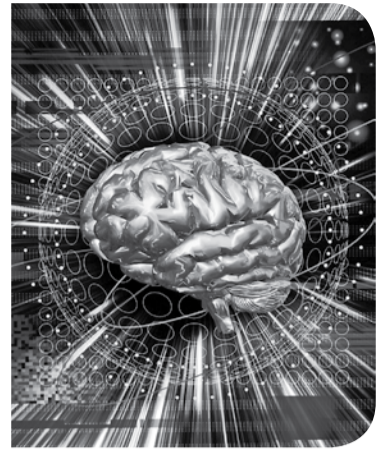


Ревнует }
значит любит?
или болен?

Сексуальные 4
гармонии
и дисгармонии

Так что же 8
дальше?

Жизнь 10
и болезнь
Винсента
Ван Гога



ФЕНИКС

лечебно-реабилитационный
научный центр

НАШ АДРЕС:

344010, г. Ростов-на-Дону,
пр. Ворошиловский, 40/128.
Тел. (863) 267-48-15.
Тел./факс: (863) 267-38-67

www.centerphoenix.ru

№ 4-2010
сентябрь

Новая

Психиатрия

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

НОВОСТИ

**«Феникс»
вновь
в ряду
лучших**

Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» в ходе национального конкурса, проводившегося Росохранкультурой России, по результатам опроса населения России, был признан «Лучшей частной клиникой Российской Федерации».

**ПОЗДРАВЛЯЕМ
КОЛЛЕКТИВ
ЛРНЦ «ФЕНИКС»**

9–12 ноября 2010 г. в Москве состоится
**XV Съезд психиатров
России**

Основные проблемы
для обсуждения на съезде:

Совершенствование психиатрической и наркологической помощи в соответствии с формированием общественно ориентированной психиатрии, инновационные организационные формы, полипрофессиональный подход и междисциплинарное взаимодействие на различных этапах оказания помощи: анализ опыта и дальнейшие задачи.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация. Проблема совершенствования системы последипломного образования специалистов, оказывающих психиатрическую и наркологическую помощь. Качество помощи в психиатрии и наркологии: обсуждение протоколов ведения больных.

Детско-подростковая психиатрия: специфика фармакотерапевтических, психосоциальных лечебно-реабилитационных и психотерапевтических подходов.

ФОРУМЫ, КОНФЕРЕНЦИИ



**К итогам регионального
конгресса Всемирной
психиатрической ассоциации
«Традиции и инновации в психиатрии»**



10–12 июня 2010 года в г. Санкт-Петербурге прошел Региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации «Традиции и инновации в психиатрии».

Конгресс открылся концертом. Перед присутствующими выступил хор Мариинского театра, исполнивший партии на русском и французском языках. Затем гостей пригласили на обзорную экскурсию по Санкт-Петербургу. Некоторые участники конгресса впервые оказались в Северной столице России и познакомились с феноменом «белых ночей». А 11 июня рано утром началась работа по секциям. В главном лекционном зале были прочитаны лекции с синхронным переводом на русский язык.

Президент Всемирной психиатрической ассоциации, профессор Марио Май выступил с лекцией на тему «Когда депрессия становится психическим расстройством». Он сообщил, что депрессивные расстройства – наиболее распространенный вид психических



расстройств, который отмечается у 10–25% женщин и у 5–12% мужчин (эти цифры часто приводятся в психиатрической литературе, но часто рассматриваются со значительной степенью скептицизма). Очень важно, по мнению ученого, ответить на вопрос, с какого времени депрессия переходит в качество собственно психического расстройства. В этом смысле предлагается три подхода к пониманию этой проблемы.

Первый подход содержит набор симптомов, позволяющих диагностировать депрессивный

синдром. Второй подход одобрен рядом европейских психиатров, которые дифференцируют «депрессию» и «нормальную грусть» по качественному различию их признаков. Третий подход – определение границы «нормальной грусти» и «клинической депрессии», исходя из прагматических соображений, то есть произвольно. Однако, характеристики, установленные DSM-IV для диагностики депрессии, все же имеют достаточно строгие клинические параметры, и в этом заключается сложность диагностики.

Джулиус Ангст выступил с докладом «Спектр настроения: от депрессии до мании – через биполярное расстройство». С 2003 года растет количество крупных депрессивных расстройств. Это было показано на основе данных эпидемиологических исследований: исследования Цюриха и повторного анализа EDSP исследования, а также NCS-g исследования, и недавно было подтверждено крупным международным исследованием (мост-исследованием).

Более широкое понятие биполярного расстройства потенциально огромно: оно позволяет проводить более раннюю диагностику и длительное лечение БР. Однако, гораздо менее известным остается маниакальное крыло расстройства настроения, так как в этих случаях больные редко обращаются за медицинской помощью.

(Окончание на стр. 2)



На вопросы отвечает юрист-консульт лечебно-реабилитационного научного центра «Феникс», адвокат филиала №3 Ленинского района г. Ростова-на-Дону Ростовской областной коллегии адвокатов **Марат Заидович ХАБИБУЛИН**

– При каких правонарушениях необходима консультация психиатра, или что служит основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы?

– Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) может быть назначена и по уголовному, и по гражданскому делу. Она производится по основаниям и в порядке, предусмотренном Уголовно-процессуальным и Гражданско-процессуальным кодексами РФ. СПЭ назначается тогда, когда в ходе ведения уголовного или гражданского дела возникают вопросы, на которые невозможно ответить без специальных знаний психиатра (например, требуется оценка психического состояния человека, ставшего объектом разбирательства). Обычно это происходит тогда, когда у участников процесса (следователь, прокурор, дознаватель, суд, адвокат, потерпевший и др.) возникают сомнения в психической полноценности, вменяемости или дееспособности этого объекта (подэкспертного).

Основаниями сомнений в психическом здоровье человека могут быть сведения о лечении в психиатрической больнице, установление психиатрического диагноза, наблюдение окружающими странного неадекватного поведения подэкспертного, жалобы или сообщения самого пациента о собственных болезненных переживаниях, снижение социальной адаптации, необоснованное внешними обстоятельствами и факторами, наличие суицидальных попыток или сведения о них, немотивированная жестокость в момент правонарушения, повторяемость (многоэпизодность) некоторых видов правонарушений, в том числе сексуальных преступлений и некоторое другое.

Иногда сам «из ряда вон выходящий» характер совершенного свидетеля свидетельствует о том, что это вряд ли мог совершить человек, находящийся в здравом уме. В этом случае вначале выясняют, не состоит ли данный человек на психиатрическом учете. Если выясняется, что ранее этот человек как психически неадекватный нигде не регистрировался, то в этом случае, разумеется, назначается психиатрическая экспертиза.

К консультации психиатра прибегают в таких случаях, когда само деяние понятно (например, воровство, может быть, даже систематическое воровство, квалифицируемое как правонарушение), но не понятно, почему и с какой целью осуществляются эти действия (не понятны мотивация и целеполагание, в случае психических нарушений они часто имеют абсурдный характер).



ФОРУМЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

К итогам регионального конгресса Всемирной психиатрической ассоциации «Традиции и инновации в психиатрии»

(Окончание. Начало на стр. 1).



С другой стороны, эти состояния часто являются основой для развития дальнейших психических расстройств, чреватых риском повреждения сосудов головного мозга, и даже смерти; иногда больные не могут избежать проблем с законом.

Профессор Норманн Сарториус выступил с докладом «Коморбидность психических расстройств и физических заболеваний: большой вызов для медицины и психиатрии», в котором поделился своими впечатлениями от беседы на эту тему со специалистами разных стран. Почти треть длительно протекающих серьезных физиологических заболеваний, таких как диабет, рак или сердечно-сосудистые недуги сопровождаются депрессией. Больные же шизофренией вообще страдают от всех болезней (за исключением опухолей и ревматоидного артрита) гораздо чаще, чем вся остальная часть населения. В связи с этим ученый предлагает пересмотреть существующие классификации, с тем чтобы отразить в них новые сведения и данные об организации медицинского обслуживания. Косвенное воздействие текущих изменений в психиатрии часто игнорируется, хотя оно оказыва-

ет серьезное влияние на направление и финансирование проводимых исследований, обучение специалистов-медиков и место психиатрии в общей системе медицинской помощи.

С новейшими данными о современных исследованиях в сфере нейробиологии и шизофрении выступил известный психиатр Ханс Йорген Моллер. Он обратил внимание на то, что при шизофрении серое вещество головного мозга уменьшается в объеме, наряду с этим обнаруживаются изменения в гиппокампе, гипо-

таламусе, а также аномалии в белом веществе. Особый интерес представляет тот факт, что при шизофрении восприимчивость генов и хромосомные нарушения связаны с преморбидной нейрогенетической патологией. Они происходят на всех этапах развития мозга. Здесь имеют важное значение также и экологические факторы риска, дородовая инфекция и их взаимовлияние.

Из выступлений отечественных специалистов стоит отметить доклад профессора Валерия Краснова, президента Российской

психиатрической ассоциации, который обобщил традиции и текущие направления российской психиатрии. В. Краснов заметил, что Закон о психиатрической помощи 1992 г. предоставил пациентам ряд определенных прав. В то же время он не решил ряд практических проблем. Но реформы в области психиатрии все же происходят, особенно в сфере социально-психологической терапии и реабилитации.

Лекция другого известного российского психиатра – профессора Николая Незнанова была связана с биопсихосоциальной моделью в психиатрии, ее проблемами и перспективами в России. Н. Незнанов отметил, что стереотипы современного образа жизни отрицательно влияют на психическое здоровье населения, увеличивая расходы общества на само здравоохранение. Наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями, тревожные состояния и депрессивные расстройства становятся основной причиной инвалидизации и преждевременной смерти россиян.

Психические расстройства сегодня составляют 5 из 10 основных причин инвалидности, которые могут быть измерены с помощью показателей продолжительности жизни

В ходе работы конгресса также были прочитаны лекции по детской и подростковой психиатрии, психотерапии.

Примечательно, что в одном из залов Балтийского отеля все эти три дня работала выставка рисунков пациентов Санкт-Петербургской психиатрической больницы. Выставка была интересна не только тем, что рисунки выражали состояние души пациентов, но и тем, что многие картины были выполнены вполне профессионально.



ТИПОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ревнует значит любит? или болен?

Н. РОШАНСКАЯ

Ревность. Ее в жизни не испытывают, наверное, только совершенные и совершенно здоровые люди. Тем более, если учитывать, что ревность бывает разной, направленной на разные «объекты». Чаще всего принято говорить о супружеской ревности (не придавая особого значения ревности ребенка, ревности подруги, коллеги по работе, ревности к прошлому, ревности как зависти...). Этот факт объясним, очевидно, тем, что выражение супружеской ревности, сопровождаемой декларацией прав на супруга, считается социально вполне понятным и даже оправданным. В житейскую, часто бурную ситуацию, где один супруг ревнует другого, не принято вмешиваться. Можно услышать даже в наши дни: «бьет или ревнует (а иногда: ревнует и бьет) значит любит».

Стереотип ревности как меры любви необходимо развеять. Ревность – это всегда аномальное явление, сильная или слабая, выражается ли она в виде эмоции или интенции, реализуемой психологически или физически. Любой вид ревности – это разной степени агрессия, следствие дисгармонии в отношениях, серьезная психологическая или психическая, или даже органическая проблема одного супруга, которая сразу выражается в целом комплексе проблем его спутника жизни и... детей. Сильная неконтролируемая ревность – социально опасная патология, которую необходимо лечить.

ИСТОРИЯ ОДНОЙ СЕМЬИ

У любого человека найдется в памяти хотя бы одна реальная история о ревности. Врачи-психиатры знают о ней из историй болезней их пациентов. Расскажем об одном из самых тяжелых случаев проявления ревности – «бреде ревности». Этот рассказ основан на реальной истории, имена героев которой изменены, ряд жизненных обстоятельств обобщен. Все найденные совпадения нужно объяснять типичностью поведения и аналогичностью обстоятельств, при которых возникает и развивается болезнь.

...Иван, вернувшись из армии, встретил Елену, славную девушку, с которой, было сразу понятно, находиться рядом легко и внутренне комфортно. После службы в тяжелых экстремальных условиях (которые, с уверенностью можно предположить, были длительным психотравмирующим периодом) простые настоящие вещи имели многократную ценность. Поженились. Не имея возможности жить отдельно, жили с родителями мужа. И это было нелегкое время. Скорее, даже не из-за сложности адаптации молодоженов, а из-за отношений в семье родителей – отец не образцово относился к матери: грубил, донимал придирками, ревновал, мог поднять руку. Для Ивана такое положение дел было с детства привычным. Отца

он не любил, критиковал, поддерживал мать. И она говорила невестке: «Ваня у нас не такой, как его отец. Повезло тебе». Молодые жили по канонам обычной семьи, все шло своим чередом. Один за другим появились любимые дети. Первая серьезная ссора, эмоциональная, болезненная, возникла после одного из первых детских праздников, куда они пригласили своих друзей. Один из друзей Ивана перекинулся с Еленой вполне безобидной шуткой. На мужа этот факт произвел сильное впечатление. Но, будучи «под шофе», ни Елена, ни ее собеседник не заметили реакции Ивана. Еще не разошлись все гости, а муж, грубо дернув жену за руку, спросил: «Ты его любишь?». Пребывая на волне праздника, Елена не поняла ничего: «Кого?!» – засмеялась она, и в ответ получила резкую тяжелую пощечину. Тут же собрала детей и в первый раз ушла к своей матери. Ее решимость не возвращаться была твердой: так велика была незаслуженная обида. Иван на следующий же день молил о прощении «его дурака», калялся, обещал вечную заботу и понимание. Не поверить ему было невозможно. Так повторялось почти каждый раз после какого-нибудь праздничного застолья. А однажды Иван «вошел в конфронтацию» с кем-то из знакомых, результатом этой запутанной истории явилась серьезная черепно-мозговая травма.

