

Общественные
инициативы
в психиатрии

Луч света в темном царстве

Катерина

Редколлегия: В.Г.Ротштейн (главный редактор),
М.Н.Богдан, Н.В. Кутинова, В.В.Оськина, Т.А.Солохина

Выпуск 4 Апрель 2003



Права и льготы

Диспансер и Закон

Хотя Закон о психиатрической помощи действует уже 10 лет, многие его плохо знают и до сих пор боятся «попасть на учет» в психоневрологическом диспансере. Люди продолжают думать, что если уж обратился в диспансер, то будешь числиться в нем всю жизнь. На самом деле это не так. Согласно Закону, никакого учета в диспансере нет. ПНД оказывает два вида помощи: диспансерную и консультативно-лечебную. Разница между ними состоит в том, что диспансерная помощь предусматривает обязательные периодические осмотры больного, а при лечебно-консультативном наблюдении пациент может обращаться к врачу тогда, когда считает нужным. Ниже цитируется статья Закона, устанавливающая порядок диспансерного наблюдения за психически больными.

Статья 27.

Диспансерное наблюдение

- (1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.
- (2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.
- (3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.
- (4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лица, страдающего психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Ни диспансерная, ни лечебно-консультативная помощь не назначается навсегда. Ее выбор зависит от состояния здоровья. Если оно внушает опасения (например, больной нуждается в приеме больших доз лекарств, или болезнь протекает с частыми обострениями), назначают диспансерное наблюдение. Как только состояние больного стабилизируется, может быть принято решение о его переводе на лечебно-консультативное наблюдение. Может случиться и наоборот: если состояние ухудшается, больной может быть снова переведен на диспансерное наблюдение. Важно понимать, что и то, и другое решение принимается только в зависимости от состояния здоровья.

Наши Интернет-адреса: www.pubinitpsy.da.ru; www.pandepress.ru



ВСЕГДА ЛИ ПРОГРЕСС ЛУЧШЕ, ЧЕМ РЕГРЕСС ?

Сама постановка такого вопроса кажется странной. Конечно, прогресс – это хорошо, а регресс – плохо. Однако, если говорить о болезнях, то оказывается, что все обстоит совсем наоборот. Когда болезнь прогрессирует, это плохо; гораздо лучше, если она регрессирует. Все хронические заболевания (и соматические, и психические) характеризуются общей тенденцией течения. Возможны три варианта: болезнь прогрессирует, регрессирует, или состояние остается неизменным или, как говорят, стабильным. К счастью, подавляющее большинство болезней, которыми мы страдаем, имеют тенденцию к регрессу. Иными словами, мы, в конце концов, выздоравливаем. Подчеркнем, что это относится ко всем болезням, психическим в том числе. Психические расстройства, возникающие вследствие стрессовых воздействий, в результате травм и разного рода органических заболеваний мозга, – все они постепенно проходят, а дефект, который оставляют травмы и другие вредности, – мало-помалу компенсируется. К сожалению, среди психических заболеваний есть и такие, которые имеют тенденцию к

прогрессированию. Это означает, что симптомы этих заболеваний со временем становятся все более тяжелыми и разнообразными, а тот ущерб, который болезнь нам причиняет, – все более значительным. Главная задача, которая возникает при лечении таких заболеваний, заключается в том, чтобы добиться изменения основной тенденции течения болезни. В идеале врач стремится к тому, чтобы болезнь «повернула вспять», то есть начала регрессировать. Если это не удастся, врач добивается того, чтобы болезнь приостановилась, то есть чтобы состояние больного стабилизировалось. В самых тяжелых случаях врач старается достичь хотя бы того, чтобы темп прогрессирования болезни замедлился. В связи с этим всякий раз, когда состояние больного меняется, врачу приходится думать над тем, что означает это изменение: успех лечения или неудачу. Это не так легко, потому что не всякое ухудшение самочувствия означает прогрессирование болезни. Это последнее полезно знать не только врачам, но и пациентам. Понятно, что всякое ухудшение для них огорчительно, но если оно не свидетельствует о прогрессировании болезни, все-таки легче...



Неужели я заболел?



