

Вопросы терапии, прогноза и профилактики психических расстройств и зависимостей

ID: 2015-02-1212-A-4466

Оригинальная статья

Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б., Антонова А.А., Лупикова Н.И., Беляева Л.С., Зайцева О.М.

Анализ работы подразделений суицидологической службы в г. Саратов

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Организация суицидологической помощи и помощи лицам с кризисными состояниями является одной из важных и острых медико-социальных проблем. Выделяют два основных этапа оказания помощи – догоспитальный и госпитальный. Необходима оценка эффективности работы подразделений кризисной службы, а именно, «телефона доверия» и кабинета медико-социально-психологической помощи. Были проанализированы отчеты о работе вышеупомянутых подразделений, изучалось количество обращений и их структура. В результате исследования было доказано, что «телефон доверия» должен оставаться первой структурной единицей в оказании психологической и психотерапевтической помощи, кабинет медико-социально-психологической помощи имеет важное значение в профилактике суицидального поведения.

Ключевые слова: суицид, «телефон доверия», кабинет медико-социально-психологической помощи

Введение

Организация суицидологической помощи и помощи лицам с кризисными состояниями является одной из важных и острых медико-социальных проблем [1]. Высокие показатели завершенных суицидов и суицидальных попыток обуславливают необходимость детального, глубокого анализа этого феномена и актуальность вопросов профилактики суицидального поведения. Важным аспектом является организация суицидологической помощи [4, 6]. Традиционно выделяют догоспитальный этап («телефон доверия», кабинет медико-социально-психологической помощи, диспансеры, поликлиники, правоохранительные органы, скорая медицинская помощь) и госпитальный этап (отделение кризисных состояний) [9]. Различные авторы дают разные отзывы об эффективности вышеупомянутых служб. Одни приводят низкую эффективность, ссылаясь на отсутствие положительных результатов и методологические трудности [11, 12], другие отмечают достаточно высокую эффективность и демонстрируют факты, подтверждающие эффективность телефонных служб и центров [12, 14]. Muller E. с соавт. (1984) приводят исследования, в которых сравнивается частота суицидов в штатах и округах с телефонными центрами и в отсутствие таковых. Кийченко Е.А., Михайличенко И.Н., Пурясова Е.Г. (2011) отмечают, что актуальность и содержание причин обращения за специализированной дистантной помощью сохраняются во все годы, включая и кризисные периоды. Данный вид помощи является обоснованным и востребованным, о чем говорит растущее число обращений, поэтому рассматриваемые службы нуждаются в расширении и внедрении различного рода инновационных технологий. Давыденко А.Ф. с соавт. (2011) приводят позитивные данные о работе службы «Телефона доверия» в Красноярском крае: отмечаются высокая эффективность и востребованность службы у населения города в качестве первого звена в оказании психологической помощи населению.

Организация работы в отношении помощи и профилактики суицидального поведения в Саратове и Саратовской области основана на Федеральном нормативном документе - приказ МЗ и СР РФ от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». В Саратовской области специалистами психиатрической службы предлагалась (2002–2004 гг.) территориальная модель организации суицидологической службы и оказания специализированной помощи лицам с кризисными состояниями. Необходимость создания региональной модели обусловлена тем, что действующий приказ МЗ РФ от 1998 г. № 148 допускает организацию подразделений суицидологической службы лишь в крупных городах (с населением свыше 300 тысяч жителей), а кабинетов социально-психологической помощи – в районах свыше 100 тыс. населения. Работа в рамках Саратовской модели в общих чертах была регламентирована приказом МЗ области от 13.05.2003г. № 102, которым были определены задания по городам и районам области для организации суицидологической службы. Так, в 28 городах и районах области совместно с другими ведомствами и общественными организациями открыты кабинеты социально-психологической помощи и / или «телефонов доверия», в ряде районов организовано оба вида помощи.

Таким образом, учитывая литературные данные и особенности развития суицидологической помощи на территории Саратовской области, необходима оценка эффективности работы подразделений кризисной службы – «телефон доверия» и кабинет медико-социально-психологической помощи.

Целью данного исследования было оценить эффективность работы служб «телефон доверия» и кабинета медико-социально-психологической помощи.

