

Общественные  
инициативы  
в психиатрии

Луч света в темном царстве

# Катерина

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

Выпуск 4

Октябрь-ноябрь-декабрь 2006

## «Общественным инициативам в психиатрии» – 10 лет!

В связи с каждым юбилеем, даже таким небольшим, как 10-летие, хочется подвести какие-то итоги, подумать, что сделано, чего сделать не удалось, и вообще, зря или не зря прошли все эти годы.

Практически с самого начала было решено, что усилия ассоциации будут направлены на небольшие проекты, способные помочь конкретным группам больных. Правда, первые проекты были нереалистичны. В частности, сначала мы попытались замахнуться на решение проблемы «бомжей». К счастью, в гранте на этот проект было отказано, и он, таким образом, не состоялся. «К счастью», потому что если бы мы получили грант, справиться с этой задачей нам бы, безусловно, не удалось. Следующие проекты были получше, – они были вполне выполнимы и приносили реальную пользу. Однако все они страдали общим недостатком: они не имели продолжения. Проект подходил к концу, но никакого развития начатое дело не получало. Например, был организован цикл лекций по юридическим аспектам психиатрии для родственников психически больных. Лекции читала очень квалифицированный юрист, и они были очень высокого качества. Однако проект кончился, слушатели разошлись, и осталось неясным, как были использованы полученные знания, пригодились ли они, захотелось ли слушателям продолжать свое образование.

В 1999 г. был осуществлен первый проект («Создание групп взаимной поддержки для лиц с психическими расстройствами»), который, в сущности, продолжается и по сей день. Группа, возникшая в рамках этого проекта, выдвигала все новые требования, для удовлетворения которых нужны были новые проекты: «Школа лидеров для групп взаимной поддержки», «Психиатрическая грамотность: шаг за шагом». В непосредственной связи с этой работой возникла идея издания «Катерины». В первое время газета издавалась в 10-15 черно-белых экземплярах, напечатанных на принтере;

позже, благодаря Надежде Кутиновой, она стала печататься в цвете; еще позже, благодаря финансовой поддержке сначала компании GlaxoSmithKline, а потом – благотворительного фонда «Добрый век», «Катерина» начала печататься большим тиражом и распространяться по психиатрическим учреждениям Москвы. В этом году «Катерина» выходит с помощью фармацевтической компании АстраЗенека.

10 лет назад «Общественные инициативы в психиатрии» были никому не известной ассоциацией. Сегодня, не хвлясь, можно утверждать, что мы приобрели европейскую известность. С 2000 г. наша ассоциация – член GAMIAN-Europe, и мы активно общаемся со множеством европейских ассоциаций, и осуществляя совместные проекты, и просто обмениваясь информацией. Мы рады тому, что и в России все больше регионов проявляют интерес к нашему опыту. В разных городах возникают группы взаимной поддержки, развивается общественное движение потребителей психиатрической помощи. Мы постараемся по мере сил и дальше способствовать этому.





# Поддерживающая терапия

Принимать лекарства – удовольствие, прямо скажем, небольшое. Однако когда чувствуешь себя плохо, с этим легко мириться, потому что надеешься, что лекарство поможет. Но вот когда чувствуешь себя хорошо, а врач настаивает на продолжении приема лекарств, возникает раздраженное недоумение: «со мной все в порядке! Зачем мне лекарства?!» Даже если врач подробно объяснил пациенту, почему он настаивает на продолжении лечения, и даже если пациент все понял, все равно мало кто не испытывает по этому поводу раздражения. Рано или поздно хорошо себя чувствующий пациент прекращает лечение и, к сожалению, часто это кончается обострением. Специально проведенные статистические исследования показывают, что нарушения комплаентности (комплаентность – это готовность пациента точно соблюдать врачебные назначения) отмечаются примерно в 60% всех случаев. Правда, многие из них связаны с тем, что больной плохо переносит лечение и страдает от побочных эффектов, но очень часто прием лекарства прекращают по чисто психологическим причинам: «раз я хорошо себя чувствую, нечего лечиться» или «необходимость принимать лекарства вынуждает меня чувствовать себя больным».

При многих психических заболеваниях очень важно продолжать лечение даже при хорошем самочувствии. Это настолько важно, что фармацевтические фирмы не жалеют усилий на создание лекарств, которые вызывают как можно меньше побочных действий, а врачи не жалеют времени, чтобы еще и еще раз повторить пациенту, чтобы он не прекращал лечение. Часто случается, что хорошее самочувствие не означает, что биологический механизм, ответственный за возникновение болезни, прекратил свое существование. На самом деле он продолжает функционировать, обеспечивая известный риск обострения. Поддерживающая терапия резко уменьшает этот риск.

