

НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА

К. К. Яхин, Д. М. Менделевич

Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного
Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Смещение интереса современной психиатрии к популяционным и экологическим исследованиям обусловлено во многом профилактической направленностью современной медицины, которая ставит главной задачей не выявление ранних признаков заболеваний, а установление состояния здоровья обследуемых и предотвращение возникновения и развития заболеваний [4]. Среди психических заболеваний первое место занимают пограничные нервно-психические расстройства, на долю которых приходится до 80% всей патологии [5, 12]. Важно то обстоятельство, что больные с пограничными нервно-психическими заболеваниями редко самостоятельно обращаются к врачам-психиатрам, не получают своевременной квалифицированной помощи специалистов [8], что приводит к утяжелению состояния и инвалидизации. Не менее важным является и то, что пограничные нервно-психические заболевания вызывают снижение не только трудоспособности, но и общественных интересов и ослабление социальной активности, затрудняют интерперсональные контакты, что в свою очередь приводит к ухудшению социально-психологического климата в семье и на производстве. Между тем решение крупных народнохозяйственных и социальных задач в условиях перестройки требует максимальной мобилизации людей, невозможной без полного духовного и психического благополучия тружеников.

Смещение акцента на первичную профилактику психических заболеваний неизбежно требует анализа методических подходов и методов исследования в современной психиатрии.

Для пограничной психиатрии традиционными были ориентированность деятельности на проблемы отдельного индивида в аспекте его социальной адаптации, клиническое описание особенностей невротических реакций и их развития, глубокое изучение и анализ «почвы», особенностей психической травмы и ее систематики, акцентуаций характера и психопатий [3, 5, 6, 12]. Такой подход был обусловлен историческими традициями медицины, которая в течение веков занималась изучением болезней. В последние десятилетия вся мощь новых методов, основанных на достижениях электроники и кибернетики, также была направлена на исследование больного организма [2]. Изменение же направленности современной медицины приве-

ло к тому, что объектом пограничной психиатрии стали не больные, а здоровые люди. Вместо раннего выявления заболеваний стала задача охраны психического здоровья, которая в рамках только традиционных представлений пограничной психиатрии неразрешима.

Для пограничной психиатрии, имеющей междисциплинарный характер (связь с психологией, педагогикой, медицинской психологией, социальной психологией и т. п.), основным является клинический подход. Как известно, клиническая психиатрия пользуется принципами нозологической систематики, позволяющей отнести болезненное состояние к той или иной нозологической форме. Поэтому решение задач диспансеризации во время профилактических осмотров сводится не к оценке состояния здоровья, а, в лучшем случае, к ранней диагностике пограничных нервно-психических расстройств в рамках нозологической систематики, отражающей сегодняшнее представление о заболеваниях. При таком подходе профилактическое обследование рабочих промышленных предприятий может привести к констатации фактов об отсутствии влияния производственных факторов на психическое здоровье [9], что вступает в противоречие с результатами исследований гигиенистов, профпатологов и других специалистов [1, 7, 10, 11].

Основным и трудно устранимым препятствием для применения клинического подхода в пограничной психиатрии является то обстоятельство, что жалобы больных и их субъективное самочувствие определяются не только болезненным процессом, но и мотивацией личности, его социальной адаптацией, степенью информированности пациентов о клинических проявлениях болезни, наконец, харкатерологическими особенностями самих больных. Поэтому как перечень жалоб, так и характер их в период массового обследования оказываются весьма вариабельными и не всегда адекватно отражают истинное состояние их психического здоровья. Клинический психопатологический метод исследования для целей диспансеризации во время профилактических осмотров оказывается мало пригодным [13].

Использование психопатологического метода во время профосмотра является нецелесообразным и из деонтологических соображений. Встреча с психиатром психически

здорового человека приводит к возникновению у последнего реакции защиты и протеста, что препятствует не только диагностике, но и вызывает отрицательное отношение к профосмотрам. Вследствие этого в поле зрения врачей-психиатров попадают только больные, которые требуют уже вторичных профилактических мероприятий.

Нозологически ориентированная психиатрия не может выйти за пределы своей систематики и в организации профилактических мероприятий. Если исходить из концепции, отрицающей зависимость пограничных нервно-психических расстройств от производственных и профессиональных факторов, то ответственность за обеспечение психического здоровья рабочих ложится на врачей, что явно не соответствует реальному положению вещей.

