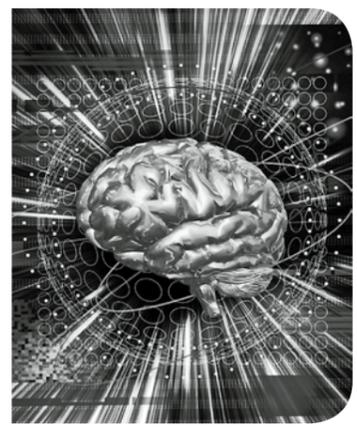


3
Легко ли
быть
правдоискателем?

7
Чужой
среди своих.
Этюды о врачебном
братстве

8-9
Известия
Российского
общества
психиатров

15
Лечить нельзя
бояться.
Болезни
психиатрии

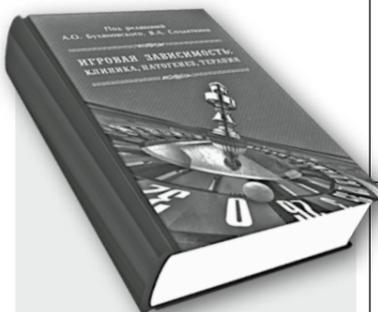


ФЕНИКС

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

НОВОЕ ИЗДАНИЕ



Редакция «НП»
предлагает читателям
приобрести
недавно вышедшую
в свет
коллективную
монографию
под редакцией
А.О. Бухановского
и В.А. Солдаткина

**«ИГРОВАЯ
ЗАВИСИМОСТЬ:
КЛИНИКА,
ПАТОГЕНЕЗ,
ТЕРАПИЯ»**

Цена издания всего 350 руб.

**ПОЗДРАВЛЯЕМ
ИМЕНИННИКОВ
В ИЮЛЕ-АВГУСТЕ!**

Коллектив ЛРНЦ «Феникс»,
коллеги и сотрудники
кафедры психиатрии
и наркологии РостГМУ

поздравляют
с Днем рождения

- ЗАМАЙ Нину Алексеевну
- ЖИРНОВУ Любовь Ивановну
- КУТОВУЮ Екатерину Викторовну
- НЕЧАЕВУ Ирину Федоровну
- КАШИНА Александра Александровича
- РАДЧЕНКО Светлану Николаевну
- ПОТАПОВУ Марию Романовну
- ГАЛИЦКУЮ Татьяну Юрьевну
- ОЛЕЙНИКОВУ Лидию Яковлевну.

Желаем благополучия
Вам и Вашим семьям,
профессиональных успехов
и здоровья! Будьте счастливы!



№ 7-8⁽⁴⁻¹⁵⁾ / 2011
июль-август

Новая

ПСИХИАТРИЯ

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

ФОРУМЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

Ростов-на-Дону – один из центров научной мысли в психиатрии

Д. НЕФЕДОВ

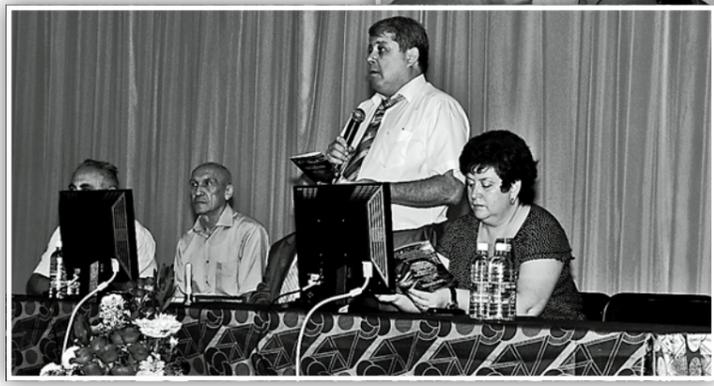
С 15 по 17 июня 2011 г. в столице Южного федерального округа – Ростове-на-Дону – состоялась научно-практическая конференция с международным участием под символическим названием «Психиатрия: быть или не быть?!»



Основным организатором конференции выступил известный в России и за рубежом лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», руководимый профессором Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ), членом правления Российского общества психиатров (РОП) Александром Олимпиаевичем Бухановским. Конференция, которая прошла на базе РостГМУ, была приурочена к 20-летию центра «Феникс» – крупнейшего в России негосударственного медицинского учреждения психиатрического профиля.

Более 400 делегатов из разных уголков России, а также из стран Восточной Европы, съехались в Ростов-на-Дону в дни работы конференции для обмена опытом и совместного творческого поиска.

Каждый день, каждый час конференции был предельно насыщен выступлениями, дискуссиями, прениями. Пленарные заседания сменялись специализированными симпозиумами по наиболее актуальным вопро-



сам психиатрии: от общих подходов к терапии и диагностике отдельных психиатрических заболеваний, способов их классификации, до роли и ближайших перспектив государственной и частной психиатрии в России.

Тема первого пленарного заседания звучала так – «Блеск и



нищета» психиатрии». На заседании с докладом «Психиатрия: Quo vadis?» выступили профессора Н.Г. Незнанов и П.В. Морозов. Присутствующими также было отмечено яркое выступление профессора А.О. Бухановского, который дал краткий анализ существующего положения дел в отечественной психиатрии.

Второе пленарное заседание было посвящено общей психопатологии и методологии диагноза. Среди докладов на эту тему можно выделить сообщения профессоров В.И. Крылова («Клиническая психопатология и доказательная медицина»), А.Г. Софронова («Нервная анорексия. Критический взгляд на проблему»), К.Ю. Ретюнского («Новые горизонты депрессии: от патогенеза к эффективной терапии»).

На повестку пленарного заседания второго дня конференции была вынесена проблема классификации психических расстройств.

(Окончание на стр. 2)

Уголовное дело В. Макарова, шумиха вокруг которого приняла беспрецедентный масштаб в последнее время, не оставило равнодушным никого из тех, кто действительно постарался вникнуть в суть обстоятельств произошедших событий.

В настоящее время редакция «Новой психиатрии» готовит специальный выпуск, посвященный роли и значению заключений экспертов в деле осужденного В. Макарова. Планируется публикация этих заключений без купюр и комментариев. Кроме того, компетентные сотрудники юридического факультета Южного федерально-

го университета, а также кафедры психиатрии и наркологии Ростовского государственного медицинского университета, планируют публикацию серии статей в научных изданиях – специализированных юридических и психиатрических журналах – по вопросам организации экспертной практики.

«ОЛИМП»
ДЛЯ «ФЕНИКСА»

4 августа 2011 года лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс» одним из первых был удостоен Главной Всероссийской премии «Финансово-экономический Олимп». «Олимп» – премия, присуждаемая в рамках президентской инициативы поощрения инновационной деятельности в России.



Торжественная церемония награждения и прием в честь лауреатов Премии состоялись в Краснознаменном зале Культурного центра Вооруженных Сил РФ.

ЛРНЦ «Феникс» на церемонии награждения представлял сам президент центра профессор А.О.Бухановский.

В рамках церемонии награждения для лауреатов и гостей был организован банкет и состоялся концерт с участием звезд российской эстрады. Для участников выступили Кай Метов, Наталья Штурм и Паскаль.

Основными целями премии «Олимп» являются:

- развитие системы общественного морального стимулирования коллективов и руководства организаций, а также физических лиц, добившихся высоких социально-экономических результатов на общероссийском уровне;
 - привлечение внимания российской общественности и мирового бизнес-сообщества к деятельности компаний, работающих на отечественном рынке;
 - содействие укреплению и росту российской экономики, росту благосостояния и социальной защищенности населения;
 - интеграции страны в мировую экономическую систему.
- В числе конкретных задач этого проекта:**
- содействие продвижению лучших товаров и услуг на российский рынок, интеграции российских предприятий в мировой рынок, созданию конкурентоспособной отечественной экономики;
 - распространение в Российской Федерации и за ее пределами новых отечественных технологий, осуществленных проектов и передовых идей;

«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

ФОРУМЫ, КОНФЕРЕНЦИИ

Ростов-на-Дону –
один из центров
научной мысли
в психиатрии

(Окончание. Начало на стр. 1).

Присутствующие с интересом восприняли доклады профессора В.Н.Краснова («Современное состояние и перспективы развития диагностических систем в психиатрии»), профессора Н.А.Корнетова («Каковы особенности современной классификации в психиатрии?»), профессора Б.Д.Цыганкова («Обоснование необходимости создания и проект Национальной классификации психических заболеваний»), а также выступления профессоров А.Б.Шмуклера и В.Л.Малыгина.

Последний день конференции был ориентирован на анализ проблем кадрового обеспечения психиатрической отрасли. Делегаты форума размышляли над тем, как следует готовить специалистов, – психиатров и психотерапевтов. В этой связи особый интерес вызвал доклад профессора Н.Н.Петровой («Подготовка специалистов в области психиатрии: проблемы и перспективы»), а также выступление профессора В.И.Курпатова («Профессиональные, юридические и этические аспекты последипломной подготовки врачей-психотерапевтов»). Значимость ростовского психиатрического форума подчеркивает также состоявшееся в рамках работы конференции выездное заседание Президиума правления Российского общества психиатров (РОП), в продолжение

которого были заслушаны два доклада: один касался кадровых вопросов (профессор Н.Н.Петрова, Санкт-Петербург), второй был связан с оказанием психолого-психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций (профессор К.А.Идрисов, Чеченская Республика).

Председатель Правления РОП профессор Н.Г.Незнанов информировал членов Президиума о предложении профессора Л.М.Рошала поддержать вхождение Национальной медицинской палаты, коллективным членом которой является РОП, в Объединенный народный фронт. Было решено поддержать этот шаг с учетом возможностей для



РОП в большей степени влиять на улучшение состояния психиатрической помощи в стране.

Удивительно, но в условиях напряженного графика работы конференции ее вдохновители нашли возможность познакомиться с достопримечательностями южной столицы, организовать небольшой круиз на теплоходе по Дону-батюшке, наполнить вечера тематическими «капустниками», оригинальной культурной программой.

Несомненно важно и то, что в ходе работы конференции прошли встречи с представителями прессы. Диалог психиатров со средствами массовой информации сегодня остро необходим.

И в этот раз его основной темой стала борьба с феноменом стигматизации общественного сознания по отношению к психиатрии, которую согласно искаженным стереотипам многие обыватели все еще считают опасной с точки зрения последствий психиатрического диагноза.

В целом же отметим, что для участников конференции были созданы максимально комфортные условия, а обилие методического материала (как в печатном виде, так и в цифровом формате) наверняка позволят делегатам форума продолжить рассмотрение поднятых в ходе конференции проблем и по возвращении домой.

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:
 - слабительным;
 - 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 (клептомании), 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:

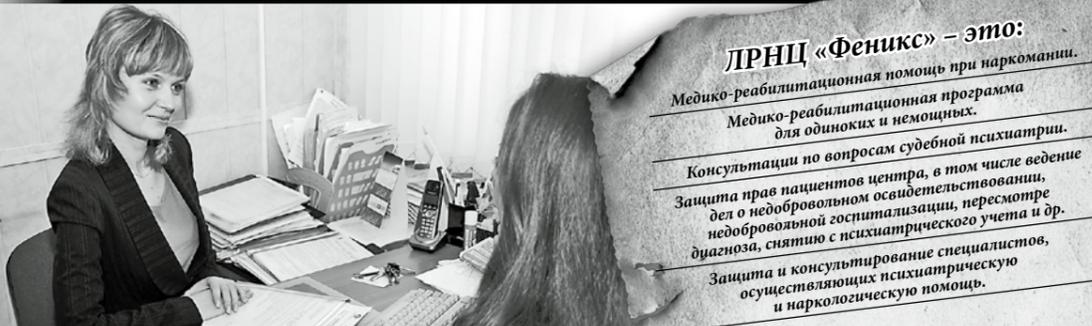
- участие в судах и следствии, в гражданских и уголовных процессах, защита интересов пациентов в соответствии с трудовым и семейным законодательством.
- дела по дееспособности, опеке, невменяемости, оспаривание сделок, завещания;
- прочие судебные и внесудебные правовые проблемы, связанные с психиатрией;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



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

**Возрождаем
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 от освидетельствования, дел о недобровольной госпитализации, пересмотре диагноза, снятии с психиатрического учета и др.
Защита и консультирование специалистов, осуществляющих психиатрическую и наркологическую помощь.

ЧЕЛОВЕК ПРОТИВ ОБЩЕСТВА

Легко ли быть ПРАВДОИСКАТЕЛЕМ?

Д. КАЗЕННОВ

Так уж повелось, что правдоискателей в России недолюбливают. Они нарушают спокойствие сильных мира сего, да и простых граждан раздражают: что, мол, ему (или ей) больше всех надо? Но такие уж они люди, эти правдоискатели...



Полина Старцева родилась и выросла в небольшом узбекском городке. Жила как все дети страны Советов: ходила в школу, училась в хореографической студии, занималась общественной работой. Способная девушка окончила 10 классов с золотой медалью, поехала в Москву поступать в вуз, но не прошла по конкурсу. Не беда: вернулась домой, устроилась на работу и вскоре поступила на заочное отделение факультета журналистики Ташкентского государственного университета.

В стране бушевала перестройка: слово «гласность» было у всех на устах. Получив диплом, Старцева с группой единомышленников стала выпускать газету «Гражданин». Но издание существовало недолго, Полине сложно было совмещать основную работу, газету и семейные хлопоты: она вышла замуж и родила сына. Но вскоре с супругом пришлось расстаться. Повторный брак поначалу казался удачным, у Полины родился второй сын. С работы пришлось уйти и посвятить себя воспитанию детей.

Тем временем грянул 1991 г., СССР распался. Русские стали уезжать из Узбекистана в Россию. В школе, где учились дети Старцевой, не хватало учителей. Обстановка в республике накалялась, надежды на лучшее будущее со временем угасли, и семья решила попытаться счастья в русской глубинке. Первой в город Н. приехала Полина с детьми. Она добилась статуса вынужденного переселенца, устроилась на работу, получила комнату в общежитии. И тут – словно гром среди ясного неба – муж написал, что отказывается переезжать в Россию. Они развелись, женщина осталась с двумя детьми на руках. В скором времени в Н. переехала вместе с семьей старшая сестра Полины. Стали они жить вместе в двухкомнатной съемной квартире: растить детей, преодолевать невзгоды и поддерживать друг друга в трудную минуту. С соседями Старцевы ладили, никаких претензий к ним никто не предъявлял.

