

ОБЩЕСТВЕННЫЕ
ИНИЦИАТИВЫ
В ПСИХИАТРИИ

Катерина

Луч света в темном царстве

Редколлегия: Ротштейн В.Г. (главный редактор)

Богдан М.Н., Кутинова Н.В., Морозов С.В.

адрес редакции 109029, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д.29

3(61) май-июнь 2008

СТРАХИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ



Страх — одна из самых частых эмоций, поэтому он хорошо знаком каждому. Аффект страха очень важен, потому что он является важнейшим механизмом спасения жизни и сохранения человека как биологического вида. Заметим кстати, что это относится не только к людям; чувство страха присуще всем достаточно высокоорганизованным животным и всегда выполняет одну и ту же функцию: спасение жизни.

Однако эту свою функцию страх выполняет только тогда, когда его возникновение не связано с психическим расстройством: тогда он становится просто симптомом болезни и никакой пользы не приносит. Существует множество заболеваний и болезненных состояний (синдромов), в рамках которых возможно возникновение страха. Прежде всего, разделим все эти состояния на две больших группы — психозы и непсихотические (невротические) состояния.

Если на страх жалуется больной, находящийся в состоянии психоза, то чаще всего основным симптомом оказывается бред или галлюцинации. В этих случаях страх «вторичен», он определяется содержанием основного симптома. Например, если у больного бред преследования, и ему кажется, что его собираются убить, то понятно, что он испытывает страх. Точно так же объясняется возникновение страха у больного со слуховыми галлюцинациями, если он слышит «голоса» угрожающего содержания.

При психозах страх сам по себе редко оказывается поводом для обращения к врачу. Скорее этот симптом важен для родственников больного, которые, слыша жалобы пациента на страх и расспрашивая об его причинах, убеждаются в возникновении или обострении психоза. Разумеется, и лечение в этих случаях направлено не на борьбу с собственно страхом, а

на устранение психотических расстройств. При успехе лечения страх проходит тоже.

Совершенно по-другому выглядит картина болезни при невротических расстройствах, когда страх может играть ключевую роль, являясь основным симптомом болезни. Существует много разновидностей невротических состояний, при которых возникают страхи. Назовем основные.

Обсессивно-фобическое расстройство. Название болезни возникло из сочетания латинского и греческого корней: «обсессии» по-русски — навязчивости; термин «фобия» (страх) произошел от имени древнегреческого бога страха, которого звали Фобос.

Особенность обсессивно-фобического расстройства заключается в том, что больной, испытывая страх перед чем-либо, отлично осознает его необоснованность, прилагает все усилия, чтобы освободиться от него, но не может этого сделать. Существует огромное число разновидностей фобий. Чаще других встречается страх загрязнения; больной боится микробов, ему приходится постоянно мыть руки, стирать одежду и т.д. Очень часто наблюдается страх подавиться во время еды, который заставляет больного есть очень медленно, осторожно, избегать твердой пищи; в тяжелых случаях возникает проблема питания больного вообще, потому что страх



так силен, что больной начинает голодать. Очень мучительным для больных бывает страх режущих предме-

Азы психиатрии

СОДЕРЖАНИЕ

Страхы в норме
и патологии **стр.1**

Ваш паспорт,
пожалуйста! **стр.2**

Новое партнерство —
новые возможности **стр.3**

Еще раз об
информированном
согласии **стр.3**

тов: боязнь нанести повреждение своим близким, особенно часто маленьким детям, заставляет их прятать от самих себя ножницы, ножи и другие подобные предметы.

Не будем описывать другие фобии, упомянем лишь о боязни высоты, замкнутых пространств (например, лифтов или вагонов метро), страхе толпы, страхе покраснеть и т.д. и т.п. Недаром старые психиатры называли фобии «садом греческих корней»: каждая из них имеет греческое название, и их действительно очень много.