Наша долгая зима всем надоедает, и уже в феврале мы с

нетерпением

начинаем поглядывать на небо и принохиваться, пытаясь уловить в воздухе запахи приближающейся весны. Когда,

одну из весен случится, что такое состояние будет настолько тягостно, что придется обратиться за помощью, лучше пойти к психиатру, а не к терапевту или невропатологу.

Разумеется, весенние обострения случаются не только у тех, кто страдает депрессией. Противоположное состояние – мания (или гипомания) – тоже может возникнуть именно весной. В принципе обострение болезни может произойти в любом случае, если заболевание протекает в виде приступов и ремиссий.

ДЕЖУРСТВО ПО АПРЕЛЮ

наконец, снег начинает таять, мы радуемся. Но не все. Те из нас, кто страдает хроническим заболеванием (все равно каким), с опасением ждут прихода весны: они знают, что риск обострения особенно велик именно в эту пору. Весенние обострения свойственны очень многим хроническим заболеваниям, в том числе и психическим.

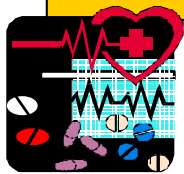
Почему это так, никто не знает, но факт именно таков. Среди психических заболеваний особенно подвержены влиянию времени года расстройства настроения. Весенние и осенние депрессии описаны в специальной литературе очень давно. Есть множество людей, которые считают себя здоровыми, но «не любят весну»: в это время они чувствуют себя вялыми, сонливыми, у них ухудшается работоспособность, иногда нарушается сон. Они не в состоянии радоваться солнцу, ясные дни вызывают только раздражение. Очень часто это изменение самочувствия приписывают весеннему авитаминозу, и пытаются справиться с ним, глотая огромное количество витаминных препаратов. Однако самочувствие улучшается только тогда, когда устанавливается по-настоящему летняя погода. Может быть, иногда в таком состоянии повинен действительно авитаминоз; однако очень часто на самом деле речь идет о нерезко выраженном депрессивном состоянии. Это не значит, что каждому такому человеку нужно непременно принимать антидепрессанты, но принять это во внимание стоит. Если в

Конечно, болеть каждую весну неприятно. Может быть, еще неприятнее ждать обострения с наступлением весны. Однако в этом есть и положительная сторона: замечено, что весенние обострения свойственны тем психическим болезням (или их формам), которые протекают достаточно благоприятно. Что это значит? Для того чтобы это объяснить, придется немного поговорить о теории.

При всякой хронической болезни самое неприятное – это ее прогрессирование, то есть появление расстройств, которые уменьшают шансы на полное выздоровление. При лечении таких заболеваний основная задача врача – по возможности, приостановить или хотя бы затормозить прогрессирование. Не каждое обострение свидетельствует о прогрессировании болезни. В психиатрическом лексиконе есть даже специальный термин «фаза», которым обозначают такие обострения.

Так вот, весеннее обострение – это в огромном большинстве случаев именно фаза. Иными словами, хотя само по себе обострение, разумеется, неприятно, со «стратегической» точки зрения оно большого значения не имеет, потому что не создает ничего непоправимого для здоровья больного. Конечно, это хорошо. Но все-таки было бы еще лучше уберечься от сезонного обострения (хоть оно и «фаза», ничего приятного в нем нет). О том, как это сделать, поговорим в следующей рубрике.

Как с этим жить?



Врачи очень любят говорить о профилактике.

делать это лучше в разгар зимы или летом, но никак не в преддверии весны.

В-третьих, (и, может быть, это самое важное) – не нужно с

ГОТОВЬ ТЕЛЕГО ЗИМОЙ, А СЛЫШЬ – ЛЕТОМ

У всех это слово на слуху, но не все отчетливо представляют себе, что это такое. Его смысл лучше всего разъясняет пословица, которая послужила названием этой заметки. Заранее предпринимая необходимые меры, мы предохраняем себя от неприятностей, которые иначе неизбежно возникнут. Такие меры и есть профилактика. Поняв это, можно вернуться к проблеме весенних обострений при психических расстройствах.

