

Общественные  
инициативы  
в психиатрии

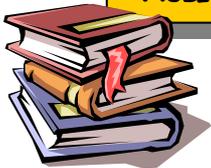
Луч света в темном царстве

# Катерина

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

Выпуск 11 Ноябрь 2004

## Азы психиатрии



# Еще раз о лекарствах

К этой теме «Катерина» обращалась уже не раз, но беседы с пациентами убеждают в необходимости писать об этом снова и снова. Каждому, кто принимает лекарства, очень важно хоть приблизительно ориентироваться в огромном количестве препаратов, которые сегодня есть в арсенале врачей. К сожалению, очень часто люди разбираются в этом плохо и представляют себе действие лекарств совершенно неправильно. Например, когда спрашиваете пациента, что он принимает, обычно он в первую очередь называет циклодол. Более того, бывает, что при ухудшении состояния больные упрашивают им этот самый циклодол добавить. Это значит, что люди совершенно не представляют себе, в чем заключается смысл назначения циклодола. Его действительно назначают часто, но только для того, чтобы не допустить развития побочного действия нейролептиков, которыми и лечат больного. Лечебное значение имеют именно нейролептики; циклодол не лечит болезнь, это корректор, вспомогательный препарат.

Все лекарства, используемые при лечении психических заболеваний, называются психотропными. Они делятся на три основных класса: нейролептики, антидепрессанты и транквилизаторы. Что такое антидепрессанты, понятно: это лекарства, помогающие при депрессии. Нейролептики – это лекарства, которые, во-первых, подавляют так называемые «позитивные» психопатологические симптомы (например, бред и галлюцинации); во-вторых, препятствуют прогрессированию болезни; в-третьих, (это относится к нейролептикам последнего поколения) действуют даже на такие расстройства, которые прежде считались необратимыми (например, так называемые «негативные симптомы» шизофрении). Транквилизаторы помогают справиться с симптомами преимущественно невротического характера, такими как тревога, бессонница и т.д.

Назовем только основные представители этих трех групп. Итак, нейролептики. Самый старый из них – аминазин. К ним относятся также стелазин (он же трифтазин), тизерцин, сонапакс (он же меллерил), этаперазин, галоперидол, неупелтил, хлорпротиксен (труксал); и, наконец, препараты последнего поколения – рисполепт, оланзапин (зипрекса), клопиксол, сероквель, солиан. Кроме таблеток или инъекций, которые приходится принимать ежедневно, существуют нейролептики пролонгированного действия: их

преимущество заключается и в том, что они удобнее (можно принять препарат всего раз в 2-4 недели), и в том, что они обеспечивают постоянный уровень содержания препарата в организме пациента. Лечение получается гораздо более регулярным, поскольку пациент застрахован от нарушений режима терапии, связанных с забывчивостью, неудобствами, связанными с необходимостью несколько раз в день принимать лекарства и т.д. Антидепрессанты: мелипрамин, амитриптилин, лудиомил, леривон, анафранил; последнее поколение этих препаратов – паксил (рексетин), золофт, прозак, ципраamil, коаксил, аурорикс. Транквилизаторы: седуксен (он же реланиум, валиум, сибазон), элениум (он же либриум), тазепам (он же нозепам), феназепам, рудотель (он же мезапам); последнее поколение — алзолам (он же ксанакс), транксен, трапекс. Очень часто люди спрашивают, почему в каждой группе так много лекарств. Казалось бы, достаточно иметь один нейролептик, один антидепрессант и один транквилизатор.



Это было бы возможно, если бы лекарства были идеальными, то есть если бы препарат подходил всем без исключения больным с соответствующим расстройством, был бы абсолютно эффективен и не имел никаких побочных действий. Поскольку идеал недостижим, приходится считаться с тем, что некоторые лекарства подходят одним больным, другие – другим. Все мы разные, все мы по-разному переносим лекарства и реагируем на них. Поэтому лекарств много, и задача врача – подобрать для каждого конкретного пациента наиболее подходящий для него препарат.