Сказанное требует хорошего понимания. К сожалению, никакое лечение из числа известных современной науке не может полностью устранить риск обострения. Он всегда остается, и поэтому бывает, что обострение наступает даже у того пациента, который очень аккуратно лечился в период ремиссии. Но правильно организованная поддерживающая терапия уменьшает риск. Что это значит?

Допустим, что риск обострения без лечения составляет 10% в год. Это означает, что если сегодня ремиссия наступила у 100 человек, то в течение ближайшего года у 10 из них наступит обострение. На следующий год обострение возникнет у 9 человек (10% от тех 90 человек, у которых продолжалась ремиссия), на третий год – у 8 человек и так далее. Если допустить, что поддерживающая терапия снижает риск обострения вдвое, то в первый год оно наступит не у 10 человек, а только у 5, на второй год – только у 4 и так далее. Так что «игра стоит свеч», и даже если очень не хочется принимать лекарства в период хорошего самочувствия, разумно припомнить эти цифры и лишний раз подумать, стоит ли рисковать.

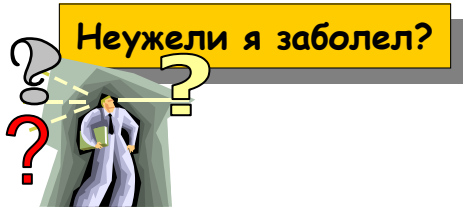


# ЗВЕЗДЫ ЭКРАНА

выступавших была Ирина Балашова, активный член общественного движения пациентов. Хотя сама Ирина осталась недовольна своим выступлением, о впечатлении, которое она произвела на слушателей, можно судить по тому, что представители 1-го телевизионного канала в тот же день обратились к ней с просьбой об эксклюзивном интервью. Интервью состоялось на следующий день с участием нескольких представителей общественного движения пациентов, которые охотно и откровенно рассказали и о себе, и о своей работе в общественной организации, и о том, как эта работа помогает им жить полноценной жизнью вопреки болезни. Пожалуй, телевизионная передача обо всем этом, которая вышла в эфир по 1-му каналу 10 октября, была первой телепрограммой такого рода в России. Спасибо корреспонденту Юлии Коньковой и съемочной группе!

Отметим еще, что сам факт интервью, которое пациенты дали телевидению, не скрывая ни своих лиц, ни своих имен, имеет огромное значение. Он свидетельствует о том, что люди, перенесшие психические расстройства и принимающие участие в общественном движении, совершают огромный личностный рост. Они обрели чувство собственного достоинства и самоуважения, достаточное для того, чтобы преодолеть бремя самостигматизации и получить возможность открыто обсуждать связанные с болезнью проблемы. Ирина, Надежда, Сергей! Честь вам и хвала! Подчеркнем, что публичное выступление этих людей имеет огромное значение для всех тех, кто столкнулся с психическим расстройством. Оно меняет отношение широкой публики к психически больным, потому что люди смогли воочию убедиться, что психически больные нисколько не соответствуют традиционному предвзятому представлению о них.





Никто не любит ходить к врачу. Конечно, если что-то очень болит, то не то что пойдешь, а прямо-таки побежишь на прием. Но если «можно терпеть», а тем более, если вообще не очень ясно, идет ли речь о болезни или о чем-то другом, то посещение врача иногда откладывается на годы. Особенно это относится к случаям, когда надо идти не к стоматологу или терапевту, а к психиатру.

## Не так страшен врач, как его малюют...

Существует две главных причины, по которым обращение к психиатрам более затруднительно, чем к врачам других специальностей. Первая из них – предубеждение: «если я обращаюсь к психиатру, значит я сумасшедший». Это предубеждение мешает обратиться за помощью даже тем людям, которые чувствуют, что их психическое здоровье нарушено. Вторая причина – так называемое отсутствие критики к своему состоянию, то есть отсутствие субъективного ощущения нездоровья. В этом случае человек отказывается от посещения психиатра просто потому, что не видит в этом ни необходимости, ни смысла. К сожалению, по одной из этих причин (а иногда по обеим сразу) посещение психиатра откладывается очень надолго, иногда до тех пор, пока не возникает острое нарушение психического здоровья, требующее неотложных мер. И только после этого и у самого пациента, и у его родных возникают запоздалые сожаления – «вот если бы обратиться к психиатру 5 лет назад...»