Остались позади лихие 1990-е, повзрослели сыновья Полины: старший, отслужив срочную, остался в армии по контракту, младший стал строителем. Старцева заняла должность главного редактора общественно-политической газеты, организовала при ней общественную приемную, куда обращались с жалобами самые разные люди. Не один раз Полина выступала в судах в качестве представителя «униженных и оскорбленных», дважды оформляла опеку над недееспособными гражданами, лишившимися своей жилплощади, ей удалось вернуть им их квартиры. Оформляя опеку, в 2006 и в 2009 г. Полина проходила психиатрическое освидетельствование в городском

ПНД, оба заключения констатируют – психически здорова. До сих пор Старцева является опекуном гражданки С. В декабре 2008 г. Полина получила от МВД России памятную медаль в честь 200-летия министерства. В представлении к награждению начальник отделения информации и общественных связей УВД области не скупился на похвалы в адрес Старцевой, характеризуя ее как талантливую и принципиального автора журналистских расследований. Особой заслугой награждаемой, по словам чиновника, является то, что «в периоды обострения оперативной обстановки Полина Старцева неоднократно оказывала Управлению внутренних дел области консультационную и практическую помощь по вопросам правозащитной деятельности». Кто бы мог предположить, что уже через несколько месяцев женщина, получившая медаль МВД, окажется обвиняемой по уголовному делу о неуважении к суду и оскорблении участников судебного разбирательства!

Старцевой инкриминировали эпизоды, произошедшие на двух судебных заседаниях по рассмотрению гражданского дела, в котором Полина представляла интересы истца: публичное оскорбление представителя ответчика гражданина К. и оскорбление судьи, ведущего процесс. Дело П. Старцевой рассматривала коллегия присяжных заседателей. Присяжные сочли преступление недоказанным и вынесли оправдательный вердикт. 4 мая 2010 г. областной суд признал Старцеву невиновной. Однако государственный обвинитель и потерпев-

ший К. обжаловали это решение. Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ вернула дело на новое рассмотрение.

И вот областной суд впервые вынес определение о назначении П. Старцевой комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Остается лишь гадать о мотивах такого решения: ведь заключения городского ПНД прямо говорят о том, что обвиняемая психически здорова. Амбулаторную судебную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу в отношении П. Старцевой провели 30 ноября 2010 г. в городской психиатрической больнице №6 Санкт-Петербурга. Но эксперты не смогли дать однозначные ответы на вопросы суда.

Государственный обвинитель потребовал новой экспертизы. При этом он ссылаясь на показания свидетелей. По их словам, Полина Старцева – личность крайне истеричная и неуравновешенная: пыталась ударить ножницами одного, беспричинно напала на другого, неадекватно реагировала на замечания третьего. Гособвинитель отмечал грубость и фамильярность Старцевой, эпатажные выходки, вроде оскорбительных надписей губной помадой на дверях кабинета судьи. Женщину обвинили даже в том, что на судебных заседаниях она являлась слишком ярко одетой и... «красила губы в яркий красный цвет». Раздражало обвинителя и то, что Полина всегда приходила в суд со своими сторонниками и выступала перед ними во время процесса «как на митинге». Кроме того, чиновник подверг сомнению за-

ключение врачей Н-ского ПНД, обследовавших Старцеву: мол, она не являлась их пациенткой, и им о ней «не все было известно». Выходит, врачи, не обнаружившие у женщины признаков психического заболевания и неадекватного поведения, некомпетентны? А как быть с заявлением главврача Н-ской областной психиатрической больницы, отметившего, что обязанности опекуна над психически больными гражданами Старцева выполняла добросовестно? В деле П. Старцевой имеется сообщение с ее прежнего места жительства в Узбекистане: на учетах в психоневрологических учреждениях она никогда не состояла и за психиатрической помощью не обращалась. Неужели и узбекским врачам «не все было известно»?

В феврале Н-ский областной суд назначил дополнительную экспертизу Старцевой, поручив ее все тем же петербургским экспертам. Опасаясь, что эта экспертиза может быть необъективной, П. Старцева по совету адвоката обратилась за помощью в Независимую психиатрическую ассоциацию. По мнению экспертов Ассоциации, у женщины обнаруживаются акцентированные черты характера истерического и параноического типа (яркость эмоциональных проявлений, стремление к лидерству и желание быть в центре внимания, некоторая демонстративность, настойчивость в достижении целей, высокая самооценка своей правозащитной деятельности). Это вариант нормы. Демонстративные действия Старцевой, которые государственный обвинитель посчитал «опасными», никогда не приводили к серьезным последствиям и никому не приносили вреда. Каким-либо психическим заболеванием П. Старцева не страдает, она осознает свои действия и может руководить ими, не представляя опасности для себя или окружающих. В применении принудительных мер медицинского характера Старцева не нуждается.

Полина Старцева – человек, безусловно, неоднозначный, и в своей неустанной борьбе за справедливость порой заходит слишком далеко. Не во всем и не всегда она бывает права. Но тысячу раз неправы те, кто пытается использовать заключение психиатра как оружие против инакомыслящего человека. Поэтому специалисты НПА сделают все зависящее для того, чтобы врачебный диагноз Полины Старцевой не превратился в ее приговор.

ВНИМАНИЕ

Всем членам и сторонникам
Общероссийской
общественной организации
«НЕЗАВИСИМАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ РОССИИ»!

ПРОСИМ ПОЖЕРТВОВАТЬ
СРЕДСТВА ДЛЯ УЧАСТИЯ
В ГЕНЕРАЛЬНОЙ
АССАМБЛЕЕ ВПА!

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

П риблизается очередной Всемирный Конгресс по психиатрии, который состоится на этот раз в Аргентине, в Буэнос-Айресе 18-22 сентября 2011 г. Как всегда в рамках Конгресса будет проведено заседание Генеральной Ассамблеи ВПА, на котором пройдут выборы новых лидеров Всемирной психиатрической ассоциации – президента, генерального секретаря, секретарей по вопросам образования, финансовым вопросам, издательской деятельности и новых зональных представителей. На пост зонального представителя ВПА от стран СНГ претендует профессор Петр Морозов, на пост секретаря по издательской деятельности – Армен Согоян. Последний в течение шести лет был нашим зональным представителем и завоевал высокий авторитет, в частности тем, что организовал постоянный перевод журнала ВПА «Всемирная психиатрия» на русский язык. Вы можете найти русскую версию этого журнала, начиная с 2008 года, на сайте www.wpanet.org.

Руководство ВПА всегда поддерживало деятельность Ассоциации. Располагая семью голосами, мы вместе с 11 голосами Российского общества психиатров обладаем значительным весом.

Для того чтобы принять участие в голосовании на Генеральной ассамблее, каждое общество – член ВПА должно заплатить членские взносы. Нам предстоит внести не менее \$2000. Мы не имеем контактов с фармкомпаниями, и в настоящее время у Ассоциации нет таких денег, тем более, что на этот раз даже президенты обществ не освобождаются от регистрационного взноса в \$500. В связи с этим мы обращаемся к вам с просьбой оказать Ассоциации посильную благотворительную помощь. Материальная поддержка – это самый простой способ выразить свое отношение к нашей деятельности. Мы ценим вклад каждого из вас.

• • •
Деньги можно направить по адресу: 125581, г. Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41. Л.Н.Виноградовой или перевести на счет НПА с пометкой «благотворительный взнос на Конгресс ВПА».

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ

Общероссийская общественная
организация «Независимая
психиатрическая ассоциация России»
ИНН 7718032989 / КПП 771801001
ОАО Банк ВТБ, г. Москва
Р/с 40703810200000000597
Кор. счет 30101810700000000187
БИК 044525187
Президент НПА России Ю.С. Савенко

Конечно, такие публикации усиливают и без того существующее недоверие людей ко всему, что связано с психиатрией. Чтобы выяснить, как проходит лечение в психиатрических учреждениях и какие дети попадают туда, наши корреспонденты отправились в областную клиническую специализированную психоневрологическую больницу (ОКСПНБ) №1 г. Челябинска. С первой минуты стало ясно, что на тюрьму она совсем не похожа. Здесь для детей организовано шестизразовое питание, девочки и мальчишки проходят лечение, занимаются творчеством, учатся доверять взрослым, а иногда – элементарно разговаривать с ними.

КОГДА ВРЕМЯ ДОРОЖЕ ДЕНЕГ

Основная миссия сотрудников детского отделения челябинской психоневрологической больницы – помочь ребенку адаптироваться в реальной жизни. Форма лечения может быть разной: есть дневной стационар, пациенты которого днем находятся в больнице, а ночуют дома, палаты «мать и дитя», где вместе с детьми лежат их родители. Труднее с ребятами из детских домов и интернатов, таких в отделении 25–30%. По данным главного внештатного детского психиатра регионального минздрава **Татьяны Смирновой**, эта пропорция сохраняется из года в год. Все ребята находятся вместе – играют, кушают, посещают творческие занятия. И всех их объединяет одна беда – им не смогли вовремя помочь.

– Лечение, диагностика, внимание к ребенку начинается не с психиатрической больницы, а с дома, школы, детского сада, – уверена Татьяна Александровна. – Иногда очень незначительные, на первый взгляд, симптомы могут свидетельствовать о начале болезни. Приведу пример. Ребенок в детском саду стал плохо спать и кушать. Мама, видя это, старается вникнуть в него как можно больше еды, кричит, может наказывать. А ребенку становится все хуже. Его ведут в больницу, невролог советует обратиться к психиатру, но «психиатр» – слово страшное, и мама не идет к врачу. Обстановка нагнетается, ребенок худеет, бледнеет, с другими детьми не играет. Когда он отказывается выходить из дома, мама наконец обращается к психиатру, но болезнь уже развилась. Постепенно выясняется, что проблема началась, когда в группу пришла новая воспитательница, которая ребенка невзлюбила. Явных нападок с ее стороны не было, но ребенок не привык к такому обращению. Если бы мама была подготовлена и обратилась к специалисту сразу, тогда можно было бы решить проблему, минуя стационар. Поэтому я призываю родителей любить своих детей, обращать внимание на любые изменения в их состоянии: в настроении, поведении, питании, привычках и т. д.

Другой пример... Мальчик-подросток перестал делиться с родителями проблемами, замкнулся. Сначала они были рады, ведь им нужно зарабатывать деньги, отвлекаться некогда. Постепенно парень перестал ходить в школу, начал употреблять



ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ



Спасательная психиатрия

Почему родители боятся слова «психиатр»? Как они могут предотвратить у своих детей развитие серьезных психических заболеваний? В последнее время в прессе получил популярность термин «карательная психиатрия». Считается, что за плохое поведение и прогулы уроков ребят из детских домов порой отправляют... в психбольницы.

спиртное, общаться с сомнительной компанией, воровать. Как выяснилось, ребенка обижали в школе, но поддержки со стороны мамы и папы он не видел. Когда он попытался пожаловаться учительнице, та выставила его перед всем классом и сказала: «Посмотрите на Иванова! Под два метра вымахал, а ябедничает». Друзья тоже отвернулись, потому что никто не хочет дружить с «белой вороной». Тогда парня «подобрали» хулиганы старшего возраста. Только у них он нашел понимание. Понятно, что у этого ребенка нет психического заболевания в том смысле, в котором мы его воспринимаем, – нет шизофрении, эпилепсии. Но у него оказалась нарушена способность к социальной адаптации, и в результате эмоциональные реакции и поведение, которые можно было легко скорректировать поначалу (если бы вмешались родители и педагоги) зафиксировались. Мало того, различного рода наказания лишь повысили уровень внутренней агрессивности. Состояние это очень опасное, ведь такой ребенок сам в любой момент может стать либо жертвой, либо агрессором по отношению к более слабому. Чтобы восстановить нормальную модель поведения, требуется помощь специалиста.

У психиатров и психотерапевтов нет инструментов. Они лечат своим душевным здоровьем, оптимизмом, добротой. Работа эта только для людей, преданных профессии, внимательных, обладающих отменным терпением.

– У нас только полтора процента пациентов имеют диагнозы «шизофрения» и «эпилепсия»,

сообщила Татьяна Смирнова. – Очень немного детей-аутистов. И огромное количество – более 70% – ребят, страдающих непсихотическими психическими расстройствами. Это поведенческие, эмоциональные, волевые, когнитивные и другие нарушения – огромный спектр различных психических патологий. На первый взгляд, они у многих не видны. Мы кладем в стационар только тех, у кого они ярко выражены и уже не корректируются в амбулаторных условиях. Среди наших пациентов нет психически здоровых хулиганов. Тех, кому ставится диагноз «психически здоров», выписываем через несколько дней.

ПОЭТАПНАЯ ПОМОЩЬ

Помощь в психоневрологической больнице делится на несколько этапов. Прежде всего, ребенок попадает в «щадящие» условия: на него не кричат, шесть раз кормят, внимательно относятся к его желаниям. На этом этапе многие дети узнают, что значит спать в чистой постели, умываться перед сном. Их «трудовые подвиги» начинаются с заправки кровати по утрам. Затем их учат ухаживать за цветами, подклеивать книжки. Режим предполагает чередование занятий с отдыхом и лечебными мероприятиями. Дети много гуляют, играют в спортивные игры. Здесь у ребят есть возможность заниматься творчеством. Кто-то рисует картины, кто-то делает игрушки, аппликации и многое другое. Помимо врачей, с девочками и мальчишками занимаются логопеды-дефектологи. Это удивительно, но, научившись выражать свои мысли, ребенок начинает думать и самоутверждаться иначе!

Безусловно, полностью обойтись без медикаментов нельзя. По сути, ребенок ложится в стационар, чтобы ему подобрали терапию. Сделать это в амбулаторных условиях, когда нет возможности постоянно наблюдать за ним, нельзя. Больше всего страхов у людей вызывают ней-

ролептики. Эти препараты воздействуют на нервную систему и помогают избавиться психически больных людей от множества бед и страданий. Истории известно немало случаев, когда под влиянием галлюцинаций или бреда люди совершали страшные вещи, вплоть до убийства близких. А начинается все порой безобидно. Первыми проявлениями шизофрении, в частности, могут стать нарушения поведения ребенка. К примеру, был случай, когда мальчик-отличник, занимающийся спортом, сообщил другу, что у него есть пистолет, который он украл у отца. Друг поделился новостью еще с кем-то, в итоге это дошло до учительницы. Она перепугалась и вызвала милицию. Оружие искали три дня, после чего парня вернули родителям со словами: «Сами разбирайтесь со своим психом». Оказалось, у него и раньше были поведенческие отклонения, причина которых – зарождающаяся шизофрения.