# Знакомый до боли дефицит

*Эта заметка была опубликована в одном из выпусков «Катерины» почти четыре года назад. Однако в то время наш бюллетень издавался всего в 10 экземплярах, и теперь тот выпуск можно прочесть только в Интернете. Проблема, о которой идет речь, по-прежнему актуальна. Поэтому сегодня мы публикуем эту статью вновь.*

Казалось бы, понятие дефицита кануло в прошлое. Ан нет! Каждый, кому положены бесплатные медикаменты, знает, что они представляют собой страшный дефицит. Бесплатных лекарств мало, выдаются они скупо. Конечно, можно протестовать и жаловаться, но толку от этого немного, потому что пока в стране мало денег, ничего не изменится: от жалоб денег больше не станет.

Естественно, возникает вопрос, что же все-таки делать?

Прежде всего, понять, что бесплатно выдаются только абсолютно необходимые лекарства, то есть такие, без которых человек обойтись не может. Количество выдаваемого лекарства обычно небольшое, потому что оно выдается в связи с тем состоянием, которое есть сегодня; если есть основания полагать, что через день или через неделю состояние изменится, нет смысла выдавать лекарство на месяц. Понимать это очень важно, потому что многие из нас, привыкая к лекарству, очень хотели бы иметь некоторый его запас, просто на всякий случай. Эта привычка не слишком хороша. У многих дома собираются целые аптеки в тумбочках и шкафах, где лежит куча коробочек и флакончиков, которые никогда не понадобятся. Лекарства стареют, становятся непригодными и просто выбрасываются. Другие по привычке принимают кучу лекарств одновременно. Пользы от этого никакой, а вред очевиден: даже если лишнее лекарство не вредит, появляется психологическая зависимость, то есть состояние, когда самочувствие ухудшается просто от сознания, что не принял обычную таблетку. Поэтому тем, кто принимает

много разных препаратов одновременно, стоит поговорить с лечащим врачом о том, какие из них ему действительно необходимы. Переход на прием одного-двух препаратов для человека, который привык принимать пять-шесть, может быть непростым. Однако это очень разумный шаг, и это стоит сделать. Очень разумно также просмотреть свои лекарственные запасы, выбросить те флакончики, которые давно уже устарели, а по поводу тех, которые еще годны, но не нужны, поговорить с лечащим врачом. Может быть, он найдет возможным отдать это лекарство тому, кому оно необходимо, а вы когда-нибудь таким же образом получите нужный вам препарат.

Очень часто случается, что лекарство есть в аптеке, но отпускается только за деньги. Бесплатно этого препарата нет. Как правило, это новейшие препараты, очень дорогие. Если есть возможность использовать новый препарат, следует посоветоваться с врачом о том, насколько это оправдано, есть ли серьезные шансы на то, что новое лекарство в вашем случае окажется более эффективным, чем старое. Если да, стоит купить его, несмотря на то, что вам положено бесплатное лечение. Не нужно становиться в позу и требовать бесплатной выдачи новейшего препарата только из принципа. С другой стороны, не следует стремиться приобретать новые препараты только потому, что они новые: если, по мнению врача, они не могут принести вам больше пользы, чем старые, нет смысла попусту тратить деньги.

## КАК ВЕСТИ СЕБЯ С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ РОДСТВЕННИКОМ И СПОСОБСТВОВАТЬ ЕГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ? (СОВЕТЫ ЧЛЕНАМ СЕМЬИ)

Из книги КЕЙЛА Ф. БЕРНХАЙМ, ЭНТОНИ Ф. ЛЕМАН, В.В. НОРТОН И ДР.

«Как наладить работу с группами пользователей и семьями»

(Издательство «Сфера», Киев, 1999 г.)

1. Развивайте в себе умение не терять «дальнего прицела» в своих взглядах на болезнь близкого человека, его лечение и выздоровление. Человеку, страдающему серьезным психическим расстройством, может понадобиться немало времени для того, чтобы признать и принять болезнь, смириться с ее влиянием на собственную жизнь и направить свою энергию на достижимые при сложившихся условиях цели, способные принести психологическое удовлетворение. В этот период ваше терпение и способность с надеждой смотреть в будущее станут поистине неоценимой поддержкой для больного.
2. Будьте последовательны. В обращении с психически больным последовательность очень важна.
3. Постарайтесь сделать жизнь больного простой и четкой организованной. Люди с психическими расстройствами часто испытывают тревогу; они особенно уязвимы к воздействию стресса. Им трудно ориентироваться во внезапно возникающих ситуациях, – в таких случаях у них часто возникает чувство неуверенности и растерянности. Даже такие события, как гости или вечеринки могут выбить выздоравливающего больного из колеи. Поэтому желательно, чтобы в доме поддерживался определенный порядок, при котором почти все предсказуемо.
4. При обострении состояния больного держитесь спокойно. Это часто нелегко дается тому, кто привык действовать быстро и энергично. Говорите медленно, неторопливо и негромко; не повышайте голос даже если сердитесь.
5. Изучите признаки, которые позволяют как можно раньше распознать начало обострения и тем самым предупредить рецидив. Многие больные со временем научаются сами распознавать такие признаки, но до того как у вашего родственника выработается такое умение, ваши знания и наблюдательность помогут вовремя принять нужные меры, 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.