Преодолеть обе названных причины, препятствующих обращению к психиатру, не так-то просто. Однако с первой из них (с предубеждением) общество начинает постепенно справляться. По мере роста уровня образования людей все большее их число начинает понимать, что ничего постыдного в лечении у психиатра нет. Второе препятствие преодолеть гораздо труднее. Отсутствие критики к своему состоянию обычно свойственно достаточно серьезным расстройствам, когда визит к психиатру особенно необходим. В таких случаях очень многое зависит от родственников, от того, понимают ли они сами необходимость в психиатрической помощи и от того, какова мера взаимного доверия в данной семье. В наилучшем случае больного сравнительно нетрудно уговорить проконсультироваться с психиатром, но бывает, что это не удается очень долго. Особенно надолго это затягивается, если не только сам больной, но и его родные не уверены, что речь идет о болезни. Часто приходится слышать: «он просто странный», «он не умеет общаться», «у него тяжелый характер» и т.д. Ошибка в таких случаях состоит не в том, что люди отрицают болезнь, а в том, что они пытаются самостоятельно решить вопрос о ее наличии или отсутствии. Нужно ясно понимать совсем простую вещь: правильно решить этот вопрос может только профессионал. Поэтому поводом для обращения к нему служит вовсе не уверенность в том, что болезнь есть, а предположение об ее возможности. А такое предположение должно возникнуть всякий раз, когда у человека нарушается социальная жизнь или существенно меняется обычное для него поведение. Можно привести некоторые, наиболее типичные симптомы, при появлении которых стоит проконсультироваться с психиатром.



Субъективные	Объективные
Подавленное настроение	Враждебность
Беспредметная тревога	Замкнутость
Страхи	Подозрительность
Навязчивые мысли, действия	Странные увлечения
Трудности в общении	Гримасничанье
Расстройства сна	Ограничение или избегание контактов с внешним миром
Раздражительность, вспыльчивость	Внезапно появившиеся необычные убеждения
Галлюцинации	Беспричинный смех, разговор с самим собой

Конечно, это только отдельные примеры. Перечислить все варианты состояний, при которых полезно проконсультироваться с психиатром, просто невозможно.

Главный смысл этой статьи в том, чтобы облегчить обращение к психиатру тем, кто никак не может на это решиться

.В заключение хочется сказать только одно: лучше прийти к психиатру напрасно (если вы здоровы, он так вам и скажет), чем не прийти тогда, когда это нужно. Не так страшен врач, как его малюют!



Два года назад в журнале «ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА» (Том 01/N 1/2004) была опубликована очень интересная статья об исследованиях здоровья и качества жизни. Поскольку этот журнал предназначен для врачей, а статья, как нам кажется, представляет более широкий интерес, мы перепечатываем ее в этом выпуске «Катерины».

## Об исследованиях здоровья и качества жизни

Г.В.Бурковский, Е.В.Левченко, А.М.Беркман Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

15 января газета "Санкт-Петербургские Ведомости" откликнулась на прошедшую в Психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева научную конференцию "Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных", опубликовав короткий "актуальный комментарий" под названием "Как измерить качество жизни". Этот комментарий свидетельствует о естественном интересе общества и к психиатрии, и к качеству жизни. Его авторы хотят знать, что такое качество жизни психически больных, зачем его надо измерять, что эти измерения могут дать пациентам и т.п. В частности, они задаются вопросом, какое отношение имеет понятие "качество жизни" к России, в которой большинство населения живет за чертой бедности. Так "стоит ли измерять то, чего нет"? Все эти вопросы довольно трудны для понимания и часто возникают не только в диалоге медиков с общественностью, но и в профессиональной психиатрической среде. Действительно, в этой сфере многое просто расходится с обыденными представлениями о жизни, да и с привычным словоупотреблением то же. Так что январская газетная публикация естественным образом стимулировала написание данной статьи для рубрики "Психиатрическая газета".