Для подобных больных назначение нейролептиков становится единственным спасением. Кроме них, в лечении используются антидепрессанты, препараты, которые влияют на обменные процессы в мозге, лекарства для сосудов, корректоры поведения. Искусство врача заключается в том, чтобы правильно подобрать пациенту дозу, которая не помешает развиваться и не обострит хронические заболевания.

РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ

Отличительная особенность детской психиатрии – плотная работа с родителями. Некоторые не могут смириться с тем, что у ребенка нашли психическое заболевание или расстройство. За 30 лет работы Татьяна Смирнова видела немало случаев, когда отцы в бешенстве врывались в регистратуру и требовали выпустить сына или дочь со словами: «Жена глупость придумала, я – против!» Приходилось убеждать

НАША СПРАВКА

Первая в нашей стране кафедра детской и подростковой психиатрии и медицинской психологии была открыта в Челябинске 30 лет назад. В последние годы ей руководит доктор медицинских наук Елена Малинина. На кафедре отлажена научная работа, ее сотрудники занимаются практической помощью детям, которые лежат в стационарах.

мужчин, что помощь ребенку действительно необходима.

– Родители, приводя детей к специалисту, думают, что им делать ничего не надо, – отмечает Татьяна Александровна. – И очень удивляются, когда им предлагают записать домашнее задание. На самом деле, чтобы помочь ребенку, требуется большая духовная работа: нужно трудиться над обстановкой в семье, выполнением ролей супругов. Часто врач-психотерапевт является переводчиком между родителями и ребенком, между мамой и папой. Мы учим их разговаривать друг с другом, выражать свои эмоции. Многие дети начинают обнимать и целовать маму только на наших консультациях, потому что в семье было не принято демонстрировать чувства.

Отдельное направление работы челябинской психоневрологической больницы – психиатрия и психотерапия раннего возраста. В учреждение принимают детей с четырех лет, но помощь иногда требуется и раньше.

– У родителей больного ребенка часто возникают межличностные проблемы, – сообщила Татьяна Смирнова. – Вместо того чтобы объединиться для борьбы с общей бедой, они начинают ссориться, что, безусловно, отражается на ребенке. Мы помогаем им наладить в семье мир, который сохраняет здоровье малыша. В психиатрии есть понятие «ребенок – носитель болезненного симптома». Например, малыш мочится в постель. Часто оказывается, что так он реагирует на семейные конфликты и неполадки. А значит, болен не ребенок, а семья. Излечивая родителей, мы делаем здоровым ребенка.

КУДА ОБРАЩАТЬСЯ

Если вы видите, что поведение вашего ребенка по непонятным причинам изменилось, незамедлительно обратитесь к детскому психотерапевту, работающему в вашей поликлинике (такие кабинеты есть во всех детских учреждениях). Ни в коем случае не нужно бояться такого лечения и огласки. Это такое же заболевание, как бронхит, диабет или аллергия. Если упустить время, помочь ребенку будет намного сложнее. Помните, что в детских клиниках работают хорошие специалисты с большим стажем работы, имеющие сертификаты как врачей-психиатров, так и врачей-психотерапевтов.

ЧЕЛОВЕК И ДИАГНОЗ

Своя колея

Людмила Иванову судьба не баловала. Сирота с рождения, она воспитывалась в детском доме, училась в школе-интернате для детей с отставанием в развитии. Поведение девочки не вызывало нареканий педагогов – общительный, подвижный, неконфликтный ребенок никому не доставлял хлопот. Людмила никогда не лечилась в психиатрических больницах и не принимала психотропных препаратов.

В 1977 г. Иванова получила инвалидность второй группы, ее перевели в ПНИ, в котором она зарегистрирована и по сей день. Семь лет она проработала в интернате, ухаживая за престарелыми пациентами. С 1985 г. Людмила трудится за пределами интерната. «Большая жизнь» пришлось по душе, и она неплохо к ней адаптировалась.

2003 г. стал важным рубежом в жизни Ивановой: во-первых, она добилась переосвидетельствования в МСЭ и получила третью группу инвалидности, во-вторых – стала получать полную пенсию, без каких-либо отчислений в пользу ПНИ. Вполне логично: ведь женщина полностью себя обслуживала.

Руководство предприятия, в котором работает Иванова, оценивает Людмилу как «уравновешенного, исполнительного работника, умеющего прекрасно ладить с коллективом, знающего свои должностные обязанности... За время работы она не имела замечаний и нареканий. Отзывчивый и добрый человек». Хорошо отзываются о ней и коллеги. Со временем наладилась и личная жизнь: последние два года Иванова проживает в квартире своего гражданского мужа. Людмила с удовольствием выполняет всю домашнюю работу: убирает, стирает, очень любит готовить. А еще ей нравится тру-

Мы уже не раз писали о том, как сложно людям, проживающим в психоневрологических интернатах (ПНИ), вернуться к нормальной жизни. И дело, к сожалению, не только в психологической адаптации: некоторые ПНИ не хотят расставаться со своими подопечными, руководствуясь отнюдь не профессиональными интересами...

диться на дачном участке мужа, выращивать цветы, консервировать овощи на зиму. Неплохие отношения сложились у Ивановой и с сыном мужа, проживающим в квартире отца вместе со своей женой. В общем, все бы хорошо за исключением одной серьезной проблемы.

Людмила уже давно пытается выписаться из ПНИ и получить собственное жилье. По словам женщины, она проходила в интернате комиссии для решения вопроса о самостоятельном проживании, но на межведомственную комиссию, за которой остается последнее слово в этом вопросе, ее никогда не посылали. Причины называли самые разные, но серьезных – ни одной. Доходит до того, что женщине открытым текстом заявляют: «А зачем вам жилье, Вы и так у мужа живете? Расписывайтесь с ним в загсе, вот вам и готовая квартира». Но ведь у мужа Людмилы есть сын, и именно он является наследником жилплощади. «Квартирный вопрос», как показывает практика, продолжает портить население. Поэтому собственное

жилье женщине необходимо: у нее нет никакого желания возвращаться в интернат.

Тем временем, руководство ПНИ, упорно отказывающее Ивановой в направлении на межведомственную комиссию, решило еще и подзаработать за ее счет: против женщины подали иск, в котором ПНИ требует отчислять в свою пользу аж 70% ее пенсии по инвалидности. И неважно, что Иванова давно не живет в интернате, не пользуется его услугами: зарегистрирована – плати. Ситуация абсурдная: с одной стороны, ПНИ не желает отпускать Людмилу (не имея на это никаких законных оснований), с другой – вынуждает платить за формальную регистрацию, от которой она не чает как избавиться.

За помощью Людмила Иванова обратилась в Независимую психиатрическую ассоциацию (НПА). В заключении специалистов НПА говорится, что женщина «знает цены на продукты, бытовые товары, умеет готовить; самостоятельно ведет домашнее хозяйство. За покупками в основном ездит с мужем,

на его машине, смотрит, чтобы ее не обсчитали, при необходимости пользуется калькулятором». Другими словами, Иванова не испытывает никаких сложностей в быту и способна обслуживать не только себя, но и своего супруга. Специалисты НПА констатировали, что Л.Иванова «обнаруживает легкую умственную отсталость и хорошие компенсаторные возможности. Она хорошо адаптирована в социально-трудовом и бытовом отношении вне стен интерната. Может проживать самостоятельно».

У Владимира Высоцкого есть песня под названием «Чужая колея»: «Попал в чужую колею глубоко. Я цели намечал свои на выбор сам, А вот теперь из колеи не выбраться». К сожалению, случай Людмилы Ивановой далеко не единственный: уже не раз специалистам НПА приходилось иметь дело с необоснованными претензиями ПНИ к своим подопечным. И хотя каждый случай по своему индивидуален, негативная тенденция в этом вопросе уже очевидна.



Павел Астахов, уполномоченный по правам ребенка при Президенте РФ, составил обращение к прокурору Хакасии. Омбудсмен просит проверить правомерность помещения детей из домов-интернатов и детских домов в психиатрическую лечебницу в Черногорске.

Павел Астахов посещал больницу во время инспекционной поездки по республике. Он отметил, что разговаривал с «пациентами» – детьми, находящимися на лечении. На его вопрос о причинах их нахождения в психиатрическом учреждении, многие из них отвечали так: «За плохое поведение...»

Детский омбудсмен был смущен и возмущен характеристиками детей, направленных в больницу. В большинстве так содержится формулировка «бродяжничают, часто нарушают режим». Такой формулировкой руководство детских учреждений признает, что в отношении детей не ведется никакой воспитательной работы, и они предоставлены сами себе. Получается, что из-за недоработки руководства детских домов детей отправляют в психбольницу.

Павел Астахов подытожил, что есть ряд жалоб на то, что у нас «существует карательная психиатрия».

Омбудсмен обещал провести анализ всех подобных случаев.

ВОПРОС – РЕБРОМ!

Применяется ли на Дону «дисциплинарная психиатрия» к сиротам?!

Санкт-Петербургская Гражданская комиссия по правам человека обратила внимание на информацию о возможных нарушениях прав в детском доме №10 г. Ростова-на-Дону.

Гражданская комиссия по правам человека обращалась в органы власти в связи с возможными нарушениями прав проживающих в вышеуказанном детском доме в связи с их госпитализациями в Психоневрологический диспансер Ростовской области и Наркологический диспансер Ростовской области.

Согласно официальному ответу минздрава Ростовской области

в 2008–2010 гг. в психстационарах области в разное время проходили лечение шесть воспитанников детского дома №10. Все госпитализированные были младше 15 лет, поэтому их госпитализация проводилась с согласия их законного представителя, коим являлся... директор детского дома №10 г. Ростова-на-Дону.

Стоит заметить, что уполномоченный по правам ребенка при Президенте РФ Павел Аста-

хов на своем сайте неоднократно обращал внимание на случаи «дисциплинарной психиатрии» в отношении сирот и социальных сирот из детдомов различных регионов России. Увы, способствует такой ситуации и то, что дети-сироты часто имеют опекунами руководителей сиротских учреждений. Госпитализации, в принципе, вполне могут осуществляться по договоренности между представителями детского дома и психиатрических учреждений.

Госпитализировать же детей с «карательной целью» в наркологический психиатрический стационар и вовсе легче легкого.

Ведь в этом случае даже не нужно «подгонять» конфликтные черты характера ребенка под описание того или иного психического расстройства в истории болезни. Достаточно того, чтобы воспитатели детского дома отметили в своих записях, что видели ребенка пьяным или в состоянии наркотического опьянения, затем это подтверждается наркологом. При этом совсем не обязательно, чтобы нарколог проводил дополнительные лабораторные исследования для того, чтобы, скажем, выяснить, есть ли в моче следы наркотических веществ.

Минздрав Ростовской области нарушений прав детей-сирот при госпитализациях в

психиатрический и наркологический стационары не выявил. Но, как видно из ответа областного министерства здравоохранения, изучались в основном лишь медицинские документы из детского дома и стационаров. И никто не проводил психологической или психиатрической экспертизы обоснованности помещения детей в стационары. В такой ситуации проведенную проверку нельзя считать полной и обоснованной.

На данный момент Санкт-Петербургская Гражданская комиссия по правам человека консультируется с юристами, с тем чтобы прояснить, какие еще действия можно предпринять для дальнейшего отстаивания прав сирот, проживающих в детском доме №10 Ростова-на-Дону.

22 июня 2011 г. на заседании Совета Национальной медицинской палаты под председательством Президента Палаты Л.М.Рошала Независимая психиатрическая ассоциация (НПА) России была единогласно принята в члены Палаты.

Помимо вопроса о членстве в Палате на заседании Совета НМП были рассмотрены и другие вопросы. Первостепенной важности можно считать вопрос о выработке Палатой единой позиции в отношении редакции ст. 70 законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан», которая регулирует деятельность профессиональных медицинских и фармацевтических общественных организаций. До начала заседания Госдумы по уточнению редакции данной статьи оставалось несколько часов, и Л.М.Рошаль предложил Совету и всем собравшимся в срочном порядке обсудить предложения Палаты по этому очень важному как для Палаты, так и для всех профессиональных медицинских организаций, вопросу.

Несколько раз в течение заседания слово предоставлялось приглашенному на заседание Совету НМП представителю НПА России – руководителю юридической службы Ю.Н.Аргуновой, высказавшей в ходе дискуссии критические замечания и предложения по ст. 70 законопроекта.

Члены Совета проголосовали за предложение Ю.Н.Аргуновой по дополнению перечня прав профессиональных медицинских общественных организаций правом участвовать в выработке решений органов государственной власти и органов местного самоуправления в порядке и объеме, предусмотренном законодательством. Это право записано, в частности, в Уставе НПА России.

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

«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

6

ПСИХИАТРИЯ И ПОЛИТИКА

Что такое Национальная медицинская палата?!

Другое предложение – о введении права организаций выступать с инициативами по вопросам общественной жизни, вносить предложения в органы государственной власти по вопросам, касающимся уставной деятельности организации, – поддержки не получило. Не стремясь, по-видимому, проявлять инициативу, вносить свои предложения, т. е. занимать активную позицию, члены Совета тем самым «поспособствовали» постановке заслона для таких действий со стороны тех профессиональных общественных объединений, которые компетентны в вопросах, по которым выдвигают свои предложения, и при этом не боятся этого делать, имея как положительный, так и отрицательный опыт.

Глубокое сожаление можно также выразить по поводу категоричного отказа членом Совета НМП включить в ст. 70 законопроекта право медицинских общественных организаций осуществлять защиту прав пациента, даже несмотря на то, что Ю.Н.Аргунова напомнила участникам заседания о большом вкладе в установление приоритета прав пациента Всемирной ме-

дицинской ассоциацией (ВМА), основанной еще в 1947 г. национальными медицинскими ассоциациями. Важнейшее значение и поныне имеют принятые ВМА Лиссабонская декларация прав пациента (1981 г.), Хельсинская декларация (1964 г. с последующими изменениями). Хорошо известны положительные результаты по защите прав граждан с психическими расстройствами НПА России, Уставом которой специально предусмотрен данный вид деятельности. Президент НМП Л.М.Рошаль, тем не менее отвергнувший предложение представителя НПА России на основании мнения большинства членом Совета Палаты, видимо, не помнит о своем интервью «Российской газете» (2010, 16 сентября), в котором он убеждал читателей, что НМП как новая общественная организация России «нацелена на защиту и врача, и пациента».