Все профилактические меры, направленные на предупреждение весеннего обострения, можно разделить на две группы: общие, которые нужно принимать во внимание всем, кто страдает хроническим заболеванием, и частные, которые зависят от того, о какой именно болезни идет речь.

Меры общего характера сводятся к трем простым вещам.

Во-первых, с приближением весны нужно особенно четко соблюдать те требования к образу жизни, которые диктует болезнь. Подчеркнем, что это относится к любому хроническому заболеванию. Например, если человек страдает язвенной болезнью желудка, с приближением весны ему нужно особенно строго соблюдать диету. Если человек страдает психическим заболеванием, он должен особенно тщательно следить за тем, чтобы высыпаться, избегать переутомления и стрессовых ситуаций.

Во-вторых, приближение весны – это неподходящее время для изменения схемы лечения (если, конечно, это не вызывается необходимостью). Например, если человек уже давно хорошо себя чувствует, естественно, возникает вопрос, не уменьшить ли дозу лекарства или не отменить ли его вообще. Такой вопрос совершенно законен, однако

напряжением и страхом ждать обострения. К его возможности следует относиться разумно. Весна – время риска. Но ведь риск не обязательно реализуется. Все мы рискуем чем-нибудь заболеть, но ведь не живем же мы в постоянном страхе, что обязательно «подхватим грипп», или что нам на голову упадет сосулька (это, кстати, тоже случается именно весной). Те меры профилактики, которые вы предпримете, уменьшают риск обострения.

Специальные меры профилактики, как уже говорилось, зависят от конкретной болезни, которой человек страдает. Поскольку чаще всего весенним обострениям подвержены те, кто страдает расстройствами настроения, остановимся здесь именно на этой проблеме.

Если больному в принципе свойственны сезонные обострения, то разумнее всего заранее посоветоваться с врачом о целесообразности приема препаратов, которые способны не просто устранять имеющиеся симптомы депрессии или мании, но и предотвращать их возникновение в дальнейшем. Такие препараты сейчас есть, но называть их мы не будем, потому что только врач может решить, какой из них подходит в каждом конкретном случае.

И, наконец, не пропускайте симптомов начинающегося изменения настроения. Не списывайте на авитаминоз появившуюся вялость, «лень», раздражительность и бессонницу. С другой стороны, остерегайтесь объяснять внезапный подъем настроения и прилив сил весенним солнышком. Помните, что оборвать обострение легче всего в самом его начале. Поэтому, если что-нибудь подобное происходит, немедленно посоветуйтесь с врачом.

Наши новости



Учиться надо всем!

Хорошо известно, что больные с паническими атаками в первую очередь обращаются не к психиатрам, а к врачам других специальностей. Это происходит потому, что ощущения, возникающие при панической атаке, совсем не похожи на симптомы психического расстройства. Наоборот, они почти в точности такие, какие бывают при заболеваниях сердца или сосудов. Это сходство не только больным мешает понять, в чем сущность их расстройства. Врачи тоже оказываются в его плену и ищут у больного соматическое заболевание. Они долго и безуспешно лечат сердце, гипертоническую болезнь, вегетативную нервную систему и т.д. Во многих странах неоднократно предпринимались попытки научить врачей общей практики распознавать панические атаки, но это, к сожалению, пока не привело к заметному прогрессу. Опыт показывает, что к разъяснениям психиатров врачи других специальностей относятся с недоверием; они с трудом допускают мысль, что столь тяжелое состояние может объясняться только нарушением психической деятельности. Американский журнал “Journal American Board Family Practitioner” (2002, 15, стр. 443-450) поместил результаты любопытного исследования. Его объектом были 58 больных, страдающих паническим расстройством. Выяснилось, что все они первое время получали лечение, не соответствующее их болезни. Добиться подходящего лечения в подавляющем большинстве случаев удалось не благодаря врачам, а благодаря тому, что пациенты сами выяснили, чем они больны. В статье делается вывод, что своевременное назначение правильного лечения при паническом расстройстве в наибольшей степени зависит от осведомленности пациентов. Поэтому распространение знаний об этом заболевании через средства массовой информации может быть более полезным, чем обучение врачей общей практики.