Если в обычном разговоре спросить собеседника о том, как изменилась его жизнь за последнее время, то он может указать, например, на количество приобретенных или утраченных вещей. В этом случае он сообщит вам лишь об изменении его уровня жизни (благополучия). А если он будет описывать свои новые занятия и увлечения, то, значит, у него изменился "образ жизни". И в том, и другом случае вы узнаете, как объективно изменилась его жизнь, но об изменении его настроения, "счастливости" или удовлетворенности жизнью вы можете только догадываться по косвенным признакам. Но, давая вам ответ, собеседник может прямо сказать, улучшилась или ухудшилась его жизнь по сравнению с предыдущим отрезком времени, подобно тому, как он оценивает качество новой вещи по сравнению со старой. При этом он может сослаться на новые приобретения, изменение самочувствия, похвастаться успехами детей, "позеленеть" от зависти к противникам и т.п. Но в основном он будет иметь в виду только то, что доставило ему удовольствие или страдание. Вот это и будет оценкой качества его жизни, как его понимают в научных исследованиях. Качество жизни будет представлять соотношение позитивных и негативных чувств, которые он испытывал последнее время. И если новые приобретения ему не понравились, то он укажет на снижение своего качества жизни, даже если другие люди будут ему завидовать. Если же они понравились, то он воспримет эти приобретения как улучшение качества своей жизни, даже если другие будут его презирать. В этом состоит главное свойство качества жизни человека – оно представляет собой чисто субъективную оценку.

Качество жизни – это и не уровень жизни, и не благополучие, и не образ жизни, а самостоятельная характеристика жизни. Соотношение радостей и огорчений, которые человек испытал за определенный период, – вот то единственное, что важно при измерениях качества жизни. Если человек, о чем его ни спроси, выражает свое удовлетворение, то его качество жизни высокое, и даже если он живет, как Федор Конюхов на пути к Северному полюсу, его жизнь, видимо, соответствует его индивидуальным ценностям и доставляет ему удовлетворение, в то время как другому такая жизнь покажется сущим адом.

Само слово "качество" тесно связано со словом "предпочтение". Так, вся телереклама направлена на то, чтобы зрители предпочли какой-то конкретный "качественный" товар всем другим. Для каждого конкретного человека качественная вещь – это та, которую предпочитает именно он, хотя другой предпочтет совсем иное. В известной поговорке "на вкус и цвет товарищей нет" как раз и закреплено это понимание качества как субъективного предпочтения. Только это индивидуальное предпочтение становится двигателем поведения, и потому понятие качества стало в современной науке одним из центральных понятий. С качеством товаров, кажется, все понятно, но что такое качество жизни? Качество жизни конкретного человека – это все те стороны его жизни, которые определяют его предпочтения, т.е. его усилия по изменению своей жизни к лучшему.

Если же мы хотим охарактеризовать жизнь человека еще более полно, т.е. определить ее социальную ценность в самом общем смысле, то мы вынуждены будем оценивать и его качество жизни (как субъективную удовлетворенность), и его уровень жизни (как богатство или благополучие), и его вклад в благополучие и удовлетворенность окружающих его людей и общества в целом.

Теперь о том качестве жизни, которое измеряется в медицине. В отличие от обычной жизни и политики здесь принят менее широкий подход при оценке качества жизни человека. Врачи учитывают не все радости и огорчения пациента, а только те, которые у большинства людей ощутимо зависят от состояния здоровья. Например, в шкалу медицинского качества жизни Всемирной организации здравоохранения, несмотря на всю свою важность, не вошел вопрос об удовлетворенности существующими законами, так как он оказался никак не связанным с состоянием здоровья при многих распространенных заболеваниях.

Медицинское качество жизни – это тоже не объективный показатель состояния здоровья, а изменение удовлетворенности человека жизнью, вызванное заболеваниями.

Но что же заставляет врачей именно сейчас уделять так много внимания измерениям качества жизни, т.е. – практически – чувствам своих пациентов? Есть несколько причин современного бума исследований медицинского качества

жизни. Основная причина интереса врачей к качеству жизни состоит во всеобщем признании того, что чувства во многом определяют телесное и душевное здоровье людей. Так, даже добившись объективно значительного успеха, человек может почувствовать себя глубоко несчастным и даже заболеть. В медицинской психологии это явление хорошо известно: человек заболевает именно на вершине успеха, если он неожиданно обнаруживает, например, что его достижения в бизнесе не гарантируют ему уважение окружающих. Вот почему следует признать явно преувеличенными сомнения в том, что стоит измерять качество жизни в нишей стране, "где его вообще нет". Очень даже стоит, так как для бедных стран учет качества жизни в медицине может оказаться более важным, чем для богатых стран. Например, в нашем небогатом обществе даже незначительное в процентах ухудшение благосостояния может привести к существенному ухудшению качества жизни, что в свою очередь может вызвать катастрофические последствия в виде роста заболеваемости и смертности.