Ю.Н.Аргунова просила членом Совета Палаты не забывать, что обсуждаемая норма касается полномочий не сугубо НМП, а многочисленных медицинских общественных объединений. Но тщетно...

Разумеется, НПА России, как и другие, хотя и не многочисленные, профессиональные обще-

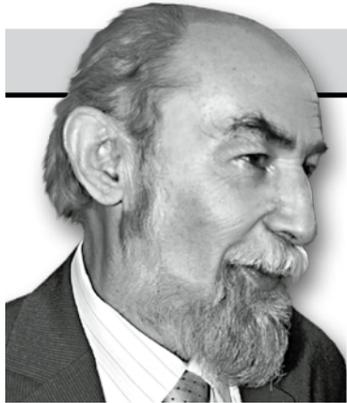
ственные организации, в Уставе которых записан данный вид деятельности, осуществлять действия по защите прав пациентов после принятия нового федерального закона не перестанет. В то же время позиция по данному вопросу профессионального медицинского сообщества в лице НМП весьма красноречива, о чем следует задуматься.

Указанные решения Совета НМП, однако, не единственное, что вызывает протест и возмущение, причем не только членом НПА России, но и некоторых других членом Палаты. Согласно предложенной редакции ст. 70 законопроекта под общероссийской профессиональной медицинской организацией отныне будет пониматься организация, которая объединяет региональные и (или) межрегиональные медицинские организации, созданные более чем в половине субъектов РФ и объединяющие более половины медицинских работников страны. То есть организация, образовавшаяся не путем объединения региональных организаций, а, наоборот, сформировавшая свои отделения в регионах, ставится вне закона. Такая позиция против-

речит ст. 30 Конституции РФ (о праве граждан на объединение), а также положениям ФЗ «Об общественных объединениях». Однако д-р Рошаль парировал указанные доводы, заявив, что он вообще против существования нескольких общественных организаций в рамках одной медицинской специальности; что достаточно одной организации, выражающей общее мнение, а остальным, «хоть это и будет для них неприятно, придется уйти». Он считает, что мнение врачей всех специальностей должна представлять единая НМП, и никакие многообразие, своеобразие и плюрализм мнений значения иметь не должны. Дело дошло до абсурда: не видя разницы и постоянно путая психиатров и психотерапевтов, д-р Рошаль выразил убеждение в том, что существование профессиональных объединений психиатров и отдельно психотерапевтов – результат того, что психиатры и психотерапевты «никак не могут между собой договориться».

Примечательно, что те доводы представителя НПА России, которые не были приняты членами Совета открыто, находили затем поддержку присутствовавших – не членом Совета, а также членом Совета, но уже шепотом в кулуарах.

Отрадно, что НПА России и Российская психотерапевтическая ассоциация действовали на заседании Совета НМП фактически в тандеме.



РЕПЛИКА

НПА + НПМ =

Комментарий президента НПА России к репортажу «Что такое Национальная медицинская палата?»

Ю. САВЕНКО

Полтора года назад мы обозначили основания крайне скептического отношения к возможности в современных российских условиях что-либо радикально изменить в системе здравоохранения. Это не удалось академику Андрею Ивановичу Воробьеву в ранге министра и в более благоприятных условиях.

ставителей различных медицинских обществ, но и узостью их общественно-политического кругозора, легковерием, отсутствием собственной «выношенной» позиции как таковой. Более того, коллеги-медики явно не понимают, что такое психиатрия, не слышали о двойном членстве в обоих обществах, и явно не знают проблематики тем «Власть и наука», «Власть и психиатрия», которые стоит вспомнить в связи с 60-летием Павловской сессии.

Наконец, известие о вступлении Национальной медицинской палаты в Объединенный народный фронт вызвало ощущение, что нас заочно, скопом, «женили», даже не извещая об этом, причем в нарушение одного из основных принципов нашего

Устава – быть вне политики. Что бы не говорили, всем ясно, что Фронт – проправительственная и, таким образом, политическая структура, а вступление в ряды Фронта целыми обществами и коллективами – советский стиль. В нашем уставе принципиально нет коллективного членства, только индивидуальное.

Вице-президент нашей Ассоциации проф. Б.Н.Пивень (Барнаул) прислал репортаж относительно обсуждения этого вопроса на Пленуме Правления РОП 16 июня, где он и ведущие фигуры РОП высказались против вступления Общества в Народный фронт. Такова же позиция трех других вице-президентов нашей Ассоциации – из Архангельска, Ростова-на-Дону и Владивостока.

В телефонном разговоре с Л.М.Рошалем я выяснил, что он лично – против, но обзвон членом НМП дал якобы единодушное согласие (в нашу Ассоциацию никто не звонил), и что премьер В.В. Путин уверил его, что, вступив во Фронт, НМП сможет внести любые изменения в законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», так как до думских слушаний еще три дня. «Я выдвинул, – сказал мне Рошаль, – такие условия, которые можно назвать ультиматумом...» Как будто ультиматум возможен авансом, как будто законопроект на 193-х страницах можно полноценно поправить в три дня, и как будто можно верить словам политиков, которые продают таким образом воздух – то, что каждому и без того положено. Достаточно сказать, что общественные организации привлекли к обсуждению только тогда, когда законопроект уже попал в Думу. Верить можно только делам, не выпрашивая, а требуя, не ослабляя позиции. Министр Т.А.Голикова не постеснялась заявить, что законопроект долго и тщательно обсуждался, и что это «самый пациенто-центрированный закон в истории России», хотя право медицинских объединений на защиту прав пациентов в 76-й ста-

ть этого законопроекта как раз отсутствует. Действительно, тексты статьи «Профессиональные медицинские и общественные объединения» на сайтах Госдумы (ст. 76) и Минздравсоцразвития (ст. 71) существенно отличаются: так, исчезли слова, полностью девальвировавшие все предоставляемые права, так как по первоначальному тексту эти права предоставлялись только тем общественным объединениям, которые «аккредитованы уполномоченным федеральным органом власти». Впрочем, нельзя исключить и того, что эта формулировка «вынырнет» снова в последний момент. Этот пример хорошо отражает общий дух подготовленного министерством законопроекта. Даже в последней редакции аттестация медицинских работников не передается в ведение научных обществ, как во всем мире, а они только «могут принимать участие» в этой деятельности.

Таковы наши «слуги закона» и «творцы русской демократии». Надо ли еще разяснять после сказанного, что Независимая психиатрическая ассоциация России не считает себя членом Народного фронта, более того, считает нелегитимным вступление в ряды Народного фронта Национальной медицинской палаты.

Но кризис здравоохранения, кризис министерства здравоохранения страны, единодушное возмущение политикой министерства на XIII съезде НПА России и XV съезде Российского общества психиатров (РОП), резкая резолюция НПА, такая же резолюция Пироговского съезда и, наконец, позиция и сама фигура Леонида Михайловича Рошала с его планом создания Национальной медицинской палаты (НПМ) обнадеживали. Выводы доклада о деятельности его комитета в Общественной палате, в которой он разочаровался, совпали с выводами НПА, а цели и задачи НПМ – с уставом Независимой психиатрической ассоциации. Поэтому мы, как и РОП, вступили в НМП.

Однако помещенный выше репортаж Ю.Н.Аргуновой поражает не только элементарной юридической неосведомленностью пред-

СМЕХ СКВОЗЬ СЛЕЗЫ

Чужой среди своих

Этюды о врачебном братстве

Как-то, в ходе одной из своих многочисленных поездок по бескрайним просторам нашей страны, нынешний премьер-министр заглянул во Владивосток, где, по традиции, совершил «хождение в массы» на предмет поинтересоваться, что волнует народ. Услышав о ряде вопиющих чиновничьих самоуправств, премьер несказанно удивился, сказав что-то вроде:

– Неужели? Я помню что распоряжение о решении этого вопроса я уже давно подписал, и оно уже должно действовать! На что ему ответствовали: – Так то у вас, в России, а у нас, здесь, все по-прежнему... Фраза эта поставила председателя правительства в тупик: – А вы что – не в России?

Откровенно говоря, мы давно привыкли к тому, что в разных уголках нашей страны «порядки» устроены по-разному, причем по большей части они ни кем не писаны, но всеми при этом исправно соблюдаются. Те, кто хотя бы раз, будучи в командировке или на отдыхе в другом российском регионе, сталкивался с необходимостью получить экстренную медицинскую помощь, меня поймут. Впрочем, на эту тему уже немало сказано в печати и по телевидению.

И вот, нам подвернулся случай еще раз проверить это на себе. Немаловажно, что история, о которой пойдет речь, приключилась «не с кем-то там», а с конкретным представителем системы здравоохранения (а уж он-то должен восприниматься в любом медучреждении как «свой») – профессором Ростовского госмедицинского университета А.О. Бухановским.

ЭТЮД 1. ОТДЫХАЕШЬ ТЫ, ОТДЫХАЕТ И ТВОЙ ИММУНИТЕТ

В этом году профессор Бухановский отдыхал в подмосковном отеле «Фореста Тропикана», что в 20 км от Москвы. По его собственному мнению, это замечательное место для отдыха: ухоженная территория, добротное меню, полный комфорт и чистый воздух. Но, как это часто бывает, когда человек во время «выпадает» из привычного напряженного ритма жизни, начинают напоминать о себе разные болячки, – организм «дает слабину». Так случилось и в этот раз.

Через несколько дней у Александра Олимпиевича неожиданно поднялась температура, начало побаливать сердце, появились проблемы с дыханием,

и в довершение еще и заболело горло... Что делать? Привычные в таких случаях методы самолече-

ния результата не дали. Становилось все хуже. Наконец, когда однажды ночью в очередной раз стало плохо, супруга Александра Олимпиевича вызвала «скорую».

Приехавший врач ничего серьезного не обнаружил и произвел, по словам Бухановского, «проходные назначения»: таблетки местного действия, полоскание и пр. Как добропорядочный больной Александр Олимпиевич строго выдерживал курс лечения, однако через три дня стало еще хуже. Медлить уже было нельзя. Требовалось комплексное обследование и оперативное принятие мер: дышать становилось все труднее, сердце болело все сильнее.

Наскоро собравшись, Бухановский сел за руль автомобиля и в сопровождении близких направился в ближайший населенный пункт, где могла находиться поликлиника или какая-либо диагностическая лаборатория. Таким населенным пунктом оказался небольшой подмосковный городок (название которого мы опустим) с чистыми, зелеными улицами и отлаженной инфраструктурой...

ЭТЮД 2. ГЛАС ВОПИЮЩЕГО В ПУСТЫНЕ

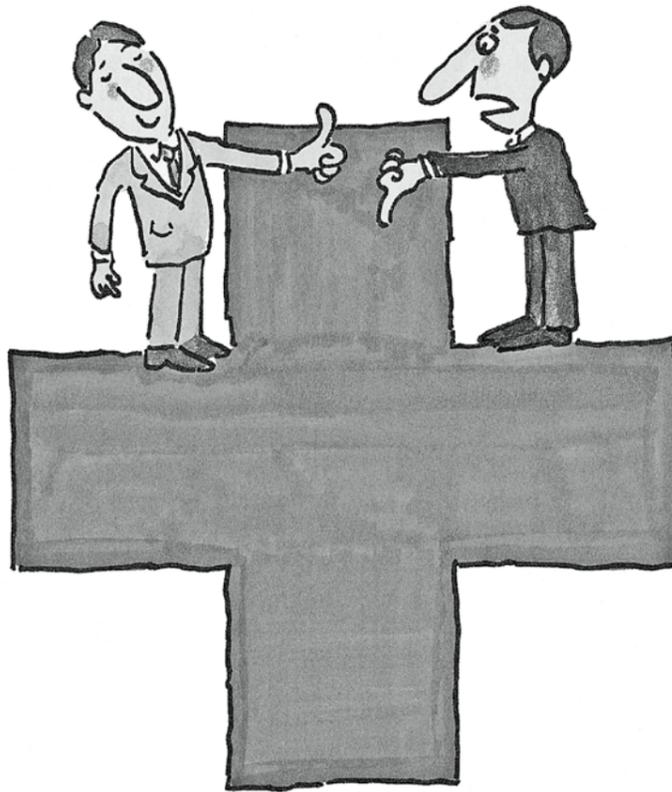
Местные жители подсказали, где находится ближайшее медучреждение, и вскоре Бухановский очутился перед входом в поликлинику.

Справедливости ради надо сказать, что внешний вид А.О. Бухановского в этот момент был далек от того, к которому привыкли его студенты, а также коллеги по цеху и пациенты его клиники. Одышка, трехдневная щетина, испарина (результат повышенной температуры, двухчасового изнурительного пребывания за рулем автомобиля и нескольких бессонных ночей) – таким представало перед работниками регистратуры отечественное светило в сфере психиатрии.

В регистратуре профессор коротко объяснил причину своего приезда и попросил оказать помощь в проведении исследования (ЭКГ и общий анализ крови). Дама в окошке участливо посмотрела на него и... попросила паспорт. Узнав, что местной регистрации у пациента нет, дама в белом халате процидила сквозь зубы:

– Ничем помочь не можем... Лечитесь по месту жительства...

Возмущаться у Александра Олимпиевича физических сил не было, поэтому он спросил в лоб:



– А на платной основе?
– А на платной основе мы не имеем права, – отрезала строгая мадам.
– Может быть, подскажете адрес ближайшей коммерческой диагностической лаборатории или медицинского центра? – настаивал профессор.
– Такой информацией не располагаем...

Обескураженный, Александр Олимпиевич вышел во двор к своим близким. Жена принялась убеждать его вернуться в отель. Но... не таков Бухановский, чтобы отступать перед бюрократическими барьерами! Его осенила светлая мысль: в городе наверняка должно быть и медицинское учреждение психиатрического профиля – и уж там-то ему точно должны помочь, посоветовать, поспособствовать. Еще бы – ведь он именитый ученый, автор монографий, несколько экземпляров одной из которых (о чудо!) лежат именно сейчас на заднем сидении его автомобиля; он участник многих конференций, часто мелькающий на телеэкране и в печати. И так – в путь.

