



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 10 Октябрь 2004

Азы психиатрии



ДИАГНОЗ - ЭТО НЕ ПРИГОВОР!

Первая встреча врача и пациента обычно заканчивается тем, что пациент спрашивает: «Доктор, какой у меня диагноз?» Ответа на этот вопрос часто ждут с замиранием сердца, потому что в представлении большинства людей некоторые диагнозы вполне невинны, зато другие – равносильны смертному приговору. Хотя сказанное относится к любой отрасли медицины, психиатрия находится в особом положении. Сам факт психиатрического диагноза – неважно, какого, – часто воспринимается как катастрофа. Еще лет 10-20 назад человек даже не пытался выяснить, какая именно у него болезнь, важно было лишь то, что болезнь психическая. Правда, в последние годы в общественном сознании произошли некоторые изменения. Одни психиатрические диагнозы (например, депрессия или невроз) стали восприниматься как более легкие, другие (особенно шизофрения) – как крайне тяжелые. С одной стороны, очень хорошо, что общество начало различать психические болезни по их тяжести. Это означает, что люди становятся более образованными в области психических расстройств. Однако, с другой стороны, все еще сохраняется тенденция считать некоторые психические заболевания (в частности, шизофрению) крайне тяжелыми и неизлечимыми. Это представление столь же неверно, как то, что все психические больные неизлечимы и опасны. Еще Эмиль Крепелин, человек, который впервые описал шизофрению, указывал, что 10% больных выздоравливают. Подчеркнем, что во времена Крепелина психиатры имели дело только с самыми тяжелыми больными, а эффективных методов лечения практически не существовало. Согласно более поздним наблюдениям, самопроизвольное (т.е. не связанное с лечением) выздоровление наступает примерно у 1/4 больных. Современное лечение шизофрении позволяет выздороветь гораздо большему числу людей. Однако не секрет, что даже самые современные лекарственные препараты далеко не всегда приводят к выздоровлению от шизофрении. Спрашивается, какой же в таком случае смысл в этих лекарствах? Дело в том, что даже при самом неблагоприятном течении болезни современные нейролептики препятствуют ее прогрессированию, замедляя его темп и делая процесс более доброкачественным. Лечение позволяет добиваться ремиссии даже у тех больных, у которых без него ремиссий

не бывает. Оно препятствует разрушительному воздействию болезни на интеллектуальные способности и обеспечивает сохранность личности. Эпидемиологические исследования доказывают, что число больных шизофренией, у которых развивается тяжелый дефект, постоянно уменьшается. Сегодня таких больных во много раз меньше, чем полвека назад. Поэтому даже если больному поставлен такой «страшный» диагноз, как шизофрения, и сам пациент, и члены его семьи должны постараться как можно скорее справиться с первым шоком (его редко кому удается совсем избежать) и трезво оценить ситуацию. Нужно как можно подробнее выяснить у врача, какая форма болезни возникла в данном случае, каковы конкретные особенности болезни, как наилучшим способом ее лечить. В частности, нужно выяснить, какие препараты являются предпочтительными, каков должен быть режим терапии. Не следует пугаться, если врач предлагает госпитализацию. Очень часто, особенно в начале болезни или при ее обострениях в стационаре гораздо легче выявить все ее особенности и подобрать необходимое лечение не только на ближайшее время, но и выстроить стратегию лечения на много вперед. При выписке из стационара нужно подробно обсудить с лечащим врачом дальнейшие лечебные мероприятия. Важно понимать, что в очень многих случаях прием лекарств нельзя прерывать, как только состояние улучшится. Часто лечение приходится продолжать даже тогда, когда никаких расстройств как будто бы нет: болезнь может продолжаться без внешних проявлений и, если отменить лекарства, симптомы обнаружатся вновь. Кроме того, нужно обсудить с врачом будущий образ жизни пациента. Не нужно думать, что ему теперь ничего нельзя, и его жизнь должна быть ограничена четырьмя стенами. Наоборот, для многих больных очень важны и общение, и занятость. Поэтому следует выяснить, может ли пациент возобновить работу по своей специальности. Если нет – посоветоваться с врачом, какой вид деятельности рекомендуется данному пациенту. Даже в том случае, если состояние больного вообще не позволяет ему работать, надо, по возможности, стимулировать его активность, привлекая к помощи по дому, поручая те или иные дела. Важно, чтобы он не чувствовал себя лишним в семье и ни на что не годным. Даже в очень тяжелых случаях шизофрении регулярное и правильное лечение и разумная организация жизни больного приводят к улучшению. Современная психиатрия знает множество примеров, когда после долгих лет тяжелой болезни наступало практическое выздоровление.