Но есть и другие серьезные причины. Дело в том, что в современном мире отношения между врачами и пациентами стали гораздо сложнее, чем раньше. Во-первых, разнообразие выбрасываемых на рынок лекарств достигло такой критической величины, когда врачи уже не могут принимать оптимальные решения и врачебные назначения содержат все большую долю случайности. Во-вторых, современная реклама настолько сильна, что ее влияние превосходит возможности здравоохранения противодействовать даже явному мошенничеству. В результате возникает невиданное ранее разнообразие терапевтических запросов населения. И вот это разнообразие потребительских запросов в сочетании с неопределенностью врачебных назначений разрушает нормальное взаимодействие врачей и пациентов, все чаще порождая "саботаж" лечения, который ученые называют некомплаенсом.

Вот этот "саботаж" – отказ пациента выполнять врачебные рекомендации – и вынуждает врача больше интересоваться внутренним миром пациента, его ожиданиями, ценностями, причинами недовольства лечением, его результатами и последующей жизнью – следовательно, его качеством жизни. Сегодня не удастся заставить человека лечиться, если лечение доставляет ему столько же страданий, сколько и болезнь. Признавая за пациентом право на чувства, врач признает за ним и право на участие в выборе лекарств и иных видов лечения – ведь только сам пациент может знать, чувствовать и измерить ценности своей жизни, которые могут оказаться под угрозой в результате лечения.

Во время болезни жизнь вообще теряет свою привлекательность. Кроме самих страданий (ну, хоть от зубной боли), человек не получает удовольствия и от других сторон своей жизни: не радуется ни футбольный матч, выигранной Российской сборной, ни удачная партия в домино, ни служебные успехи. Кроме того, появляются дополнительные страдания, например, из-за невозможности открыто улыбаться.

Полностью вернуть здоровье на современном уровне медицинских возможностей часто нельзя. А вот жить лучше, несмотря на оставшиеся "шрамы" или симптомы, можно. И улучшение жизни человека, которого невозможно полностью вылечить, стало сегодня одной из законных целей лечения.

Вообще редкий человек после излечения от тяжелого заболевания возвращается к исходному мироощущению. Для некоторых людей болезнь (особенно психическая или опасная для жизни) становится поворотным пунктом в личностном

развитии. Часто пациенты сами настаивают на более дорогостоящем и трудном лечении ради будущего выигрыша в качестве жизни. Мастэктомия является примером такого лечения, при котором для многих женщин ухудшение качества жизни после операции сопоставимо с исходным страданием.

В большинстве же случаев связь между болезнью, лечением и недовольством жизнью (т.е. низким качеством жизни) далеко не так очевидна и обнаруживается только с помощью специальных измерений. При этом, повторяем, показатель качества жизни не заменяет основных классических критериев выздоровления, а только дополняет их, когда приходится делать выбор между несколькими одинаково эффективными способами лечения.

Надо сказать, что измерения качества жизни – важная часть клинических испытаний новых лекарств. Фармацевтические фирмы все чаще стремятся разрабатывать лекарства, которые не только избавляют больных от симптомов, но и улучшают их качество жизни. Врачи благодаря знанию о влиянии различных лекарств на качество жизни могут изменить свои стереотипы лекарственных и иных лечебных назначений. Медицинские училища и институты могут скорректировать свои программы таким образом, чтобы развивать и внедрять те виды лечения, которые дают максимальный вклад в улучшение качества жизни. Административные органы здравоохранения получают инструмент для дополнительной оценки качества работы медицинских служб, а также для принятия решений, куда именно нужно направить средства и усилия при ограниченных ресурсах.

И все-таки, зачем тратить так много усилий на исследования качества жизни? А затем, что все не так просто и благобно, как мы рассказываем. И эти сложности особенно заметны в психиатрии. Здесь измерить качество жизни пациента еще сложнее. И вот почему. Во-первых, многим больным трудно понять свои чувства, рассказать о них в словах или оценить в баллах. Из-за этого они могут давать неточные ответы или не отвечать вообще. Во-вторых, есть люди, благополучие которых растет, когда они причиняют вред себе и другим. Прием наркотиков может приблизить наркомана к самоуничтожению (его дееспособность и уровень жизни скоро упадут до нуля), но в момент приема наркотика он чувствует себя абсолютно счастливым. В то же время качество жизни его близких или соседей может стать просто невыносимым, да и качество жизни общества в целом снижается из-за дополнительных затрат на содержание недееспособного человека. Поэтому во многих случаях врачи-психиатры вынуждены решать очень сложные задачи по нахождению компромисса между интересами самих пациентов, тех, кто находится рядом с ними, и общества в целом.