ЭТЮД 3. «ЗДРАВСТВУЙТЕ, Я ВАША ТЕТЯ!»

Еще через час мытарств, автомобиль Бухановского подъехал к главному входу в местный психоневрологический диспансер.

Первым делом Александр Олимпиевич решил направиться к заместителю главного врача.

– По какому вопросу? – спросили его в регистратуре.

– По личному.
– В чем суть вопроса?
– Это я сообщу ему лично. Передайте, что к нему пришел профессор Бухановский.
– Подождите...

Через некоторое время Александра Олимпиевича пригласили в кабинет. Войдя, Бухановский представился:

– Я – Бухановский, врач-психиатр, завкафедрой психиатрии и наркологии Ростовского медуниверситета, член правления Российского общества психиатров и т.д. и т.п.

Затем профессор объяснил суть проблемы – срочно нужно снять электрокардиограмму и выполнить общий анализ крови.

– К сожалению, у нас лаборатории нет. А в остальном мы вам помочь ничем не можем, – ответила ему хозяйка кабинета, которая мимоходом дала понять, что о существовании профессора с фамилией Бухановский она и не подозревала. – А вы действительно психиатр?

Рассерженный Бухановский вышел в коридор.

– Не переживай, – успокаивала его жена, – может, лучше сразу пойти к главврачу, а не к его заместителю?

Ритуал представления секретарю главного врача был пройден и, наконец, Александра Олимпиевича пригласили в кабинет. Первыми словами, исходившими от и.о. главврача (сам руководитель диспансера в это время находился в отпуске), в адрес пожило-

го человека почему-то было не предложение присесть (хотя бы!), а сухой вопрос:

– Чем докажете?
– В смысле? – опешил Бухановский.

– Чем докажете, что вы – профессор и заведующий кафедрой?
– Вот мое удостоверение...

Последовала пауза, в продолжение которой оппонент изучала содержание «корочки».

– ... Тут нет вашей подписи и пометки о продлении...

– Вот моя книга. Здесь на последних страницах размещено мое фото с указанием всех регалий.

Снова пауза. Затем короткое резюме:

– Помочь не могу!
– Скажите, – пошел в атаку наш герой, – а кто у вас сейчас в Московской области главный психиатр?

– Мы относимся не к области, а к Москве, – торжественно заявил и.о.

– Так ваш начальник – Боря Цыганков..? – поинтересовался Бухановский.

– ...Вы его знаете? – опешило начальственное лицо.

– Более 25 лет дружим. Это один из моих самых близких друзей. А еще могу добавить, что его сын выступил соавтором моей, недавно вышедшей книги, которая у меня как раз с собой... И, хотя я принес ее вам в подарок, но наверное, от этого жеста все же воздержусь...

С этими словами профессор повернулся и вышел прочь. Молча спустился, сел в автомобиль и уехал обратно в отель.

Спустя три дня, когда стало плохо так, что терпеть более уже не представлялось возможным, было решено возвращаться в Ростов-на-Дону. Уже в Москве, в аэропорту Шереметьево, у Бухановского горлом пошел гной. Это было следствием разрыва загноившегося абсцесса (который, кстати, является реальной угрозой жизни).

Конечно, в Ростове-на-Дону Александра Олимпиевича ждал уже совсем другой прием. А в качестве «сухого остатка» от пребывания на отдыхе в памяти мэтра психиатрии осталась холодная реплика коллеги – «Ничем помочь не могу!» Такая, вот, с позволения сказать, профессиональная солидарность и врачебное братство.



ОТ РЕДАКЦИИ: Данный материал написан со слов учеников профессора Бухановского, который до сих пор не может поверить, что в психиатрическом сообществе такое равнодушие может иметь место.

ИЗВЕСТИЯ

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

выпуск
№ 5

ОФИЦИАЛЬНО

Ростовское заседание Президиума Правления Российского общества психиатров

Выездное заседание Президиума Правления РОП состоялось в рамках конференции «Психиатрия: быть или не быть?», проходившей 15–17 июня 2011 г. в Ростовском государственном медицинском университете.

На заседании были сделаны два доклада. Выступление профессора Н.Н.Петровой (Санкт-Петербург) «Подготовка специалистов в области психиатрии: проблемы и перспективы» было посвящено актуальным вопросам организации вузовского и последипломного образования. После обсуждения было решено создать рабочую группу из членов Правления для обобщения предложений профессиональной общественности по вопросам повышения качества образования в области психиатрии, психотерапии и наркологии.

Доклад профессора К.А.Идрисова (Чеченская Республика) «Психолого-психиатрическая помощь на различных этапах чрезвычайной ситуации» представлял соответствующий опыт психиатров Южного федерального округа и содержал предложение о создании регионального экспертно-консультативного Совета. Председатель Правления РОП профессор Н.Г.Незнанов (Санкт-Петербург) инфор-

мировал членов Президиума о предложении профессора Л.М.Рошала поддержать вхождение Национальной медицинской палаты, коллективным членом которой является РОП, в Объединенный народный фронт под председательством В.В.Путина. Было решено поддержать этот шаг с учетом возможностей для РОП в большей степени влиять на улучшение состояния психиатрической помощи.

Заместитель Председателя Правления РОП О.В.Лиманкин (Санкт-Петербург) сделал резюмирующее сообщение по нескольким вопросам повестки заседания Президиума: о первоочередных задачах организационной работы РОП, о комиссиях и секциях Правления, о юридической регистрации региональных отделений, о сайте и печатных изданиях РОП. По завершении заседания Президиума состоялась пресс-конференция для журналистов печатных СМИ и местного телевидения.

ДИСКУССИОННЫЙ ВОПРОС

К 2013 г. критерии диагностики психических заболеваний будут пересмотрены

Главная проблема, с которой сталкиваются исследователи сегодня: как отличить психическую болезнь от огромного спектра форм нормального человеческого поведения? Одной из основных тем дискуссий на одном из последних форумов Американской психиатрической ассоциации стали опасения того, что допол-

нение или сокращение кодекса психического здоровья без солидной научной базы может принести больше вреда, чем пользы (по данным *Los Angeles Times*).

Вот некоторые вопросы, стоящие перед авторами исследования в связи с возникновением «новых условий»: существует ли аффективное расстройство,

свойственное некоторым женщинам накануне менструации, является ли страсть к накоплению вещей болезнью мозга, может ли горе, вызванное потерей, перерасти в психическую болезнь?

Звучат предложения заменить слово «тревожность» на «обеспокоенность», а «пристрастие», «зависимость» и «злоупотребление

психоактивными веществами» – на «расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ».

По словам главы рабочей группы по выработке критериев (DSM-5) д-ра Дэвида Капфера, незначительное изменение лексики подчас может сделать какое-то расстройство гораздо более распространенным или гораздо более редким. Кроме того, из числа психических болезней может быть исключен *нарциссизм*.

Inopressa.ru

ЦИФРЫ И ФАКТЫ

Пятое место лучше второго

РОССИЯ ПОШЛА ПО ПУТИ ПРОГРЕССА, ПЕРЕМЕСТИВШИСЬ В СПИСКЕ ПО КОЛИЧЕСТВУ САМОУБИЙСТВ СО ВТОРОГО НА ПЯТОЕ МЕСТО



«До 2005 года мы были на втором месте по количеству суицидов на 100 тысяч населения, сейчас на четвертом-пятом месте. Этот прогресс говорит о том, что мы движемся в правильном направлении», – сообщил глава Центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Зураб Кекелидзе.

По словам З.Кекелидзе, в обществе изменилось отношение к самоубийствам, а врачи знают, как помочь, если у человека появились суицидальные мысли.

Ежегодно в мире растет число заболеваний депрессией, уже к 2020 г. этот недуг может стать вторым по нетрудоспособности, уступая первое место сердечно-сосудистым заболеваниям. Растет количество людей, страдающих от болезни Альцгеймера, что связано с увеличением продолжительности жизни и числа людей пожилого возраста.

«Каждый четвертый-пятый человек в мире страдает тем или иным психическим расстройством, а каждый второй может заболеть психическим заболеванием», – отмечает Зураб Кекелидзе.

GZTRU

Справочник «Психиатрия России»!

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В 2011-2012 гг. планируется подготовка двухтомного иллюстрированного издания «Психиатрия России». В данной книге предполагается каждому лечебному учреждению психиатрического профиля посвятить одну-две страницы.



Убедительная просьба предоставить информацию о вашем учреждении в соответствии с предлагаемыми параметрами:

1) Текст в формате «Word» (5300-5400 знаков с пробелами), содержащий краткие сведения об истории и современности больницы. Год основания. История ее возникновения. Главные врачи, внесшие существенный вклад в создание системы оказания психиатрической помощи в регионе, и годы их работы. Знаменательные и важные моменты истории медучреждения. Количество коек в настоящее время (стационар-

ных, дневного стационара, наличие принудительного лечения). Количество подразделений (отделений). Объем амбулаторной психиатрической (психотерапевтической помощи). Кадровый состав. Количество работающих сотрудников, количество врачей (из них высшей категории, заслуженных врачей и т.п.). Информация о научных исследованиях.

2) Фотографии (5 шт.) в электронном виде объемом не менее 300 Кб каждая (фото, с характеристиками, адаптированными для интернет-сайтов, не подходят!):

- а) внешний вид учреждения;
- б) коллективное фото адми-

нистрации учреждения (главный врач, заместители);

в) портретный план и Ф.И.О. руководителя;

г) памятный эпизод в жизни учреждения;

д) сотрудники за работой;

е) фото основателя больницы.

Просим Вас организовать подготовку материалов и направить их по эл. адресу: k_yahin@bk.ru. В сообщении укажите, пожалуйста, телефон, ФИО и должность лица, ответственного за подготовку материалов. Справки по телефону: 8 (843) 238-13-88.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА

Более 15 лет назад был принят Кодекс профессиональной этики психиатра. Горький опыт, которым богата история психиатрии, острая болезненность нынешней ситуации и тревожная неопределенность будущего заставляют вновь и вновь обращаться к глубинным истокам, нравственным основам профессии в надежде обрести устойчивость гуманистической позиции, сохранить верность врачебному долгу, отстаивать свою профессиональную независимость, честь и достоинство.

кой помощи заключать с ним имущественные сделки, использовать его труд в личных целях, вступать в интимную связь, пользуясь своим положением врача или психической несостоятельностью пациента.

Психиатр не вправе способствовать самоубийству пациента. Психиатр не вправе при-

КОДЕКС ПСИХИАТРА

Принят на Пленуме Правления Российского общества психиатров 19 апреля 1994 г.

Главной целью профессиональной деятельности психиатра является оказание психиатрической помощи

всякому, нуждающемуся в ней, а также содействие укреплению и защите психического здоровья населения.

Высшими ценностями для психиатра в его профессиональной деятельности являются здоровье и благо пациентов.

Психиатр должен быть постоянно готов оказать помощь пациентам независимо от их возраста, пола, расовой и национальной принадлежности, социального и материального положения, религиозных и политических убеждений или иных различий.

Любые проявления превосходства над пациентами, равно как и выражение кому-либо из них предпочтений по соображениям немедицинского характера, со стороны психиатра недопустимы.

Психиатр должен заботиться об охране психического здоровья населения; активно участвовать в развитии и повышении качества психиатрической помощи; привлекать внимание общественности и средств массовой информации к ее нуждам, достижениям и недостаткам; прилагать усилия к улучшению осведомленности и образованности общества в вопросах психиатрии.

Каждый психиатр несет моральную ответственность за деятельность психиатрического сообщества, представителем которого он является.

Профессиональная компетентность психиатра – его специальные знания и искусство врачевания – является необходимым условием психиатрической деятельности.

Психиатр должен постоянно совершенствоваться в своей профессии, используя все доступные источники медицинских знаний, возможности для научного поиска, собственный опыт и опыт своих коллег. Профессиональная компетентность дает психиатру моральное право самостоятельно принимать ответственные решения и осуществлять руководство другими специалистами и персоналом.

При возникновении затруднений в процессе оказания по-

мощи пациенту психиатр должен обратиться за консультацией к коллегам, а при аналогичном обращении коллег – оказывать им содействие.

Психиатр не вправе нарушать древнюю этическую заповедь врача: «Прежде всего не вредить!»

Недопустимо причинение вреда пациенту как намеренно, так и по небрежности, нанесение ему морального, физического или материального ущерба со стороны психиатра. Психиатр не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся причинить пациенту такой ущерб.

Если обследование или лечение сопряжены с побочными эффектами, болевыми ощущениями, возможными осложнениями, применением мер принуждения, другими негативными для пациента явлениями, психиатр обязан тщательно сопоставить риск нанесения ущерба с ожидаемым положительным результатом.

Психиатрическое вмешательство может быть морально оправдано только тогда, когда реально достижимая польза пациенту от такого вмешательства перевешивает возможные негативные последствия: «Лекарство не должно быть горше болезни!»

Всякое злоупотребление психиатром своими знаниями и положением врача несовместимо с профессиональной этикой.

Психиатр не вправе использовать свои профессиональные знания и возможности вопреки медицинским интересам или с целью искажения истины; без достаточных оснований и необходимости применять медицинские меры или отказывать в психиатрической помощи тем, кому она необходима.

Психиатр не вправе навязывать пациенту свои философские, религиозные, политические взгляды. Личные предубеждения психиатра или иные профессиональные мотивы не должны оказывать воздействие на диагностику и лечение. Диагноз психического расстройства не может основываться только на несовпадении взглядов и убеждений человека с принятыми в обществе.

Психиатр не вправе при оказании пациенту психиатричес-

менять медицинские методы и средства с целью наказания пациента, для удобства персонала или других лиц, а также участвовать в пытках, казнях, иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми.

Моральная обязанность психиатра – уважать свободу и независимость личности пациента, его честь и достоинство, заботиться о соблюдении его прав и законных интересов.

Унижение психиатром человеческого достоинства пациента, негуманное, немилосердное отношение к нему являются грубейшими нарушениями профессиональной этики.

