

Финансирование: Статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Цитировать:

Буляки Т., Вернигг Р., Кери П., Ач А., Слезак А., Бодроги А., Харангозо Ю. Внебольничная психиатрическая помощь в Венгрии: история прогресса и тенденции дальнейшего развития // Consortium Psychiatricum. 2024. Т. 5, №1. CP15483. doi: 10.17816/CP15483

Сведения об авторах

***Тюнде Буляки**, PhD, Assistant professor Department of Social Work, Eötvös Lóránt University Faculty of Social Sciences

E-mail: tunde.bulyaki@gmail.com

Роберт Вернигг, MD, Head of the Department for Primary Care Planning and Development National Directorate-General for Hospitals

Петер Кери, peer support worker, PR expert, President, GAMIAN-Europe; Member of the Board, European Psychiatric Association; Member of the Board, European Brain Council; Manager of Peer Innovations, Awakenings Foundation

Андреа Ач, PhD, Assistant professor, Semmelweis University Faculty of Health Sciences, Nursing Department

Адриенн Слезак, MD, Head of Institute Community Outpatient Psychiatric Service for 13th District

Андреа Бодроги, MD, Chief physician, Awakenings Foundation Community Psychiatry Centre, Semmelweis University

Юдит Харангозо, MD, Head of Community Psychiatry Centre, Semmelweis University

* автор, ответственный за переписку

Список литературы

- Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1980;37(4):392-7. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003
- Falloon IRH, Montero I, Sungur M, et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. World Psychiatry. 2004;3(2):104-9.
- Drake RE, Bond GR. Supported employment: 1998 to 2008. Psychiatr Rehabil J. 2008 Spring;31(4):274-6. doi: 10.2975/31.4.2008.274.276
- A közösségi pszichiátria kézikönyve [Handbook of Community Psychiatry]. In: Bulyáki T, Harangozó J, editors. Awakenings foundation; 2018. 398 p. Hungarian.
- A közösségi addiktológia kézikönyve [Handbook of Community Addictology]. In: Bodrogi A, Harangozó J, Bulyáki T, Falloon IRH, editors. Awakenings Foundation; 2014. 152 p. Hungarian.
- Spencer LH. Living with voices: 50 stories of recovery. In: Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M, editors. PCCS Books; 2009. 346 p.
- Clark M. Co-production in mental health care [Editorial]. Mental Health Review Journal. 2015;20(4):213-9. doi: 10.1108/MHRJ-10-2015-0030
- Bulyáki T. Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába. [The journey from mental disorder to recovery]. Eötvös Kiadó; 2023. 313 p. Hungarian.
- Harangozó J, Bodrogi A, Nemessuri J, Bulyáki T. A semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum és az Ebredések Alapítvány tevékenységének bemutatása [Activities of the awakenings foundation and the community mental health centre of Semmelweis University of Medicine]. Psychiatr Hung. 2008;23(4):224-30. Hungarian.
- Kovács ZA, Váradi E. Rehabilitációs szemlélet a pszichiátriai gondozásban: bio-behaviour módszerek és a kognitív rehabilitáció távlatai. [Rehabilitation approach in psychiatric care: bio-behavioral methods and cognitive rehabilitation perspectives]. In: Váradi Enikő: Pszichiátriai gondozási kézikönyv. [Handbook of Psychiatric Care]; Budapest, Oriold és Társai Kiadó; 2012. P. 29-68. Hungarian.
- Endre S. Integrált közösségi ellátások szerepe a felépülésben — egy hatékonyságvizsgálat tükrében [The role of integrated community care in recovery - in the light of an effectiveness study]. Doktori (Ph.D.) értekezés, Doctoral (PhD) thesis; PTE-BTK Pszichológia Intézet; 2020. 198 p. Hungarian.
- Ács A, Petri G. Szemléletbeli különbségek a pszichiátriai betegek megítélésében és a szektorközi együttműködések szerepe. [Attitudinal differences in the judgment of psychiatric patients and the role of intersectoral cooperation]. In: Perlusz A, editor. Kutatási beszámoló a pszichoszociális fogyatékos személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról. [Research report on national research on the social situation of psychosocial disabled persons]; Budapest: A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány; 2017. P. 43-58. Hungarian.
- Budai I. Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka [Interprofessional cooperation and social work]. Esély. 2009;5:83-114. Hungarian.
- Ács A, Bányai B, Bugarszki Z, et al. A mentális problémával küzdő emberek és a magyar pszichiátriai ellátórendszer bemutatása [People with mental health problems and the Hungarian psychiatric care system]. Perlusz A, editor. A pszichoszociális fogyatékosokkal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról [Research Report on National Research on the Social Situation of Psychosocial Disabled Persons]. Budapest: Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány; 2017. P. 58-66. Hungarian.
- Gomory T, B. Erdős M, Kelemen G. Kényszer vagy együttműködés? Vitatott kérdések a közösségi pszichiátriai ellátás gyakorlatában [Coercion or cooperation? Contentious issues in community psychiatric care practice]. Esély. 2006;5:101-29. Hungarian.