Задачи исследования – проанализировать структуру звонков на «телефон доверия», проанализировать количество и структуру обращений в кабинет медико-социально-психологической помощи.

Материал и методы

Для проведения данного исследования были использованы отчеты о работе кабинета «телефон доверия» и кабинета медико-социально-психологической помощи, функционирующих на базе ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер». Производился анализ работы за 2010 – 2012 гг. В отчетах имелись данные о количестве звонков на «телефон доверия», а также структура звонков. В отчетах о работе кабинета медико-социально-психологической помощи анализировались следующие данные: количество первичных обращений, пол обратившегося, структура обращений по заболеваниям и причины обращения психически здоровых лиц. Среди заболеваний выделялись невротические расстройства и заболевания психотического уровня. Далее, более

детально были изучены причины обращений лиц из категории невротические расстройства, выделялись группы пациентов с депрессивными расстройствами, неврастенией, тревожно-фобическими расстройствами, ипохондрическими проявлениями, истерическими расстройствами, неврозом навязчивых состояний. Из заболеваний невротического уровня также были представлены аффективные непсихотические расстройства, органические непсихотические расстройства, связанные с сосудистыми и травматическими заболеваниями. Заболевания психотического уровня были представлены шизофренией и биполярным аффективным расстройством в стадии ремиссии.

По итогам изучения отчетов были сформированы сводные таблицы, проведен анализ и сформированы выводы.

Обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Достоверность полученных результатов была установлена при помощи критерия Стьюдента. Различия оценивались как достоверные при вероятности 95% ($p < 0,05$) и выше.

Результаты и обсуждение

Были проанализированы отчеты по работе служб «телефон доверия» и кабинет социально-психологической помощи г. Саратова за 2010 – 2012 гг.

Кабинет «телефон доверия» работает на базе ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» (далее ГУЗ СГПНД) с 2002 года. Телефонное консультирование проводится круглосуточно, помощь оказывают психотерапевты, психиатры, медицинские психологи.

В таблице 1 представлено количество звонков на «телефон доверия» в 2010 – 2012 гг. Как видно из таблицы, в 2012 г. количество звонков на «телефон доверия» (7010 звонка) увеличилось по сравнению с предыдущими годами (2010 г. – 6791 звонков г., 2011г. – 6617 звонков), это говорит о востребованности подобного рода дистантных вариантах помощи населению в кризисных ситуациях.

Следует отметить, что в 2012 г. лишь 0,84% населения города (в предыдущих годах этот показатель был еще меньше) обратились за помощью, позвонив на «телефон доверия». Этот факт можно связать с незнанием о существовании данной структуры в силу отсутствия четко продуманной и реализуемой программы продвижения информации среди горожан, либо с нежеланием обращаться за данным видом помощи по разным причинам.

Интересным представляется изучение структуры звонков на «телефон доверия». В таблице 2 представлена структура звонков за 2010 г.

Анализируя структуру звонков, необходимо отметить, что наибольшее значение имеет такая категория обращения граждан, как «конфликты с окружающими» - 18,13%, далее следует группа «информационно-справочные звонки» - 14,70%, а затем «семейные отношения» - 10,07%. За 2010 г. на «телефон доверия» обратилось 157 человек с суицидальными мыслями, что составило всего лишь 2,31% от общего количества звонков.

Похожая ситуация наблюдается при анализе структуры звонков в 2011 г. и 2012 г., данные представлены в таблицах 3 и 4. Так в 2011 году, ведущими категориями обращения граждан были «информационно-справочные звонки» (14,80%) и «конфликты с окружающими» (14,77%) (имеющиеся различия статистически недостоверны, $p > 0,05$), далее следовала категория «семейные отношения» - 10,17%. Лишь 1,77% от общего количества составляли звонки граждан с суицидальными мыслями. В 2012 г. 19,14% обращений были связаны с конфликтами с окружающими, 16,11% составляли «информационно-справочные» звонки и 11,26% - категория «семейные отношения». Категория «суицидальные мысли» составляла 2,87% ($p < 0,01$).

Таблица 1. Количество обращений в службу «Телефон доверия» г. Саратова в 2010 – 2012 гг.