Прошло более двадцати лет со дня свадьбы. Это время пришлось на трудные годы перестройки, безденежных и безработных 1990-х и двухтысячных. Они оба старались обеспечить семье достойную жизнь, стремясь к дополнительным заработкам. Стабильной работа была у нее. Он часто сидел без работы. Както ему пришлось уехать на заработки в другой город. В одном из разговоров по телефону он ей сказал: «Приезжай, если ты не приедешь, я брошу все и приеду сам». Елена приехала и увидела, что работа его, без сна и отдыха, очень напряженная, связана с ответственностью за жизнь людей и государственное имущество. Она поддержала мужа, как могла, и вернулась. Иван звонил ей каж-



дый день, каждый раз заводил разговор на сексуальную тему. Она не придавала этому значения. Первое, что Елена увидела, когда встретила его после окончания его работ: безумно уставшие глаза, затравленный взгляд. Он сильно изменился. ...Он к ней как будто прилип. Смог найти такую работу, которая позволяла ему находиться неподалеку от нее, заходила к ней на рабочее место. Его работой стало – следить за ней. Жизнь превратилась в кошмар: Иван «вычислял» номера телефонов в мобильнике жены, обыскивал шкафы и полки не только дома, но и на ее работе, подкладывал диктофон в ее сумку с последующей «прослушкой» и последующими допросом, находил на ее одежде и теле «чужие» волосы, «уличал» в бесконечных изменах, говорил, что она, «шлю-

ха», его постоянно и бесконечно обводит вокруг пальца со своими любовниками, задавал вопросы на тему количества совершенных в день коитусов и т.п. и т.п. На этом фоне Елена вынуждена была отказаться от всех подработок, потому что любая задержка грозила домашним кошмаром. Иван стал следить за женой. Она часто видела его, прячущегося «в засаде». Младший сын порвал отношения с отцом и ушел жить к бабушке. Дочь осталась с мамой. Иван стал грозить убийством ее любовника, всех любовников. Еще почти подросток, дочь взяла на себя функцию буфера между отцом и матерью. Девочка просыпалась каждый раз, как только отец ночью вставал с постели: она боялась его угроз (тем более, что он уже много раз в ее присутствии бросался на мать), она

физически вставала между ними, когда ей казалось, что жизнь матери в опасности. Ребенок почти не спал, она постоянно звонила матери, узнать, что с той все в порядке... Из-за ребенка, Елена обратилась к психотерапевту. На какое-то время лично ей стало легче от лекарств. Но кошмар не прекращался, ведь разрушительным источником была не она. Непонятно, как Иван согласился пойти с ней к психотерапевту. Елена, доведенная до отчаяния, в надежде на профессиональную помощь, рассказывая о своей истории, вела себя очень эмоционально. Иван сумел представить картину жизни так, что психотерапевт сказал, что лечить нужно не Ивана, а ее саму. Это резюмировало. Ей, разумеется, была нужна помощь, и ее ребенку, и ее семье... «В памяти отпечатались слова мужа: если бы не дети, я бы давно бы уже тебя прибил. Но дети меня не простят, и как я буду смотреть своей матери в глаза...».

Осталось одно – уйти от мужа, хотя это вряд ли было выходом из положения, ведь она оказывалась не там, где бы он не мог ее найти. Однако ее однозначность в выражении этого решения послужила тому, что Иван, обещая все свои силы направить на исправление, согласился обратиться за помощью к психиатру. Для семьи начинался новый нелегкий период, потому что состояние Ивана квалифицировалось как «бред ревности». Елена была с ним. Была ли это любовь? Был ли это страх? Была ли это инерция? Было ли это чувство ответственности? Безысходности? На эти вопросы может ответить только сам человек в каждом конкретном случае. Она помогала ему и поддерживала. И это было главным. Нужно было лечиться хотя бы для того, чтобы не было трагического конца. Нужно было лечиться, чтобы выйти из замкнутого безнадежного круга, вернуться к нормальной жизни. Ивану в этой ситуации нужно было отдать должное: не каждый человек может пойти лечиться к психиатру, для этого нужно иметь внутреннее мужество и определенный волевой ресурс. И чтобы избавить себя от мучений, не менее сильных, чем мучения его родных, он добровольно доверился врачам. Наверняка решиться на это ему было нелегко, особенно если вспомнить, что психически больные люди, как правило, больными себя не считают. Ивана и Елену поддерживал и обнадеживал современный медицинский подход клиники: «Безнадежных больных не бывает».

В следующем номере о видах ревности, причинах ее возникновения, о проявлениях ревности как болезни, о направлениях в лечении расскажет врач-психиатр кандидат медицинских наук Виктор СОЛДАТКИН





ПСИХИАТРИЯ И ОБЩЕСТВО

Психиатрия. Религия. Социум

Н. РОШАНСКАЯ

Рано или поздно человек, живой и неравнодушный, задумывается о духовных основах своего существования...

УГОЛ ЗРЕНИЯ
ПСИХИАТРА

Сегодня свобода вероисповедания не ограничена. Ею пользуются и зрелые люди, готовые представить отчет о земных делах в горних инстанциях, и молодые, следуя вере своих предков или открывая для себя новый источник духовных знаний. «Как в человеке проявляется религиозность?», «Соотносимы ли по функции психиатрия и религия, учитывая то обстоятельство, что главным объектом приложения их сил является душа человека?». На эти и другие вопросы мы попросили ответить специалистов: психиатра, православного священника и раввина, чья профессия – забота о душевном здоровье многих людей.

Александр Олимпиевич БУХАНОВСКИЙ,
врач-психиатр,
заслуженный врач России,
доктор медицинских наук,
профессор:

– Александр Олимпиевич, **вашему, какое место в жизни общества занимает религия, обладает ли она положительным потенциалом для душевного здоровья человека?**

– Религия, в моем понимании, – значительная часть человеческой культуры, часть общественного сознания, играющая большую роль в формировании человека, в укреплении его нравственности. Я воспитывался в такое время, когда религиозного воспитания не было. Мое мировоззрение не изменилось, я – атеист. Но роль

общепризнанных религиозных конфессий в отношении психических больных, в решении различных социально-психиатрических проблем я оцениваю как значимую и существенную. В качестве психиатра и в качестве руководителя центра «Феникс» мне неоднократно приходилось сотрудничать с представителями разных конфессий. Я отношусь к ним с большим уважением.

– Александр Олимпиевич, **какие стороны религиозной «действительности» Вы, как врач-психиатр, оценили бы как «перспективные», заслуживающие соучастия?**

– Я уверен, что наше сотрудничество, я бы даже сказал – сотрудничество, с религиозными организациями может иметь блестящие результаты. В частности, я полагаю, что некоторые религиозные деятели могут некоторым нашим пациентам помочь больше, чем некоторые психотерапевты. Эффективность лечения пациента от содействий психиатра и священнослужителя может быть и бывает очень высокой. С другой стороны, мы помогаем, когда к нам в центр обращаются религиозные лидеры, если нужна наша профессиональная помощь. Недавно по инициативе одного из священнослужителей ко мне обратились, чтобы проконсультировать человека, одержимого идеей переустройства мира. Я констатировал, что, действительно, человек болен. Психическая болезнь не зависит от веры, как и любая другая болезнь. Положительно я оцениваю и методы воз-

действия на верующих, которые были отработаны классическими конфессиями, они похожи и на методы манипулирования общественным сознанием, и на психиатрические методы.

Наши совместные общественные действия с представителями разных вероисповеданий дали немало хороших результатов. Например, в Адыгее при создании лечебно-реабилитационного центра для страдающих наркоманией нам помогали, с одной стороны, местный муфтий, с другой – православный священник. Муфтий для организации центра предложил воспользоваться одним из своих помещений. Это был наш общий вклад в решение общемировой проблемы. Наркомания с точки зрения любой конфессии – вред и грех, а для психиатра – болезнь. Преодоление этого и подобных недугов – наша общая цель. Немаловажным является обмен информацией между психиатрами и священнослужителями и участие в общественных организациях и событиях. На проходившие в Ростове-на-Дону научные конференции мы всегда приглашаем священников – они дают свою трактовку явлениям. И психиатры, и священнослужители в разное время входили (и входят) в состав общественной комиссии по помилованию при губернаторе области, в общественный совет при ГУВД области. Сообща сделано уже немало дел.

– **Какие действия или явления Вы отнесли бы к «неконструктивным»?**

– Использование в религиозной практике негуманных и нецивилизованных действий. К такой проблеме, как «одержимость бесами», церковь в разные времена относилась по-

разному. И сейчас еще используются своеобразные методы «изгнания бесов», что оказывается неэффективным, и психическое здоровье людей после таких «процедур» не только не восстанавливается, но положение усугубляется. (Священники должны понимать, где начинается область деятельности психиатра). Есть конкретные «служители Божьи», мы их знаем, вроде «черного монаха Григория», которые не только не способны помочь людям, но вредят (и сами больны).

Ольга Александровна БУХАНОВСКАЯ,
врач-психиатр, кандидат
медицинских наук, доцент
кафедры уголовного
процесса и криминалистики
юридического факультета
Южного федерального
университета

– **Ольга Александровна, как при психических расстройствах могут проявляться религиозные идеи, религиозная тематика?**

– В практике бывают случаи, когда психические расстройства начинаются с нарастания и последующего углубления религиозности – так называемой «философской интоксикации». При этом человек «начинает уходить» в области, далекие от его прежних интересов. Он вдруг углубляется в религию, философию, мистику, эзотерику, психологию, что становится доминирующим в жизни и со временем подчиняет его жизнь. Кроме симптома «сверхценной идеи» религиозности, могут наблюдаться и другие симптомы болезни, например: чрезмерная неуверенность в себе, колебания настроения с тенденцией к депрессивности и ряд дру-

гих переживаний. Религиозная тематика у наших больных встречается довольно часто.

Пример. Пациент из религиозной неортодоксальной семьи, светски соблюдающей традиции. К удивлению родных, резко увеличил количество обрядовых действий, их стало больше чем предписано самыми строгими правилами, постоянно читал молитвы, отслеживал восходы и закаты, навязывал свою точку зрения другим родственникам, считая ее единственно правильной (неважно, с какой религией или течением идентифицирует себя человек, – такая модель поведения – результат психического расстройства). А года через два у него развилась первая психоз. Перед болезнью, кроме развития чрезмерной религиозности, возникали и другие признаки нездоровья: сузилось общение с прежде любимыми людьми; появлялось то безрадостное, то эйфорическое настроение; для снятия напряжения он употреблял гашиш и спиртное.

Еще один пациент. Слышал послания Бога, Бог с ним «разговаривал внутри головы» и «посылал знамения знамения». Голубь летит – он считает: «это мне знамение». Дождь пошел – «это знамение – Бог плачет, этим он мне говорит, что к такому решению приходит не нужно». Считал себя Иисусом Христом, наделенным полномочиями и миссией. Эти переживания характерны для части психозов на религиозную тематику.

Более тяжелый случай. Пациент – женщина. Считала себя Девой Марией, которая присутствовала на распятии Иисуса. Правда, при этом она говорила: «смотрю на распятие, и тут же вижу, что стою на вершине холма в Крыму...».

Другой человек, находившийся в депрессивном состоянии, возводил все свои быденные жизненные промахи и ошибки в ранг греха, за что «должен быть наказан Богом и отправлен в ад».

Встречается и бред одержимости, когда человек чувствует, что в него кто-то вселился, часто говорят «бесы вселились». И человек себя ощущает так, что им полностью руководят, он начинает кричать, плакать, шепотом разговаривать, как будто это не он, а кто-то изнутри. И это состояние, разумеется, требует лечения.

Где норма религиозного поведения, а где психопатология, определить может только высокопрофессиональный врач-психиатр. Иногда об этом сложно сказать сразу, возникает необходимость понаблюдать за пациентом, а затем делать выводы: это особенности характера, особенности взаимоотношений или заболевание.