Н Ψυχή.¹ Психея или женская природа наук о душе

doi: 10.17816/CP178

Интервью

María Dolgaleva

Mental-health clinic No. 1 named after N.A. Alexeev, Moscow, Russia

Мария Долгалева

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Развитие любой отрасли зависит в первую очередь от людей, которые в ней работают. Сегодня незаменимое участие женщин во всех областях знаний многие уже признали очевидным, однако важно продолжать просветительскую деятельность в этом направлении, чтобы бороться с предрассудками, расширять права и свободы.

Работа международных и региональных площадок для решения вопросов гендерного равенства, деятельность структуры ООН-женщины, ежегодный Месяц женской истории, который проводится в марте во многих странах мира — все эти инициативы призваны, среди прочего, подчеркнуть вклад женщин в мировую историю и развитие современного общества.

Психиатрия — сфера, которая требует постоянного включения, душевных сил, желания и готовности постоянно учиться, обновлять и развивать свои знания и навыки.

Несмотря на то, что науки о психике самим своим названием отсылают к юной героине древнегреческих мифов, женщины начали полноценно вносить вклад в психологию и психиатрию лишь в начале 20 века. Первой женщиной-психоаналитиком считается Сабина Шпильрейн (1885) — ученица, подруга и коллега Фрейда и Юнга. Карен Хорни того же года рождения — одна из ключевых фигур неофрейдизма. В конце 19 века Иван Михайлович Балинский читал лекции по психиатрии на женских врачебных курсах.

Почему женщины выбирают профессию, в которой изначально доминировали мужчины? Что влияет на молодых женщин в выборе профессии психиатра? Почему они сделали заботу о психическом здоровье других делом своей жизни? Мы поговорили с женщинами психиатрами и психологами, членами редколлегии и авторами журнала Consortium Psychiatricum.

Мы задали нашим собеседницам несколько простых вопросов, чтобы теперь уже они, специалисты по человеческой душе, поделились своими внутренними мотивами для выбора профессии и тем, что вдохновляло их на этом пути.

Важнейшие качества, отличающие героинь нашего интервью — стремление следовать своему призванию, несмотря на стереотипы, истинный интерес к выбранному научному поприщу, способность сопереживать и желание создавать комфортное пространство для себя и окружающих — как в работе, так и в повседневной жизни.

Мы надеемся, их воспоминания, советы и размышления о своем призвании вдохновят и поддержат представительниц грядущего поколения специалистов в области охраны психического здоровья.

¹ Др.-греч — душа. Женский род



Виктория Бёрд

Профессор психиатрической помощи, Отделение социальной и общественной психиатрии Лондонского университета королевы Марии, Лондон, Великобритания.

Автор «Применение когнитивно-поведенческой терапии в формате виртуальной реальности при различных психических состояниях: систематический обзор»

DOI: <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-1-30-46>



Майя Кулыгина

Кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела внешних научных связей

Член редакционного совета

Автор статей «Влияние пандемии COVID-19 на уровень тревоги, депрессии и дистресса: результаты онлайн-опроса в условиях пандемии в России»

DOI: <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-1-8-20>;

«Вовлечение российских специалистов в области психического здоровья в разработку МКБ-11 ВОЗ» DOI: <https://doi.org/10.17816/CP79>;

«Навстречу внедрения МКБ-11: установки и ожидания российского психиатрического сообщества» DOI: <https://doi.org/10.17816/CP80>



Елена Молчанова

Профессор направления психологии департамента социальных наук Американского университета в Центральной Азии.