Анализ современной ситуации в пограничной психиатрии, занимающейся проблемами психического здоровья применительно к условиям производства, и наши многолетние исследования в этой области позволили нам предложить иной подход к проведению профилактических осмотров. Использование автоматизированного скрининга, реализуемого с помощью микро-ЭВМ [14], дает возможность получить основные характеристики преморбida, микросоциальных и производственных условий и показатели степени психической адаптации по предложенным нами шкалам [13]. При таком подходе речь идет не о диагностике болезненного состояния, а лишь о количественной оценке и качественном анализе условно-патологических признаков, определяющих адаптивные возможности организма на уровне вегетативных, эмоциональных и характерологических реакций. Выявленные в ходе наших исследований реакции и состояния представляли собой неоднородную группу начальных проявлений пограничных нервно-психических расстройств. Применение метода многомерной статистики позволило обнаружить комплекс факторов, способствующих их возникновению. В одних случаях они имели преимущественно профессиональный генез, в других были обусловлены индивидуально-личностными особенностями и факторами социально-гигиенического и социально-психологического порядка. Последующее углубленное клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое и нейрофизиологическое обследование лиц с признаками психической дезадаптации подтвердило валидность и надежность такого подхода на этапе профилактических осмотров.

Все это позволило сформулировать основные принципы организации и проведения профилактических мероприятий в условиях производства.

Основным методическим подходом к охране психического здоровья рабочего кол-

лектива должен стать **принцип комплексности**, поскольку усилия только отдельных подразделений не способны решить современные задачи по охране здоровья в полном объеме. Вторым принципом является **здравоохранительный подход**, который в отличие от клинического объектом изучения избирает не «болезни», а «здоровье», в обеспечении и поддержании которого ответственность ложится на трудовой коллектив. Вследствие этого охрана здоровья рабочих становится не только моральной и этической задачей трудового коллектива, но и одним из решающих показателей экономики данного производства, а следовательно, и одним из видов деятельности предприятия, в ведении которого находятся цеховые, заводские оздоровительные комплексы, ночные и дневные профилактории, санатории и базы отдыха, кабинеты психоэмоциональной разгрузки, спортивные комплексы, здравпункты и медико-санитарные части предприятия.

Организационной структурой такой деятельности должен стать координационный совет предприятия по охране здоровья трудового коллектива. Однако создание материальной базы и организационной структуры не обеспечат выполнение задач по охране психического здоровья, пока сам трудовой коллектив не осознает социальной и экономической необходимости в здоровье. Центральным лозунгом работы должен стать девиз: «Здоровье — достояние всего трудового коллектива». В осознании ценности собственного здоровья должен лежать активный процесс пробуждения личной ответственности члена трудового коллектива за общее дело, а для этого требуется не только пропаганда психогигиенических и психопрофилактических знаний, внедрение мер морального и экономического поощрения лиц, ведущих здоровый образ жизни, и создание неформальных объединений «Здоровье», но прежде всего широкое участие трудающихся во всех сферах общественной и политической жизни предприятия и страны.

Научная организация охраны психического здоровья трудового коллектива предусматривает использование и **системного подхода**, позволяющего оценивать здоровье человека (а следовательно, и разрабатывать меры по первичной и вторичной профилактике) в конкретных условиях взаимодействия с факторами трудового процесса и социальной среды. Важным методическим подходом к организации мер профилактического характера на конкретном производстве должен стать также **принцип дифференцированного подхода**. Условия трудовой деятельности предъявляют разные требования к функциональным системам организма. Поэтому применение конкретных методов профилактики и заполнение конкретным содер-

жанием деятельности цеховых и заводских оздоровительных комплексов должны проводиться с учетом местных условий. Оценка факторов трудового процесса (гигиеническая, психофизиологическая, социальная и психологическая) с составлением профессиограмм позволяет разработать конкретные рекомендации по профессиональной ориентации и профотбору, что дает возможность рационально использовать имеющиеся трудовые ресурсы, способствуя снижению текучести кадров и повышению производительности труда.