Другим невротическим расстройством, при котором симптом страха занимает центральное место, является паническая атака. Картина панической атаки складывается из множества крайне неприятных ощущений (сердцебиение, одышка, озноб или жар, головокружение и т.д.) и страха, содер-

жание которого связано с этими ощущениями. Пациент боится потерять сознание или даже умереть, а иногда — если среди неприятных ощущений возникает еще путаница мыслей — потерять над собой контроль или даже сойти с ума. Такое состояние продолжается несколько минут или даже несколько часов, а потом проходит, оставляя о себе очень тяжелое воспоминание.

Первая в жизни паническая атака развивается обычно среди полного здоровья, внезапно, и, естественно, заставляет человека обратиться к врачу. К сожалению, правильный диагноз устанавливается не сразу. Обычно пациенту приходится пройти множество обследований и испытать на себе не одно лекарство. Панические атаки тем временем возникают вновь и вновь, порождая напряжение, постоянное тревожное ожидание следую-

щего приступа и попытки максимально обезопасить себя. Больные стараются ограничить свои поездки по городу или хотя бы не пользоваться метро (потому что там душно), вообще не попадать в душные помещения, не выходить из дому без лекарств. Иногда больные вообще избегают выходить из дому без сопровождающих. Понятно, что все эти ограничения ведут к резкому изменению образа жизни больного, иногда приводят к потере работы.

Любое болезненное состояние, сопровождающееся страхом, требует обязательной консультации психиатра. Опыт показывает, что даже в тех случаях, когда страх выглядит психологически понятным (например, во время приступа стенокардии), такая консультация может оказаться очень полезной.



Ваш паспорт, пожалуйста!

Неужели я заболел?

Интерес к психиатрии у людей обычно высок, - выше, чем ко многим другим медицинским специальностям. Поэтому во время всяких неформальных бесед психиатру приходится отвечать на множество вопросов. Один из них задают особенно часто: «Как вы ставите свои диагнозы? Ведь у вас нет ничего, никаких методов исследования! Ни рентгена, ни лаборатории, и даже трубочкой послушать пациента вы не можете! Откуда же у вас может быть уверенность, что вы правильно распознали болезнь?»

То, что психиатр чаще всего не располагает возможностью опереться в своей диагностической работе на результаты так называемых объективных методов исследования — истинная правда. Излишне говорить, что это не вина его, а беда: насколько было бы легче, если бы, например, шизофрению можно было бы распознать по анализу крови! Но таких анализов нет, и психиатру в своей диагностической работе чаще всего приходится опираться не на лабораторные, а на так называемые клинические данные.

Но этого мало. Ведь клинические данные тоже бывают разные: одно дело, когда врач располагает так называемыми объективными признаками болезни (бледность, чрезмерная худоба, боль при прощупыва-

нии живота и т.п.). Казалось бы, совершенно другую — гораздо меньшую! — ценность имеет рассказ пациента; а ведь психиатр практически только на него и опирается. Вот люди и удивляются, и спорят. «Ну, хорошо, — говорят они. — Допустим, в деревне у терапевта нет возможности послать больного на рентген. Но ведь если больной жалуется на кашель, врач не скажет сразу, что у него воспаление легких, а послушает стетоскопом или хоть ухом, и услышит в легких определенные хрипы. На этом основании будет поставлен диагноз! А психиатру что-то наговорили, и, пожалуйста — диагноз готов! Да мало ли что можно наговорить!»

Попробуем разобраться. Заметим для начала, что к тому моменту, когда опытный

терапевт заканчивает расспрос пациента и приступает к выслушиванию его легких с помощью стетоскопа, диагноз у него может быть уже практически готов: жалобы и облик больного уже очень характерны. Данные выслушивания только подтверждают (и, конечно, уточняют) диагноз. Но самое интересное даже не в этом.

Стоит подумать о том, откуда врач знает, что именно те хрипы, которые он слышит в легких больного, свидетельствуют о воспалении легких? Ведь мало ли, что можно услышать, прижав стетоскоп к телу больного! Одежда шуршит, волосы на коже пациента трутся о мембрану и издают звуки, курит больной последние сто лет, и от этого у него в груди целый оркестр пищит и свистит... Как же врач выделяет хрипы, которые говорят о воспалении легких?

