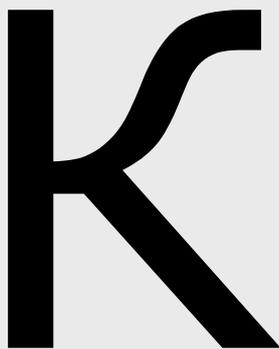


«Общественные  
инициативы  
в психиатрии»,  
«Острова Надежды»



Луч света в темном царстве

# Катерина

Редакция: В.Г.Ротштейн (главный редактор), М.Н.Богдан,  
А.Е.Вольян, Л.В.Гордиенко, Л.Ф.Куценко, Л.И.Симонова, В.С.Ястребов

Выпуск 6-7, Июль 2000

## Азы психиатрии



# Психотерапия

В предыдущем выпуске «Катерины» мы рассказывали о лекарствах. Принимать лекарства обычно никто не любит. Поэтому в этом выпуске поговорим о методе лечения, который обычно все любят – о психотерапии. Главная ее особенность, в отличие от всех других методов лечения, заключается в том, что психотерапевт не пользуется никакими химическими веществами или инструментами для воздействия на человеческий организм. Его оружие – слово. Именно словом психотерапевт пытается воздействовать на болезнь, и не только на болезнь. С помощью психотерапии решается множество болезненных и просто психологических проблем. Поэтому на первый взгляд компетенция психотерапевта шире, чем компетенция психиатра. Однако на самом деле это не совсем так. Чтобы хорошо разобраться во всем этом, нужно подробнее поговорить о том, что же такое психотерапия.

Элементами психотерапии пользуется каждый врач. Не зря говорят, что после одной только беседы с хорошим врачом пациент становится легче. Уверенные слова врача по поводу того, что диагноз ему понятен, что он знает, как помочь больному – элементы мощного психотерапевтического воздействия. Они снимают тревогу, беспокойство, и это не только облегчает субъективное состояние больного, но и помогает организму бороться с болезнью. Этот очень важный вид психотерапии, может быть, даже самый важный, но его не назовешь специальным

психотерапевтическим методом. Многие врачи, которые в этом смысле прекрасно разговаривают со своими пациентами, даже не думают, что занимаются психотерапией.

Специальных психотерапевтических методов очень много. Схематически все они разделяются на те, которые помогают устранить проблему, и те, которые помогают человеку жить с расстройством, если его невозможно окончательно устранить при современном уровне знаний. Из сказанного понятно, что самое главное – это правильно диагностировать эту проблему и правильно понять, какова конечная цель психотерапевтического вмешательства. К сожалению, именно здесь часто возникают ошибки, потому что исторически сложилось так, что некоторые врачи занимаются только психиатрией (и плохо знают психотерапию), некоторые – только психотерапией (и плохо знают психиатрию); к тому же психотерапией занимаются не только врачи, но и психологи. Поэтому психотерапевты иногда слишком рано берутся за дело, пытаясь помочь пациенту, которого необходимо лечить лекарствами. С другой стороны, и психиатры иногда пытаются лекарствами добиться окончательного выздоровления пациента, хотя без психотерапевтической помощи обойтись бывает невозможно. Во многих странах с пациентом работает целая бригада, куда входит и психиатр, и психотерапевт, и психолог. Они вместе обсуждают состояние пациента, намечают план лечебных мероприятий и следуют ему. У нас тоже начинают работать таким образом, но только начинают. Пока совместные осмотры пациента психиатрами и психотерапевтами не вошли в обычную практику, лучше все-таки до начала лечения посоветоваться и с тем, и с другим, а если советы оказались противоречивыми, – следует настоять на совместной консультации.



# Слишком весело – не лучше, чем слишком грустно...



О том, что такое депрессия, в наше время знают почти все. Но не все знают, что у депрессии есть второе «я» – мания. Если это состояние выражено не очень резко, его называют гипомания. Мания – это депрессия «наоборот»: при депрессии настроение резко пониженное, при мании – резко повышенное. При депрессии двигаться трудно, быстро наступает чувство усталости, ощущение, что нет сил, при мании – сил хоть отбавляй, усталость вообще не наступает, любой труд кажется легким и простым. При депрессии трудно думать, кажется, что память ослабла, интеллект оскудел, при мании – мысли текут потоком, вспоминаются невероятные подробности из давнего прошлого, кажется, что ты гений. Субъективно это состояние очень приятно. Что касается окружающих, то до поры до времени и им нравится это состояние. Пока мания выражена слабо, больной создает впечатление человека, переживающего замечательный период своей жизни, период прилива сил, энергии, творческих

