

Общественные
инициативы
в психиатрии

Луч света в темном царстве

Катерина

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

Выпуск 6 Июнь 2003

Наши новости



А что думаете Вы?

Осенью 2002 г. Европейская комиссия организовала опрос жителей европейских стран. Их спрашивали об источниках информации, которые они используют, когда хотят узнать что-нибудь о болезнях и их лечении. Всего было опрошено примерно 16 тысяч человек в возрасте 15 лет и старше, в среднем по тысяче из каждой страны. Оказалось, что почти половина опрошенных (46,3%) предпочитает задавать свои вопросы профессионалам. 19,8% опрошенных черпают информацию из телевизионных передач, 7,7% – из книг и медицинских энциклопедий, 7,4% – из газет, 5,5% – из журналов. Почти столько же (5,2%) получают информацию из бесед с родственниками и друзьями, 3,5% – из Интернета, 2,1% читают специальную литературу, 0,9% слушают соответствующие передачи по радио, и только 0,8% посещают специальные лекции и курсы. Интересно, что хотя Интернет используют немногие, больше 40% опрошенных считает, что Интернет – это очень важный источник информации. Среди пользователей Интернета преобладает молодежь (им пользуется 35% опрошенных в возрасте от 15 до 24 лет, и только 8% лиц старше 55 лет).

Очень интересны данные о том, какие источники информации пользуются наибольшим доверием. То, что профессионалы пользуются наибольшим доверием (84,4%), неудивительно. На втором месте находится информация, полученная из организаций пациентов. Она пользуется доверием 67,2%

опрошенных. Информации, полученной из средств массовой информации, доверяет только 39,3% опрошенных. Наименьшим доверием пользуются сведения, предоставляемые правительственными организациями (23,4%), представителями бизнеса (16,0%) и политических партий (10,7%). Отмечено, что эта тенденция выражена тем сильнее, чем выше уровень образования опрошенных.

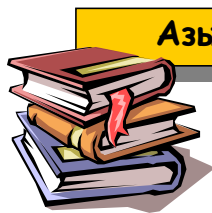
Было бы очень интересно узнать, откуда черпают информацию наши читатели.

Пожалуйста, заполните эту анкету, вырежьте и пришлите ее нам по адресу: Москва, 109029, Средняя Калитниковская ул., 29, редакция «Катерины».

Анкету нужно заполнять следующим образом. В каждой строке Вы оцениваете источник информации по пятибалльной системе. Например, если Вы чаще всего получаете ответы на свои вопросы у медицинских работников, в соответствующей строчке обведите цифру «5». Если Вы никогда ничего не спрашиваете у медицинских работников, обведите в этой строке цифру «1». Сделайте это в каждой строке дважды, потому что в первом столбце спрашивается, откуда Вы получаете информацию, а во втором столбце – каким источникам информации Вы больше всего доверяете. В последних строчках анкеты укажите, пожалуйста, некоторые сведения о себе. Заранее большое спасибо!

<i>Я узнаю о болезнях и способах их лечения</i>		<i>Я больше всего доверяю следующим источникам информации:</i>			
От медицинских работников	1, 2, 3, 4, 5	Медицинским работникам	1, 2, 3, 4, 5		
Посещаю специальные лекции и курсы	1, 2, 3, 4, 5	Специальным лекциям и курсам	1, 2, 3, 4, 5		
Из телевизионных передач	1, 2, 3, 4, 5	Телевизионным передачам	1, 2, 3, 4, 5		
Из книг и медицинских энциклопедий	1, 2, 3, 4, 5	Книгам, энциклопедиям	1, 2, 3, 4, 5		
Из газет	1, 2, 3, 4, 5	Газетам	1, 2, 3, 4, 5		
Из журналов	1, 2, 3, 4, 5	Журналам	1, 2, 3, 4, 5		
Из бесед с родственниками и друзьями	1, 2, 3, 4, 5	Беседам с родственниками и друзьями	1, 2, 3, 4, 5		
Из Интернета	1, 2, 3, 4, 5	Интернету	1, 2, 3, 4, 5		
Читаю специальную литературу	1, 2, 3, 4, 5	Специальной литературе	1, 2, 3, 4, 5		
Слушаю радио	1, 2, 3, 4, 5	Радиопередачам	1, 2, 3, 4, 5		
Из рекламы	1, 2, 3, 4, 5	Рекламе	1, 2, 3, 4, 5		
<i>Сведения о заполнившем анкету (нужное подчеркнуть)</i>					
Пол	Мужской	Женский			
Возраст	До 20 лет	20-29	30-39	40-49	50-59 60 и старше
Образование	Начальное	Среднее	Среднее специальное	Неоконченное высшее	Высшее

Читатели просят нас побольше писать об основных психических заболеваниях, таких, например, как шизофрения. Материалы о большинстве из них уже публиковались в «Катерине». Однако это было тогда, когда наш бюллетень выпускался всего в 10-15 экземплярах, и, конечно, мало кто мог его читать. Поэтому, начиная с этого выпуска, мы снова будем публиковать статьи о важнейших психических заболеваниях.