Он их узнает. Он просто слышал такие звуки очень много раз, и теперь он узнает их точно так же, как узнают люди на улице своих знакомых. Ведь когда мы встречаем на улице Ивана Ивановича, мы не требуем у него паспорт, прежде чем поздороваться! Вот так и терапевт узнает эти хрипы «в лицо».

Но не только терапевт узнает хрипы; любой врач обязан «узнавать в лицо» симптомы болезней, с которыми он имеет дело. Иначе он просто не сможет работать. Психиатр — не исключение. Он работает именно так.

Не имеет значения то обстоятельство, что психиатр имеет дело с другими проявлениями болезни — не с болями или другими неприятными ощущениями в теле, а с нарушениями взаимоотношений с окружающим миром. Важно то, что имеющиеся расстройства вызваны болезнью; поэтому они стандартны, как и их описание в устах больного. Поэтому его рассказ так же узнаваем, как хрипы в легких, возникающие при их воспалении. Поэтому симптомы психических расстройств так же объективны, как те симптомы других болезней, которые распознаются без помощи лаборатории, рентгена или специальных инструментов.

Будем надеяться, что в недалеком будущем психиатры получат возможность пользоваться и такими методами исследования своих пациентов. Что же — тогда наши диагнозы станут еще точнее!

НОВОЕ ПАРТНЕРСТВО — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ



На протяжении нескольких последних лет «Общественные инициативы в психиатрии» в сотрудничестве с НП «Группа психологических исследований и реабилитационных программ» выполняет проект «Психиатрическая грамотность: шаг за шагом».

В основе этой работы лежит идея, заключающаяся в том, что для достижения настоящего партнерства между профессионалами и людьми, которые пользуются психиатрической помощью (больные и члены их семей), обе стороны обязательно должны обладать некоторыми знаниями в области психиатрии. Если пользователи в этом отношении совсем неграмотны, никакое партнерство невозможно. Поэтому мы организовали курсы для пациентов и их родственников, разработали для них специальные программы. Эта работа проводится на базе московского психоневрологического диспансера №11.

Встречаясь и беседуя с людьми, которые окончили наши курсы, мы убедились, насколько для них важны полученные знания. В один голос люди говорили о том, что улучшились взаимоотношения с врачами, что стало легче ориен-

тироваться в назначаемом лечении, что больные аккуратнее выполняют назначения, что исчез страх перед психиатрическими диагнозами, наконец, о том, что будущее представляется не таким безнадежным, как раньше.

Все это поддерживало нас в нашем стремлении продолжать эту работу. Огорчало одно: нашими небольшими силами мы могли обучить лишь немногих. За все время существования курсов их окончили около ста человек, что, конечно, очень и очень мало.

Этой весной к нам обратились представители благотворительного фонда «Качество жизни». Они предложили осуществить совместный проект, в основе которого лежит стимуляция общественной активности членов семей больных. Однако, с одной стороны, совершенно ясно, что никакая общественная активность невозможна

без соответствующих знаний. С другой стороны, невозможно ограничивать общественную деятельность узким кругом лиц, окончивших наши курсы. Поэтому было решено существенно увеличить число людей, участвующих в образовательных программах, организовав для этого курсы психиатрической грамотности на базе не одного, а нескольких психиатрических учреждений Москвы.

В настоящее время осуществляется первый этап совместного проекта, который заключается в подготовке будущих преподавателей. Было принято очень важное решение: препода-

вать на будущих курсах должны двое — профессионал и хорошо подготовленный пользователь психиатрической помощи (пациент или член семьи). В июне подходит к концу цикл подготовки преподавателей из числа пользователей. Для участия в нем были приглашены те, кто окончил наши курсы психиатрической грамотности в прошлом. К нашему удовольствию на это приглашение откликнулись более 30 человек, и занятия проходят более чем успешно.