В научном центре «Феникс» способны провести квалифицированную диагностику и лечение (вне зависимости от тяжести и длительности заболевания) всех нервных, психосоматических и психических расстройств у детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Центр «Феникс» имеет огромный опыт в лечении:

- шизофрении;
- любых форм депрессивных состояний;
- маниакальных состояний;
- маниакально-депрессивного психоза и циклотимии;
- обсессивно-компульсивных расстройств;
- различных реакций на стресс;
- посттравматического стрессового расстройства;
- психогенных выпадений памяти;
- приступов панического страха;
- слабоумия (деменции, в том числе болезни Альцгеймера);
- нейро-циркуляторной дистонии;

- психосоматических расстройств:
- аэрофагии;
- психогенного¹ безудержного кашля;
- психогенной диареи;
- психогенной дизурии;
- психогенного метеоризма;
- психогенной икоты;
- психогенного нарушения дыхания;
- синдрома раздраженного кишечника;
- «невроза» сердца;
- психогенного болевого расстройства;
- психогенного «кома в горле»;
- психогенного зуда;
- психогенных нарушений сна;
- злоупотреблений:
- слабительными;
- анальгетиками типа аспирина и т. д.;
- витаминами;
- гормонами;
- травами и народными средствами;
- клизмами и пр.
- хронической усталости;

- неврастении;
- эпилепсии;
- дисциркуляторной энцефалопатии;
- травматической болезни мозга;
- психогенных расстройств личности;
- транссексуализма, и других нарушений половой идентификации;
- извращений полового поведения;
- болезней зависимого поведения;
- влечения к азартным играм, Интернету, мобильным телефонам, поджогам (пиромании), воровству (клетомании), выдергиванию и поеданию собственных волос (трихотиломании и трихотилофагии), бродяжничеству (дромомании) и пр.;
- нарушения пищевого поведения;
- алкоголизма;
- психические расстройства у детей:
- всех форм умственной отсталости;
- задержки и нарушения развития речи;
- расстройства развития навыков в учебе;
- всех форм аутизма;

- психомоторной расторможенности;
- других расстройств поведения;
- тревоги и страхов у детей;
- тиков;
- энуреза и энкопреза.

Комментарии психиатра к официальным документам, а также:

- участие в судах и следствии, в гражданских и уголовных процессах, защита интересов пациентов в соответствии с трудовым и семейным законодательством.
- дела по дееспособности, опеке, невменяемости, оспаривание сделок, завещания;
- прочие судебные и внесудебные правовые проблемы, связанные с психиатрией;
- участие специалистов центра в комиссиях и судебных процессах;
- посмертные судебно-психиатрические экспертизы;
- и многое другое.

ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центрВозрождаем
к новой жизни!
Медицинский центр «Феникс»

ЛРНЦ «Феникс» – это:

Медико-реабилитационная помощь при наркомании.

Медико-реабилитационная программа для одиноких и немощных.

Консультации по вопросам судебной психиатрии.

Защита прав пациентов-освидетельствованных, дел о недобровольном освидетельствовании, пересмотре недобровольной госпитализации, пересмотре диагноза, снятии с психиатрического учета и др.

Защита и консультирование специалистов, осуществляющих психиатрическую и наркологическую помощь.

нибудь дурной болезнью». Часть лиц из группы риска, напротив, проявляет откровенные антисоциальные тенденции, стремясь либо к возможно большему расширению своих сексуальных связей, либо к передаче вируса СПИДа иным путем.

Типичны состояния в виде апатической, тревожной, тоскливой депрессии с частыми идеями самообвинения и суицидальными мыслями, хотя в группе риска суицидальные попытки встречаются редко. Иногда депрессия у лиц из группы риска приобретает психотический характер с агитацией вплоть до возникновения состояния типа *gartus-melancholicus*. У больных из группы риска могут возникать психотические состояния в виде сенситивного бреда отношения, реактивного бреда с описанным при этом «ощущением неприкасаемости».

Этиопатогенез психических нарушений при СПИДе в основном связан с двумя факторами:

- 1) психическим стрессом при известии о наличии неизлечимого заболевания и о связанных с этим внутрисемейных интерперсональных и социальных проблемах;
- 2) общей интоксикацией и нарастающими тяжелыми поражениями тканей головного мозга и в первую очередь нервных клеток.

При постановке диагноза психических нарушений, связанных со СПИДом, прежде всего необходимо исключить лиц с так называемым псевдо-СПИДом – страдающих спидофобией либо бредом заражения СПИДом. Таких больных, страдающих неврозом или психозом, становится все больше в связи с широким распространением средствами массовой информации материалов о СПИДе. В связи с этим в последнее время стали распространенными такие термины, как псевдо-СПИД, синдром псевдо-СПИДа, СПИД-паника. Диагноз в отношении этих больных ставится на основании обычных психиатрических методов.

Нарастание слабоумия не должно быть противопоказанием к проведению психотерапии (особенно поддерживающей), которая будет помогать больным справляться по мере возможности с рядом проблем, обусловленных интеллектуальными нарушениями.

В настоящее время прогноз в отношении психических нарушений при СПИДе, как и заболевания в целом, малоутешителен. СПИД неизлечим, но может протекать хронически с состояниями некоторых ремиссий, поэтому необходима соответствующая психотерапевтическая и психокоррекционная работа не только с больными, но и с людьми, их окружающими.

ПУБЛИКАЦИЯ ПОДГОТОВЛЕНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гончарова Н.Н. Факторы риска у ВИЧ-инфицированных // Актуальные вопросы психиатрии. – Выпуск 7.
2. Тиганов А. С. «Экзогенно-органические психические заболевания». – М.: Медицина, 2003.

А.Я.Перехов,
врач-психиатр, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры психиатрии и наркологии
Ростовского государственного медицинского университета,
доцент кафедры психологии ЮФУ

Психические нарушения при ВИЧ-инфекциях и СПИДе

ПОПУЛЯРНЫЕ ЛЕКЦИИ

терроризма для этого синдрома сопутствующими нарушениями (расстройство сна и др.). У инфицированных ВИЧ лиц этот синдромом комплексом жет принимать картину СПИД-фобии.

Лечение больных СПИДом основано на оценке стадии, тяжести и клинических картинных признаков. Проводится этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия. К этиотропным препаратам относятся азидотимидин, дидезоксипидиприлат и др. В первые 6-12 мес. возможно также применение зидовудина (ингибиторы репликации ВИЧ) и диданозина. Эти средства снижают риск развития демениции у пациентов с начальными признаками когнитивной дисфункции (Tozzi V. et al., 1993).

Применяется также гентцикловир.

При прогрессировании слабоумия широко используются транквилизаторы, препараты седативной терапии – перепротекторы, препараты, угнетающие церебральную гемодинамику, снотворные средства, антидепрессанты, нейротропники (для коррекции и стабилизации поведения больных СПИДом отводится большое место в организации помощи больным СПИДом отводится специализированным программам, предусматривающим психотопическую и психотерапевтическую помощь пациентам, для чего создаются специализированные центры для лечения и реабилитации больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных лиц без признаков манифестации заболевания. Конкретными целями таких центров являются выявление и реализация соответствующих программ и улучшение жизни» пациентов. В комплексной терапии мероприятии большое место занимают средства, направленные на лечение соматической патологии (Лавра В. В., 1995).

Психологические проблемы ВИЧ-инфицированных

Психические нарушения на этапе соболезнения дилатоза ВИЧ-инфекции могут протекать по типу психогенных реакций, таких как беспокойство и продолжительности жизни и ее качестве, финансовой стабильности и занятости; опасения по поводу грядущего одиночества, ожидаемой социальной и психологической адаптации. Для выявления патологий на этом этапе характерны состояния подавленности, тревоги, раздражительности при одновременной нерешительности и неуверенности.

После соболезнения дилатоза ВИЧ-инфекции больной может впасть в состояние депрессии, сопровождающейся страхом мучительной смерти и инфицирования близких, тревогой по поводу нарушения конечных стадийности. Его угнетают невозможность что-либо изменить, необходимость давать отчет о своей и жизни, неосуществляемость планов на будущее, возможность утраты физической привлекательности. Пациент испытывает чувство вины по отношению к людям, которые могли быть им

заражены, утрата связи с обществом, приверженности, приводит к заражению, агрессивности по отношению к предполагаемому источнику заражения, агрессивности по отношению к предполагаемому источнику заражения.

ВИЧ-инфицированные, опасаясь, что не получат надеждащего эффекта лечения, не знают, как жить дальше. На этом этапе у пациентов могут отмечаться различные внутрисемейные формы суицидальной активности, мотивы которой связаны с личностно-семейными проблемами и угрозе жизни и здоровью. В то же время больной нередко проявляет интерес к формированию по вопросам ВИЧ-инфекции, сроков выявления и интерес к профилактике и быстрой переходу в стадию СПИДа. Вследствие связи с собственным соматическим состоянием, неосчит выраженного характера, так как в большинстве случаев при установлении диагноза ВИЧ-инфекции у больных не наблюдается отягчающих соматических и хронических заболеваний, кроме случаев дилатоза СПИДа.

Психические нарушения возникают в период после первичного состояния СПИДа.

ВИЧ-инфекция сразу в стадии СПИДа.

Психические нарушения возникают в период после первичного состояния СПИДа.

ВИЧ-инфекция сразу в стадии СПИДа.

Факторы риска психических нарушений у ВИЧ-инфицированных

Значение этой проблемы для психиатрии чрезвычайно велико в связи с высокой частотой психических нарушений при СПИДе, необычайным полиморфизмом их форм, обусловленным особыми иными свойствами вируса ВИЧ-инфекции и его исключительной изменчивостью вплоть до выявления нескольких штаммов в процессе заболевания у одного больного.

Психические нарушения при СПИДе включают в себя все разнообразие психопатологий, и в первую очередь психических реакций и заболеваний мозга. Они возникают как у заразившихся СПИДом, так и у серопозитивных носителей вируса, что выявляется фактором риска. Группа риска «серая зона» состоит из лиц, пораженных вирусом СПИДа. Серопозитивность по вирусу СПИДа хотя и выявляется фактором риска.

Факторы риска психических нарушений у ВИЧ-инфицированных

Факторы риска психических нарушений у ВИЧ-инфицированных

СПИД – относительно новый для психиатрии вид патологии. Это заболевание обусловлено инфицированием вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который вызывает глубокое поражение иммунитета, в результате чего возникают и быстро прогрессируют разного рода инфекции (их называют в этом случае «оппортунистическими») и злокачественные новообразования. ВИЧ относится к группе ретровирусов человека, которые отличаются выраженным нейротропизмом, по В.И. Покровскому. Впервые СПИД был зарегистрирован в США в 1981 г. В последующие годы получил распространение более чем в 120 странах мира. По данным ВОЗ, в 1989 г. официально было зарегистрировано около 140000 больных, хотя предполагается, что их было вдвое больше. Сейчас число инфицированных в мире приближается к 10 млн человек.

Заболевание передается половым путем и при парентеральных манипуляциях. Первый путь характерен для распространения СПИДа среди гомо- и гетеросексуалов, второй обусловлен передачей инфекции при внутривенном введении лекарственных средств, в основном среди наркоманов, больных гемофилией и других реципиентов крови. Описаны случаи передачи СПИДа через почечные трансплантаты и при пересадке костного мозга. Доказана и вертикальная передача возбудителя от матери плоду. Может быть длительный период бессимптомного носительства.

Инкубационный период – 3–5 лет. Диагноз в этих случаях основывается только на данных вирусологического и серологического исследований.

Клинические проявления СПИДа отражают как непосредственное воздействие вируса, так и симптоматику, возникающую при развитии вторичных заболеваний.

Наиболее характерными особенностями СПИДа являются частота возникновения, широкий спектр и тяжесть инфекции, а также других заболеваний (бактериальных, грибковых, гельминтных и других). Это могут быть пневмонии, криптококкоз, кандидоз, а также атипично протекающий туберкулез, цитомегаловирусная и герпетическая инфекции, опухоли, в том числе саркома Капоши; особенно часто развивается токсоплазмоз (в 30% случаев). Соматическое состояние больных с самого начала заболевания характеризуется длительной лихорадкой, анорексией, быстрой потерей массы тела, диареей, диспноэ, иногда кашлем. Все эти явления протекают на фоне глубочайшей астении, создавая весьма характерный облик больных.

Нейроанатомической основой психических нарушений при СПИДе является вначале энцефалопатия, а затем быстро развивающаяся атрофия мозга с характерными спонгиозными изменениями (губчатость мозгового вещества) и демиелинизацией в разных структурах (Гавура В. В., 1995; Masden J C., Solomon S., 1989). Особенно часто такие изменения отмечаются в семиовальном центре, белом веществе полушарий и, реже, в сером ве-

при диагностировании СПИДа, сопровождается, как правило, ажитацией, паникой, анорексией, бессонницей, а также чувством безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. При этом встречается анозогнозия, когда больные отрицают наличие у них болезни, не верят врачам, обвиняют их в некомпетентности.

В дальнейшем, по мере прогрессирования болезни, все более отчетливыми становятся симптомы органического поражения головного мозга. Однако еще до выявления отчетливого его поражения у многих больных выявляются самые различные психотические расстройства в виде состояний помрачения сознания, особенно делирия, галлюцинозов, острых параноидных психозов, гипоманиакальных и маниакальных состояний.