Член редакционного совета

Автор статьи «Состояние внебольничной помощи в Кыргызстане: что дальше?»

DOI: <https://doi.org/10.17816/CP133>



Наталья Петрова

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии СПбГУ.

Автор «Инъекционные препараты пролонгированного действия в поддерживающей терапии больных шизофренией»

DOI: <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-2-53-62>



Мариана Пинто да Коста

MD, MSc, PhD, Консультант-психиатр фонда NHS Южного Лондона и Модсли; старший преподаватель института психиатрии, психологии и неврологии, Королевский колледж Лондона; старший преподаватель, Институт биомедицинских наук Абель Салазар, Университет Порту, Порту, Португалия; Председатель секции молодых психиатров Всемирной психиатрической ассоциации

Автор статьи «Внебольничная психиатрия в Португалии: критический обзор»

DOI: <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-1-49-59>



Дэниз Разук

MD., PhD, Аффилированный профессор, кафедра психиатрии, Федеральный университет Сан-Паулу, Координаторский центр экономики и психического здоровья (CESM)

Автор статьи «Службы охраны психического здоровья на уровне общин в Бразилии»

DOI: <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-1-60-70>



Анита Рихер-Рёсслер

MD, заслуженный профессор психиатрии и бывший руководитель Центра гендерных исследований и ранней диагностики, Психиатрическая университетская клиника в Базеле, Швейцария

Член редакционного совета



Наталья Семенова

Ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии — филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Министерства здравоохранения РФ

Член редакционного совета

Почему Вы выбрали профессию в этой сфере?

Виктория Бёрд: Меня всегда интересовали люди, особенно социальное взаимодействие. Мной движет стремление понять, узнать больше. Мне нужна была работа, которая отражала бы мои интересы, придавала бы жизни ритм и питала энергией. В сфере психического здоровья все сосредоточено на личности человека, каждый уникален, двух похожих не найти. Занимаясь исследованиями в области психического здоровья, я имею возможность взаимодействовать с очень интересными людьми. Еще меня вдохновляют истории тех, кто пользуется нашими услугами.

Майя Кулыгина: Выбор профессии был в некотором смысле predetermined. Как говорил один мой друг, мне повезло родиться в комнате, в которой стоял книжный шкаф. Так вот, в нашем книжном шкафу между Лермонтовым и Чеховым стояли труды П.Б. Ганнушкина, Г.Е. Сухаревой, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн: мама была психиатром. Визиты к ней в больницу, ее разговоры с коллегами, чтение книг спонтанно помещали в смысловое пространство, в котором психическое нездоровье и больной человек воспринимались естественно и сочувственно. Собственное еще детское любопытство было связано с тем, о чем думают люди, почему поступают так или иначе, что помогает им преодолевать трудности и достигать успеха. Школьное увлечение биологией, математикой, литературой привели на факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. А там уже однозначно была выбрана кафедра нейро- и патопсихологии. Так и пошло.

Елена Молчанова: Со школьной скамьи интересовали проблемы психического здоровья. Изначально хотела стать психологом, однако, побывав на лекциях в нескольких ВУЗах тогда еще города Фрунзе, разочаровалась. Случайно оказалась на семинаре В.В. Соложенкина, выбор был сделан немедленно. Таким образом, выбрала не профессию, но Учителя.

Наталья Петрова: Альтернативы не рассматривались. Еще в школе заинтересовала высшая нервная деятельность, с первого курса — СНО по психиатрии. Если попытаться рационализировать, то, вероятно, психиатрия интригует, есть вызов для пытливого ума!

Мариана Пинто да Коста: Изучая медицину, я поняла, что ее области очень специализированы (и слишком узки) как в своей направленности, так и в своем отношении к пациентам, казалось, до такой степени, что можно стать экспертом по одному мизинцу пациента, не заботясь обо всем остальном.

Поскольку мне было интересно помогать людям в целом, а не специализироваться на конкретных частях тела или внутренних органах, я решила, продолжая учиться на медика, что хочу пройти курс по психиатрии и начать карьеру в сфере психического здоровья.