Разумеется, паническое расстройство — это особый случай. Похожая судьба бывает еще, пожалуй, у больных маскированной депрессией и немногими другими психическими расстройствами. Но знания о своей болезни пригодятся всем. Чем они глубже, тем легче добиться правильного лечения, тем проще и продуктивнее контакт с врачом.



КАК РАЗВИВАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ЕВРОПЕ



(из статьи Родни Элджи;
бюллетень GAMIAN-Europe, март 2003, №5)

Общественное движение пациентов в России только начинается, поэтому очень интересно знать, как оно развивалось в Западной Европе, где у него уже есть довольно долгая история. Автор указывает, что оно возникло в 70-е годы и, как сейчас в России, было тогда слабым. Большинство организаций, объединявших пациентов с тем или иным хроническим заболеванием, были небольшими, испытывали недостаток средств и существовали в основном благодаря энтузиазму отдельных лиц (пациентов или членов их семей). У них не было ни ясных целей, ни продуктивного сотрудничества с профессионалами и другими заинтересованными кругами. Так продолжалось целое десятилетие, и только в 80-е годы положение начало изменяться. Отдельные небольшие организации стали сотрудничать между собой и объединяться. Они стали более четко формулировать свои задачи и разрабатывать методы, с помощью которых эти задачи можно решить. Крупным организациям оказалось легче находить источники финансирования; получив возможность оплачивать труд квалифицированных людей, они начали привлекать их к своей работе, что, в свою очередь, сделало работу организаций более эффективной. Гораздо более широким стало сотрудничество пациентов с профессионалами. Наконец, возникли национальные ассоциации, объединившие организации пациентов в масштабе целой страны. Следующий этап развития общественного движения пациентов начался в 90-х годах. Он заключался в том, что национальные организации отдельных стран начали сотрудничать друг с другом, и возникли ассоциации, объединяющие больных с одинаковым заболеванием в масштабе всей Европы. Это очень большой шаг вперед, потому что, как указывает автор статьи, ни в одной отдельно взятой стране невозможно получить ответы на все вопросы, возникающие у пациентов. С другой стороны, в каждой стране есть свои достижения, и объединение усилий оказывается очень плодотворным.

Как видим, общественное движение пациентов в Европе проделало большой путь. На это понадобилось три десятка лет. Хотелось бы, чтобы в России этот путь был пройден быстрее. У нас есть шансы: ведь мы теперь знаем, как это происходило в Европе, поэтому можем избежать многих ошибок и перенять то, что полезно и продуктивно.



Общественные движения



Когда мы читаем об успехах общественных организаций пациентов на Западе, часто кажется, что им там легко, потому что у них много денег, и все во всем им готовы помочь. На самом деле это вовсе не так. В Лос-Анжелесе

Главное богатство – это мы сами!

работает общественная организация SHARE (в русском переводе «Участие»). Сейчас группы взаимной поддержки, которые она создала, объединяют больше 2,5 тысяч человек. Каждую неделю работают 50 групп. Организуют все это 100 добровольцев. Идея создания организации принадлежит журналистке Рут Холлман. Сначала у нее была одна-единственная добровольная помощница Элизабет Хартиган. В декабре 1992 г. они нашли комнату для встреч групп взаимной поддержки: в ней протекала крыша, но зато за нее не надо было платить. С огромным трудом они помещали информацию о своей работе в местные газеты, добиваясь того, чтобы как можно больше людей узнали о них и оказали помощь. Такие люди постепенно находились. Сейчас ассоциация располагает пятью хорошими комнатами, обставленными так, чтобы было удобно и приятно работать. Дело не в том, что они нашли богатых спонсоров, а в том, что появилось много людей, искренне заинтересованных в том, чтобы группы поддержки существовали и развивались.

Психическое здоровье и его расстройства. Ежемесячный бюллетень

Общественные инициативы в психиатрии

Луч света в темном царстве

Катерина

Адрес редакции: 109029, Москва, Средняя Калитниковская ул., 29 Издается с января 2000 года

**"Катерина" издается
при поддержке
благотворительного
фонда
"Добрый Век"**
DobryVek@mtu-net.ru