7-я конференция GAMIAN-Europe

Конференции GAMIAN-Europe созываются каждую осень в одном из европейских городов. На них съезжаются представители всех организаций (пациентов, их родственников и врачей) – членов GAMIAN-Europe. На этот раз около 100 человек – представители 30 стран и более 70 организаций – собрались в столице Эстонии Таллине.

Программа была очень насыщенной. Она содержала и сообщения видных деятелей мировой психиатрии (в частности, с чрезвычайно интересным докладом выступил профессор Норман Сарториус, член исполнительного комитета Европейской ассоциации психиатров, бывший президент Всемирной психиатрической ассоциации), и крупных политических деятелей (в частности, Хорст Клоппенбург, в течение многих лет возглавлявший отдел психического здоровья в Европейском парламенте), и представителей пациентских организаций. Очень важно, что участники конференции были не просто пассивными слушателями. После каждого нескольких сообщений предусматривалось специальное время для вопросов и комментариев. Эта возможность использовалась очень активно, и в ходе заседаний часто разгорались оживленные дискуссии. Дискуссии не прекращались и в кулуарах. Нужно заметить, что перерывы были не менее интересны, чем заседания: каждый искал возможность познакомиться с людьми, чей опыт мог ему пригодиться. Поэтому перерывы были наполнены новыми знакомствами, интересными беседами, обменом адресами и информационными материалами. Языковые барьеры преодолевались легко, – рабочий язык был английским,



но разноязычные участники конференции с большим пониманием относились к тем, кто испытывал трудности. Иногда собеседникам приходилось прибегать к мимике и жестам, часто использовались слова из других языков. Так или иначе, понимание всегда достигалось, хотя иногда происходящее напоминало вавилонское столпотворение.

Хотя в конференции участвовали и профессионалы, и пациенты, и их родственники, не чувствовалось никакой разобщенности между ними. Дух равенства, товарищества и искреннего взаимного интереса пронизывал встречу, и это было одним из главных ее достоинств.

Основная и единственная тема конференции была посвящена тому, как справляться с психической болезнью. Все выступавшие, несмотря на разнообразие конкретных докладов, придерживались этой проблемы. Было очень интересно слушать, что в этом направлении делают врачи, родственники больных и сами больные. Поскольку на конференции впервые присутствовали представители новой ассоциации пациентов из России («Клуб взаимной поддержки»), им было очень важно познакомиться с деятельностью более опытных коллег. В первый день было четыре заседания: «Профилактика обострений болезни и социальная реабилитация больных»; «Организация помощи хронически больным»; «Жилищные проблемы психически больных»; «Проблема стигмы».

Весь второй день участники конференции слушали сообщения национальных ассоциаций о своей деятельности. Трудно выделить самые интересные сообщения; но все-таки хочется отметить четыре. Это доклады Франа Глисона из Ирландии, который рассказал о деятельности его ассоциации «Aware», Петры Видемсек из Словении (ассоциация «Ozaga»; заметим, что Петра приехала на конференцию с шестимесячным сыном, который был, разумеется, самым молодым участником и вел себя просто великолепно), Йорама Кохена из Израиля (ассоциация «Enosh»), и Марайке Бакхаусен из Голландии (ассоциация «VMDB»). Почти все участники привезли с собой буклеты, журналы и бюллетени, издаваемые их ассоциациями. Мы тоже привезли «Катерину», которая вызвала большой интерес, хотя мало кто мог читать по-русски. Было забавно наблюдать, как некоторые вертели ее в руках, пытаясь угадать, где верх, а где низ...