Дэниз Разук: Перед тем, как начать изучать медицину, я не могла определиться между психиатрией и психологией, ведь меня очень интересовало человеческое поведение, все формы и проявления человеческой деятельности, включая антропологический, исторический и философский аспекты. Короче говоря, меня интересовали люди в принципе.

Анита Рихер-Рёсслер: Когда мне было шестнадцать лет, я читала Зигмунда Фрейда и была под большим впечатлением от его размышлений о бессознательном и обо всех этих процессах, которые движут людьми. Позднее, уже после окончания моего психоаналитического обучения, я все-таки осталась в психиатрии, так как меня больше интересовали научные факты. Например я очень увлеклась половыми и гендерными различиями в контексте психических расстройств или развития психоза.

Наталья Семенова: Я училась на факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, и на мой выбор — «психолог, работающий в психиатрии, в содружестве и тесном контакте с психиатрами» — повлияли два преподавателя. Этими преподавателями были Блюма Вульфовна Зейгарник и Юрий Федорович Поляков.

Б.В. Зейгарник читала нам курс патопсихологии, и я всегда старалась садиться поближе к подиуму, чтобы ничего не упустить. Я даже купила специальную тетрадку, очень красивую, для конспектов по патопсихологии. В этих конспектах были важные записи — о патологии психики при душевных заболеваниях, о ключевой роли социальной среды и окружающего мира человеческой культуры для

больного, о важности собственной активности больного, о психологической коррекции и реабилитации как необходимых условиях возвращения больного человека к полноценной социальной жизни.

Ю.Ф. Поляков, позже ставший научным руководителем моей кандидатской диссертации, читал нам курс лекций по патологии познавательной деятельности при шизофрении (освещая, в том числе, и различные типы мотивационно-личностных нарушений). В плане выбора профессии он повлиял, как выяснилось, не только на меня. Известный ныне немецкий психиатр Манфред Шпитцер (Manfred Spitzer) когда-то в нашей личной беседе признался, что не попадись ему под руку в свое время маленькая книжка «Schizophrenie und Erkenntnistätigkeit» (работа Ю.Ф. Полякова, переведенная на немецкий язык и вышедшая в Штуттгарте в 1972 году), он, возможно, и не выбрал бы для себя данный раздел медицины.

Что для Вас самое главное в Вашей работе?

Виктория Бёрд: Для того чтобы заниматься исследованиями в области психического здоровья, необходимо иметь коллег, которые готовы поддержать, и рабочую атмосферу, побуждающую действовать. Исследованиями невозможно заниматься в одиночку, для этого тебе нужны другие. В благоприятной среде идеи цветут и развиваются, а еще она способствует креативности. С учетом всего перечисленного важно также прислушиваться к самым различным точкам зрения, уделять внимание людям с богатым жизненным опытом.

Майя Кулыгина: Можно было бы сказать, что важно чувствовать свою востребованность, видеть результат своей работы, будь то исследования или практическая психологическая помощь. Но еще всегда движет познавательный азарт, возможность самостоятельного поиска, ощущение причастности к общему значимому делу, ну и конечно, тот самый базовый интерес к человеку.

Елена Молчанова: Понимать, что ты делаешь, с какой целью, и что в результате получит твой пациент. Сохранить способность сопереживать хотя бы на том уровне, который пока у меня есть.

Наталья Петрова: Помогать страдающим людям.

Мариана Пинто да Коста: Меня вдохновляет идея способствовать значимым положительным переменам в жизни людей. Это может касаться как индивидуальной работы один на один, так и более глобальной работы на уровне организаций. Получать сообщения от своих пациентов или коллег и знать, что я смогла кому-то помочь — это огромное удовлетворение.

Дэниз Разук: Сфера психического здоровья изучает то, что люди чувствуют и как реагируют на жизненные трудности, собственные недостатки и чужие ожидания. В конце концов, страдание — это следствие нашей неспособности справиться с несоответствием того, какую поддержку (или угрозу) мы чувствуем от окружающих и того, какими необходимым биологическими и психологическими навыками мы обладаем, чтобы выжить, а также быть счастливыми и благополучными. Таким образом, психологические проблемы свидетельствуют об отсутствии свободы выбирать свою собственную жизненную траекторию. Психиатр должен понимать, что психически нездоровому человеку нужно его содействие в восстановлении всех сфер жизни, а не просто вмешательство со стороны, направленное исключительно на жалобы и симптомы. Из этого следует, что психиатр должен уделять внимание всем сторонам жизни человека и обладать эмпатией по отношению к страдающим.