Год	Количество звонков, абс.	% от населения города
2010 г.	6791	0,81 %
2011 г.	6617	0,79 %
2012 г.	7010	0,84 %

Таблица 2. Структура звонков на «телефон доверия» г. Саратов в 2010 г.

Категория звонка	Абс.	% от общего количества
Алкогользависимые: Обращение зависимого	293	4,31
Алкогользависимые: Обращение родственников	345	5,08
Наркозависимые: Обращение зависимого	322	4,74
Наркозависимые: Обращение родственников	443	6,52
Семейные отношения	684	10,07
Родительско-детские отношения	434	6,39
Диадные отношения	344	5,07
Суицидальные мысли	157	2,31
Насилие	484	7,12
Конфликты с окружающими	1231	18,13
Личностные проблемы	337	4,96
Информационно-справочные звонки	998	14,70
Манипулятивные	531	7,82
Сексуальные проблемы	91	1,34
Другие	97	1,43
ИТОГО	6791	

Таблица 3. Структура звонков на «телефон доверия» г. Саратов в 2011 г.

<i>Категория звонка</i>	<i>Абс.</i>	<i>% от общего количества</i>
Алкогользависимые: Обращение зависимого	204	3,08
Алкогользависимые: Обращение родственников	297	4,49
Наркозависимые: Обращение зависимого	197	2,98
Наркозависимые: Обращение родственников	342	5,17
Семейные отношения	673	10,17
Родительско-детские отношения	374	5,65
Диадные отношения	484	7,31
Суицидальные мысли	117	1,77
Насилие	638	9,64
Конфликты с окружающими	977	14,77
Личностные проблемы	742	11,21
Информационно-справочные звонки	979	14,80
Манипулятивные	417	6,30
Сексуальные проблемы	93	1,41
Другие	83	1,25
ИТОГО	6617	

Таблица 4. Структура звонков на «телефон доверия» г. Саратов в 2012 г.

<i>Категория звонка</i>	<i>Абс.</i>	<i>% от общего количества</i>
Алкогользависимые: Обращение зависимого	317	4,52
Алкогользависимые: Обращение родственников	287	4,09
Наркозависимые: Обращение зависимого	328	4,68
Наркозависимые: Обращение родственников	274	3,91
Семейные отношения	789	11,26
Родительско-детские отношения	497	7,09
Диадные отношения	337	4,81
Суицидальные мысли	201	2,87
Насилие	374	5,34
Конфликты с окружающими	1342	19,14
Личностные проблемы	337	4,81
Информационно-справочные звонки	1129	16,11
Манипулятивные	633	9,03
Сексуальные проблемы	91	1,30
Другие	74	1,06
ИТОГО	7010	

Таблица 5. Количество первичных обращений в кабинет медико-социально-психологической помощи на базе ГУЗ СГПНД за 2010 – 2012 гг.

<i>Год</i>	<i>Общее количество обращений</i>	<i>Количество обратившихся женщин</i>	<i>Количество обратившихся мужчин</i>
2010	250	227	23
2011	255	220	35
2012	250	205	45

Таким образом, в результате анализа структуры звонков на «Телефон доверия» в г. Саратов в 2010 – 2012 гг., выявляется, что ведущими причинами обращения абонентов являются конфликты с окружающими и семейные отношения. Люди непосредственно с суицидальными мыслями обращаются крайне редко (число звонков не превышает 3% от общего количества обращения). Однако, учитывая тот факт, что в большинстве случаев мотивами суицидального поведения являются семейные и внутриличностные проблемы, а также конфликтные ситуации с окружающими, такой вид дистантной помощи, как «телефон доверия» является необходимым и эффективным для определенной категории лиц. Телефонное консультирование может расцениваться, соответственно, как профилактика суицидального поведения [8].

Полученные данные согласуются с исследованиями по данной проблематике у других авторов. В г. Пенза также отмечается низкий процент обращений граждан с суицидальными мыслями и большая часть звонивших отмечали межличностные (включая и семейные) конфликты (Дубравин В.И., 2002).

Доступность, анонимность и круглосуточный режим работы отмечаются, как основные преимущества «телефона доверия». Е.А. Кийченко, И.Н. Михайличенко, Е.Г. Пурысова (2011) отмечают, что актуальность и содержание причин обращения за специализированной дистантной помощью сохраняются во все годы, включая и кризисные периоды.