Психиатр обязан проявлять максимальную деликатность в отношении личной жизни пациента, не вторгаться в эту сферу без его согласия, а в случаях, требующих по медицинским показаниям установления контроля за поведением пациента, ограничивать свое вмешательство рамками профессиональной необходимости; в таких случаях следует сообщать пациенту о причинах и характере предпринимаемых мер.

Психиатр должен оказывать помощь пациентам в условиях наименьшего стеснения их свободы, способствовать формированию у них чувства ответственности за свои поступки.

При возникновении конфликта интересов психиатр должен отдавать предпочтение интересам пациента, если только их реализация не причинит пациенту серьезного ущерба и не будет угрожать правам других лиц.

Психиатр должен стремиться к установлению с пациентом «терапевтического сотрудничества», основанного на взаимном согласии, доверии, правдивости и взаимной ответственности.

Если психическое состояние пациента исключает возможность таких отношений, они устанавливаются с его законным представителем, родственником или другим близким лицом, действующим в интересах пациента. В случае установления отношений, не имеющих целью лечение, например при производстве экспертизы, их цель и характер должны быть разъяснены обследуемому в полном объеме.

(Окончание на стр. 10)



С давних пор и до наших дней этика была и остается органичной частью медицины. Под профессионализмом в медицине всегда понималось сочетание специальных знаний и искусства врачевания с высокой нравственностью.

Наиболее значима роль этики в профессиональной деятельности психиатра, что обусловлено особым характером его взаимоотношений с пациентом и спецификой возникающих при этом моральных проблем.

Поскольку психиатрия располагает средствами воздействия на психику человека, она является объектом пристального внимания со стороны общества. И хотя психиатр, как и любой врач, в своих действиях руководствуется чувством сострадания, доброжелательности, милосердия, существует необходимость письменного закрепления общепринятых правил профессиональной психиатрической этики.

Данный Кодекс основан на гуманистических традициях отечественной психиатрии, фундаментальных принципах защиты прав и свобод человека и гражданина и составлен с учетом этических стандартов, признанных международным профессиональным сообществом.

Назначение Кодекса состоит в том, чтобы обозначить нравственные ориентиры, дать психиатрам «ключи» к принятию решений в сложных (с этической, правовой и медицинской точек зрения) проблемных ситуациях, свести к минимуму риск совершения ошибок, защитить психиатров от возможных неправомерных к ним претензий. Кодекс призван также способствовать консолидации профессионального сообщества психиатров России.

■ По подушевым расходам бюджета на здравоохранение Россия занимает 55-60-е место в мире.

■ По эффективности системы здравоохранения – 130-е место.

■ Неудовлетворенность населения и врачей системой здравоохранения России составляет более 60%.

НАСУЩНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

1. Законы устарели и отстали от жизни.
2. Нет единой системы охраны здоровья.
3. Несбалансированы госгарантии и финансовые ресурсы оказания бесплатной медпомощи, преимущественно финансируется стационарная помощь, нарастает объем платных услуг.
4. Нет налогового стимулирования инвестиций в здравоохранение для физических и юридических лиц, что не позволяет легализовать платежи.
5. Низкая мотивация руководителей и работников к улучшению качества, а страховщиков – к обеспечению интересов граждан.
6. Резкие различия доступности и качества медпомощи между субъектами РФ, муниципалитетами, в городе и на селе, среди бедных и богатых.
7. Нет единого информпространства (отсутствует реестр застрахованных, больных, мощностей, лекарств, телемедицины и др.)
8. Неразвиты общественные институты контроля за системой здравоохранения.
9. Минимально личное участие граждан в сохранении собственного здоровья. Нет эффективной системы пропаганды и стимулирования здорового образа жизни.
10. Не развито государственно-частное партнерство.
11. Отсутствует ответственность властей за состояние здоровья населения.

ВНИМАНИЕ!

28 сентября – 1 октября

в г. Суздаль под эгидой Российского общества психиатров состоится

ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В программе: лекции известных российских и зарубежных ученых, а также семинары, круглые столы, тренинги и сателлитные симпозиумы под руководством и с участием ведущих специалистов в области охраны психического здоровья.

Организаторы: Российское общество психиатров, Московский НИИ психиатрии Росздрава, Департамент здравоохранения Владимирской области.

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ, ТЕЛ. 963-14-13

8 916 675 82 07 (Людмила Николаевна Горобец) 8 916 391 56 25 (Яков Анатольевич Кочетков)

Анализ крови и болезнь Альцгеймера

Учеными из Института Скриппса (США) разработан новый метод, способный обнаруживать присутствие иммунных молекул, характерных для болезни Альцгеймера, в образцах крови больных. Хотя полученные учеными данные носят пока предварительный характер, они доказывают, что этот революционный метод может быть использован для разработки биомаркеров для целого ряда заболеваний.

Исследование было проведено под руководством профессора Томаса Кодадека, его результаты опубликованы в журнале *Cell*. Суть исследования заключается в том, что для обнаружения антител-биомаркеров необходимы антителы – вещества, такие как белки вирусов или бактерий, стимулирующие иммунный ответ. Ранее не существовало способа выявить антитело (тип адресной иммунной молекулы) без знания антигена, вызывающего его выработку. Однако новое исследование опровергает традиционные взгляды и позволяет успешно обнаруживать признаки заболевания в образцах крови пациентов, используя вместо антигенов синтетические молекулы – пептиды.

Эти синтетические соединения имеют много преимуществ – их можно легко модифицировать и быстро производить в относительно больших количествах при низкой себестоимости.

– Д-р Кодадек использовал новый подход для выявления антител-биомаркеров заболевания человека, который позволяет обойти традиционный, но трудный шаг по выявлению естественных антигенов или антигенных имитаций, – комментирует исследование д-р философии и медицины Джеймс Андерсон, директор отдела координации, планирования и стратегических инициатив Национального института здравоохранения США, финансировавшего большую часть этой работы. – *Результаты, описанные в статье, демонстрируют большие возможности этого подхода для быстрой разработки диагностических биомаркеров для целого ряда серьезных заболеваний.*

– Это исследование кладет конец представлению о том, что единственным способом выявить потенциально полезное антитело в образце крови является использование специфического антигена, – говорит сам Т. Кодадек. – *Так как проблема выявления антигена оказалась очень трудной, мы решили изъять его из уравнения.*

(Окончание на стр. 11)



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА

(Окончание. Начало на стр. 9)

Психиатр обязан обсуждать с пациентом проблемы его психического здоровья, предлагаемый план обследования и лечения, преимущества и недостатки соответствующих медицинских методов и средств, не скрывая от пациента характера побочных эффектов и осложнений, если вероятность их появления существенна. При этом психиатру следует избегать причинения пациенту психической травмы и стараться вселить надежду на лучшее.

Психиатр не должен обещать пациенту невыполнимого и обязан выполнять обещанное. Его задача – привлекать пациента в качестве союзника для достижения здоровья и благополучия.

Психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации.

Никакое психиатрическое вмешательство не может быть произведено против или независимо от воли пациента, за исключением случаев, когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент лишается способности решать, что является для него благом, и когда без такого вмешательства с высокой вероятностью может последовать серьезный ущерб самому пациенту или окружающим. Применение психиатром в этих случаях к пациенту недобровольных мер необходимо и морально оправдано, но допустимо лишь в пределах, которые определяются наличием такой необходимости.

Отсутствие законных оснований для применения недобровольных мер к пациенту, психическое состояние которого вызывает у психиатра опасения, не освобождает психиатра от моральной обязанности искать другие возможности и действовать ненасильственным путем. Отказ такого пациента от психиатрической помощи остается на совести врача.

В особых случаях, когда на психиатра возлагается обязанность осуществления принудительного обследования или иных принудительных психиатрических мер по решению суда или иного уполномоченного на то органа, психиатр может осуществлять эти меры только в строгом соответствии с требованиями закона. Если же психиатр считает, что для применения принудительных мер отсутствуют медицинские показания, то его моральный долг – сообщить об этом органу, принявшему соответствующее решение.

Психиатр не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну, включая сам факт оказа-

КОДЕКС ПСИХИАТРА



ния психиатрической помощи. Психиатр не вправе без такого разрешения разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, если они были получены им от другого врача, из медицинских документов или иных источников. Смерть пациента не освобождает психиатра от обязанности сохранения врачебной тайны. Психиатр вправе сообщать третьим лицам сведения, составляющие врачебную тайну, независимо от согласия пациента или его законного представителя только в случаях, предусмотренных законом, и в случаях, когда у психиатра нет иной возможности предотвратить причинение серьезного ущерба самому пациенту или окружающим. При этом психиатру следует по возможности ставить пациента в известность о неизбежности раскрытия информации.

При проведении научных исследований или испытаний новых медицинских методов и средств с участием пациентов должны быть заранее определены границы допустимости и условия их проведения путем тщательного взвешивания риска причинения ущерба пациенту и вероятности достижения положительного эффекта. Психиатр-исследователь обязан руководствоваться приоритетом блага пациента над общественной пользой и научными интересами.

Испытания и эксперименты могут проводиться лишь при условии получения согласия пациента или его законного представителя после сообщения необходимой информации, а также по иным установленным законом правилам.

Психиатр-исследователь обязан соблюдать право пациента на отказ от участия в исследовательской программе на любом ее этапе и по любым мотивам. Этот отказ ни в коей мере не должен отрицательно влиять на отношение к пациенту и оказание ему психиатрической помощи.

Аналогичные этические требования с гарантиями сохранения врачебной тайны и уважения достоинства пациентов должны предъявляться и при их представлении на научных собраниях и участии в учебном процессе.

Моральное право и долг психиатра – отстаивать свою профессиональную независимость.

Оказывая медицинскую помощь, участвуя в комиссиях и консультациях, выступая в роли эксперта, психиатр обязан открыто заявлять о своей позиции, защищать свою точку зрения, а при попытках давления на него – требовать юридической и общественной защиты.

Психиатр должен отказаться от сотрудничества с представителями пациентов или иными лицами, если они добиваются от него действий, противоречащих этическим принципам или закону.

Право психиатра отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе, способностью признавать и исправлять собственные ошибки, обнаруженные коллегами или самостоятельно.

Во взаимоотношениях с коллегами главными этическими основаниями служат честность, справедливость, порядочность, уважение к их знаниям и опыту, а также готовность передать свои профессиональные знания и опыт.

Психиатр обязан делать все от него зависящее для консолидации профессионального сообщества, руководствуясь нравственными принципами, защищать честь и достоинство коллег как свои собственные.

Долг психиатра – беспристрастно анализировать как собственные ошибки, так и ошибки своих коллег. Выражение несогласия с их мнениями и действиями или критика в их адрес должны быть объективными, аргументированными и не оскорбительными. Психиатр должен избегать отрицательных высказываний о работе коллег в присутствии пациентов или их родственников, за исключением случаев, связанных с обжалованием действий врача. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег не этичны.

Моральная обязанность психиатра – активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, как и различного рода непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

Ответственность за нарушение Кодекса профессиональной этики психиатра определяется Уставом Российского общества психиатров.

ИССЛЕДОВАНИЯ

АНТИДЕПРЕССАНТЫ КАК ЛЕКАРСТВО ПРОТИВ СИНДРОМА АЛЬЦГЕЙМЕРА

Исследователи получили многообещающие данные, согласно которым некоторые антидепрессанты снижают вероятность образования в мозге амилоидных бляшек, считающихся одним из главных симптомов болезни Альцгеймера (БА).

Одни из самых популярных антидепрессантов, так называемые селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, могут успешно противостоять развитию болезни Альцгеймера (БА). Об этом пишут в журнале *PNAS* исследователи из Вашингтонского университета в Сент-Луисе. Ученые подчеркивают предварительность полученных данных.

Характернейшим признаком БА является образование амилоидных бляшек из белка бета-амилоида. Молекулы бета-амилоида, слипаясь, образуют нерастворимые амилоидные отложения, приводящие к гибели нейронов. Исследователи вводили три вида антидепрессантов мышам, у которых искусственным образом была повышена продукция бета-амилоида. Каждое из лекарств увеличивало уровень серотонина в мозгу. После первой же инъекции отмечалось падение уровня бета-амилоида в межклеточной жидкости в мозгу грызунов, а через день содержание опасного белка сокращалось на четверть.

Для подтверждения результатов исследователи сравнили состояние головного мозга у 186 пожилых людей. Хотя добровольцы находились в ясном сознании, у всех были обнаружены амилоидные бляшки, предвещающие БА. Но при этом у 52 испытуемых, которые последние пять лет принимали антидепрессанты указанной группы, зловещих амилоидных образований в мозгу было в полтора раза меньше. Плотность амилоидных бляшек находилась в четкой обратной зависимости от длительности приема лекарства: чем дольше человек пользовался препаратом, тем здоровее выглядел его мозг.

МАЛЫЕ ДОЗЫ ГИДРОКОРТИЗОНА МОГУТ УМЕНЬШАТЬ РИСК ПТСР

Раннее назначение небольших доз гидрокортизона после экстремальных психотравмирующих ситуаций могут уменьшить риск возникновения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Такие результаты были представлены на заседании Американского психосоматического общества на основании проведенного исследования.

Двойное рандомизированное, слепое, плацебо-контролируемое исследование, проведенное исследователями из Кентского государственного университета, показало, что у пациентов, которые начали получать 20 мг гидрокортизона два раза в день, в течение 12 часов после психотравмирующего события, отмечались значительно меньшие симптомы ПТСР, чем у пациентов в группе плацебо, как через один, так и через три месяца.

— Эти результаты позволяют предварительно предположить эффективность гидрокортизона в качестве одного из средств у лиц, перенесших психотравму, — отмечается в отчете о проведенном исследовании.

Курс терапии гидрокортизоном длился в течение 10 дней. Участники исследования пострадали от разных ситуаций, в том числе от дорожно-транспортных происшествий, падений, и разбойных нападений. Сравнение групп пациентов проводилось на основании шкалы CAPS.

Результаты данного исследования признаны обнадеживающими. В дальнейшем, возможно, будет проведен ряд других исследований, с целью подтвердить полученные результаты, а также определить оптимальный курс и дозировку препарата.

При работе с детьми особое значение имеет семейная психотерапия, также полезно привлекать к помощи воспитателей, учителей и социальных работников.

Возможно использование медикаментов для улучшения качества жизни пациента в момент прохождения психотерапии и лечения сопутствующих расстройств, таких как депрессия, паническое расстройство и др. В первую очередь используются антидепрессанты СИОЗС. Имеются данные об эффективности антипсихотиков при ПТСР.