Важная задача конференции заключалась в разработке плана общих действий на предстоящий год. Этот вопрос обсуждался на вновь избранном совете директоров GAMIAN-Europe. По общему мнению, наиболее актуальной темой является проблема социальной стигматизации лиц, обращающихся за психиатрической помощью. Участники обсуждения согласились, что мероприятия по преодолению стигматизации должны проводиться на основе точных знаний об особенностях культуры каждой страны, о том, какие представления о психических болезнях и психически больных распространены в каждом конкретном обществе.



За рубежом



Новая книга

В субботу 16 октября в Брюсселе состоялась презентация новой книги, название которой можно перевести как «Открой для себя будущее». Это руководство для тех, кто страдает шизофренией. В книге популярно и в то же время подробно описана клиническая картина шизофрении, ее первые симптомы, признаки начинающегося ухудшения. Много внимания уделяется тому, как человек реагирует на впервые поставленный ему диагноз, как преодолеть шок, который он при этом испытывает. Подробно описываются методы лечения шизофрении, как лекарственные, так и психотерапевтические. Даются рекомендации о том, как вести себя при появлении побочных явлений. Подчеркивается, что течение и исходы шизофрении весьма разнообразны. Не скрывая, что при этом заболевании бывают очень тяжелые случаи, авторы приводят статистические данные, указывающие на то, что чаще всего шизофрения протекает благоприятно и иногда даже заканчивается полным выздоровлением. Современная терапия существенно увеличивает шансы на выздоровление, однако даже если полного выздоровления добиться не удастся, большинство пациентов имеют возможность жить полноценной жизнью.

В книге большое внимание уделяется социальным проблемам, с которыми сталкиваются и сами больные, и члены их семей.

Описываются наиболее распространенные мифы и предрассудки, связанные с шизофренией.

Подчеркивается важность усилий со стороны самого больного, который должен знать как можно больше о своей болезни, о том, какой образ жизни он должен вести, о пользе взаимной поддержки пациентов.

В подготовке книги принимал участие большой коллектив, в который входили видные общественные деятели и психиатры, в том числе:

Родни Элджи, президент GAMIAN-Europe;

Профессор Паоло Лючио Морселли, генеральный секретарь GAMIAN-Europe;

Мария Луиза Зардини, президент ассоциации семей душевнобольных ARAP, Италия;

Кристина Хикки, секретарь Ирландской ассоциации медсестер, работающих с психически больными;

Жаннет МакКре и Бегоне Арино из EUFAMI (Европейская федерация семей психически больных);

Доктор Мартин Ламберт из Гамбургского университета (Германия);

Доктор Марк Агиус, специалист в области работы с психически больными в общемедицинской сети (Великобритания);

Профессор Вольфганг Гебель, президент Общества по изучению шизофрении (Германия);

Профессор Владимир Ротштейн, НЦПЗ РАМН, президент ассоциации «Общественные инициативы в психиатрии» (Россия).

Книга будет переведена на большинство европейских языков. Надеемся, что русский язык будет в их числе.

Как с этим жить?



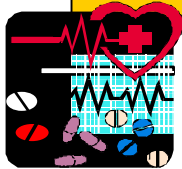
Рассказ Ольги

Сегодня «Катерина» помещает жизнеописание еще одного члена группы взаимной поддержки, работающей в Москве. Мы уверены, что в России есть очень много людей, имеющих свой опыт борьбы с болезнью, которым они хотели бы поделиться. Мы призываем читателей писать нам о себе.