Есть у психиатров и другие трудности. И поэтому необходимо совершенствовать оценку качества жизни и изменить понимание сути этого термина. В результате продолжающихся исследований мы все более утверждаемся в том, что медицинское качество жизни – это те чувства, которые побуждают человека улучшать свою жизнь, восстанавливая, сохраняя и улучшая здоровье. Шкала медицинского качества жизни должна быть построена таким образом, чтобы качество жизни деградировавшего наркомана было бы минимальным, а качество жизни преуспевающего, здорового и заботящегося о своем здоровье индивида – максимальным. А при прочих равных условиях то лекарство (или метод) должно получать приоритет, которое в большей степени усиливает стремление человека к здоровью.



В заголовке этой статьи я вынес известное выражение.

Есть даже журнал под таким названием. Однако подобное утверждение кажется мне неоднозначным: вот почему я поставил три вопросительных знака в конце. Дело в том, что о пользе знаний знают все, а мне хотелось бы поговорить об их вреде. Звучит вроде бы кощунственно, однако объясню все по порядку.

Начну с личного опыта. На заре своей болезни (и не только психической) я при каждом обострении спешно начинал искать литературу и другие источники информации. Особенно мне нравилось читать журнал «Здоровье». Я искренне надеялся на то, что если я буду больше знать про свою болезнь, то либо сам смогу её быстрее вылечить, либо помогу себе преодолеть её с наименьшими потерями и мучениями. Однажды мне попался журнал «Здоровье», содержащий большую статью о вреде аспирина. Дочитав её до конца, я удивился, что вообще ещё жив. В статье так описывались все вредные воздействия этого популярного лекарства, как будто она была посвящена описанию сильнодействующего яда. До этого я часто прибегал к помощи аспирина, но после – при одном воспоминании об этом лекарстве мне становилось плохо. Я пытался лечиться другими лекарствами, о которых ещё ничего не читал, но улучшение все не наступало. Я снова «серьёзно» занялся своим здоровьем: взялся за литературу, снова обошел множество врачей. Меня часто мучили приступы страха, и каждый раз я полагал, что я умираю в соответствии со всеми канонами неизлечимых болезней. Наконец, я попал в психиатрическую больницу. И вот когда на первой встрече с лечащим врачом я изложил версию своей болезни, она спросила, не читал ли я «Трое в лодке не считая собаки»? Признаюсь, что к тому моменту вся моя голова была забита «знаниями» о всевозможных страшных и смертельных заболеваниях, и мне казалось, что врач знает о них недостаточно, а уж я-то наверняка знаю о себе гораздо больше! Врач за эти мои «выступления» прозвала меня «умирающим лебедем». Позже я все-таки прочел Джером К. Джерома и многое понял...

Но вот больничные страхи прошли, меня выписали в достаточно хорошем состоянии и даже с хорошим настроением. К сожалению, болезнь моя не прошла, и мне предстояло ещё не раз серьёзно лечиться в больнице. В периоды «межстационария», в кризисные моменты я звонил своему врачу и консультировался по поводу лечения. Обычно наш разговор был коротким и деловым: купить такие-то лекарства и по такой-то схеме принимать. Много раз, окрылённый очередным рецептом, я бежал в аптеку, покупал лекарства и старался быстрее начать лечение. Но перед этим я делал грубейшую ошибку – прочитывал вложенные в коробки аннотации. После каждого такого прочтения мне становилось плохо, и я опять звонил врачу, пытаясь рассказать о вреде того, что она назначила. И каждый раз врач мне говорила: «не читай аннотаций!» Но ведь мне так хотелось больше знать!..

Со временем здоровье мое стало улучшаться, и меня всё меньше интересовали механизмы действия лекарств и способы лечения болезней. Потом я попал в среду людей с аналогичными заболеваниями и увидел, как многие из них стремятся к самолечению. Один из моих знакомых, к примеру, говорит, что он прочел два учебника по психиатрии, и теперь ему не надо ходить за консультацией к профессорам. По его

мнению, он сам может назначить себе нужное лекарство, а врач ему нужен только для выписки рецепта. Но если бы подобным образом он лечил только себя! Он ещё пытается назначать лечение своей жене и приятелям! К моему большому удивлению такие «знания» пользуются популярностью и даже уважением. Но ещё большее удивление вызывает то, что, обвиняя в неграмотности профессоров и лечащих врачей, этот «учёный пациент» продолжает советоваться с ними. И не было предела моему изумлению, когда я узнал, что мама одного из пациентов одобрительно к этому относится.