возможностей. Случается, что приступ болезни этим и ограничивается. Более того, случается, что все эпизоды болезни выглядят именно так. Такой человек – счастливчик. Разумеется, никому никогда не приходит в голову, что он болен. К сожалению, так бывает редко. Чаще всего настроение продолжает «улучшаться», активность становится чрезмерной, на сон приходится все меньше времени, и окружающие начинают подозревать, что что-то тут не так. Если такое состояние возникло впервые в жизни, то к врачу такой больной попадает уже в разгар мании, когда амбулаторным лечением не обойтись. Приходится прибегать к госпитализации со всеми сопутствующими ей сложностями. Поэтому гораздо лучше обратиться к врачу пораньше, когда еще можно обойтись без больницы. Болезнь, при которой возникают и депрессивные, и маниакальные состояния, называется маниакально-депрессивный психоз. Если и депрессии, и мании выражены слабо,

## Неужели я заболел?!

говорят о циклотимии. Таким образом, циклотимия – это легкий вариант маниакально-депрессивного психоза.

Во время депрессии человек испытывает страдания, поэтому прежде всего он сам ищет помощи. Ясно, что при мании дело обстоит наоборот. Очень редко случается, что во время гипомании больной сам обращается за помощью просто потому, что он знает о болезненном характере своего состояния из прошлого опыта. Чаще всего необходимость обратиться к врачу осознается родственниками больного или другими близкими ему людьми. Поэтому об этом состоянии полезно знать всем.



## Как с этим жить?

# СКОЛЬКО МОЖНО?!

В психиатрии существует понятие «поддерживающая терапия». Это значит, что человеку, который, например, выписался из больницы, рекомендуют принимать лекарства и дальше. Это делается для того, чтобы предотвратить возможные обострения болезни. Опыт показывает, что такая рекомендация часто очень целесообразна. Действительно, люди, которые пренебрегают подобным советом, нередко вскоре снова попадают в больницу. Поддерживающая терапия иногда позволяет обходиться без стационарирования многие годы. Все было бы не так уж плохо, если бы необходимость длительно принимать лекарства не вызывала множества неудобств. Самые простые из них заключаются в том, что приходится постоянно следить, чтобы дома был необходимый запас лекарств. Нужно не забывать принимать их. Нужно носить их с собой, надолго уходя из дому. Более сложные неудобства заключаются, например, в беспокойстве о том, не наступят ли какие-нибудь нежелательные последствия от длительного приема препарата, например, осложнения на печень, почки и т.д. Могут возникнуть крайне неприятные побочные эффекты от лекарств, например, мышечная скованность, дрожание рук, обильное выделение слюны. Со всеми этими неприятностями нужно, разумеется, считаться и нужно знать, как справиться с ними.

Некоторые из них неизбежны. Например, заботиться о должном запасе лекарств необходимо. Не нужно только впадать в крайность и создавать такие запасы, которые могут обеспечить целый батальон (это случается совсем не редко). Конечно, нужно брать лекарства с собой, если куда-нибудь едешь. С другой стороны, совсем не нужно отчаиваться, если вдруг забыл принять лекарство. И вовсе не нужно в таком случае принимать лишнюю таблетку в очередной прием. Все иногда забывают принимать лекарства, и ничего страшного от этого не происходит, если, конечно, такая забывчивость – не система.

Чтобы предупредить возможные осложнения, нужно время от времени (например, раз в полгода) делать анализы крови и мочи. Вообще, осложнения со стороны печени и почек от приема психотропных лекарств бывают очень редко, но все-таки это может случиться, и поэтому контроль не повредит. Что же касается побочных эффектов, то при их возникновении нужно немедленно обращаться к лечащему врачу. Он или назначит корректор (препарат, устраняющий эти побочные эффекты), или уменьшит дозу лекарства.