Сейчас мне 50 лет, заболела я десять лет тому назад, хотя когда я вспоминаю более ранние годы, думаю, что проблемы у меня возникли намного раньше. Была повышенная утомляемость, перепады настроения. Я много обследовалась, чаще всего мне ставили диагноз «вегето-сосудистая дистония», однажды обнаружили гипопункцию щитовидной железы. Меня лечили, лечили усиленно, но улучшение не наступало. Десять лет назад я совсем слегла, не могла ничего делать, лежала и плакала. Прошла новое обследование, – на этот раз в межрайонном диагностическом центре. Мне поставили диагноз «опухоль мозга». Самочувствие было такое, что казалось, вот-вот умру. Мучилась целый год, потом снова обследовалась; на этот раз мне сказали, что я просто симулирую. Хождение от одного врача к другому продолжалось до тех пор, пока я по рекомендации знакомых не посоветовалась с психиатром. Он сказал, что у меня депрессия и назначил лечение. Лечение шло медленно, у меня не хватало мужества все это пережить достойно. Два раза я пыталась покончить с собой: мне казалось, что мои мучения никогда не кончатся, что я в тягость семье. Сейчас я понимаю, как я была не права, потому что от моих суицидов страдали в

первую очередь мои близкие. Теперь мне гораздо лучше. Лечение позволяет мне не только читать, готовить и заниматься другими домашними делами (я много лет не могла этого делать), но и участвовать в движении групп взаимной поддержки. Группа взаимной поддержки дает мне не только возможность общаться с приятными мне людьми, но и позволяет почувствовать себя нужной другим. Для меня это так важно!

Наш Интернет-адрес:
www.pandepress.ru



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Сокращенное изложение статьи Г.В.Бурковского, Е.В.Левченко и А.М.Беркман из журнала «Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева» (№1, 2004 г.)

15 января 2004 г. газета "Санкт-Петербургские Ведомости" опубликовала короткий комментарий на прошедшую в Психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева научную конференцию о качестве жизни психоневрологических больных. Обсуждается вопрос о том, что такое качество жизни. Газета приходит к выводу, что оно определяется не благосостоянием, а тем, что доставляет человеку удовольствие или страдание. Качество жизни представляет собой соотношение позитивных и негативных чувств, которые он испытывал последнее время. В этом состоит главное свойство качества жизни человека – оно представляет собой чисто субъективную оценку.

Качество жизни – это и не уровень жизни, и не благосостояние, 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.

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.

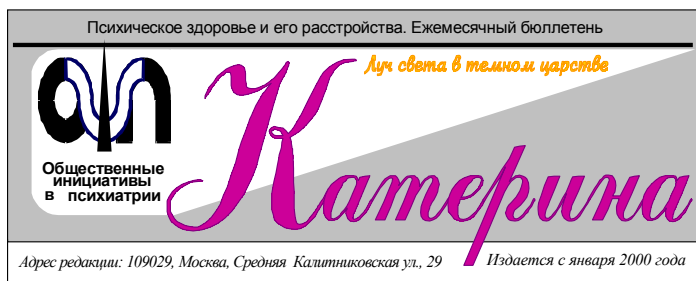
Медицинское качество жизни – это тоже не объективный показатель состояния здоровья, а изменение удовлетворенности человека жизнью, вызванное заболеваниями. Но что же заставляет врачей именно сейчас уделять так много внимания измерениям качества жизни, т.е. – практически – чувствам своих пациентов? Основная 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. Но есть и другие серьезные причины. 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 *noncompliance*.

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.

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.

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. При прочих равных условиях то лекарство (или метод лечения) должно получать приоритет, которое в большей степени усиливает стремление человека к здоровью.



"Катерина" издается при содействии благотворительного фонда поддержки "Добрый Век"
DobryVek@mtu-net.ru