Случается и такое: мне, как лидеру группы, звонят и рассказывают о «неграмотности» того или иного врача: «он выписал лекарство, а аннотацию не читал – ведь мне это лекарство пить совсем не надо». В таких случаях я не комментирую назначение врача и советую или ещё раз к нему обратиться и задать интересующие вопросы, или не спешить с выводами, принимать лекарство, как прописано, и некоторое время подождать результатов.

Хотя я закончил «Школу лидеров», прошёл не один курс «Психиатрической грамотности» и прочитал много книг по психологии и методам лечения, я не могу позволить себе подменять врача. Чтобы стать врачом, недостаточно закончить успешно медицинский институт – надо ещё долго набираться опыта на практике и постоянно быть в курсе последних достижений в медицине.

Один мой друг звонит мне и периодически тоже пытается оценить знания и опыт врачей с точки зрения хода его лечения. Мы подолгу обсуждаем и действие лекарств, и квалификацию врача, и ситуацию в психиатрии, и во всём здравоохранении России, и политическую ситуацию в нашей стране. Всё это, с точки зрения моего друга, требует улучшения и реформирования. Конечно, я не против улучшения и реформирования, но я за то, что многое можно и нужно делать самим, не дожидаясь решений правительства и прочих структур. К большому сожалению, все разговоры о недостатках и в здравоохранении, и в других областях ни к чему обычно не приводят. Можно осуждать всех и вся, но толку от этого бывает очень мало, а иногда и достигается противоположный эффект.

Когда мне начинают жаловаться на болезнь, на жизнь, на родителей, на друзей и на погоду, я стараюсь перевести разговор в конструктивное русло, т. е. подумать, что мы сами можем изменить в этой ситуации. Конечно, бывают не слишком добрые врачи, не абсолютно всё знающие профессора, неграмотные друзья и не очень образованные и умные родители. Во всех таких случаях надо начинать рассматривать ситуацию с себя. Надо повышать свою грамотность (и психиатрическую в том числе), надо стремиться к сотрудничеству с лечащими врачами. Однако такое сотрудничество должно заключаться не в том, чтобы брать в руки учебники и самому «становиться врачом» (это невозможно), а просто больше говорить с врачом не на равных, а как прилежный пациент с опытным доктором.

Ещё в заключение хочется пожелать всем пациентам и всем врачам большого взаимопонимания и огромного доверия. Не надо думать о врачах, как о людях, зарабатывающих на больных бешеные деньги и получающих удовольствие от хронически больных. Если мы все перестанем верить друг другу и помогать другим в трудные моменты жизни как хорошие друзья, то все усилия самых лучших врачей самой высокой квалификации с огромным опытом и безграничными знаниями будут тщетны.



# В преддверье праздника

R. Morgan Griffin (<http://www.medscape.com/viewarticle/547828>)

Если один из членов вашей семьи страдает биполярным **аффективным** расстройством, приближающиеся праздники привносят дополнительные заботы и тревоги. Вы никогда не знаете, чего ждать. Однако многих неприятностей можно избежать, если хорошенько продумать заранее, как вы проведете праздничные дни. Этим вы облегчите жизнь и больному, и всем остальным членам семьи.