*Препятствия – это то, что нас пугает, когда мы отводим взгляд от цели*

# Клуб "D & A"

Клуб "D & A" – это австрийская общественная организация, объединяющая людей, страдающих депрессией и тревогой. Отсюда и название клуба: буква "D" – первая в слове «депрессия», а буква "A" – в слове «тревога» (anxiety). Этот клуб был основан в марте 1991 г., благодаря инициативе Карлы Штанек. Она сама более 15 лет страдала депрессией и паническими атаками, из-за которых она постоянно ходила по разным врачам. Это продолжалось до тех пор, пока ей не посчастливилось попасть к «правильному» доктору. Сегодня клуб "D & A" объединяет 11 групп взаимной

поддержки, которые собираются раз в неделю. Кроме того, есть еще 8 филиалов в разных провинциях Австрии и 7 филиалов в северной Италии.

Нам кажется наиболее интересной трактовка понятия «группа взаимной поддержки», которую дает клуб "D & A". Клуб подчеркивает, что это понятие вовсе не имеет в виду, что самое главное – это обойтись без помощи профессионалов. Члены клуба считают, что участие в группах взаимной поддержки хорошо помогает вновь обрести себя после депрессии, но вовсе не думают, что они нашли какое-то универсальное средство, которое может заменить лечение. Они полагают, что каждый, кто приходит к ним, находит благоприятную атмосферу,

в которой человеку легче найти свой собственный способ обрести уверенность в себе и способность взять на себя ответственность за свое будущее.

Члены клуба считают чрезвычайно важным организовать правильные партнерские взаимоотношения между пациентом и врачом, они побуждают участников групп взаимной поддержки вести продуктивный постоянный диалог со своим врачом. Они считают также, что в процессе такого диалога развивается и личность врача. Он становится достаточно зрелым, чтобы признать в больном столь же зрелую личность. Он понимает также, что участие в группах взаимной поддержки является очень важным для выздоровления.



## Общественные движения

Основная цель клуба "D & A" – вселить надежду в каждого пациента. Надежда зиждется на простой идее: депрессия и тревога – это не неотвратимый рок; с ними можно справиться и жить дальше. Клуб работает со средствами массовой информации, рассылает свою газету (которая выходит раз в два месяца) 6000 адресатов и через это надеется постепенно изменить отношение общества к больным.



## За рубежом

### «Всемирное содружество людей, столкнувшихся с проблемой шизофрении»

Во втором выпуске «Катерины» мы уже писали об этой организации ("World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders", или WSFAD). Она продолжает вести активную и плодотворную международную деятельность. В этом году WSFAD организовала представительную международную конференцию в Иерусалиме, в которой участвовал вице-президент «Общественных инициатив в психиатрии» В.С. Ястребов. Среди участников конференции были представители многих стран мира, включая и профессионалов, и потребителей психиатрической помощи. На конференции обсуждалось множество насущных вопросов. В частности, участники конференции пришли к соглашению, что необходимо добиться, чтобы в развивающихся странах было достаточно психотропных лекарств (не обязательно новейших, но хотя бы тех, которые уже много лет применяются на западе).

Очень важным и интересным было выступление профессора Сриниваса Мэрти о роли семьи в осуществлении ухода за больным шизофренией и его лечением. С его точки зрения, очень долгое время существовало стремление изолировать пациента от его семьи на период лечения. Однако на протяжении последних 30 лет эта тенденция существенно изменилась: если раньше семья считалась помехой, то сейчас она, наоборот, приобрела роль важного звена в лечебном процессе. Такой сдвиг в представлениях произошел по ряду причин. Это и лучшее понимание биологической природы болезни; и возможность индивидуального подхода к лечению; и осознание значимости общественной жизни для больного; и внимание к соблюдению прав человека; и успехи в психосоциальной терапии. Возросла защитная роль семей и тех, кто осуществляет заботу о пациентах. В разных культурах и общественных слоях достигнуто лучшее понимание течения и исхода болезни. В развивающихся странах больные шизофренией всегда жили и до сих пор живут со своими семьями. На протяжении последних 40 лет происходил постепенный сдвиг от их пассивной позиции к активной роли. Роль семьи усиливается, она становится очень важной и неотъемлемой частью лечения. Будущее выглядит многообещающим в плане лучшего понимания причин шизофрении, улучшения возможностей ее лечения, лучшего представления о правах тех, кто страдает этой болезнью. Все это требует отношений между профессионалами и потребителями, основанных на партнерстве и взаимопонимании. В заключение профессор Сриниваса Мэрти сказал: «Взаимодействие (между больными, их семьями и профессионалами) должно быть постоянным, динамичным, и основанным на социо-культуральных традициях и убеждениях общества. Положительным результатом такого сотрудничества будет как улучшение качества жизни больных и их семей, так и большая удовлетворенность профессионалов».