Важным пунктом данной работы является анализ показателей здоровья как в системе «человек — производство», так и в системе «человек — общество» с учетом их социально-психологического, семейно-бытового и других аспектов. Эта задача решается путем углубленного изучения заболеваемости с помощью автоматизированных систем управления предприятием (подпрограмма — АСУП — кадры) и специально разработанных программ для скринингов с последующим определением факторов риска.

С учетом выявленных факторов проводятся мероприятия по совершенствованию и организации трудовой деятельности, автоматизации и механизации производства, внедряются рациональные режимы труда и отдыха, разрабатываются мероприятия по улучшению социально-психологического климата в коллективе и санитарно-гигиенических, бытовых условий на производстве.

Необходимым компонентом медико-биологического аспекта охраны психического здоровья является повышение адаптационных возможностей организма на основе концепции донозологической диагностики. Практическую реализацию осуществляют на базе микро-ЭВМ или персональных компьютеров с использованием специально разработанных программ для скринингов, которые позволяют разделить весь обследуемый контингент без участия врача на три категории: 1) лица с устойчивой адаптацией; 2) с неустойчивой адаптацией; 3) с дезадаптацией (с уточнением тех сфер психической деятельности и основных факторов риска, которые ответственны за срыв адаптации).

Профилактические мероприятия в отношении первой группы лиц ограничиваются рекомендациями по повышению неспецифических адаптационных возможностей (устранение гипокинезии, соблюдение режима труда и отдыха, закаливание, диета, производственная гимнастика и т. д.).

Для лиц второй группы рекомендуют немедикаментозные методы коррекции с учетом дифференцированного подхода к производственным факторам и факторам риска (специальная производственная и дыхательная гимнастика, ритмическая свето- и цветостимуляция, термо- и гидропроцедуры, психоэмоциональная разгрузка и аутогенная

тренировка, точечный и общий массаж, упражнения на тренажерах), которые реализуют в условиях общезаводского или цехового оздоровительного комплексов. Эффективность мероприятий определяются по результатам повторного скрининга и состоянию функциональных систем организма в медицинском блоке оздоровительного комплекса.

Третья группа рабочих с явлениями дезадаптации подлежит дополнительному осмотру в медико-санитарных частях с применением методов психодиагностики и комплексного клинического обследования, позволяющего устанавливать индивидуально-личностные особенности и донозологическую специфику пограничных нервно-психических расстройств. В последующем для них проводят лечебные мероприятия в условиях общезаводского оздоровительного комплекса, вочных профилакториях или амбулаторных условиях без отрыва от производства. С учетом синдромологических особенностей нозологической принадлежности пограничных нервно-психических нарушений применяют комплекс психокоррекционных, физиотерапевтических и медикаментозных методов лечения. После курса лечения и последующего контроля этих рабочих переводят во вторую группу с назначением немедикаментозных методов коррекции в условиях цехового или общезаводского оздоровительного комплекса.

Использование некоторых положений предложенного научно-методического подхода к охране психического здоровья рабочих в условиях производства позволило добиться снижения заболеваемости по неврозам и неврозоподобным состояниям на 26% по случаям, на 20% по дням нетрудоспособности, по психосоматическим заболеваниям на 9,8%, по общей заболеваемости на 8,8%.

Предложенные нами основные принципы охраны психического здоровья могут служить основой для проведения диспансеризации всего населения в области пограничной психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асадуллаев М. М. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1986. — № 5. — С. 701—704.
2. Баевский Р. М. // Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. — М., Медицина, 1979.
3. Ганнушкин П. Б. // Избранные труды. — М., Медицина, 1964.
4. Кабанов М. М. // В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. — Л., 1979.
5. Карвасарский Б. Д. // Неврозы. — Л., Медицина, 1980.
6. Менделевич Д. М., Яхин К. К. // Гиг. труда. — 1985. — № 8. — С. 48—49.
7. Орлова Т. Н., Чудновская И. В. // Казанский мед. ж. — 1975. — № 6. — С. 73—74.
8. Петраков Б. Д. и др. // В кн.: Новое в терапии и организации помощи больным с погранич-

ными нервно-психическими расстройствами.— М., 1986.

9. Положий Б. С. // Журн. невропатол. и психиатр.— 1986.— № 8.— С. 1200—1203.

10. Руководство по гигиене труда.//М., Медицина, 1987.— Т. 1—2.