Анита Рихер-Рёсслер: Для меня психиатрия — самая захватывающая научная дисциплина, так как она занимается самым важным — человеком во всех его аспектах: от биологии до психологии, социологии и т.д.

Наталья Семенова: В качестве главных в своей работе я бы, пожалуй, выделила два момента. Первый можно описать словосочетанием «иммунитет нужности». Это когда ты как профессионал действительно нужен. А моя работа в основном связана именно с психосоциальной помощью больным — и я всегда тяготела, если говорить об экспериментально-психологической составляющей работы, к эксперименту развивающему, нежели констатирующему наличие у больного тех или иных нарушений. «Иммунитет

нужности» идет рука об руку с высокой сопротивляемостью жизненным трудностям (и заболеваниями!) — за счет переживания специалистом своей необходимости для успешного выполнения значимой и для него, и для общества деятельности. Второй момент также связан с психосоциальной помощью психически больным. Для себя я обозначаю его словом «сбережение». В той или иной степени, исходя из разных теоретических позиций и выражаясь разными концептуальными языками, многие указывали на эту важную для нашей работы общую идею. Речь идет о близости таких явлений и высказываний, как, например, предложенная в свое время А.И. Солженицыным формулировка национальной идеи как «сбережение народа», и концепция «сберегающе-превентивной реабилитации» в психиатрии моего учителя и научного консультанта докторской диссертации Исаака Яковлевича Гуровича.

Мир до сих пор не оправился от кризиса, вызванного пандемией COVID-19. Какой совет Вы бы дали людям для сохранения и укрепления психического здоровья?

Виктория Бёрд: Я считаю, что нам нужно сосредоточить внимание на психическом здоровье и благополучии молодежи. Молодым людям пришлось нелегко из-за закрытия учебных заведений и потери возможности нормально общаться. Однако я не думаю, что нужно ставить всем диагнозы и отправлять лечиться; Следует сформировать у них необходимые навыки и предоставить ресурсы для того чтобы справиться с психическими проблемами. В частности нам нужно развивать общественные ресурсы, например спортивные и творческие кружки, чтобы у молодежи была возможность общаться и делиться эмоциями.

Майя Кулыгина: Советы, на самом деле, достаточно универсальны и банальны, только им надо следовать: поддерживать общение на разных уровнях, т.е. не только с близкими, но и более широкие контакты; заботиться о своем организме, что касается здорового питания или регулярной физической активности; узнавать что-то новое; и что особенно важно в условиях дистанционных ограничений, структурировать и наполнять свое время, чтобы избежать монотонности, однообразия и безволия. Ну а самое

главное, наверное, создавать и поддерживать свои смыслы, т.е. то, что вдохновляет, приносит удовлетворение и отвечает на вопросы: ради чего и зачем.

Елена Молчанова: Моя профессия не предусматривает советы. Доказательная медицина считает, что регулярные физические упражнения способствуют нейрогенезу и снижению уровня кортизола. Так что — спорт для удовольствия, причем любовью. Роберт Сапольски написал чудесную работу по стрессу — Why zebras do not have ulcers. Ничего нового уже не придумаете.

Наталья Петрова: Трудиться.

Мариана Пинто да Коста: Пандемия COVID-19 привела к социальной изоляции, люди лишились возможности общаться с близкими и друзьями привычным способом, лично. Из-за этого многие ощущают беспомощность, тревожность и депрессию.

Поэтому необходимо расширить возможности для оказания помощи людям там, где они живут, в том числе с помощью технологий. Это должно происходить на уровне услуг: нужно улучшить доступ к услугам в области психического здоровья, если это необходимо для лечения, но так же и посредством инициатив, обеспечивающих волонтерскую поддержку в определенном районе, а также способствующих социальной сплоченности и взаимной поддержке, направленных на профилактику (новых симптомов или их рецидивов).