Кабинет медико-социально-психологической помощи (далее КМСПП) г. Саратова функционирует на базе ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» с 2003 года. Были проанализированы отчеты работы КМСПП за 2010 - 2012 гг. В таблице 5 представлено общее количество первичных обращений в течение рассматриваемого периода.

Таблица 6. Структура обращений граждан в кабинет социально-психологической помощи г. Саратова за 2010 – 2012 гг., %

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Невротические расстройства	71,7%	68,6%	64,0%
Органические непсихотические расстройства, связанные с сосудистыми и травматическими заболеваниями	9,7%	20,8%	16,4%
Психически здоровые пациенты	9,3%	1,6%	10,8%
Аффективные непсихотические расстройства	7,6%	8,6%	7,2%
Психотические расстройства (шизофрения и биполярное аффективное расстройство в стадии ремиссии)	1,7%	0,4%	1,6%

Таблица 7. Структура невротических расстройств, выявленных в кабинете социально-психологической помощи г. Саратов в 2010 – 2012 гг., %

<i>Категория невротических расстройств</i>	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Депрессивные расстройства	38,9%	34,3%	35,4%
Неврастения	29,3%	32,5%	31,7%
Тревожно-фобические расстройства	20,1%	20,0%	20,8%
Ипохондрические расстройства	3,2%	4,6%	3,8%
Истерические расстройства	6,5%	6,9%	6,4%
Невроз навязчивых состояний	2,0%	1,7%	1,9%

Как видно из таблицы, основную часть обратившихся в КМСПП составляют женщины, в среднем – 86,36% от общего количества обратившихся ($p < 0,01$). Так, женщины охотнее обращаются за помощью в подобные учреждения, чем мужчины.

Интересным представляется изучение структуры обращений в КМСПП. Из таблицы 6 видно, что в структуре обращений преобладают прежде всего невротические расстройства – они составляют большую часть в процентном отношении, чем все остальные категории – в 2010 г. – 71,7%, в 2011 г. – 68,6%, в 2012 г. – 64,0% ($p < 0,05$).

На втором месте стоят - органические непсихотические расстройства, связанные с сосудистыми и травматическими заболеваниями, их доля составляет 9,7% - в 2010 г., 20,8% - в 2011 г. и 16,4% – в 2012 г. В 2010 г. категория «психически здоровые пациенты» составила 9,3%, в то время как в 2011 г. – 1,6%, а в 2012 – 10,8%. В КСПП обращаются психически здоровые граждане, имеющие проблемы, связанные с безработицей, с адаптацией к изменению образа жизни, а также проблемы, связанные с близкими людьми. Еще одна категория – «аффективные непсихотические расстройства», которая в 2011 г. занимает третье место в процентном отношении от общего количества обращений и составляет 8,6% (в 2010 г. – 7,6% и в 2012 г. – 7,2%), представлена в основном в виде острых реакций на стресс и горя. Наименьшее количество обращений составили психотические расстройства, которые были представлены биполярным аффективным расстройством и шизофренией в стадии ремиссии ($p < 0,05$). Таким образом, в структуре заболеваемости пациентов КМСПП ведущими являются невротические заболевания, что вероятно связано с высоким социально-стрессовым напряжением и низкой адаптационной способностью человека в современных условиях быстро меняющегося ритма жизни.

Учитывая, что невротические расстройства занимают центральное место среди всех обращений в КМСПП, рассмотрим более подробно, какие из категорий встречались чаще. Так, из таблицы 7 видно, что на протяжении всего изучаемого периода ведущими остаются депрессивные расстройства: в 2010 г. – 38,9%, в 2011 г. – 34,3% и в 2012 г. – 35,4%.