Госпитализация в стационар необходима лишь при опасности суицида, убийства и при наличии тяжелых сопутствующих психических расстройств — депрессии, злоупотреблении психоактивными веществами.

(Окончание на стр. 14)

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Нюансы диагностики и лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

Н. ЛЮБИМОВА

ПТСР — это психическое расстройство, запускаемое внешним, крайне сильным тревожным событием, в отличие от многих других психических расстройств. Это состояние, когда вы не можете остановить болезненные воспоминания о пережитых беспомощности и ужасе, возникших в ситуации, связанной с серьезными травмами, смертью или угрозой физической неприкосновенности личности.

Обычно диагноз выносит врач-психиатр или врач-психотерапевт. Врачи первичного звена (терапевты) не имеют этой подготовки и могут лишь предположить наличие психического расстройства, но не определить его однозначно.

Было проведено исследование, показавшее что почти половина пациентов, обратившихся за первичной медицинской помощью,

не получали необходимого лечения, а тем, кто получал, не был установлен диагноз ПТСР, и терапевты лечили депрессию и другие расстройства самостоятельно.

ЧТО ВЛИЯЕТ НА РАЗВИТИЕ ПТСР?

Исследователи выявили три фактора, сочетание которых увеличивает уязвимость для развития ПТСР:

- чем сильнее травмирующее событие, чем ближе человек к нему находится и чем дольше его воздействие, тем выше риск травмы;
- история человека до события — наличие психических расстройств до травмы, история его семьи и т.д.
- посттравматические факторы — доступность социальной поддержки, появление избегания, оцепенения или постоянного переживания травмы.

Хотя терроризм может вызвать ПТСР, но большинство людей справляются с переживаниями, и хотя и будут вспоминать об этом событии, конечно, но продолжают жить своей обычной жизнью.

КАКОВЫ СИМПТОМЫ ПТСР?

Основные симптомы — это «флешбэки» (воспоминания), эмоциональная отчужденность и нервозность.

Флешбэк — воспоминание о травмировавшей ситуации с поведением «как было тогда» в ответ на небольшой стимул, похожий на ситуацию «тогда». Возражение и бегство от хлопка, если в человека стреляли, отшатывание от мужчины с запахом, как у совершившего сексуальное насилие и т.д. и т.п. Это может происходить и в ночных кошмарах, и наяву. Воспоминания могут быть настолько сильными, что человек как бы продолжает жить в той реальности, особенно если стресс был долгим. У детей флешбэк может проявляться в игре — в постоянном проигрывании травмировавшей ситуации.

Эмоциональная отчужденность. Этот симптом не так заметен окружающим, как предыдущий, но очень ощутим для самого человека с ПТСР. Его эмоциональные силы истощены, он утомлен, как бы высушен, выжат эмоционально. Он избегает мест, событий, деятельности, людей, связанных с травматическим событием. Ему тяжело быть долгое время любящим и заботливым. Люди с ПТСР часто отдаляются от других, они категорически не хотят говорить о травмировавшем их событии,

Родители, которые эмоционально отчуждены, могут не справляться с воспитанием детей. Дети же, в свою очередь, могут не устанавливать социальных контактов, могут испытывать трудности в формировании близкой привязанности.

Нервозности. Человек может испугаться любого неожиданного шума. Но человек с ПТСР от такого простого шум может «выпрыгнуть из кожи». Могут быть трудности с концентрацией внимания, невозможность сосредоточиться. Человек с ПТСР может ходить,

озираясь по сторонам (проявление гипербдительности). Часты проблемы со сном — трудности с засыпанием, раннее пробуждение, характерны ночные кошмары.

КОГДА ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ?

Многие люди после аварии или сексуального насилия могут иметь отдельные эти симптомы, но быстро оправятся от стресса и все пройдет, — иногда речь может идти об остром стрессовом расстройстве, которое длится не больше месяца.

Если в течение месяца эти проявления не проходят, усиливаются, мешают вам работать и вести обычный образ жизни — надо обязательно обращаться к психиатру или врачу-психотерапевту.

ВСЕГДА ЛИ ПТСР ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ СРАЗУ?

Симптомы ПТСР могут возникнуть спустя недели, месяцы, годы. У некоторых ветеранов войны ПТСР возникло в период пенсии, спустя 50 лет после войны! Из-за депрессии они не могли даже близким говорить о событиях тех дней, когда вернулись с фронта. Спустя годы, выполнив обязательства, вырастив детей, выйдя на пенсию, они стали переживать флешбэки, возвращающие их в период войны.

КАК ЛЕЧИТСЯ ПТСР?

На ранних этапах может быть полезна когнитивная психотерапия, в ходе которой специально обученный психолог или психотерапевт разговаривает с пациентом о травме и поддерживает эмоционально. Очень важна работа с мыслями, чувствами в связи с травмой.

Терапия «Десенсибилизация и переработка движениями глаз» (ДПДГ) на сегодняшний день считается терапией первой линии при ПТСР.

Также полезна групповая психотерапия, психодинамическо-ориентированная психотерапия будет особенно полезна если ПТСР было вызвано раннее имевшим место физическим или сексуальным насилием

Очень полезной может быть семейная психотерапия. В связи с эмоциональной отчужденностью и гипербдительностью у людей с ПТСР возникают проблемы в общении с их близкими. Другим членам семьи может быть трудно общаться с человеком с ПТСР — могут возникать протест, гнев, страх и отчужденность, и другие трудности. Иногда нарушения сна и злоупотребление спиртным может возникнуть у членов семьи.

Многие люди имеют опыт травматических событий: транспортные аварии, насилие в семье, сексуальное насилие, стихийные бедствия, террористические акты... Примерно 1 из 10 человек, подвергшихся травматическому событию, может иметь ПТСР. Кроме того, с учетом информационного давления, оказываемого средствами массовой информации, в ситуацию ПТСР могут быть вовлечены люди, которые не принимали непосредственного участия в трагических событиях, но сильно реагировали на него. ПТСР может развиваться как у мужчин, так и у женщин и даже детей.

КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПТСР У ДЕТЕЙ?

Возникновение ПТСР у ребенка может существенно повлиять на его дальнейшее психологическое развитие.

Признаки и симптомы посттравматического стрессового расстройства у детей (по данным Американского Национального центра по ПТСР):

1. Дети младшего возраста (1-6 лет):

- бессилие и пассивность, отсутствие обычных реакций;
- генерализованный страх;
- повышенная возбудимость и несобранность;
- познавательная путаница;
- сложность говорить об этом событии;
- сложность определять чувства;
- ночные кошмары, другие нарушения сна;
- страх расставания и цепляние за уход;
- регрессивные симптомы (например, возвращение ночного недержания мочи, потеря речи, двигательных навыков);
- неспособность понять смерть как неизбежность;
- тревога, мысли о смерти;
- соматические симптомы (такие как боли в животе, головные боли);
- вздрагивание в ответ на громкие звуки;
- замораживание (внезапная неподвижность);
- суетливость, нехарактерный плач;
- избегание или тревога в ответ на конкретные стимулы, специфически связанные с травмой, включая виденное и физические ощущения.

2. Дети школьного возраста (6-11 лет):

- чувство ответственности и вины;
- повторяющаяся травматическая игра;
- чувство тревоги при напоминании о событии;
- ночные кошмары, другие нарушения сна;
- обеспокоенность по поводу безопасности, озабоченность угрозой;
- агрессивное поведение, вспышки гнева;
- страх чувств, травмы;
- пристальное внимание к тревоги родителей;
- уклонение от школы;
- тревога / забота о других;
- поведенческие, эмоциональные, личностные изменения;
- соматические симптомы (жалобы на телесные боли);
- очевидные тревога / страх;
- уход;
- конкретные, связанные с травмой, страхи, общие страхи;
- возрастной регресс (ведет себя как младший ребенок);
- тревога разлуки;
- потеря интереса к деятельности;
- путаница, недостаточное понимание травматических событий;
- отсутствие четкого понимания смерти, причины «плохих» событий;
- пробы в недостатке понимания заполняются магическими объяснениями;
- потеря способности к концентрации в школе, снижение успеваемости;
- странное или необычное поведение.

3. Подростки (12-18 лет):

- эгоистичность;
- опасные для жизни инсценировки;
- бунт дома или в школе;
- резкие изменения в отношениях;
- депрессия, избегание общения;
- снижение успеваемости в школе;
- попытка отдалиться и защититься от чувств стыда, вины, унижения;
- чрезмерная активность с другими людьми, или отступление от других в целях урегулирования внутреннего конфликта;
- склонность к несчастным случаям;
- желание мести, активность, связанная с ответом на травму;
- нарушения сна и питания, в том числе ночные кошмары.

Худошавые дивы шагают по подиумам всего мира, и вот итог: 32% тинэйджеров женского пола в просвещенной Великобритании желают стать моделями. Что уж говорить о более бедных и менее просвещенных странах! Недоучкам кажется, что такая «профессия» – наикратчайший путь к беззаботной, полной развлечений жизни. А что? Научиться «правильному» хождению гораздо проще, чем поступить в престижный университет, который еще и предстоит с немалыми трудами окончить. Еще важнее, что манекенщица – персона публичная, демонстрирующая свой «товар» лицом. Отсюда вывод: поклонники из числа миллионеров мигом найдутся, и после развеселого бракосочетания с тугим кошельком жизненный план можно будет считать выполненным.

Рвутся к такой судьбе миллионы, сбываются мечты лишь у единиц, но те и другие примерно одинаково истязают себя диетами и физическими упражнениями. В пубертатный период ужас перед жировыми отложениями нередко оборачивается анорексией – ненормальным снижением аппетита: «орексис» (ὄρεξις) по-гречески «аппетит». Девушка отказывается от пищи даже в состоянии истощения, и порой начинающая «звезда вихляющей поступи» доводит себя до крайней степени истощения. По-



НАУКА И ПРАКТИКА

Против нервной анорексии

А. ЧЕРНИЦКИЙ

Средневековые художники тщательно выписывали бугорки целлюлитных отложений и даже «сальные блямбы» на бедрах красавиц минувшей эпохи. В пору, когда голодоморы были привычным явлением, жирные складки свидетельствовали о достатке. Но в обществе всеобщей сытости – обществе потребления – эталоном красоты стало стройное длинноногое создание с узкой талией.

сле ряда тяжелых случаев в ряде стран появились ограничения как по доступу на показы изможденных моделей, так и по производству одежды для «швабр».

Анорексия чревата аменореей (ἀ – «не», μήν – «месяц», ρέω – «теку») – отсутствием менструаций, что является симптомом грозного сбоя в детородном механизме. Особенно предрасположены к анорексии дочери упитанных женщин: девочки отчаянно не желают обзаводиться фигурами своих матерей. Распространенный слу-

чай анорексии – ежедневный отказ от еды позднее 18.00. Если учесть, что девочка завтракает в 8.00 перед школой, образуется аномальный 14-часовой разрыв в питании.

Такого рода разновидность анорексии не лечится медикаментами, поскольку вызывается психологическими причинами. Сейчас в стране наблюдается острый недостаток психотерапевтов, которые умеют справиться с этой проблемой (еще в 1930-х гг. отечественная психология, скованная идеологией, превратилась в лженауку).

Девочка превращается в девушку, сама осознает, что ест недостаточно, но ничего не может с собой поделать: в ее голове словно установлен ограничитель, не позволяющий прикоснуться к куску после определенного момента времени.

Психотерапевту предстоит заменить такой запретительный «блок» другим – разрешительным. Задача тем более сложная, что такие пациенты зачастую изнуряют себя еще и ежедневными тренировками в тренажерных залах, где сгоняют «лишний» вес, хотя уже сгонять-то нечего – кожа да кости. Но здесь у психотерапевта появляются два союзника: железная логика и девичья страсть к романтике.

Очередной пациентке объявили, что она получит две «мантры»: одна поможет тренироваться не чаще, чем через день, а другая позволит кушать позже 18.00. Настоящие мантры тут, конечно, ни при чем. В переводе с санскрита «мантра» означает «сокровенное речение». Так называется короткая магическая формула, иногда уместающаяся в один слог, которая возникла в обрядах индуистских жрецов и близка шаманским заклинаниям.

В брахманизме и буддизме важен не смысл, а звучание мантры, которую определяет для каждого новообращенного его гуру: якобы при многократном повторении мантры про себя, а лучше вслух, исчезает страх и вообще улучшается душевное состояние. Но в психотерапии превалирует именно содержание «мантры» – она должна неопровержимо доказывать девушке и вредность частых тренировок, и безопасность вечернего приема пищи.

«Мантра на спорт» выглядит примерно так: «Ежедневные тренировки характерны для большого спорта. Известно, что профессиональные спортсмены имеют проблемы со здоровьем и рано умирают. Надеюсь, тебя не привлекает такая перспектива. Чтобы поддерживать хорошую фигуру, походку, осанку, достаточно ходить на фитнес два или три раза в неделю. Повторяй себе это почаще».

«Мантра на еду» может быть такой: «Допустим, произошло самое ужасное – ты поправились оттого, что стала ужиматься. Однако многое ли изменилось? Интеллектуально ты осталась прежней, родные и близкие любят тебя ничуть не меньше, правда? Помнишь, твоя сестра тоже была пухленькой? Она не только не переживала по этому поводу, но именно в то время познакомилась со своим женихом. А ты терзала свой организм и не сможешь родить ребенка. Вместо отказа от еды замени спагетти и картошку овощами, а пирожки – рыбой. Заучи наизусть то, что ты сейчас услышала и повторяй их всякий раз перед ужином».

Обе эти «мантры», как правило, начинают приносить плоды стремительно, буквально на следующий день. Конечно, составлению «мантр» должна предшествовать предварительная встреча с пациенткой, в ходе которой надо подробно расспросить ее о женщинах из ее семьи. Тогда-то обычно и выясняется, что старшая сестра еще до замужества поправилась, да и мама отличалась некоторой полнотой. Как раз такие примеры и вызывают патологический страх перед пищей и гонят в спортзал с такой силой, что без посторонней помощи перед «лишней» тренировкой никак не устоять.

Разумеется, «усвояемость» психотерапевтических внушений сильно зависит от конкретного человека, так называемого суггеренда: латинское *suggero* переводится как «внушаю» или «советую».