Нередко психопатологические симптомы СПИДа похожи на переживания больных раком в терминальной стадии. Основным проявлением СПИДа является поражение головного мозга с быстрым нарастанием деменции (у 60-90% всех заболевших).

В связи с этим даже появились такие термины как «СПИД-дементный синдром» или «СПИД-дементный комплекс». В 25% наблюдений СПИД-дементный комплекс может выявляться уже в манифестном периоде болезни. Деменция развивается в связи с возникновением таких поражений мозга как диффузный подострый энцефалит, менингит, менингеальная и церебральная лимфомы, церебральные геморрагии, церебральные артерииты.

При этом у больных постепенно нарастают трудности концентрации внимания, потеря памяти на текущие события, снижение либидо, симптомы летаргии. В течение нескольких недель у больных усиливаются симптомы нарастающего слабоумия с психомоторной ретардацией, периодами помрачения сознания, эпилептиформными припадками, нередко переходящими в эпилептический статус, мутизмом. Затем появляются недержания мочи и кала, нарастает оглушенность, заканчивающаяся комой.

Психические нарушения в первой и во второй группах риска схожи, хотя в так называемой серой зоне они встречаются гораздо чаще.

Это прежде всего психогенные расстройства с невротической и неврозоподобной симптоматикой, хотя иногда и приобретающей характер психотической. Возникают тревога, беспокойство, раздражительность, бессонница, снижение аппетита, иногда с очень выраженной потерей веса.

Характерно нарушение работоспособности с нарушением активного внимания, полная сосредоточенность на мыслях о заболевании СПИДом, постоянное перечитывание литературы об этом заболевании, ипохондрическая фиксация на своем состоянии.

Значительно снижается инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные порывают все свои сексуальные связи не из-за этого, а из-за боязни «заболеть еще какой-

при диагностике СПИДа, сопровождается, как правило, ажитацией, паникой, анорексией, бессонницей, а также чувством безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. При этом встречается анозогнозия, когда больные отрицают наличие у них болезни, не верят врачам, обвиняют их в некомпетентности.

В дальнейшем, по мере прогрессирования болезни, все более отчетливыми становятся симптомы органического поражения головного мозга. Однако еще до выявления отчетливого его поражения у многих больных выявляются самые различные психотические расстройства в виде состояний помрачения сознания, особенно делирия, галлюцинозов, острых параноидных психозов, гипоманиакальных и маниакальных состояний.

Нередко психопатологические симптомы СПИДа похожи на переживания больных раком в терминальной стадии. Основным проявлением СПИДа является поражение головного мозга с быстрым нарастанием деменции (у 60-90% всех заболевших).

В связи с этим даже появились такие термины как «СПИД-дементный синдром» или «СПИД-дементный комплекс». В 25% наблюдений СПИД-дементный комплекс может выявляться уже в манифестном периоде болезни. Деменция развивается в связи с возникновением таких поражений мозга как диффузный подострый энцефалит, менингит, менингеальная и церебральная лимфомы, церебральные геморрагии, церебральные артерииты.

При этом у больных постепенно нарастают трудности концентрации внимания, потеря памяти на текущие события, снижение либидо, симптомы летаргии. В течение нескольких недель у больных усиливаются симптомы нарастающего слабоумия с психомоторной ретардацией, периодами помрачения сознания, эпилептиформными припадками, нередко переходящими в эпилептический статус, мутизмом. Затем появляются недержания мочи и кала, нарастает оглушенность, заканчивающаяся комой.

Психические нарушения в первой и во второй группах риска схожи, хотя в так называемой серой зоне они встречаются гораздо чаще.

Это прежде всего психогенные расстройства с невротической и неврозоподобной симптоматикой, хотя иногда и приобретающей характер психотической. Возникают тревога, беспокойство, раздражительность, бессонница, снижение аппетита, иногда с очень выраженной потерей веса.

Характерно нарушение работоспособности с нарушением активного внимания, полная сосредоточенность на мыслях о заболевании СПИДом, постоянное перечитывание литературы об этом заболевании, ипохондрическая фиксация на своем состоянии.

Значительно снижается инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные порывают все свои сексуальные связи не из-за этого, а из-за боязни «заболеть еще какой-

при диагностике СПИДа, сопровождается, как правило, ажитацией, паникой, анорексией, бессонницей, а также чувством безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. При этом встречается анозогнозия, когда больные отрицают наличие у них болезни, не верят врачам, обвиняют их в некомпетентности.

В дальнейшем, по мере прогрессирования болезни, все более отчетливыми становятся симптомы органического поражения головного мозга. Однако еще до выявления отчетливого его поражения у многих больных выявляются самые различные психотические расстройства в виде состояний помрачения сознания, особенно делирия, галлюцинозов, острых параноидных психозов, гипоманиакальных и маниакальных состояний.

Нередко психопатологические симптомы СПИДа похожи на переживания больных раком в терминальной стадии. Основным проявлением СПИДа является поражение головного мозга с быстрым нарастанием деменции (у 60-90% всех заболевших).

В связи с этим даже появились такие термины как «СПИД-дементный синдром» или «СПИД-дементный комплекс». В 25% наблюдений СПИД-дементный комплекс может выявляться уже в манифестном периоде болезни. Деменция развивается в связи с возникновением таких поражений мозга как диффузный подострый энцефалит, менингит, менингеальная и церебральная лимфомы, церебральные геморрагии, церебральные артерииты.

При этом у больных постепенно нарастают трудности концентрации внимания, потеря памяти на текущие события, снижение либидо, симптомы летаргии. В течение нескольких недель у больных усиливаются симптомы нарастающего слабоумия с психомоторной ретардацией, периодами помрачения сознания, эпилептиформными припадками, нередко переходящими в эпилептический статус, мутизмом. Затем появляются недержания мочи и кала, нарастает оглушенность, заканчивающаяся комой.

Психические нарушения в первой и во второй группах риска схожи, хотя в так называемой серой зоне они встречаются гораздо чаще.

Это прежде всего психогенные расстройства с невротической и неврозоподобной симптоматикой, хотя иногда и приобретающей характер психотической. Возникают тревога, беспокойство, раздражительность, бессонница, снижение аппетита, иногда с очень выраженной потерей веса.

Характерно нарушение работоспособности с нарушением активного внимания, полная сосредоточенность на мыслях о заболевании СПИДом, постоянное перечитывание литературы об этом заболевании, ипохондрическая фиксация на своем состоянии.

Значительно снижается инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные порывают все свои сексуальные связи не из-за этого, а из-за боязни «заболеть еще какой-

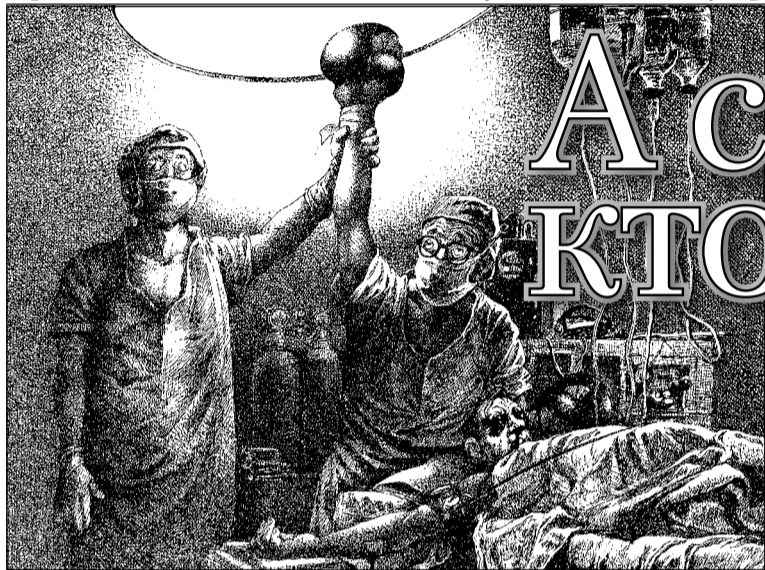
- **Будь грамотным пациентом!**
- **Знай свои права и умей их защищать!**
- **Медицинские страховые компании всегда на твоей стороне!**

2000+
ФАРМАЦЕВТИКА

газета
в газете

ПРАВО ПАЦИЕНТА

юридические аспекты конфликтов в сфере здравоохранения



А. КОРОЛЬЧЕНКО

Сегодня в России третейские суды как альтернативная форма судебного разбирательства оказывают все большее влияние. Причем в третейских судах, созданных при Торгово-промышленных палатах, решаются не только экономические споры, но и споры в сфере здравоохранения.



Современный пациент занимает активную жизненную позицию и, как следствие, все громче заявляет о своих притязаниях. Если лечение не принесло ожидаемых результатов, жалобы и заявления направляются в соответствующие инстанции – прокуратуру, суды, комитеты по защите прав потребителей. Способы защиты прав различны, но итог почти всегда один – длительное хождение по инстанциям, долгая и сложная процедура рассмотрения дел в судах... Для того чтобы решение было быстрым и справедливым, а исполнение его незамедлительным, при Врачебной палате Южного федерального округа был создан третейский суд.

Рассказать о его деятельности согласилась **Наталья Кременчуцкая**, председатель Совета МОО «Врачебная палата ЮФО», эксперт Комиссии по охране здоровья и экологии ОП РФ.

– В чем Вы видите задачи третейского суда?

– Если рассматривать вопрос с системной точки зрения, то нашей задачей является улучшение ситуации в российском здравоохранении. Наши действия направлены на то, чтобы создать условия для его последующей модернизации, перехода на новые модели управления, улучшение деятельности системы здравоохранения, обеспечение определенных гарантий прав пациентов и медработников, а также на повышение правовой культуры как врачей, так и пациентов. В частности, мы стремимся к быстрому, справедливому, эффективному урегулированию споров, защите интересов больных, содействию в получении качественных и доступных медицинских услуг. Результаты практической деятельности врача не позволяют полностью исключить неблагоприятные исходы лечения. Юридическая компетентность руководителей органов управления и медицинских учреждений не всегда позволяет дать верную правовую оценку случившегося. Этому способствует сформировавшийся правовой нигилизм медицинских работников. При оказании медицинской помощи нередко случаи нарушения прав граждан. Причиной является ответственность безнаказанность отдельных недобросовестных медицинских работников. Таким образом, создаются условия для возникновения и развития конфликтных ситуаций с пациентами или их родственниками. Пациенты предъявляют вполне обоснованные иски, требовая

А СУДЬИ КТО?

ния, решения по которым часто выносятся в суде. И, как следствие, наметилась тенденция расширения в судах общей юрисдикции судебной практики рассмотрения гражданских дел по материальной компенсации ущерба, причиненного здоровью пациента. По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, за последнее время количество обращений граждан по вопросам качества оказания медицинской помощи увеличилось в 4,5 раза. Из них около половины обращений признано обоснованными. При создании третейского суда учитывался и тот факт, что за защитой будут обращаться люди, нуждающиеся не только во врачебной, но и в правовой помощи в сфере медицины. Также предусмотрено и досудебное разрешение споров с помощью третейских посредников.

– Кого выбирают в качестве третейских судей?

– Врачей, прошедших специальное обучение и подготовку и обладающих юридическими знаниями, а также опытом третейского разрешения споров. Судей, которые имеют медицинское и юридическое образование и могут разобраться в медицинской терминологии, в судах общей юрисдикции практически нет. Обычные юристы плохо ориентируются в практических вопросах медицинской деятельности. Действия третейских посредников в значительной мере дают пациентам и врачам шанс на мирное разрешение конфликтов. Тем самым они служат законным интересам и тех и других в сложной сфере человеческих взаимоотношений. Это помогает избежать длительных судебных процессов и не обременять участников и, конечно, государство значительными судебными издержками.

– Кто может обращаться в третейский суд?

– Третейский суд при Врачебной палате ЮФО разрешает споры между организациями, между гражданами и организациями в сфере оказания медицинских услуг при условии наличия между ними договорных взаимоотношений. На рассмотрение третейского суда может передаваться любой спор, вытекающий

из гражданских правоотношений, если иное не предусмотрено федеральным законом.

– В чем преимущество рассмотрения споров в третейском суде для граждан?

– Разбирательство медицинских споров в третейском суде имеет целый ряд преимуществ. Во-первых, данный суд является специализированным органом – за счет специализации по категории дел и подбору третейских судей – по разрешению «врачебных дел», что повышает результативность деятельности. Число возможных ошибок сведено к минимуму. Во-вторых, повышается оперативность разрешения дел за счет упрощенной процедуры третейского разбирательства и специализации суда. В-третьих, снижаются издержки сторон третейского разбирательства за счет специализации судей и упрощенной процедуры разбирательства. Потребность в совершенствовании отдельных процессуальных действий просто отсутствует. В-четвертых, обеспечивается конфиденциальность третейского разбирательства. Создаются условия для сохранения личной, семейной, служебной и коммерческой тайны. И, наконец, обеспечивается исполнимость решения третейского суда за счет взятых сторонами обязательств, а также механизма принудительного исполнения решений.