- **Будьте откровенны.** Если вы действительно хотите помочь больному члену семьи, искренность и прямота – это, пожалуй, самое важное. Не надо ни о чем догадываться, – лучше спросите у больного обо всем, что вас интересует. Только постарайтесь не быть слишком назойливым. Поскольку речь идет о празднике, лучше все обсудить заранее, — советует Ellen Frank, руководитель программы профилактики депрессии и мании Питтсбургского университета.
- **Проанализируйте опыт прошлых праздников: что было хорошо, а что не удалось,** — рекомендует психолог Raymond L. Stowel из национальной ассоциации психического здоровья. Например, если в прошлый раз хорошо начавшееся застолье слишком затянулось и в результате привело к неприятностям, запланируйте на этот раз начать его пораньше и пораньше кончить.
- **Предлагайте помощь. Offer to help.** Если больной решил сам устроить семейный обед, не ограничивайтесь ролью гостя. Постарайтесь включиться в помощь как можно раньше: она может потребоваться даже в том, как все спланировать. В день приема гостей нужно приехать пораньше, чтобы помочь в последних приготовлениях.
- **Подумайте над списком гостей.** Слишком многолюдные сборища (даже семейные) могут быть утомительны для больного. Подумайте над тем, как ограничить число приглашенных. Особенно важно, чтобы среди них не было любителей «заводить» окружающих. С ними лучше встретиться в другой раз.
- **Место встречи можно изменить.** Если в прошлый раз праздник не удался, потому что больному было неудобно, попробуйте на этот раз провести его в другой обстановке. Например, можно запланировать обед в кафе или на даче, а можно просто пойти в кино. Избегайте рутины, избегайте такой обстановки, которая вызывает привычное раздражение.
- **Подумайте над ограничением употребления алкоголя. Think about limiting alcohol.** Если у вашего больного родственника с этим проблемы, постарайтесь их обойти. «Некоторые семьи объявляют, что на этот раз прием будет безалкогольный» — говорит психиатр Michael E. Thase, профессор университета в городе Питтсбург.
- **Продумайте возможность уединиться.** Если вы собираете много гостей, подумайте, где ваш больной родственник мог бы уединиться хоть на несколько минут, передохнуть, почитать или посмотреть телевизор, в общем, расслабиться.
- **И при всем этом не забудьте о себе. Don't forget about your own needs.** Если вы жертвуете всем на свете ради своего больного родственника, то, в конце концов, почувствуете себя несчастным и обделенным. Поэтому постарайтесь найти баланс между нуждами больного и своими потребностями. Не забывайте, что ваши возможности не беспредельны. Как бы вы ни старались, одними только собственными усилиями нельзя обеспечить больному счастливую и безмятежную жизнь, — все равно, болеет ли он биполярным расстройством или чем-нибудь еще. Другие члены семьи должны помогать вам.

## НОВОСТИ

Готовится к выпуску дайджест «Катерины»,  
в котором будут собраны лучшие материалы за 6 лет ее существования.  
Благодарим за поддержку благотворительный фонд «Добрый век»!

### Объявление

Каждые три месяца набираются новые группы для занятий по психиатрической грамотности. Занятия проводятся один раз в неделю, отдельно для пациентов и членов их семей, в помещении

Московского психоневрологического диспансера №11  
(Средняя Калитниковская ул., 29)  
Обучение бесплатно.

**Запись по телефону 755-23-25**



# Очередная конференция GAMIAN-Europe

На этот раз конференция проходила в Бленкенберге (Бельгия), на берегу Северного моря. Основная ее тема называлась «Экономические последствия психических заболеваний», и именно этой проблеме были посвящены наиболее подробные сообщения. Следует сказать, что хотя докладчики представляли разные страны, картина повсюду в принципе одинакова: бремя финансовых потерь, связанных с психическими заболеваниями, очень велико. При этом важно подчеркнуть, что потери, связанные с тяжелым состоянием больных, больше, чем затраты на их лечение. Иными словами,



экономия средств в национальном масштабе достигается увеличением ассигнований на поддержку психического здоровья.

Согласно традиции, специальная секция была посвящена рассказам представителей пациентских организаций о своей работе. Большое впечатление на собравшихся произвел рассказ пациента из Бельгии о том, как он справляется со своей болезнью (он страдает биполярным аффективным расстройством). Докладчик даже подготовил DVD со своей презентацией, которые подарил всем присутствующим.

Было очень приятно, что Россия была представлена на этой конференции очень хорошо: кроме делегатов от «Общественных инициатив в психиатрии», там присутствовали члены «Клуба взаимной поддержки», «Радуги души», а также Томского отделения «Новых возможностей». Так что международная активность российских ассоциаций, действующих в области психического здоровья, заметно растет.



## Объявление:



Наш Интернет адрес [www.pandepress.ru](http://www.pandepress.ru)

Посетите наш сайт! Посмотрите фотографии!

Напишите о своих впечатлениях в гостевой книге!

Загляните на форум! Поделитесь своими проблемами!

## Объявление:



Продолжают работать группы взаимной поддержки для лиц, страдающих расстройствами психического здоровья.

Позвоните нашему координатору, он ответит на интересующие вас вопросы и поможет подобрать самую подходящую группу. Тел. 755-23-25

Психическое здоровье и его расстройства. Ежеквартальный бюллетень

Общественные инициативы в психиатрии

*Луч света в темном царстве*

# Катерина

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

**"Катерина" издается благодаря поддержке фармацевтической компании «АстраЗенка»**