Технологии сыграли основополагающую роль в обеспечении ухода за пациентами во время пандемии. В ряде случаев они не только позволили решить проблему социальной изоляции и необходимости преодолевать расстояния, но и способствовали скорейшему восстановлению пациентов и их социальной интеграции. Для многих они стали не просто альтернативным или более предпочтительным способом общения, но зачастую единственным выбором.

В рамках своего исследования для диссертации я разработала новое приложение под названием "Phone Pal", призванное помочь людям с психическими заболеваниями справиться с социальной изоляцией а также координировать районных волонтеров и связывать их с пациентами, страдающими психозом.

Все это дистанционно, на смартфоне. (Pinto da Costa M, 2020). Результаты были обнадеживающими.

Для укрепления психического здоровья я бы рекомендовала заняться заботой о себе, пользоваться местными инициативами, предоставляющими поддержку, особенно социально изолированным людям, и облегчающими доступ к услугам в области психического здоровья для тех, кто в них нуждается, с помощью технологий.

Дэниз Разук: Здесь можно действовать на двух уровнях: национальном (программы общественного здравоохранения) и индивидуальном. Я считаю, что меры в области здравоохранения должны быть направлены не только на сдерживание распространения COVID-19, но и на психические проблемы. Психическое здоровье нельзя оставлять без внимания, и все слои общества должны быть вовлечены в работу по его укреплению, поскольку это касается всех без исключения. Важно при разработке мер в области здравоохранения сосредоточиться на основных факторах, провоцирующих психические проблемы: финансовая нестабильность, нищета, безработица, горе, социальная изоляция, тревожность, депрессия, эмоциональное выгорание, риск суицида, недостаток социальной поддержки и употребление алкоголя. Необходимо проводить образовательные мероприятия, посвященные психологии, поощрять здоровый образ жизни. Разумеется, работники, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь, должны быть готовы не только выявлять первые признаки COVID-19, но и заниматься проблемами психического здоровья. Прочие заинтересованные лица, например преподавательский состав или предприниматели, должны быть специальным образом подготовлены, чтобы уметь определить признаки психических расстройств, а также создать благоприятную поддерживающую атмосферу для студентов или сотрудников.

Что касается индивидуальных усилий, крайне важно воздерживаться от употребления алкоголя, приобрести полезные привычки, придерживаться более здорового образа жизни, то есть заниматься спортом и оставаться на связи и близкими и друзьями. Также важно постараться не проводить по многу часов подряд в интернете и мобильных приложениях. Необходимо составить распорядок дня, равномерно

распределив время между заботой о себе, досугом и работой. Бывает полезно научиться чему-то новому или заняться чем-то мотивирующим, например старым или новоприобретенным хобби. Не надо крупными сутками проверять электронную почту или отвечать на сообщения в WhatsApp! Если никакие средства не помогают, а тревожность и депрессия мешают вам функционировать, тогда лучше пройти консультацию у психиатра.

Анита Рихер-Рёсслер: Укреплять тело и дух. Например, активно заниматься спортом, проводить время на свежем воздухе, обратиться к творчеству и тем хобби, которыми всегда хотелось заняться, но на которые никогда не хватало времени. И самое главное, продолжайте общаться всеми возможными способами: по телефону, встречайтесь онлайн и вживую, в социальных сетях.

Наталья Семенова: Важные и ценные советы по сохранению и укреплению психического здоровья в связи с COVID-19 уже давали лидеры отечественной и зарубежной психиатрии и клинической психологии. Могу лишь добавить следующее. Речь идет о готовности действовать в ситуации тревоги и неопределенности, о важной для противостояния деморализации роли общей «активности» (*Fais ce que dois, advienne, que pourra* — *Делай, что должно, и будь, что будет*) и «поисковой активности», в трактовке отечественных физиологов В.В. Аршавского и В.С. Ротенберга. Общим знаменателем здесь является поиск в условиях, когда человек не может быть уверенным в результатах своего поведения, когда отсутствует определенный прогноз исхода всей ситуации с COVID-19, однако человек продолжает действовать осмысленно и конструктивно, что способствует восстановлению душевного равновесия.

Что бы Вы посоветовали начинающим женщинам-специалистам, выбравшим данную профессию?