– А сколько времени уже функционирует третейский суд?

– Третейский суд был создан в 2007 году при Межрегиональной общественной организации «Врачебная палата Южного федерального округа». Врачебная палата ЮФО является добровольным, самоуправляемым, некоммерческим формированием. Она была создана по инициативе граждан и юридических лиц – общественных объединений, а также при поддержке аппарата полномочного представителя Президента РФ в Южном федеральном округе и представителей медицинского сообщества. Нашей целью является защита охраняемых законом прав и интересов граждан. Мы обеспечиваем более быстрое и эффективное рассмотрение споров, периодически возникающих между физическими лицами и лечебными учреждениями.

– Расскажите, пожалуйста, подробнее о правовой стороне Вашей деятельности.

– Согласно ст. 25 Всеобщей декларации прав человека, каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая

Что такое третейский суд?

Самые первые упоминания о третейском суде отсылают нас в Древнюю Грецию. В эпоху Гомера общество уже перешло к той стадии развития, когда личная расправа сменялась признанием правовых норм. Выбрав третейского судью, участники процесса вносили залог, который по итогам разбирательства вручали победившей стороне. Позже третейский судья обрел статус государственного, и с тех пор залог полагался ему в качестве материального поощрения.

В Афинах третейский судья звался диететом. Выбор государственных диететов осуществлялся ежегодно по жребию, тогда как частных определяли противоборствующие стороны. У древних греков были определенные возрастные пристрастия – право быть диететом получали только те, кому исполнилось 60 лет. От такой чести отказаться было нельзя. Иначе несчастного ждало публичное бесчестие и презрение, что было зафиксировано в гражданском праве. Частных третейских судей участники процесса выбирали из честнейших и умнейших граждан по обоюдному согласию. Спор разрешался по совести, и обе стороны были обязаны подчиниться вынесенному судом решению.

В России упоминание о Третейском суде впервые встречается в источниках, относящихся к XIV веку. А Соборное уложение, принятое в 1649 году, давало право каждому становиться третейским судьей с обоюдного соглашения сторон. Более того, позже, при Петре I, в некоторых тяжбах третейский суд являлся обязательным.

питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи. В Конституции РФ, в ст. 7, предусматривается охрана труда и здоровья людей, гарантированный минимальный размер оплаты труда, государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, Конституция также предусматривает функционирование системы социальных служб, обуславливает государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты.

– Какова законодательная основа третейского суда?

– На сегодняшний день законодательство предусматривает возможность разрешать споры между гражданами и лечебными медицинскими учреждениями, прибегая к помощи третейских судов.

Третейский суд при Врачебной палате ЮФО не находится в отношениях подчиненности ни с одним из государственных органов, однако в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2002 года «О третейских судах в Российской Федерации» признан государством в качестве правоприменительного органа, осуществляющего правосудие согласно действующему законодательству РФ.

На мой взгляд, очевидно, что третейское разбирательство является наиболее действенной формой рассмотрения медицинских споров. Оно практикуется не только в России, но и в других странах мира.

Новый противо- тревожный препарат



В Германии проводят клинические исследования нового противотревожного препарата. Существующие медикаменты из группы бензодиазепина (диазепам, реланиум, валиум) помогают быстро справиться с приступами тревожности, но имеют нежелательные побочные эффекты: сонливость, забывчивость, возникновение резистентности.

Кроме того, возникают проблемы при прекращении приема. Антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, например, прозак, тоже рекомендуют при тревожности, но их действие проявляется не сразу, а по истечении нескольких недель, кроме того, при приступах паники они не действуют. Новый препарат, носящий рабочее название XBD173, принципиально отличается от традиционных анксиолитиков. Он способствует синтезу нейростероидов, которые модулируют действие γ -аминомасляной кислоты на головной мозг. Влияние бензодиазепиновых препаратов также связано с γ -аминомасляной кислотой, но механизм действия здесь иной. Отсутствие побочных эффектов, характерных для бензодиазепинов, позволяет добиться желаемого эффекта быстро и безопасно.

РЕПЛИКА

О детской психиатрии

Детская психиатрия (кстати, именно у нас одними из первых в мире стали говорить об этой проблеме) сформировалась как наука в тридцатых годах прошлого века. Последний всплеск пришелся на 1980-е годы, когда были пересмотрены нагрузки на детских врачах и выделены кабинеты детским психиатрам.

Есть такое выражение: *все мы родом из детства*. Вот и 50 процентов наших заболеваний во взрослом состоянии берет начало в детстве. То, что мы получили при рождении, при обучении, при воспитании, какие обиды мы выносили из детства – все это проявляется через годы. Так что детской психиатрии просто нельзя не придавать большого значения. Есть проблема с кадрами, особенно с детскими психиатрами. Потому что работать с детьми очень сложно. А ведь маленьким пациентам может быть меньше года (хотя, по нормам, психиатр начинает смотреть детей с трехлетнего возраста). Почему трудно с такими маленькими, понятно. Человек толком объяснить не может, что у него разладилось. А дети почти всегда носители симптомов семьи. Когда у ребенка возникают проблемы в детском садике или школе, то диагноз почти всегда – *невроз* (у детей практически не бывает психозов). Детскому психиатру особенно нужен опыт и желание. А главное – надо работать с семьей. И далеко не всегда эти семьи благополучные.

«Новая психиатрия»

344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 40/128. Тел. (863) 267-48-15. Тел./факс: (863) 267-38-67
www.centerphoenix.ru

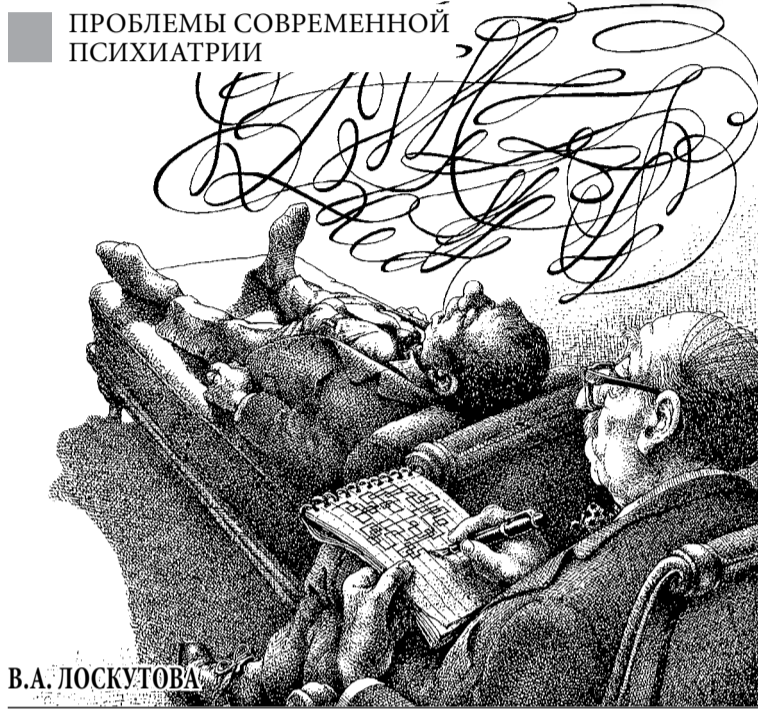


ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

ДИСКУССИИ

Так что же дальше?

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ



В.А. ЛОСКУТОВА

Дискуссии на тему будущего психиатрии как профессии разгорелись не так давно. Оппоненты поочередно рассматривают существующие проблемы диагностики, классификации и лечения психических заболеваний, обсуждают вопросы внутриврачебной конкуренции биологического, социального и психотерапевтического подходов, а также междисциплинарного взаимодействия со смежными специальностями (неврология, психология), поднимают проблемы критики психиатрии пациентами и их родственниками, различные аспекты стигматизации в обществе и снижение престижа профессии психиатра в медицинском сообществе. Обобщить их и выделить главное – сложная задача, но нам кажется, она оказалась по плечу Виталине Александровне Лоскутовой – кандидату медицинских наук, старшему научному сотруднику отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», чьи мысли и размышления на эту тему представляем вашему вниманию...

адекватности методологии и, как следствие, достоверности результатов таких исследований в психиатрии. В качестве примера приводится мета-анализ результатов терапии антидепрессантами, где при легких и среднетяжелых депрессиях эффективность препаратов не отличается от плацебо. В данном анализе были также включены исследования с отрицательными результатами, которые, как выяснилось, публикуются значительно реже, чем с положительными. Результаты натуралистических, приближенных к условиям реальной жизни, исследований препаратов, используемых в терапии шизофрении, не выявили преимуществ антипсихотиков второго поколения, показанного в рандомизированных контролируемых исследованиях. Кроме того, в клинической практике часто используется более чем один антипсихотик, в то время как доказательных исследований комбинированной терапии крайне мало.

Третья проблема – отсутствие у психиатрии единой и четкой теоретической базы. Для любой профессии наличие общей базы знаний является одним из основополагающих критериев.

В психиатрии есть как минимум три подхода – биологический, социальный и психотерапевтический, каждый из которых имеет свою базу знаний, международные ассоциации, проводит конференции и выпускает журналы. Несмотря на усилия, предпринимаемые Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и другими профессиональными ассоциациями, междисциплинарное взаимодействие, во многом, носит конкурентный характер.

Четвертая проблема – интервенция на традиционное «психиатрическое» поле армий «чужаков» – неврологов, с одной стороны, психологов – с другой, а также врачей общей практики и представителей нетрадиционной медицины. Отчасти это обусловлено стигмой, связанной с обращением за помощью к психиатру. Известно, что во многих странах мира объем антидепрессантов, выписываемый врачами других специальностей, в разы превышает объем, выписываемый психиатрами. В некоторых штатах США психологи также имеют право выписывать медикаменты.

Пятая – усиление критики психиатрии со стороны паци-

ентов и их родственников. В последнее время происходит изменение парадигмы взаимоотношений «больной-врач» от «патерналистской» модели к модели «информированного согласия», что отразилось в англоязычных странах, в том числе, и в терминологии: пациент – клиент – потребитель – пользователь (пользователь услугами). Пациенты и их родственники высказывают все больше критических замечаний в адрес психиатрии, что стало особенно заметным по мере развития сети Интернет. Организации самопомощи по вопросам психического здоровья набирают все больший вес, в том числе в общественно-политической сфере. Заслуживает внимание концепция «рекавери» (recovery) – выздоровления, которое может быть «клиническим» и «личностным», рассматриваться как «процесс» или как «итог».

Шестая проблема – снижение престижа психиатрии как науки в медицинском сообществе и в обществе в целом, что приводит к уменьшению количества желающих получить профессию врача-психиатра.

Растиражированный с помощью кинематографа негативный образ «сумасшедшего» психиатра родился в те времена, когда психиатры, в основном, работали в крупных загородных стационарах и, по мнению обывателей, со временем «становились похожими на своих пациентов». Проведенные исследования показали, что люди боятся обращаться к психиатрам из страха стигматизации и дискриминации и предпочли бы получать психотерапевтическую помощь, чем психофармакотерапию. В настоящее время ВПА финансирует исследования, посвященные стигматизации психиатрии как науки и врачей-психиатров, а также организует мероприятия, направленные на повышение престижа психиатрии как медицинской профессии и на содействие начинающим специалистам в области психиатрии.

Будет ли психиатрия в будущем единой специальностью (с такими подразделениями, как судебная, детская, геронтологическая) либо будет поделена между другими профессиями? Неотъемлемыми сильными сторонами психиатрии всегда являлись клинический опыт, база знаний по психопатологии и навыки общения с пациентами, что может утратить свою роль в будущем. Все это подчеркивает необходимость проведения подобного рода дискуссий с привлечением самого широкого круга специалистов.

По материалам реферата форума «Являются ли психиатры вымирающим видом?», опубликованного в журнале «Всемирная психиатрия» (2010. – Т. 9. – № 1. – С. 21-40). Публикуется с сокращениями

РЕФОРМА ПСИХИАТРИИ

Психиатры обозначали те поправки, которые следует как можно быстрее внести в классификацию; аспекты классификационных систем, используемых в русскоязычных странах, которые стоит учесть при пересмотре МКБ; разделы, которым требуется дополнительная информация или вообще полное обновление, а также особые методы для сбора данных. Волновали участники совещания и такие вопросы: как следовало бы структурировать и организовать участие русскоязычных экспертов в области психического здоровья (что подразумевает обзор русскоязычной научной литературы, выявление, сбор и анализ информации об использовании текущей МКБ и других национальных классификаций психических и поведенческих расстройств); а также участие в образовательных и оценочных полевых испытаниях, проводимых ВОЗ.

Приглашенный в качестве гостя на совещание В. Позняк сделал доклад на тему «Приоритетные направления деятельности Департамента психического здоровья ВОЗ». Отмечалось важное значение программы *Gap Action*, нацеленной на увеличение доступности психиатрической помощи, большую вовлеченность общественных организаций в сферу защиты психического здоровья, а также значение принятия глобальной стратегии ВОЗ в Женеве, участие России в борьбе со злоупотреблением алкоголем, значение совместной с UNODC работы по борьбе с наркотической зависимостью. Обсуждались вопросы, связанные со статусом эпилепсии и проблема разделения неврологии и психиатрии.