# ПСИХОЗЫ. ПРОТЕКАЮЩИЕ В ВИДЕ ПРИСТУПОВ

Многие болезни протекают с ухудшениями и улучшениями. Всем известны, например, сезонные ухудшения при язве желудка, обострения при хронических радикулитах и т.д. Люди, страдающие подобными заболеваниями, должны хорошо знать, что во время ремиссий (так называются периоды, когда болезнь как бы затихает) они должны соблюдать определенные правила, снижающие риск очередного обострения. Например, при язве желудка нужно соблюдать диету, при хроническом радикулите – не поднимать больших тяжестей и не переохлаждаться. Важно понимать, что эти правила именно снижают риск обострения, а не гарантируют, что его не будет. Это тоже очень важно, хотя бы потому, что если этими правилами пренебрегать, то обострение будет наверняка. Точно так же дело обстоит и при некоторых психических заболеваниях, например, при маниакально-депрессивном психозе или при приступообразной шизофрении. И та, и другая болезнь характеризуется тем, что каждый приступ (обострение) непременно заканчивается, и наступает практическое выздоровление. Но на самом деле это не настоящее выздоровление, а именно ремиссия – как при язвенной болезни или хроническом радикулите. Это означает, что существует достаточно высокий риск повторения болезни, нового приступа. И точно так же, как в приведенных выше примерах, во время ремиссии нужно соблюдать определенные правила, которые уменьшают риск обострения. Это понимают многие, но очень часто люди считают необходимым выполнять совсем не те правила, которые действительно нужны. Очень частое заблуждение

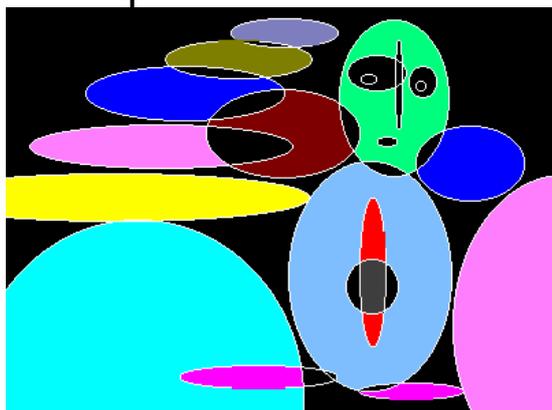
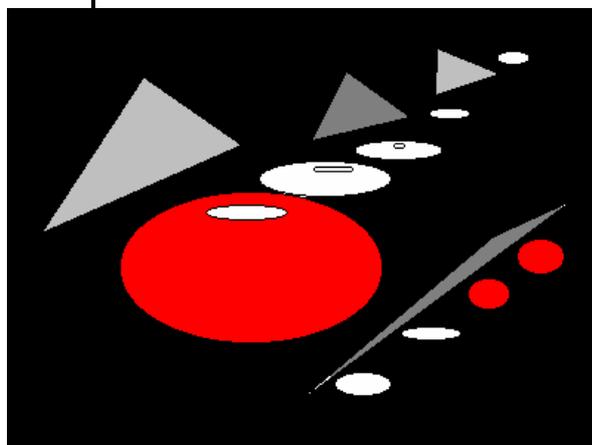
заключается в том, что человека, перенесшего приступ шизофрении или маниакально-депрессивного психоза, нужно ограждать от умственной работы, от волнений, от конфликтов. В действительности, ни то, ни другое, ни третье не увеличивают риск повторного приступа. На самом деле следует избегать недосыпания (сон должен обязательно быть достаточно длительным и обязательно ночным, то есть, например, работа в ночные смены не годится). Кроме того, употребление алкоголя резко увеличивает риск обострений, поэтому алкогольные напитки приходится практически исключить. И, наконец, многим больным необходима так называемая поддерживающая терапия. Поддерживающая терапия – это лекарства, назначаемые врачом в период ремиссии. Очень часто людям надоедает принимать эти таблетки, особенно если ремиссия продолжается долго, и человек чувствует себя достаточно хорошо. Необходимость принимать лекарства начинает раздражать, «напоминает» о болезни, и люди прекращают принимать их. Такое решение, к сожалению, может оказаться роковым — возникает новый приступ. Поэтому не только прекращение приема лекарств, но и всякое изменение лекарственного препарата или его дозы можно сделать только по согласованию с врачом. Некоторые препараты, например, соли лития, или карбамазепин, или ламиктал, при маниакально-депрессивном психозе приходится принимать многие годы, зато в награду терпеливый пациент навсегда избавляется от приступов болезни.