Азы психиатрии

ШИЗОФРЕНИЯ

Большинству людей диагноз «шизофрения» кажется зловещим, потому что в их представлении это страшный и неизлечимый недуг, а «шизофреник» – неполноценный человек, опасный для окружающих. На самом деле шизофрения бывает очень разной. У этой болезни есть разные формы, – и очень тяжелые, которые действительно приводят к тому, что заболевший становится постоянным обитателем психиатрической больницы, и достаточно легкие, когда никому и в голову не придет, что он имеет дело с больным шизофренией. Между этими двумя полюсами существует много промежуточных форм, при которых болезнь проявляется по-разному, но вовсе не обязательно приводит к катастрофическим последствиям.

Откуда же все-таки взялось представление о тяжести и неизлечимости шизофрении?

В начале XX века, когда великий немецкий психиатр Эмиль Крепелин описал эту болезнь, психиатрия была совсем не такой, как в наше время. Эффективных методов лечения не существовало, и к психиатрам попадали тогда, когда никакого другого выхода не оставалось. Поэтому в поле зрения психиатров, разумеется, оказывались только очень тяжелые больные. Только таких больных Крепелин и видел, и назвал он открытую им болезнь *dementia praecox*, или раннее слабоумие. Но уже очень скоро, лет через 10-15, швейцарец Евгений Блейлер переименовал раннее слабоумие в шизофрению. Он сделал это не просто потому, что считал новое название более удачным, но и потому, что убедился, – шизофрения не всегда и не обязательно приводит к слабоумию, она имеет и благоприятные формы течения. Блейлер смог увидеть более легких больных потому, что в его время возможности психиатров увелись, и в соответствии с этим к ним стали приходиться не только самые тяжелые больные.

Этот процесс – расширение круга людей, обращающихся к психиатру, – продолжался в течение всего XX века. Естественно, это расширение происходит за счет все более легких расстройств. В последние годы среди психиатров даже возникают дискуссии, – где же граница нормы и болезни, где граница компетенции психиатра? Но самое интересное заключается в том, что даже в самых легких случаях, когда никто, кроме самого пациента, и догадаться не может, что у того возникли какие-то проблемы, психиатр обнаруживает знакомые симптомы, которые просто меньше выражены.

На протяжении XX века диагноз «шизофрения» ставился все чаще и чаще, при этом все более и более легким больным. Получилось, что большинство людей, которым поставлен этот диагноз, страдают достаточно легким психическим расстройством, которое не нарушает (или нарушает не столь уж значительно) их социальные возможности. Общественное же сознание (оно вообще инертно) продолжает приписывать этому диагнозу устрашающий смысл, и поэтому множество людей

становятся жертвами социального отторжения и неприятия. Поэтому в последнее время появились предложения искусственно сузить область этого диагноза, ставя его, как когда-то, только в тяжелых случаях.

Другой важный процесс, начавшийся во второй половине XX века, – это лечение больных шизофренией нейролептиками. Появление нейролептиков совершило настоящую революцию в психиатрии. Мало того, что они принесли облегчение множеству пациентов, они видоизменили саму болезнь, и современные молодые психиатры никогда в жизни не видели таких тяжелых расстройств, с какими сталкивалось старшее поколение. Раннее начало лечения нейролептиками просто не дает этим расстройствам возникнуть. Поэтому даже самые тяжелые формы шизофрении в наше время протекают несколько легче, чем раньше.