Мы надеемся, что осенью курсы психиатрической грамотности начнут работать во многих московских диспансерах.



ЕЩЕ РАЗ ОБ ИНФОРМИРОВАННОМ СОГЛАСИИ

Несмотря на то, что Закон о психиатрической помощи действует уже 15 лет, его все еще плохо знают и плохо выполняют. В частности, очень большие трудности возникают в связи с требованием Закона о добровольности психиатрического обследования (статья 23) и добровольности лечения (статья 11).

Статья 23.

Психиатрическое освидетельствование

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного

представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие осно-



вания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона¹.

Как видно из текста статьи 23, Закон жестко требует, чтобы пациент знал о профессии врача, который собирается его обследовать, и дал свое согласие на это. Тем не менее, психиатрам, особенно тем, которые работают не в психиатрических диспансерах, а в других учреждениях (в поликлиниках, медицинских центрах и т.д.), очень часто приходится выслушивать просьбы посетить больного под видом невролога, психолога или терапевта, а то и просто прийти «попить чайку» под видом знакомого. Когда врач отказывается, родственники обижаются и делают это зря, потому что врач отказывает не по злему умыслу, а согласно требованию Закона.

Естественно в таких случаях возникает вопрос, как поступить правильно? Ответ зависит от того, по какой причине родственники хотят скрыть от больного, что к нему приглашают психиатра. В подавляющем большинстве случаев причина состоит в том, что больного боятся «травмировать», обидеть, напугать. Если это так, то следует принять во внимание, что для семейных взаимоотношений последствия обмана гораздо тяжелее, чем обида. Тот факт, что под видом терапевта или приятеля больного осматривал психиатр, станет для него ясным очень скоро, и родственникам придется краснеть и оправдываться. В дальнейшем они будут испытывать серьезные проблемы, связанные с утраченным доверием. Поэтому лучше сразу действовать в открытую.

Сложнее обстоит дело в тех случаях, когда больной категорически отказывается от осмотра психиатра. Если его состояние не соответствует пунктам «а», «б» или «в» части четвертой статьи 23, то единственный выход — уговорить его. Это бывает трудно, но почти всегда возможно.

¹ Статья 27(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Статья 11. Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.


(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РСФСР, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Содержание процитированной выше статьи 11 не нуждается в особых комментариях. Ее суть заключается в том, что подавляющее большинство пациентов (за исключением тех, которые лечатся принудительно или недобровольно) имеют право знать, какие лекарства и по какому поводу им назначены. Самое трудное требование содержится в части второй этой статьи: сообщить больному необходимые сведения в доступной для него форме. Для человека, не обладающего хотя бы минимумом знаний о своей болезни, никакой «доступной формы» не существует. Тем большее значение имеет проект, о котором шла речь в предыдущей статье.

«Катерина» издается благодаря поддержке «Неврологической Клиники на Полянке»



Неврологическая Клиника на Полянке

www.neuroclinic.ru

721-90-01

ул. Б. Полянка, 51а/9

«Неврологическая Клиника на Полянке» — первая в России частная специализированная клиника, занимающаяся заболеваниями нервной системы. Клиника включает в себя дневной стационар и амбулаторно-консультативный центр, в котором ведут прием профессора, доктора и кандидаты медицинских наук — ведущие специалисты России в области психиатрии, психотерапии, психологии и неврологии. К нам обращаются по поводу всех психических и неврологических расстройств, в том числе по поводу любых достаточно длительных нарушений сна, настроения, поведения или самочувствия. Особенность нашей работы состоит в том, что мы стремимся к партнерским отношениям со своими пациентами. Мы считаем, что каждый из них должен хорошо понимать: чем он болен; каковы особенности течения его болезни и прогноз; какие методы лечения подобных расстройств существуют, и на чем основан наш выбор в данном конкретном случае; как принимать назначенные лекарства и какие побочные эффекты они могут вызывать.

При первом обращении в Клинику предъявитель этого купона получает скидку 10%