## Творчество наших читателей



*Компьютерная графика Маши - члена клуба «Радуга души»*



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

# Хороший врач

Несколько лет назад «Катерина» опубликовала советы международной ассоциации «World Schizophrenia Fellowship» о том, как найти хорошего врача. По мере того, как в России возможность выбора врача увеличивается, эта проблема становится все более важной и для нас. Поэтому мы вновь помещаем эти советы в точном переводе. Итак, хороший психиатр - тот, который:

1. Предпринимает активные действия, чтобы сотрудничать с семьей больного.
2. Если больной находится в остром состоянии, которое затрудняет контакт с ним, врач сразу распознает это и не настаивает на подробной беседе с больным при первой встрече.
3. Считает болезнь результатом поражения мозга, вызванного биологическими, а не психологическими факторами.
4. Достаточно тверд, чтобы не идти на поводу у родственников или у самого больного относительно методов лечения; достаточно подготовлен, чтобы открыто обсуждать симптомы, методы лечения и побочные эффекты; не стремится делить людей на больных и здоровых и считает, что в области психиатрии нет никакой мистики.
5. Достаточно гибок, чтобы экспериментировать с лечением и, когда это уместно, готов относиться к родственникам больного как к членам команды, борющейся за выздоровление.
6. Заботится о пользе больного больше, чем о своих доходах; соразмеряет частоту визитов с финансовыми возможностями семьи.



## Права и льготы

# Информированное согласие на лечение

### 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.

Процитированная выше статья 11 Закона о психиатрической помощи определяет необходимость получить согласие пациента на лечение до того как его начать. Очень важно, что пациент должен согласиться или не согласиться на предлагаемое лечение, хорошо понимая, что именно ему предлагают и почему. Такое согласие называют «информированным». Поговорим подробнее о том, что это значит.

Очень часто, спрашивая больного «Чем Вас лечат?», получаешь ответ: «Я не знаю, мне не говорят». Конечно, бывает, что пациент полностью полагается на врача и не спрашивает, чем его собираются лечить. Но, если пациенту это интересно, врач обязан дать ему исчерпывающую информацию о предполагаемых методах лечения, о преимуществах и недостатках лекарства, которое он собирается назначить, о возможных осложнениях и побочных эффектах, – короче говоря, обо всех подробностях предполагаемого лечения. Подчеркнем, что врач обязан это сделать согласно действующему Закону о психиатрической помощи. Если врач не делает этого, или, тем более, отказывается отвечать на соответствующие вопросы, он нарушает закон. Пациент имеет право получить все сведения о том, как его собираются лечить, каких результатов можно ожидать, какие осложнения могут возникнуть. Кроме того, пациент имеет право знать, какие другие методы лечения того же заболевания существуют, а также о том, почему врач предпочитает именно данный способ лечения, а не какой-нибудь другой. Располагая всеми этими сведениями, пациент может подумать и решить, устраивают ли его намерения врача. Он может согласиться с врачом, а может и отказаться от предложенного лечения. Поскольку согласие на лечение (в том случае, если пациент согласен) дается на основе достаточно полной информации, оно называется информированным согласием.

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 Издаётся с января 2000 года

"Катерина" издается  
при содействии  
благотворительного  
фонда поддержки  
"Добрый Век"

DobryVek@mtu-net.ru