Далее следует неврастения, которая в процентном отношении составляет 29,3% в 2010 г., 32,5% - в 2011 г. и 31,7% - в 2012 г. И на третьем месте располагаются тревожно-фобические расстройства, которые составляют в 2010 г. – 20,1%, в 2011 г. – 20,0% и в 2012 г. – 20,8%. Менее распространены в числе обращений в КСПП истерические расстройства (2010 г. – 6,5%, 2011 г. – 6,9%, 2012 г. – 6,4%), ипохондрические расстройства (2010 г. – 3,2%, 2011 г. – 4,6%, 2012 г. – 3,8%) и неврозы навязчивых состояний, процентное отношение которых не превышает в общей структуре 2% (2010 г. – 2,0%, 2011 г. – 1,7%, 2012 г. – 1,9%) ($p < 0,05$). Причинами обращений пациентов служат такие кризисные ситуации, как конфликты в семейной, личной, производственной и бытовой сферах. Наибольшее число обращений среди женщин связано с объективным или субъективным чувством одиночества. Так, депрессивные расстройства и неврастения являются ведущими в структуре невротических расстройств среди всех обращений в КМСПП. Учитывая тот факт, что суицидальные мысли можно рассматривать, как облигатные симптомы депрессии, неотделимые от чувства вины, отчаяния, безнадежности, безысходности, и суицидальные попытки предпринимаются не менее чем 30-50% больных, страдающих депрессиями, а невротическая и реактивная депрессия в 15 – 73% случаев соотносится с парасуицидом [7, 9] - работа КМСПП имеет важное значение в профилактике суицидального поведения и работе с лицами, потенциально опасными в плане совершения суицида. Кроме того, прием лиц с аффективными непсихотическими расстройствами и психически здоровых лиц, имеющих проблемы, связанные с безработицей, нарушением адаптации, конфликтами, также оказывает профилактическое влияние на суицидальное поведение.

Выводы

1. «Телефон доверия» должен оставаться первой структурной единицей в оказании психологической и психотерапевтической помощи населению.
2. В связи с низкой обращаемостью граждан на линию «телефона доверия» необходима разработка и реализация программы продвижения этой службы среди населения города (реклама в средствах массовой информации, различные способы информирования медицинских работников лечебно-профилактических учреждений города, сотрудников общественных организаций).
3. Ведущими категориями обращения в кабинет медико-социально-психологической помощи являются невротические расстройства, прежде всего депрессивного спектра.

4. Кабинет медико-социально-психологической помощи имеет важное значение в профилактике суицидального поведения и помощи лицам с кризисными состояниями.

Литература

1. Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В. Организация суицидологической помощи и превенция суицидального поведения (обзор литературных данных). *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии* 2013; (6): 3–10.
2. Давыденко А.Ф., Семенова Н.Б., Щеглова Ю.Н. и др. Организация кабинета «Телефон доверия» в структуре красноярского краевого психоневрологического диспансера №1. *Суицидология* 2011; (2): 48–49.
3. Дубравин В.И. Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002; 31 с.
4. Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная профилактика суицидологического учета. *Суицидология* 2012; (1): 3–7.
5. Кийченко Е.А., Михайличенко И.Н., Пурысова Е.Г. Характер обращений на «Телефон доверия» в периоды социальных кризисов (по материалам суицидологической службы Омской области). *Суицидология* 2011; (1): 53–54.
6. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференциальная профилактика суицидального поведения. *Суицидология* 2012; (1): 8–12.
7. Пучков П.В., Беляева Л.С. Характеристика суицидального поведения в г. Саратове. *Социологическое исследование* 2011; (6): 77-79.
8. Смирнов О.Г., Беляева Л.С., Зайцева О.М., Лупикова Н.И. Суицидологическая помощь в работе Саратовского городского психоневрологического диспансера за период 2009-2011 гг. В кн.: Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии. Саратов, 2012: 97-103.
9. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва: Медицинское информационное агентство, 2007; 432 с.
10. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). Смоленск: СГМА, 2012; 232 с.
11. Deykin E.Y., Hsieh C.C., Joshi N., McNamarra J.J. Adolescent suicidal and self-destructive behavior. Results of an intervention study. *J Adolesc Health Care* 1986; 7(2): 88-95.
12. Lester D. Social correlates of youth suicide rates in the United States. *Adolescence* 1991; 26(101): 55-58.
13. Van-Egmond M., Diekstra R.F. The predictability of suicidal behavior: the results of a meta-analysis of published studies. *Crisis* 1990; 11(2): 57-84.
14. Zimmerman S.L. The connection between macro and micro levels: states' spending for hospitals and their suicide rates. *Suicide Life Threat Behav* 1990; 20(1): 31-55.