Доклад второго приглашенного на совещание – Д. Рида – касался конкретного плана действий по пересмотру МКБ. Пересмотру МКБ будет предшествовать голосование стран – членов ВОЗ. Один из вариантов новой МКБ – это электронная МКБ, позволяющая адаптировать структуру и организацию классификации для каждого конкретного пользователя – врача общей практики или же врача-психиатра. ВОЗ подготовила три версии МКБ-10 – для врачей общей практики, для специалистов по клинической диагностике и для ученых. Новая классификация будет содержать те же самые элементы, однако пока не ясно, будут ли они существовать также в виде трех отдельных изданий.

При этом МКБ должна быть доступна абсолютно всем: и в интернете, и в печатном виде.

В.Н. Краснов рассказал присутствующим о проведенном им анализе русскоязычной литературы по диагностике и классификации психических заболеваний. Анализ был осуществлен за десятилетний период. В.Н. Краснов выделил несколько моментов, на которых, по его мнению, следует сконцентрировать внимание – во-первых, возможность регистра-

МКБ-11? Почему бы и нет!

Л. ЛАЗАРЕВА

На летнем совещании ведущих русскоязычных психиатров, среди которых фигурируют такие признанные лидеры отечественной психиатрии как: Н.Г. Незнанов, Е.М. Крупицкий, М.И. Иванов, В.А. Точиллов, А.Г. Софронов, Н.Н. Петрова, А.С. Аведисова, Ю.А. Александровский, В.Б. Алтшулер, А.Е. Бобров, Н.А. Бохан, А.О. Бухановский, Р.А. Евсегнеев, С.А. Игумнов, Е.В. Корень, В.Н. Краснов, Е.В. Макушин, Ю.С. Савенко, А.Б. Смулевич и другие, обсуждались подходы к изменению существующей Международной классификации болезней (МКБ-10).



ции психотического и непсихотического уровней расстройств; во-вторых, использование динамических принципов диагностики; в-третьих, восстановление единства аффективных и тревожных расстройств; в-четвертых, целесообразность введения додиагностических (дисфункциональных) категорий.

Кроме того, В.Н. Краснов представил официальную статистику по всем основным нозологическим формам психических заболеваний (психозы, шизофрения, психические расстройства непсихотического уровня, умственная отсталость) за 1998 и 2008 гг., проинформировал о числе выявленных психических больных, диагностическом распределении депрессий в первичной медицинской сети, затронул вопросы оказания медицинской помощи. Проведенный среди 252 специалистов опрос показал, что 68% опрошенных не удовлетворены текущей МКБ, 52% считает необходимым сократить число диагностических единиц, 36% – напротив, увеличить их число (в том числе за счет деменций, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, бредовых расстройств). Кроме того, абсолютное большинство российских психиатров согласно с необходимостью выделения психотического и непсихотического уровня нарушений. В.Н. Краснов также отметил, что в последние годы ослабло взаимодействие с ВОЗ, и что тесное сотрудничество – главное пожелание, исходящее от российских специалистов.

Р.А. Евсегнеев, один из ведущих белорусских психиатров,

рассказал об использовании МКБ-10 в Республике Беларусь. Причины трудностей, по его мнению, заключаются в расхождении белорусской психиатрии с традиционными взглядами, неучастии белорусских психиатров в работе над МКБ-10, не критичности к ценностям отечественной психиатрии, ее изолированности и консервативности.

Заинтересовало участников совещания сообщение и ведущего украинского психиатра Н.А. Марута «Эпидемиологические особенности ситуации на Украине». Была отмечена недодиагностируемость, трудности с определением генеза деменции, редкость постановки диагноза «шизофрения». По мнению украинских коллег, необходимо ввести дополнительные категории в МКБ: тяжесть состояния (сейчас она фигурирует только в отношении аффективных расстройств), течение, социальные факторы (степень социальной адаптации; коморбидность с соматической патологией – что важно для работы мультипрофессиональных бригад), личностные особенности в рамках диагноза. Отмечалось также, что сложно в настоящее время диагностировать суицидальное поведение. И несмотря на то, что, с учетом всех этих дополнительных факторов, диагноз становится сложным и многоуровневым, их учет все же необходим.

По мнению Ю.С. Савенко, необходимо соизмерять позитивный вклад МКБ-10 в поступательное развитие системы здравоохранения рядом негативных моментов: ограничениями, преследующими

статистические цели; закрытым характером этого документа, регрессом клинического мышления, утерей описательного значения для психотического уровня. По мысли Ю.С. Савенко, сегодня нужен развернутый психиатрический диагноз, опирающийся на классическую

психиатрию. В ходе обсуждения докладов были приняты к сведению мнения таких известных специалистов, как А.О. Бухановский, который сделал акцент на том, что МКБ – это не столько классификация, сколько договорный перечень различных психических расстройств, иногда напоминающий глоссарий. «Я противник социальных диагнозов, – заявил Александр Олимпиевич. – Можно придумать любое название, но суть останется той же. А что дает МКБ? Один из самых важных компонентов – это прогноз. Исходя из МКБ-10, никакой прогноз дать невозможно. Что дает МКБ на практике? По официальной статистике ВОЗ, 75% лечится неадекватно, хотя все пользуются МКБ... Надо начинать с методологии диагностического процесса, нельзя пренебрегать методологией. Как поимать, например, органическое поражение мозга? И почему мы говорим «расстройством», а не «болезнь»? Я категорически против указания времени: минимальный период для депрессии – две недели... А если 12 дней? Или 10? Или 20?.. Подготовку МКБ-11 надо начинать уже сегодня. Нужно проводить международные совещания, конкретные, посвященные именно тематике МКБ. Нужно вернуться к практике диагностических семинаров, с ретроспективным и проспективным анализом клинических случаев. Мы готовы у себя, в Ростове-на-Дону, предоставить площадку для таких мероприятий. Практика – критерий истины...».

По мнению В.А. Точилова, МКБ-10 – это объективная реальность, и это факт, мы вынуждены ей пользоваться. Сейчас МКБ преподносится нам на промежуточном этапе, МКБ-10 – это полуфабрикат, она атеоретична, анозологична и т.д., но этот полуфабрикат мы преподносим врачам в качестве реального инструмента. И она движется вперед, в 11-й редакции уже предусматриваются синдромы, этиология, соматические лабораторные признаки, учета которых не было в МКБ-10. Но, не проработав МКБ-10, к 11-й редакции мы не перейдем. Должна существовать методологическая база, а не только диагностические критерии.

Интересно замечание А.Б. Смулевича о том, что существует опасность внесения додиагностических состояний. И это в то время, когда границы шизофрении определяются с трудом... А если ввести донозологическую категорию, то в клинической практике

может произойти катастрофа. В связи с этим объединение тревожных и аффективных расстройств видится преждевременным.

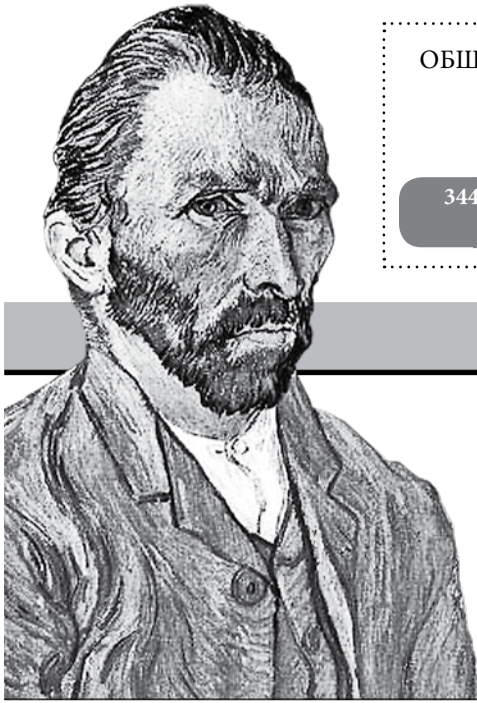
– Да, МКБ-10 – это полуфабрикат, – соглашается А.Е. Бобров. – В МКБ-11 должно присутствовать хотя бы краткое концептуальное описание того, что понимается под каждой нозологической группой. МКБ-10 выполнила свою функцию. И сейчас стоит две задачи – упростить классификацию и сделать ее мультимедиальной, поддающейся количественной оценке, ввести уровни компетенции и на каждом уровне создать экзамен – для клиницистов, для исследовательской и организационной практики и т.д. Обращение к донозологическим состояниям может навредить, но в области профилактики это необходимо, иначе вопрос профилактики вообще ставить невозможно. Сочетание же аффективных и тревожных расстройств, соматоформных и психосоматических нужно решать практикой, нужно использовать количественные и динамические критерии.

В заключение вновь выступил Д. Рид. Он поблагодарил за замечательную дискуссию, напомнив, что классификация – это всего лишь список, и главная задача – провести его ревизию, сделать его лучше, но он не должен быть полным руководством по психопатологии или учебником по диагностике. Ведь он нужен, в первую очередь, для статистических, клинических и исследовательских целей. Поэтому от врачей-практиков в первую очередь ждут конкретных, специфических предложений и комментариев относительно того, что нужно сделать для улучшения и пересмотра МКБ в том виде, в котором она уже существует.

– У ВОЗ шесть официальных языков и один из них – русский, – добавил Д. Рид, – поэтому очень важно, чтобы 11-я МКБ была подготовлена с участием русскоязычной медицинской общественности, включая Белоруссию и Украину, представители которых участвовали в этом важном совещании.

Он отметил, что это его первый визит в Россию, и что на него произвели большое впечатление культурный уровень и уровень дискуссии, которую он здесь с удовольствием наблюдал. Рид Д. отметил важность данного совещания и будущего сотрудничества.

Далее работа происходила в четырех малых группах методом мозгового штурма и была связана с вопросами специальных изменений, которые следует внести в новую МКБ, по аспектам классификационных систем, используемых в русскоязычных странах. После чего каждая из групп представила итоговое решение вниманию всей аудитории. Участники совещания вошли в рабочую группу русскоязычных стран по разработке психиатрического раздела МКБ-11. Руководителями группы стали: проф. В.Н. Краснов, проф. Н.Г. Незнанов, проф. А.О. Бухановский стал репортером этой группы. МКБ-11 должна быть завершена в 1913–1914 гг. и пройти полевые испытания.



ВЕЛИКИЕ В ЗЕРКАЛЕ ПСИХИАТРИИ

НАША СПРАВКА

ЖИЗНЬ И БОЛЕЗНЬ
Винсента Ван Гога

А. В. ГОЛЕНКОВ

Матери Винсента при его рождении шел 34-й год, первый ребенок умер год тому назад через 6 недель после родов. Существенная асимметрия лица, неровности черепа и особенности темперамента (значительная эмоциональность) позволили некоторым ученым (Gastout) предположить, что он получил родовую травму. Об этом также могут свидетельствовать и частые головные боли с детства.

Винсент рос неразговорчивым и угрюмым ребенком, сторонился своих младших братьев и сестер, не принимал участия в детских играх. Из-за «приступов ярости» дети его побаивались. Выбирал развлечения, при которых можно было уединиться. Любил бродить в одиночестве по окрестностям городка, где собирал растения и насекомых, посещал кладбище, на котором покоился его брат. Рано пристрастился к чтению. Причем читал все подряд «от романов до философских и богословских книг».

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ. До 11 лет Ван-Гог ходил в местную школу. Отличался от одноклассников неуступчивым, непослушным, трудным и противоречивым характером. «Не желая подчиняться никакой дисциплине, он выказывал такую необузданность, да и с соучениками вел себя так вызывающе, что отцу (пастору по роду деятельности) пришлось взять его из школы». С 12 до 14 лет учился в школе-интернате небольшого городка Зевенбергене, а затем еще полтора-два года – в средней школе Короля Вильгельма II в Тилбурге. В возрасте 15 лет (1868 г.) Ван Гог оставил учебу. Известно, что «он то и дело ссорился с родителями».

В 1869 г., в возрасте 16 лет, поступил на работу в Гаагское отделение компании «Гупиль и Ко» учеником торговца картинами, где исправно проработал четыре года. В 20-летнем возрасте, в мае 1873 г., перевелся в Лондонское отделение. В конце августа безответно влюбился в Урсулу Лойер.