Виктория Бёрд: У вас все получится — вы сильные, уверенные в себе и вам есть что сказать. Для вас нет ничего невозможного. Лишь те женщины, которые осознали свои возможности, могут помочь сделать это другим.

Майя Кулыгина: Если мы говорим о профессии психолога или психиатра, сочетающего научную и практическую деятельность, для тех, кто начинает путь, напутствия прежде всего гендерно неспецифичные и тоже вполне стандартные: читать, думать, писать, учиться, развиваться. А для женщин, может быть, полезно не забывать о сохранении баланса между профессиональной и личной жизнью, т.е. отношениями, семьей, увлечениями, не скатываясь ни в одну из крайностей, т.к. обе эти сферы могут взаимно обогащаться при гармоничном распределении своего внимания, времени, душевных и физических сил.

Елена Молчанова: Очень хорошо подумать. Еще раз хорошо подумать. Составить список симптомов профессионального выгорания, и, как только диагноз станет очевидным, взять перерыв — иначе навредишь пациентам, поставив помощь на конвейер. И еще раз хорошо подумать.

Наталья Петрова: Помнить, что помимо профессиональной, есть и другая жизнь.

Мариана Пинто да Коста: Следуйте за мечтой. Оспаривайте status quo, улучшайте ситуацию, чтобы можно было гордиться собой и вдохновлять других. Умейте слушать и проявляйте эмпатию. Высказывайте свое мнение и отстаивайте то, во что вы верите. Не терпите никаких оскорблений. Требуйте уважения и того, чтобы ваш голос был услышан. Говорите «спасибо», показывайте свою благодарность. Через некоторое время вы увидите, что смогли создать и развить долгосрочные профессиональные отношения и построить успешную карьеру в области психического здоровья.

Дэниз Разук: Высокий уровень профессионализма и компетентности всегда желателен и даже необходим, но от женщины требуется гораздо больше. Один из важных аспектов — высокая самооценка и уверенность в себе, потому что путь к успеху для женщин гораздо труднее и дольше, чем для мужчин. Очень распространенные проблемы: враждебное отношение, отсутствие возможностей, несправедливая критика или осуждение поведения и даже идей, исходящих от женщин. Также важно быть настойчивыми и использовать все возможности (даже самые

незначительные), чтобы показать, что вы превосходно справляетесь со своей работой. Не ждите признания, вместо этого активно пользуйтесь различными каналами для того чтобы продемонстрировать свои профессиональные достижения, это открывает новые возможности и даст вам шанс заявить о своих задумках и поделиться ими. Развитие хобби профессиональной и общественной сети — выигрышная стратегия. Еще необходимо соблюдать баланс между работой и личной жизнью, получать новый положительный опыт, потому что практикующим психиатрам бывает нелегко все время работать со страданием и высоким эмоциональным напряжением. Нужно заботиться и о собственном психическом здоровье.

Анита Рихер-Рёсслер: Поставьте себе собственные цели и стремитесь к их достижению. Критически пересмотрите свое собственное поведение и поведение других: не проявляются ли в нем гендерные стереотипы? Если вам страшно действовать или заявить о своей точке зрения — все равно попробуйте! Сами осуществляйте свои мечты. Больше уверенности! Уверенность в себе, по моему опыту, это ключевое качество для женщины — часто мы просто не можем осмелиться что-то сделать.

Наталья Семенова: Женщинам-специалистам, выбравшим данную профессию, я бы посоветовала «быть видимыми». Это выражение я впервые услышала на одной из международных психиатрических площадок от Софии Франгу (Sophia Frangou), проводившей там обучающий курс. Чтобы понять, что означает для женщины-специалиста «быть видимой», я рекомендую обратиться к книге под редакцией Франгу «Женщины в академической психиатрии» [Frangou, S. (Ed.). (2016). *Women in Academic Psychiatry: A Mind to Succeed*. Springer. — работа есть в открытом доступе]. В ней, в частности, приведены рассказы от первого лица самых влиятельных женщин в психиатрии о том, почему они выбрали данную область, как они преодолевали трудности и как пришли к успеху. Среди этих рассказов можно найти и историю Дануты Вассерман (Danuta Wasserman), которая в обозримом будущем возглавит Всемирную психиатрическую ассоциацию.