*Препятствия – это то, что нас пугает, когда мы отводим взгляд от цели*

## Календарь предстоящих конференций:

- **Всемирный конгресс Всемирной федерации психического здоровья** (Ванкувер, Канада, 22-27 июля 2001). За дополнительной информацией обращаться к проф. Chuni Roy: 1417-750 West Broadway, Vancouver, British Columbia, Canada, Tel. (604) 872-8719; Fax (604) 872-0302
- **XII Всемирный психиатрический конгресс** (Йокогама, Япония, 24-29 августа 2002). Секретариат конференции: c/o: Convention Linkage Inc., Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107-0052 Japan/ Phone: +81 3 5770 5549; Fax: +81 3 5770 5532
- **Всемирный конгресс Всемирной федерации психического здоровья** (Мельбурн, Австралия, 23-28 февраля 2003). За дополнительной информацией обращаться к Ms Megan McQueenie, Executive Director, Mental Health Foundation of Australia, 270 Church St., Richmond 3121, Australia. Tel: 61 3 9427 0407; Fax: 61 3 427 1294. E-mail: mentalh@mira.net



## НЕ ХОЧУ ЛЕЧИТЬСЯ! ХОЧУ ЖЕНИТЬСЯ!

### Права и льготы

Еще

совсем недавно никто не спрашивал человека, заболевшего психическим расстройством, хочет ли он лечиться, и согласен ли он, чтобы его посмотрел психиатр. Необходимость того и другого казалась само собой разумеющейся. Малейшее подозрение в психическом неблагополучии (например, звонок соседей или заявление начальника по работе) было достаточным основанием для визита психиатра, и если подозрение оправдывалось, больного «ставили на учет» и наблюдали его вне зависимости от его желания. Современная этика считает, что подобная модель взаимоотношений психиатра и пациента неприемлема. Действующий Закон о психиатрической помощи строго регламентирует условия, при которых может быть произведен и первичный осмотр психиатром, и амбулаторное лечение, и госпитализация. В подавляющем большинстве случаев и то, и другое, и третье может быть сделано только с согласия пациента. При первой встрече с ним психиатр обязан представиться, на-

звать свою профессию, объяснить цель предполагаемого осмотра и получить письменное согласие пациента. То же требуется и при госпитализации. Что касается амбулаторного лечения, то тут дело обстоит проще, потому что если пациент не хочет лечиться, он просто не будет посещать врача и принимать лекарства. При этом если для первичного осмотра и госпитализации существуют немногие поводы, в связи с которыми можно обойтись и без согласия больного (например, больной представляет очевидную опасность для окружающих), то для амбулаторного лечения таких поводов нет. Поэтому вопрос о систематическом лечении полностью отдается на усмотрение пациента.

Все это очень хорошо. Все это полностью соответствует современным представлениям о правах человека и о том, что они должны быть защищены вне зависимости от того, болен человек или здоров. Но за все приходится платить. Большинство пациентов сильно выиграло в результате введения Закона. Но есть такие, которые проиграли. Речь идет о больных, которые не имеют достаточной критики к своему состоянию, не считают, что у них есть психическое расстройство и поэтому не со-

глашаются лечиться. Если при этом их состояние не представляет непосредственной опасности ни для них самих, ни для окружающих, психиатр не имеет права даже проконсультить их. В результате их состояние ухудшается, и страдают не только они сами, но и их близкие, которые не могут добиться помощи. Нередко такие пациенты утрачивают социальные связи, теряют жилье и превращаются в бездомных. В связи с этим на общество ложится дополнительная нагрузка. Общество в лице членов семей больных, их общественных организаций, прессы и других средств массовой информации обязано заботиться о том, чтобы как можно меньше людей с психическими расстройствами избегало лечения. Семья должна терпеливо работать с заболевшим родственником, уговаривая его лечиться; общественные организации должны обеспечить ему возможность общаться с другими пациентами психиатров, чтобы он мог убедиться на их примере, что лечение не так страшно, как ему кажется; общество в целом должно позаботиться о том, чтобы факт лечения у психиатра не был сопряжен с социальным отторжением.

Информационный бюллетень для тех, кто столкнулся с психической болезнью

  
«Общественные  
инициативы  
в психиатрии»,  
«Острова Надежды»

**К**

Луч света в темном царстве

атерина

**Препятствия – это то, что нас пугает, когда мы отводим взгляд от цели**