В мае 1875 г. перевелся в Париж. 1 апреля 1876 г. получил расчет от управляющего фирмой за нарушение трудовой дисциплины. С этого времени по декабрь 1876 г. работал в Англии в качестве помощника учителя в пансионе мистера Стока. В январе-апреле 1877 г. работал в Голландии продавцом книг. С мая 1877 г. по июль 1878 г. готовился к поступлению на богословский факультет. Поступил, однако, в миссионерскую школу, где учился в течение трех месяцев. В это же время начинал рисовать (в 27 лет). По окончании школы ему отказывают в должности и позже отправляют в шахтерский городок Боринаж, где в течение года,

с ноября 1879 г. по ноябрь 1880 г., он служил проповедником. Во время инспекции Уполномоченный Евангелического общества освободил Ван Гога от должности за «прискорбное чрезмерное рвение» и нехватку таких качеств, «как здравый смысл и умеренность, которые столь необходимы хорошему миссионеру». Возвращается к родителям в Эттен, у которых пробыл восемь месяцев, с апреля по декабрь 1881 г. После очередной ссоры с отцом уезжает в Гаагу в декабре 1881 г., живет там два года с проституткой Син и ее детьми. Затем перебирается в Нюэнен (1883–1885 гг.), где сделал около 240 рисунков и написал около 180 картин. Учится в Школе Изыщных Искусств г. Антверпена (1885 – март 1886 гг.), затем переезжает в Париж (1886 – февраль 1888 гг.). Там посещает частную школу, знакомится с искусством импрессионистов, изучает технику японской гравюры и «синтетические полотна П. Гогена». От парижского периода сохранилось больше 20 автопортретов Ван Гога. В 1888–1889 гг. жил в г. Арль (Франция). За 14 месяцев создал около 200 картин. С мая по 29 июля 1889 г. с небольшими перерывами находился на лечении в психиатрических больницах Сен-Реми-де-Прованс и Овер-Сюр-Уаз. За это время написал 70 полотен. 27 июля 1890 г. совершил самоубийство: выстрелил себе в грудь из пистолета. 29 июля 1890 г. умер.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Сестра матери и другие ее родственники страдали «приступами эпилепсии». У младших родных братьев и сестры Винсента также обнаруживались психические расстройства: у Тео были психотические нарушения на фоне заболеваний почек (уремии) незадолго до его смерти; по другим данным он страдал паралитическим слабоумием, что и явилось причиной его смерти. Горнелис после неудачной женитьбы вербуетя как волонтер в армию буров в Южную Африку с целью погибнуть в бою (хотел совершить самоубийство); самая младшая сестра – Вильгельмина – в 35 лет заболела шизофренией, периодически лечилась в психиатрической больнице, умерла там в возрасте 79 лет.

С детства страдал головными болями. Делались предположения,



1



2



3



4

1. Горюющий старик, май 1890 г.
2. Плачущая женщина, март-апрель 1883 г.
3. Женщина в чепце, 1883 г.
4. Скорбь, ноябрь 1882 г.

что «постоянное участие отца в церемониях похорон отражалось на впечатлительном ребенке и этим будто бы отчасти объясняется его склонность к меланхолии и раздумьям о жизни и смерти». С 1872 г., в девятнадцатилетнем возрасте началась его переписка с пятнадцатилетним братом Тео. Уже в письмах того периода встречаются неоднократно затем повторяющиеся изречения «я печален, но всегда радостен» и «...искать радость и свет в печали».

Первое достаточно глубокое депрессивное состояние перенес в 20 лет после неудачного признания в любви. В течение нескольких месяцев оставался унылым, отстраненным от каких-либо социальных контактов, лишь немного общался со своей семьей. «Прежнего образцового служащего оловно подменили. По сведениям очевидцев, он угрюм, раздражителен, ...погрузился в безысходное отчаяние, ...одиноч». В своей первой проповеди (1876 г.) развивает идею «о слия-

нии печали с радостью в человеческом сердце»; о том, что «...страдание выше радости, но радость и надежда поднимается из бездны печали». Периодически его посещали мысли о самоубийстве: «Я позавтракал куском сухого хлеба и стаканом пива, – это средство Диккенс рекомендует всем покушающимся на самоубийство как верный способ на какое-то время отворотиться от своего намерения».

Прибыл на работу в книжный магазин г. Дордрехта (Южная Голландия) в своей «квакерской одежде» (23 года), чем вызвал недоумение у сотрудников. Окружающие считали Винсента «чудаковатым парнем», «надсмехались над ним». Он не проявлял рвения к торговле, интересовался лишь содержанием книг, вел аскетический образ жизни. Даже родная сестра написала, что «он одурел от благочестия...».

Участь в миссионерской школе и служба проповедником, «совершенно не заботится о своей внешности, одевается как попало...

Винсент Ван Гог (1853-1890) – всемирно известный голландский художник, представитель постимпрессионизма, страдал психическими расстройствами, в связи с чем длительно находился в психиатрических больницах. До настоящего времени в литературе не утихают дискуссии на эту тему, много внимания уделяется влиянию психического состояния Ван Гога на его изобразительное творчество, обсуждаются причины самоубийства художника. Основой для настоящего исследования послужили письма Ван Гога, известные работы Н.А. Дмитриевой, А. Перрюшо и многочисленные иностранные статьи, опубликованные на русском языке. Автор этой статьи – А.В. Голленков, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор.

Страдает от скверной памяти, затрудняющей запоминание текстов проповедей... Потерял сон и похудел... нервозность со взрывами ярости... Чудаковатый парень с внезапными вспышками гнева... Раздал беднякам всю свою одежду и деньги будучи проповедником в Ваме». Большую часть времени ходил босой, был «не такой, как все».

Всех, кто сталкивался с Винсентом, поражает его печаль, «пугающая грусть». В письме (1880 г.) к брату Тео Винсент соглашается, что он «человек со страстями, способный и склонный совершить более или менее безрассудные поступки», в которых потом сам раскаивается. Окружающие считают его «ничтожеством и бездельником самого худшего толка». «Вместо того чтобы предаться отчаянию, я избрал путь деятельной печали, насколько я способен быть деятельным, – иными словами, унылой, бездеятельной, отрешенной грусти я предпочел печаль, полную надежд, стремлений и исканий».

(Окончание статьи в след. номере)

«Новая психиатрия»

О ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ, НОВЕЙШИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ И РЕАБИЛИТАЦИИ В СФЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



ИМЕНА...

Поэзия – что психотерапия...

В.Л. КАПУСТЯНСКИЙ

В качестве заголовка этих заметок использована строка из стихов ростовского поэта и, одновременно, известного психотерапевта – Эдуарда Холодного. Эта фраза весьма точно подчеркивает одно из основных качеств настоящего высокообразованного медика-профессионала – я говорю о творческой одаренности. Я говорю не только о всенародно известных именах, мне посчастливилось познакомиться с произведениями многих моих донских коллег – художников, композиторов, вокалистов...

А теперь – собственно о поэзии... Говорят, что склонность к стихосложению посещает каждого человека в молодые годы, также как разные детские заболевания – корь, дифтерия или скарлатина. И точно так же по истечении юных лет тяга к стихосложению исчезает навсегда. Истинные же поэты всю жизнь смотрят на мир по-особенному, подмечают глубинные стороны нашей жизни и умеют сказать о них звучно, ярко, каждый на свой манер. Нам, эпигонам и дилетантам от поэзии, это, как правило, не удастся, и в этом случае мы ограничиваемся несложным «рифмоплетством».

Впрочем, обо всем по порядку. С Эдиком Холодным мы впервые встретились в сельском клубе, куда нас, студентов-медиков, послали с шефским концертом. В переполненном, но все же холодном зале со сцены звучали популярные песни, задорные куплеты, играл аккордеон – и вдруг к зрителям вышел невысокий скромно одетый второкурсник и стал негромко, но уверенно читать короткие, в 3-4 строфы, стихи, без названия, серьезные и даже несколько философские по содержанию. Никто из притих-

ших слушателей и подумать не мог, что это не просто будущий врач (позже – главный психиатр Северо-Кавказской железной дороги), но и ставший спустя десятилетия признанной величиной донской поэт, член Союза писателей России, автор множества сборников.

Незадолго до выхода книги, посвященной донским литераторам-медикам, Эдуарда Холодного не стало. Он ушел от нас жарким июльским днем... Мы все знали, что он долго и серьезно болел, мужественно переносил все страдания, никогда не ныл и не кланчил сочувствия. Эта потеря стала для нас неожиданной и невосполнимой – для всей семьи ростовских психиатров. Уже после похорон Э.Ф. Холодного была издана очередная – восемнадцатая по счету – его книга под названием «Лицо».

Эдуард Холодный остается с нами...

А теперь напомним вам несколько его стихотворений, посвященных коллегам по медицинскому цеху. Эти строки и сейчас, в эти недели скорби по честному, мудрому и дорогому нам человеку, звучат по-особому провидчески...

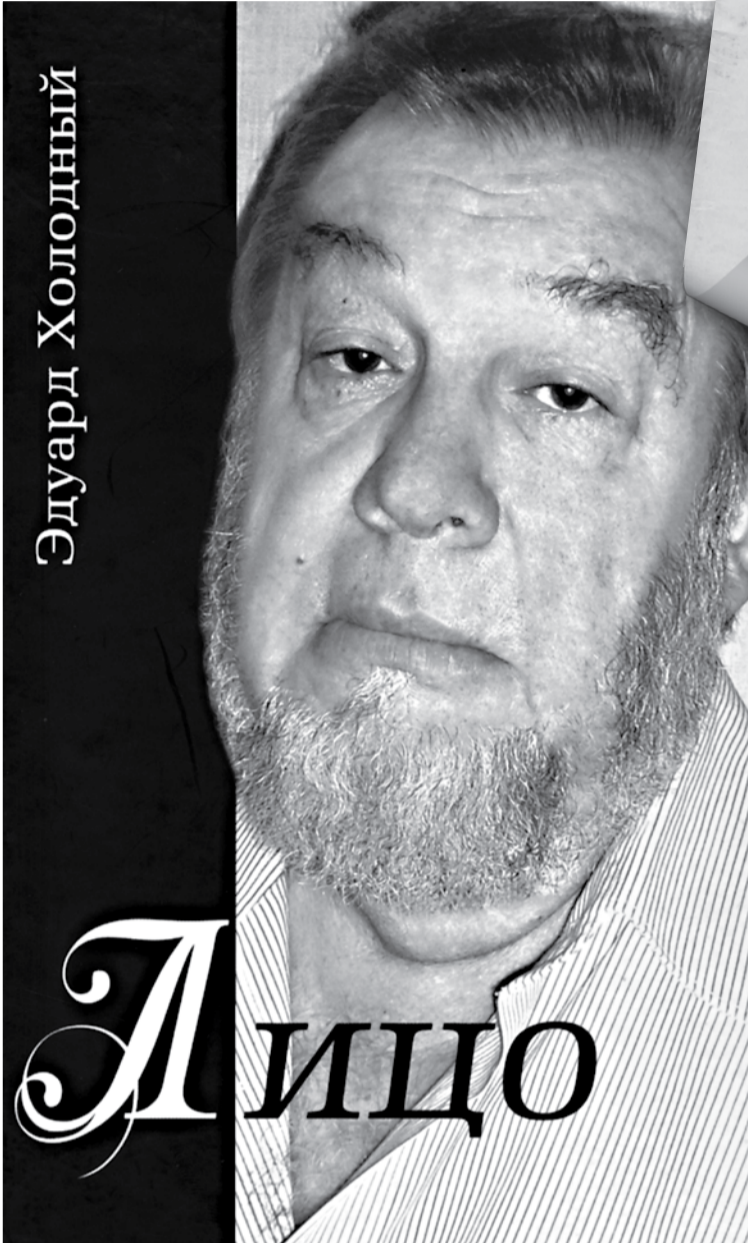
Слово о человеке...

Однажды в интервью корреспонденту одного из ростовских изданий Эдуард Холодный заметил, что в медицинскую профессию он пошел по просьбе его матери. Окончив школу с золотой медалью, он послал стихи на конкурс в литературный институт, но неожиданно вышло постановление Совета министров СССР, подписанное Н.С. Хрущевым, согласно которому в творческие вузы можно было идти лишь получив два года трудового стажа. – А у меня, – рассказывал Э. Холодный, – стажа тогда не было. И мама упростила меня поступить в медицинский институт, чего я не хотел... Но после об этом своем шаге я совершенно не жалел. Хотя было всякое.

Его собратья по перу, товарищи по клубу молодых литераторов в то время – Светлана Гершианова, Петр Вегин и многие другие, начали публиковаться, когда Э. Холодному не было и 20 лет. Они печатались, становились известными, а Эдуард сидел и зубрил сотни страниц латыни... Однажды он даже хотел бросить медицинский институт, но... родственники воспротивились. Тогда он выбрал специализацию «Психиатрия». Его заинтересовала психика, ее парадоксы: когда, к примеру, имеешь дело с человеком, внешне приятным, у которого на лице не написано по законам френологии слабоумие. И вдруг он начинает говорить такое, что ты вообще его не понимаешь. Становилось интересно, почему же такое происходит...

– Сегодня мир ориентирован на практицизм, – говорил Э. Холодный. – Мне кажется, это неправильно. Любовь и творчество не зависят от социального устройства. Творить и любить люди будут всегда...