Сделаем выводы. Конечно, шизофрения – это болезнь, а болеть всегда плохо. Но надо отчетливо понимать, что этот диагноз не является приговором. В наше время болеть шизофренией – это то же, что болеть любой другой хронической болезнью, например, язвой желудка, диабетом, или бронхиальной астмой. При каждой хронической болезни, и при шизофрении тоже, бывают очень тяжелые формы. Но, к счастью, их меньшинство. Большинство больных любой хронической болезнью продолжают, – лечась, испытывая трудности, – в целом нормально жить. Есть два критерия, которые используют для того, чтобы выделить отдельные клинические формы шизофрении. Один из них имеет несколько сложное название: темп прогрессивности. Прогрессивность – это склонность болезни к прогрессированию, к утяжелению имеющейся симптоматики. В природе почти всех хронических заболеваний (не только шизофрении) имеется эта тенденция. Важнейшая задача лечения таких болезней заключается в том, чтобы препятствовать их прогрессированию. При успехе лечения прогрессирование болезни можно не только замедлить, но и приостановить, и даже обратить вспять. Но сейчас мы имеем в виду тенденцию к прогрессированию, которая заложена в самой природе болезни, вне связи с лечением. Именно эта тенденция и лежит в основе критерия, о котором идет речь. Прогрессирование болезни может быть очень быстрым, может быть умеренным, а может – медленным. В зависимости от этого выделяют три клинических формы шизофрении: с быстрым, умеренным и медленным (или вялым) темпом прогрессивности. Кроме того, используется второй критерий: непрерывное или приступообразное течение болезни. При любом из них могут наблюдаться все три варианта прогрессивности. Получается, что основных форм течения шизофрении – шесть. Более подробно о каждой из них мы будем писать в следующих выпусках.

Как с этим жить?



КАК УПРАВЛЯТЬСЯ С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ РОДСТВЕННИКОМ И СПОСОБСТВОВАТЬ ЕГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ? (Наставления для членов семьи)

Из книги «Как наладить работу с группами пользователей и с семьями» (Издательство «Сфера», Киев, 1999 г.)

1. Развивайте в себе умение не терять «дальнего прицела» в ваших взглядах на болезнь близкого человека, его лечение и выздоровление. Страдающему серьезным психическим расстройством может понадобиться немало времени для того, чтобы признать и принять болезнь, смириться с ее влиянием на свою жизнь и направить свою энергию на достижимые при сложившихся условиях цели, способные принести психологическое удовлетворение. В этот период ваша терпеливость и способность с надеждой смотреть в покрытое пеленой неизвестности будущее станут поистине неоценимой поддержкой для больного.
2. Будьте последовательны. В обращении с психически больным членом семьи последовательность очень важна.
3. Создайте простое, четко организованное окружение. Люди с психическими расстройствами часто испытывают тревогу; они особенно уязвимы к воздействию стресса. Им трудно ориентироваться во внешних стимулах и перерабатывать их; они нередко не способны дифференцировать происходящее вокруг. Поэтому желательнее, чтобы в доме был заведен и поддерживался определенный распорядок, при котором почти все предсказуемо. Учтите, что выздоравливающие больные получают излишнюю стимуляцию от таких «больших событий», как ужин в компании или активное общение во время приемов, праздничных вечеринок и т.п.
4. Будьте неторопливы, держитесь спокойно. Это часто нелегко дается тому, кто привык действовать быстро и энергично. Нужно также следить за речью: она должна быть медленной, размеренной и негромкой; не следует повышать тон. Предпочтительно использовать короткие фразы, что помогает уменьшить замешательство больного.
5. Изучите комплекс признаков, позволяющих на раннем этапе распознать начало очередного эпизода заболевания и

предупредить рецидив. У многих людей с психическими расстройствами со временем развивается способность предупреждать эпизоды болезни, обращая внимание на ранние признаки начинающегося рецидива. До того как у больного выработается такое умение, ваши знания и наблюдательность, направленные на выявление соответствующих симптомов, послужат лучшей гарантией своевременного принятия профилактических мер, и если рецидив все же начнется, то он будет нетяжелым и непродолжительным.

6. Акцентируйте внимание на позитивном. Следует избегать излишней критики в адрес больного: негативный подход разрушителен в любой семейной ситуации, а люди с психическими расстройствами особенно уязвимы к замечаниям, задевающим их чувство собственного достоинства и влияющим на самооценку.

7. Несоблюдение правил гигиены, строптивость, агрессивное поведение могут быть до некоторой степени постепенно изменены некоторыми приемами. Определите наиболее нежелательные элементы поведения, сконцентрируйте на них внимание и попытайтесь от них избавиться. Чтобы добиться выполнения ваших требований, можно использовать различные средства и методы. Следует ввести «штрафные санкции», применяя их всякий раз при нежелательном поведении. Важно проявить твердость и настойчивость. Должны быть установлены границы дозволенного в поведении больного.

8. Следует научить больного справляться со стрессом. Так, если он, находясь в общественном месте, например, в ресторане, ощущает чрезмерное эмоциональное напряжение, — вероятно, будет лучше, если он, извинившись, пройдет в туалетную комнату, чтобы там «собраться» и успокоиться.