11. Руководство по профессиональным заболеваниям.//М., Медицина, 1983— Т. 1—2.

12. Ушаков Г. К. // Пограничные нервно-пси-

хические расстройства.— М., Медицина, 1987.

13. Яхин К. К., Менделевич Д. М. // Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний.— Казань, 1978.

14. Яхин К. К., Менделевич Д. М. // В кн.: Основные тенденции развития здравоохранения, профилактики, диспансеризация.— Ульяновск, 1987.

Поступила 25.04.88

УДК 616.891.6—085.214.22

НОВЫЙ ТРАНКВИЛИЗАТОР СИГНОПАМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАТЯЖНЫХ НЕВРОЗОВ

Д. Г. Еникеев, И. Е. Зимакова, Д. Г. Семенихин

Кафедра психиатрии и наркологии (зав.— проф. Д. Г. Еникеев), кафедра клинической фармакологии (зав.— проф. И. Е. Зимакова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В настоящее время в разных странах отмечается высокий уровень заболеваемости неврозами [3]. Больных острыми неврозами успешно лечат терапевты и невропатологи. Квалифицированное исключение соматического и иного заболевания, которое, по предложению больного, у него имеется, убеждение его в этом, медикаментозное лечение, в том числе применение транквилизаторов, избавляет человека от невроза.

Неврологи [1, 2, 4] отмечают ряд положительных сторон действия транквилизаторов при неврозах. Лечение больных затяжными неврозами является более сложной задачей, и при ее решении необходим более дифференцированный и комплексный подход, включающий квалифицированную психотерапевтическую помощь, что требует больших затрат времени. Транквилизаторы широко применяются в лечебном процессе и отличаются высокой избирательной эффективностью и быстротой действия. Если каузальная психотерапия направлена на основные этиологические и патогенетические механизмы, то транквилизаторы воздействуют на более низкие уровни патогенетических звеньев неврозов. Несмотря на различие точек приложения, по данным ряда исследователей, основное назначение транквилизаторов заключается в том, что их действие «открывает двери для психотерапии».

Из большого арсенала транквилизаторов различной химической структуры многие, причем наиболее популярные (седуксен, эуноктин, андоксин и др.), при длительном употреблении могут вызвать зависимость. Известно также, что со временем лечебный эффект применяемого транквилизатора обычно снижается. Для предупреждения возникновения упомянутых отрицательных эффектов рекомендуется периодическая смена транквилизаторов. Создание и внедрение в клиническую практику все новых транквилизаторов оправданы клинической практикой, так как увеличивают возмож-

ности смены препаратов адекватного спектра клинического действия. Кроме того, среди больных неврозами различают лиц, которые не только положительно относятся к фармакологическим препаратам, но и считают лекарственные средства, особенно новейшие, обязательным условием выздоровления [2].

Сравнительно недавно предложенный фармацевтическим предприятием «Польфа» (ПНР) сигнопам (темазепам) является конечным активным метаболитом реланиума. Мы проанализировали эффективность терапии сигнопамом больных неврозами в условиях отделения пограничных состояний психиатрической больницы. Под наблюдением находились 35 больных (18 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 18 до 62 лет. У 8 больных диагностирована неврастения, у 7 — невротическая депрессия, у 8 — логоневроз, у 6 — невроз навязчивых состояний, у 6 — истерический невроз. У 11 из 35 больных расстройство сна проявлялось в виде основного нарушения, определяющего клиническую картину заболевания, у 6 из 11 — по истерическому типу. Период засыпания у последних сопровождался резкой гиперстезией к сенсорным раздражителям. Особенно остро воспринимались различные звуковые раздражители, в меньшей мере — световые. В часы засыпания весьма резко повышалась раздражительность, вспышки аффектов, направленные на виновников шума или источники этих раздражителей. Больные пытались изолировать себя от источников шума, например от спящих с храпом, требовали перевести их в другую палату. Обычно нарушения сна становились у них сверхченно переживаемой патологией. У 2 из 11 больных мы отмечали навязчивый страх бессонницы — агритрофобию. У 5 пациентов агритрофический синдром проявлялся по астеническому типу. У 18 больных наиболее видное место в психопатологической структуре неврозов занимали вегетосоматические нарушения. У них от-