Эдуард Холодный



Лицо

Литературные издания произведений Эдуарда Федоровича ХОЛОДНОГО (1940-2010):

- «Первоснежье», 1973;
- «Поклоненье», 1976;
- «Светотень», 1981;
- «Ветви кроны», 1990;
- «Тайное единство», 1991;
- «Встречный взгляд», 1996;
- «Мадонна Наталья», 1996;

- «А что мне в имени твоём?», 1997;
- «Объединенные любовью», 1998;
- «Избранное», 2000;
- «Струна», 2003;
- «Эшелон Манделштама», 2003;
- «Уличный скрипач», 2005;
- «Чеченская рана», 2007;
- «Таинство света», 2008;
- «Давай поплачем по-еврейски», 2010;
- «Я помню музыку Победы», 2010.

Ю. Ф.

В случае моей смерти
Я вас прошу по-дружески:
Не огорчите родственников,
Не обнадежьте врагов.
Знаю: поминки хлопотны.
Не утруждайтесь памятником,
Не обольщайтесь памятью –
Боже вас упаси!
Земля наполнится слухами,
И соберутся у холмика
Истинные родственники,
Истинные враги...

В. КАПУСТЯНСКОМУ

Поэзия – что психотерапия:
Сперва нас лечит легкостью рифмовки
Былого с будущим...
(Как будто знает точно,
Что будет завтра!) А затем спасает
Возвратом в очень давние лета
Возвышенной любви, почти забытой...
Но кто поддастся этому внушению,
Вернее, кто поверит в это чудо
Без плоти, формы, запаха и звука,
Витающее над песком и пеплом,
Смиряющее нравы и сужденья,
Спасющее от безумья жизнь?
Но кто поверит?..
Только тот, кто хочет.
Вначале он куражится, хохочет,
«Не верю, – говорит, – химера, чушь.
Ничто в судьбе не может быть внушенным...»
Но, звук слышав, бродит отрешенным
И погибает от единства души.

А. БУХАНОВСКОМУ

...А тяжелее ноши в мире нет,
И нет креста с такою же горячей,
Окрашенною кровью крестовиной.
Терять людей – терять себе подобных,
И знать, что жизнь, по сути, – это смерть,
И, умирая с каждым пациентом,
Испытывать и муки сострадания,
И горечь поражения, и бессилье,
И легкое подобие презренья
К своим рукам, беспомощным до боли,
И к мыслям – скудным и ученым мыслям.
И оставаться вновь наедине
С самим собой...
Но выпадает случай –
Умерший воскресает!..

Ю. КУТЯВИНУ

...И возникает юный лик
В осенней скорбной кружоверти
Не потому, что он велик,
А потому, что он бессмертен.
И каждой черточкой лицо,
Незамутненное до глянца,
Ложится контуром в кольцо
Неистребимого багрянца.
Но до того как отгореть
В том увядании несносном,
И не успеет постареть,
И улетит навстречу веснам...
В мой краткий век не гаснет лик –
Мазок судьбы на Вечной Тверди –
Не потому, что он велик,
А потому, что он бессмертен...

НАША СПРАВКА

Эдуард Холодный родился 27 февраля 1940 г. в городе Миллерово Ростовской области. Школу окончил с золотой медалью. После окончания Ростовского государственного медицинского института работал земским врачом, а позже заведующим мужским беспокойным отделением в Гуковской областной психиатрической больницы.

Более 40 лет Эдуард Федорович проработал главным психиатром Северо-Кавказской железной дороги в Ростовской дорожной больнице.

Он дважды награждался правительственными наградами: в 1990 году ему было присуждено почетное звание «Отличник здравоохранения СССР», а в 2007 году он был отмечен нагрудным знаком «Тридцать лет безупречного труда на железной дороге».

Эдуард Холодный начал писать стихи с 6 лет. Стал публиковаться с 1957 года. Печатался в журналах России, Украины, Болгарии, переводил произведения поэтов с языков Северного Кавказа, с болгарского, венгерского, английского. Являлся членом Союза российских писателей, автором 18 поэтических книг. Был лауреатом Пушкинской и Губернаторской премий, а также имел Диплом Комитета защиты мира, медали к юбилеям Пушкина и Шолохова. В 2005 году его стихи вошли в Хрестоматию «Литература Дона» для чтения в 10-11 классах средних школ (разделы «Донская поэзия XX века» и «Донские поэты – А.С. Пушкину»).

Эдуард Федорович преподавал в Ростовском педагогическом институте и в Донском государственном техническом университете (ДГТУ). С 1999 года и до последних дней он руководил литературной студией «Путник» при ДГТУ.

К 65-й годовщине Великой Победы Эдуард Холодный был награжден Управлением культуры администрации города Ростова-на-Дону Дипломом первой степени, а вышедший коллективный сборник стихов назван первой строкой его стихотворения «Я помню музыку Победы...».



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

АЛКОГОЛЬ У НАС В КРОВИ?

А.Г. ГОФМАН, Т.А. КОЖИНОВА, И.В. ЯШКИНА

В последнее время высказывается обоснованная озабоченность по поводу урона, который несет страна в связи с очень высоким уровнем потребления алкоголя и последствиями массового злоупотребления спиртными напитками. По официальным данным, количество лиц, страдающих алкоголизмом и алкогольными психозами, приближается к 2% населения, а по экспертным оценкам примерно 6% населения обнаруживают признаки зависимости от алкоголя.



Ежегодно в результате злоупотребления алкоголем (и из-за сопутствующих проблем: заболеваний внутренних органов и нервной системы, травм, суицидов, отравлений алкоголем) преждевременно умирают сотни тысяч людей. Огромное количество преступлений совершается в состоянии алкогольного опьянения и из-за пьянства. Сверхсмертность населения России (особенно мужчин) связывается именно с алкоголизмом. Колоссальный ущерб злоупотребление алкоголем наносит экономике. Возникает вопрос, что же можно сделать в создавшейся ситуации, чтобы коренным образом изменить существующее положение?

Есть два пути решения вопроса. **Первый** связан с системой контролируемых и ограничительных мероприятий: с контролем качества спиртных напитков, запретом продажи спиртного несовершеннолетним, ограничением времени продажи, сокращением количества и распространенности общественных мест потребления спиртного, применением административных санкций при необходимости, запретом любой рекламы алкоголя и любых энергетических напитков в средствах массовой информации, особенно на телевидении.

Второй путь алкогольной политики в России – принципиально иной. Его стратегия должна быть обусловлена резким ограничением продажи спиртных напитков. Целесообразно вернуться к довоенным (1930-е гг.) нормам потребления алкоголя – к двум литрам абсолютного алкоголя на душу населения в год, – и придерживаться их на протяжении ряда

лет. Начать можно с такого уровня продажи алкоголя, который существует в ряде стран, где не отмечается сверхсмертности от алкоголизма. Эта цифра, рассматриваемая ВОЗ как предельная, составляет 8 л абсолютного алкоголя на душу населения (или 19,2 л сорокаградусной водки). Каждый год уменьшать эту дозу, доведя ее до двух литров абсолютного алкоголя. Длительность периода ежегодного снижения уровня продажи алкоголя может составить 8-10 лет. Постепенно будет формироваться здоровый образ жизни, когда реальные достижения не будут подменяться их иллюзорным воплощением, что происходит в состоянии опьянения. Такой подход предусматривает введение государственной монополии на производство и продажу спиртных напитков, а также строгие меры по наказанию за самогонизацию и продажу незаконно изготовленного алкоголя населению.

Пока же остается только надеяться на возможность такого развития событий.

Что же мешает нормальной работе наркологической службы сегодня? По статистике внебольничная наркологическая служба сталкивается с трудностями в привлечении больных к лечению. Больные алкоголизмом избегают обращаться в наркологические диспансеры и кабинеты. Одна из причин сводится к тому, что, как только регистрируется заболевание, вступают в действие ограничения на профессиональную деятельность. Другая важная проблема – недостаток времени на амбулаторное лечение, основу которого составляет психотерапия и реабилитационные мероприятия, требующие довольно длительного периода лечения.

Большим изъяном наркологической системы является отсутствие возможности проводить принудительное (недобровольное) лечение больных алкоголизмом и наркоманией. Конечно, основная масса больных должна лечиться добровольно, но существуют больные, которых в силу глубоких личностных изменений, отсутствия критики к

заболеванию и интеллектуального снижения, можно лечить только на недобровольных началах. Именно эти больные пополняют армию лиц без определенного места жительства и преждевременно умирают, ведя жалкое существование. Невротизация, депрессии, обострение соматических, неврологических и психических заболеваний в условиях совместного проживания с человеком, страдающим алкоголизмом или наркоманией, глубокие переживания, вызванные его здоровьем и поведением, приводят к снижению трудоспособности родственников и, как следствие, к утрате определенного количества активных членов общества. Следовательно, это не может не учитываться и должно рассматриваться в качестве одной из первоочередных задач разработки принципов госпитализации больных зависимостями на недобровольных началах. Необходимо использовать положительный опыт работы советских лечебно-трудовых профилакториев и отбросить отрицательный опыт их деятельности, когда режим этих учреждений приближался к тюремному.

Многие вопросы невозможно решить без создания закона об оказании наркологической помощи. В современных условиях вряд ли кажется обоснованным отделение наркологии от психиатрии. Любая зависимость, согласно международной классификации болезней, является психическим расстройством, и относиться к этому надо, учитывая принципы оказания психиатрической помощи. Возникает вопрос об оценке состояния больного во время выраженного тяжелого алкогольного опьянения, а также в состоянии выраженной наркотической интоксикации. Есть мнение, что дихотомическое деление всех психических патологий на тяжелые психические расстройства и нетяжелые весьма условно. Больной героиноманией, как и больной алкоголизмом, при тяжелом течении абстинентного синдрома, может быть приравнен к душевнобольному, который опасен для себя или для окружающих. В законе должны найти отражение вопросы о недееспособности наркологических больных, о признании их инвалидами, об их правах при оказании амбулаторной и стационарной помощи. В настоящее время фактически отсутствуют необходимые правовые основы оказания стационарной наркологической помощи. Все эти и многие другие вопросы вряд ли можно решить простым распространением закона об оказании психиатрической помощи на лиц, страдающих болезнями зависимости.

По материалам «Независимого психиатрического журнала», Москва, II, 2010 г.
Гофман А. Г., Кожина Т. А., Яшкина И. В. Об алкогольной ситуации в России и путях улучшения наркологической помощи

ПСИХИАТРЫ
УЛЫБАЮТСЯНАРОДНАЯ МУДРОСТЬ
ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРА

- «Сам не свой» – деперсонализация.
- «Руки коротки» – нарушение восприятия «схемы тела».
- «Смотрит в книгу – видит фигу» – зрительная иллюзия.
- «Я не я, и лошадь не моя» – деперсонализация в сочетании с зоопсией.
- «С большой головы на здоровую» – генерализация бреда.
- «Сукин сын» – бред иного (невысокого) происхождения.
- «Бред чистой воды» – паранойальный синдром.
- «Бред сивой кобылы» – паранойальный синдром с элементами психического автоматизма (со стороны кобылы).
- «Губа не дура» – лакунарная деменция.
- «Сам себе на уме» – псевдеменция.
- «То потухнет, то погаснет» – апатико-абулический синдром.
- «Под лежащий камень и вода не течет» – ступор с анурией.
- «Ни кует, ни мелет» – абulia.
- «На нем лица нет» – амимия.
- «Козел отпущения» – больной с синдромом одичания в пробном отпуске.
- «Не лежит душа» – акатизия.
- «И кто тебя за язык тянет?» – синдром Кандинского с двигательными автоматизмами.
- «Душа из тебя вон!» – кома.
- «Душа в пятки ушла» – ступор с сохранением ахилловых рефлексов.
- «Спит и видит» – онейроид.
- «Семь пятниц на неделе» – дезориентация во времени.
- «Ни «бэ», ни «мэ», ни «ку-ка-реку» – афазия.
- «Просто нет слов» – мутизм.
- «Душа горит» – фебрильная шизофрения.
- «Капля за каплей камень точит» – капельница больному в ступоре.
- «С жиру бесится» – сосудистый (атеросклеротический) психоз.
- «Сушить мозги» – проводить дегидратацию.
- «Дрожит, как осиновый лист» – нейрелептический синдром.

ТВОРЧЕСТВО
ПАЦИЕНТОВ

Редакция приглашает всех читателей, увлекающихся фотографией, принять участие в фотоконкурсе

«ЖИЗНЬ – ЭМОЦИЯ»

Работы для участия в конкурсе мы принимаем по адресу редакции, как в электронных форматах, так и в виде отпечатанных снимков. I, II, III-е места будут отмечены специальной денежной премией. Отчетные фотоработы будут публиковаться в каждом номере газеты, начиная с №5/2010.

Имена победителей будут названы в декабре 2010 г.

Общероссийская медицинская информационно-аналитическая газета

Новая
Психиатрия

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ:

Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

О.А. Бухановская

ОТПЕЧАТАНО:

Типография «Военный вестник Юга России». Тираж 3000 экз. Заказ № 2224а.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 40/128. Тел. (863) 267-48-15. Тел./факс: (863) 267-38-67.

Мнения авторов и редакции могут не совпадать. Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Распространяется бесплатно по реестру редакции. Перепечатка допускается лишь с разрешения редакции. Подписано в печать по плану – 15.09.2010 в 10.00, фактически – 15.09.2010 в 10.00.