Творчество наших читателей



*Заблудилось в дороге счастье...
Полететь бы ему навстречу –
Я окно распахнула настежь,
И в него вдруг ворвался вечер.*

*Надо мной закружился город,
И, как будто в воде под ветром,
Вдруг смешались в движении скором
Всевозможные пятна света.*

*Я лечу, разрезая воздух...
Не беда, что не видно солнца:
Есть у ночи луна и звезды,
Чтобы путь освещать бессонным.*

*Мир прекрасен – в том нет сомнения,
Да и жить я привыкла с детства,
Но у жизни повсюду тени,
И от них никуда не деться.*

Екатерина Давыдова





РЕАЛЬНОСТЬ И НАДЕЖДЫ

Выдержки из выступления Джона Боувиса, члена Европейского парламента, на Четвертой сессии GAMIAN-Europe в ноябре 2001 г. (перепечатано из GAMIAN-Europe Newsletter (№10, май 2003 г.)

Эта статья сильно отличается от того, что обычно говорят и пишут высокопоставленные чиновники. Она свидетельствует о том, что автор искренне заинтересован в улучшении медицинской помощи.

Прежде всего, отмечается, что разные медицинские ведомства очень плохо контактируют друг с другом. Человек, который страдает от нескольких разных заболеваний, часто вообще не может получить помощь, потому что каждый специалист ориентирован на лечение только «своих» болезней, не обращая внимания на все другие. Автор указывает, что улучшение системы медицинской помощи требует значительных средств, и во всех странах ощущается их недостаток. Особенно это касается бывших социалистических стран (для сравнения: в европейском сообществе расходы на здравоохранение составляют 1771 доллар на человека, а в бывших соцстранах – 357 долларов). Тем не менее, на недостаток денег ссылаются и органы здравоохранения стран Европейского Союза. При этом огромные средства затрачиваются на производство табака, что, в свою очередь, приводит к увеличению расходов на болезни, связанные с курением. Автор находит это странным, аморальным и бессмысленным с точки зрения экономики. Кроме того, автор замечает, что европейцы расходуют 6 миллионов евро в год на косметику и 11 миллионов – на мороженое, и с удивлением спрашивает: «Неужели нельзя хотя бы малую часть этих денег пожертвовать на здравоохранение?» Автор приводит интересные статистические данные о состоянии психического здоровья жителей Западной Европы. Согласно этим данным, каждый третий из тех, кто обращается к врачу общей практики, страдает теми или иными проблемами в

области психического здоровья. Однако только у половины из них эти проблемы правильно диагностируются. Каждый седьмой житель Западной Европы в данный момент страдает от психического расстройства, и каждый третий перенес подобное расстройство когда-либо в жизни¹.

Автор полагает, что уменьшить денежные затраты на здравоохранение можно сравнительно простыми, хотя и трудно осуществимыми способами. Так, если люди будут меньше курить, снизятся расходы на борьбу с раком; если люди будут разумнее относиться к своему питанию, употреблению алкоголя и к необходимости физических упражнений, снизятся расходы на лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Если улучшится политика в области строительства жилья, можно избежать скученности населения и снизить расходы на борьбу с туберкулезом. Если работодатели пойдут на то, чтобы сделать график работы своих служащих менее жестким, то многие из страдающих психическими расстройствами (или ухаживающих за больными), получат возможность полноценно работать.

Автор подчеркивает, что понимает трудность решения этих проблем. Поэтому он заканчивает свое сообщение следующей фразой: «Те, кто принимает трудные решения, часто делают много ошибок. Но самую большую ошибку делают те, кто трудных решений избегает».

¹ Это полностью совпадает с результатами эпидемиологических исследований в России и опровергает распространенное мнение о том, что социально-экономические трудности последних лет привели к росту психических заболеваний в нашей стране.

От редакции.

Уважаемые читатели!

Наверное, многие из вас хотели бы читать все номера нашего бюллетеня, но в связи со спецификой его распространения, получать его регулярно удается не всем желающим.

Редакция "Катерины" имеет возможность небольшое количество экземпляров бюллетеня бесплатно рассылать конкретным читателям. Для этого заполните, пожалуйста, бланк-заказ и пришлите его по адресу: 109029, Москва, Средняя Калитниковская ул., 29, редакция "Катерины", и мы постараемся выслать Вам все номера бюллетеня. Если у Вас есть возможность и желание немного помочь нам, вышлите, пожалуйста, вместе с бланком несколько конвертов с марками и заполненным Вашим адресом - это упростит и ускорит доставку Вам "Катерины", а мы будем Вам очень благодарны.



Бланк-заказ
на доставку бюллетеня

«Катерина»

на 2003 год

Куда	г.		
	(почтовый индекс)	(адрес)	
	ул.		
Кому	дом	корп.	кв.
	(фамилия, имя, отчество)		

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