Суггестивность (внушаемость) у людей очень разная. В общем виде можно принять, что, чем слабее изопрен интеллект, тем выше суггестивность. Так, приобретая на рынке развесной табак, современные российские крестьяне с легкостью допускают повышенную крепость продукта в мешке справа от продавщицы и верят в легкость продукта в мешке слева, хотя один и тот же табак был рассыпан в два мешка для создания «ассортиментного ряда».

Однако не забудем, что речь сейчас идет об анорексии подростков – людей еще крайне незрелых и потому привычно подчиняющихся взрослым. Как правило, подростковой суггестивности вполне достаточно для результативной работы психолога.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Нюансы диагностики и лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)



(Окончание. Начало на стр. 13)

НУЖНО ЛИ ГОВОРИТЬ О НЕПРИЯТНЫХ СОБЫТИЯХ, ВЫЗВАВШИХ ТРАВМУ?

Нужно! Причем не раз и не два. Знание – лучший способ борьбы с ПТСР, поэтому консультанты – психологи и психотерапевты – помогают человеку начать говорить о травме, чтобы совладать со всеми чувствами и мыслями на ранних этапах и справиться с ПТСР в дальнейшем. Попытка «не думать об этом» может привести к усугублению ПТСР.

КАКОВ ПРОГНОЗ ПРИ ПТСР?

Сложно определить прогноз при ПТСР, так как весьма раз-

ные условия возникновения и развития расстройства. Некоторые люди, не получая помощь, восстанавливаются сами в течение года, иногда, даже несмотря на лечение, пациент совершает суицид. По данным исследований, у пациентов с ПТСР, которые получают лечение, средняя продолжительность симптомов заболевания в два раза ниже, чем у тех пациентов, которые не получают лечения вовсе. Около трети пациентов не восстанавливаются после ПТСР. Среди факторов, положительно влияющих на прогноз, отмечается быстрое начало лечения, ранняя и текущая социальная поддержка, недопущение повторного травмирования, отсутствие травм

ЧТО БУДЕТ, ЕСЛИ ПТСР НЕ ЛЕЧИТЬ?

ранее, а также отсутствие других психических расстройств или злоупотребления психоактивными веществами.

МОЖНО ЛИ ПРОФИЛАКТИРОВАТЬ ПТСР?

На сегодняшний день, скорее всего, нет. Во-первых, травматические события непредсказуемы и случайны. Во-вторых, невозможно на сегодняшний день предсказать, у кого из участников трагических событий ПТСР разовьется, а у кого – нет.

Наибольший риск возникновения ПТСР – у людей, непосредственно переживших травму. Но риску подвергаются и спасатели, и добровольцы, психологи, работающие с пострадавшими, чуть в меньшей степени уязвимы пожарные, полицейские, медики.

«Новая психиатрия»

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

БОЛЕЗНИ ПСИХИАТРИИ

Лечить нельзя бояться



Д. НЕФЕДОВ



С малых лет каждый из нас хорошо усвоил набор непреложных истин, например, «здоровье – величайшая ценность», «болезнь легче предупредить, чем лечить» и еще немало других. За одну из таких аксиом можно принять и тезис о том, что заболевание на поздних стадиях своего развития поддается терапии гораздо труднее, а вот, если пациент получает квалифицированную медицинскую помощь при появлении первых признаков недуга, то часто удается легко добиться стойкой ремиссии или даже полного выздоровления. Так-то оно так, но...

Квалифицированная помощь на ранней стадии заболевания предполагает два ключевых момента: во-первых, кто-то должен взять на себя труд диагностировать заболевание, и, во-вторых, медицинская помощь должна быть квалифицированной. За всеми этими положениями стоит одно главное – ответственность врача, наблюдающего человека (пациента). В прессе уже не раз поднимался вопрос о том, что в условиях современной отечественной массовой медицины гораздо проще обнаружить и лечить несуществующее заболевание, чем констатировать тот факт, что человек «практически» здоров: популярная точка зрения такова – пусть пролечится, авось хуже не будет... Но ведь бывают и прямо противоположные ситуации. Драматизм этих ситуаций заключается в том, что в эпицентре событий оказывается судьба конкретного человека, искореженная ложными стереотипами...

На приеме у профессора А.О. Бухановского, в центре «Феникс» девушка – студентка одного из ростовских вузов. Ее диагноз – шизофрения. В болезненном состоянии пациентка неоднократно покушалась на собственную жизнь. Она бледна, напряжена, с трудом сдерживает волнение, отвечая на вопросы врача.

– Вы когда-нибудь обращали внимание на необычность того, что происходит вокруг вас?

– Да замечала.

– Вам когда-нибудь казалось, что вокруг вас происходят странные, загадочные события, фактически разыгрывается некий спектакль с непонятным для вас сюжетом?

– Да...

– Вы когда-нибудь чувствовали себя центром борьбы светлых

и темных сил, главный приз в которой – ваша душа?

– Что-то такое было?

– Вам когда-нибудь задавали подобные вопросы психиатры?

– Нет...

Беседа продолжалась около часа. Бухановский спокойным, но твердым, голосом объяснял девушке, что ее состояние – болезнь, разъяснял механизм заболевания, старался настроить собеседницу на доверительный лад, говорил о том, что недуг ее излечим. И пациентка начала говорить: о том, как она с детства опасалась за свою жизнь, которой, по ее мнению, угрожала масса инфекций; о том, как сильно ушиблась головой, падая в 10-летнем возрасте с лестницы, и как все труднее ей с каждым годом справляться со своим состоянием. Выяснилось и то, что девушка ранее уже обращалась в «Феникс», перебивав до этого, по протекции своих родственников, у различных (в том числе, практикующих частным образом) психиатров.

Бухановский поинтересовался назначениями, которые дал прежде консультировавший ее в «Фениксе» врач. Регистратор центра оперативно отыскал амбулаторную карту, и выяснилось, что и диагноз, и назначения соответствуют той картине заболевания, которую увидел и сам профессор. Следует вопрос: как выполнялись назначения? Оказалось, что рекомендованные обследования и лечение не проводились; кроме того, были полностью проигнорированы обрывающие методы лечения

– В чем же дело? – интересуется А.О. Бухановский.

– А вы знаете, сколько стоит одна из рекомендованных вашим специалистом процедур в сторонних медицинских учреждениях? Мне сказали, что около 50 тысяч. Кроме того, эта процедура, говорят, опасна, так мне сообщили сами врачи. Не дай Бог, получится так, что и деньги потратим, и

ребенка потом не на что будет похоронить!

(Девушка, сидя рядом с матерью, слышит эти ее слова...)

Бухановский немного повышает голос:

– Да как вы можете так говорить! Такая процедура должна быть выполнена совершенно бесплатно на базе государственного медучреждения. А что касается опасности процедуры для жизни, то это хорошо известная манипуляция, которая утверждена и разрешена к применению и Минздравом СССР и, затем, Минздравом России при лечении подобных психиатрических заболеваний! У нас, в центре «Феникс», эти процедуры ежедневно получают более 10 человек!

Разумеется, широко известно, что «бесплатная медицина» в условиях отечественной рыночной экономики имеет тусклую оборотную «платную» сторону.

К сожалению, нельзя сбрасывать со счетов коррупционность многих структур, отвечающих, в том числе, за так называемые «высокотехнологичные виды лечения». Сколь не значительна была бы заработная плата специалиста, но денежные купюры, вложенные между листками назначения на УЗИ, ФГДС или МРТ, магическим образом отодвигают очереди, продлевают время работы специалистов и ускоряют обработку документов. И очень жаль, что иногда, в погоне за длинным рублем, медики забывают о своем прямом предназначении. А ведь главная задача врача – распознать заболевание и приступить к лечению как можно быстрее, – только так можно добиться результата.

Лечение психиатрических заболеваний, как правило, это комплекс методов и приемов, включающий лекарственные и нелекарственные воздействия, а также психотерапию. Причем,

чем эффективнее лекарственное средство, тем оно дороже стоит; чем более результативна медицинская манипуляция, тем больше профессионализма и ответственности требует ее выполнение. В условиях ограниченности ресурсов, а местами, прямо скажем, плачевного состояния материально-технической базы психиатрической отрасли, даже опытные врачи в госучреждениях не имеют возможности использовать передовые медикаменты и терапевтические схемы. В России инновационные лекарственные средства не производятся, а оплачивать их закупку государство не спешит. Из-за этого у ряда психиатров со стажем начинает развиваться синдром выгорания. Специалист осознает, что он лишен возможности повысить квалификацию, он оказывается в профессиональном тупике, в условиях «научного бездорожья», когда видит око (его учат новым методикам), да зуб неймет (нет возможности их применять). Появляется апатия, внутреннее нежелание иметь дело со сложными случаями – отсюда ведомственный «футбол» (курсирование пациентов по разным врачам с целью перманентного «дообследования»). Все это происходит до тех пор, пока пациент и его близкие не махнут на лечение рукой, устав от суесть, денежных трат и безысходности.

Другая важная составляющая недостаточной эффективности психиатрической помощи на местах – страх врачей перед использованием современных обрывающих методов, особенно при терапии тяжелых психиатрических заболеваний. Та же инсулинотерапия требует сосредоточенной, кропотливой работы целой команды (психиатра, санитарки, медсестры, реаниматолога) и способности нести ответственность за чужую жизнь. Но кто на

это пойдет сегодня, в условиях вялотекущей конфронтации общества и здравоохранения, – уж лучше заниматься случаями попроще (и нервов меньше, и результат более предсказуемый). А ведь именно нацеленность на позитивный результат, прорыв, безотчетное стремление избавить пациента от страданий во чтобы то не стало, назло болезни, назло статистике, – в этом настоящее рвение исследователя, замешанное на искрящемся энтузиазме и желании помочь всем и каждому. Таков должен быть настоящий современный врач-психиатр.

– По месту жительства наблюдались? – продолжает А.О. Бухановский.

– Наблюдались, а толку-то... – скептически отвечает мать пациентки.

По всему видно, что женщина уже давно устала как от борьбы и сосуществования с тяжелым недугом дочери, так и от бесплодных попыток со стороны ряда докторов изменить ситуацию. Она с горечью рассказывает о том, что ситуация развивалась, все ухудшаясь, в течение без малого пятнадцати лет. Были и обращения к психиатру по месту жительства, в другие психоневрологические учреждения и центры, наконец им порекомендовали обратиться в «Феникс».

– Ваш случай, конечно, не из легких, но мы вам поможем. Скажу честно, стоимость курса лечения в «Фениксе» весьма высока – в отношении вашего заболевания она составляет около трехсот тысяч...

– Да у нас нет и трети этой суммы... – восклицает женщина.

– ...Дослушайте, дорогая моя. Стоимость курса лечения составляет около трехсот тысяч рублей. Но вас мы берем на лечение совершенно бесплатно. Оплатить придется только необходимые для проведения курса лечения лекарственные средства...

ОТ РЕДАКЦИИ. Что ж, боль у нас в стране – дорогое и беспокойное дело, а наличие всевозможных схем вымогательства денег из пациентов под разными предлогами; отсутствие «горения на работе» у нынешнего поколения врачей, а порой и откровенное запугивание с целью подвигнуть пациента к отказу от радикальных методов терапии, приводят к печальному результату, – тяжелых больных все больше, эффективной психиатрии все меньше.

**ЛРНЦ «ФЕНИКС»
ОБЪЯВЛЯЕТ О НАЧАЛЕ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ,
ПОПАВШИМ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КОМПЬЮТЕРА (ПК)**

Учитывая возрастающую потребность в оказании помощи людям, попавшим в зависимость от компьютера, ЛРНЦ «Феникс» объявляет о начале БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ программы по оказанию помощи. Предварительная запись на бесплатный первичный консультативный прием – по тел. (863) 267-48-15 (прием ведут д.м.н. Солдаткин В.А. и доктор Мавани Д.Ч.).

Основные критерии, определяющие патологическую зависимость от компьютерных игр:

- нежелание отвлечься от игры на компьютере;
- раздражение при вынужденном отвлечении;
- неспособность спланировать окончание сеанса работы или игры на компьютере;
- большие траты на обеспечение постоянного обновления как программного обеспечения (в том числе игр), так и оборудования для ПК;
- игнорирование домашних дел, служебных обязанностей, учебы, встреч и договоренностей в ходе игры на компьютере;
- пренебрежение собственным здоровьем, гигиеной и сном в пользу проведения большего количества времени за компьютером;
- злоупотребление кофе и другими подобными психостимуляторами;
- готовность удовлетворяться нерегулярной, случайной и однообразной пищей, не отрываясь от компьютера;
- ощущение эмоционального подъема во время работы с компьютером.

**ШИЗОФРЕНИЯ
СВЯЗАНА
С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ
МУТАЦИЯМИ?**

Американские исследователи выяснили, что в половине случаев генетически обусловленной шизофрении виноваты случайные мутации, которые отсутствуют в генах родителей больного. Это открытие меняет представления о генезисе заболевания.

Группа ученых Колумбийского университета проанализировала генотип 225 человек, здоровых и больных. Ученые, чей доклад опубликовал журнал *Nature Genetics*, установили, что генетически обусловленная шизофрения примерно в равной степени была следствием как унаследованных, так и случайных мутаций в геноме больных. Биологи обнаружили 40 участков в геноме больных, мутации в которых нарушали устройство генов, кодирующих различные белки.

Авторы статьи сравнили изменчивость этих участков в геноме больных и здоровых людей. Оказалось, что в геноме шизофреников такие аномалии встречались в 10 раз чаще! Как отмечают ученые, это позволяет предположить, что эти участки могут быть связаны с появлением шизофрении. Авторы исследования полагают, что взаимосвязь между наследственными мутациями и шизофренией объясняет тот факт, что доля больных этим расстройством в мире мало меняется с течением времени.

— Особенно нас поразило тот факт, что мутации происходят в разных генах, — говорит М.Карайоргу из Колумбийского университета. — Это означает, что гораздо больше мутаций, чем мы предполагали ранее, способствуют возникновению шизофрении.

— Выявление этих поражающих мозг человека мутаций фундаментально меняет представления о генетической обусловленности этой болезни, — добавляет коллега М.Карайоргу профессор Бин Ху.

Вссо.ук

По данным ВОЗ, шизофренией страдают около 24 млн человек. На протяжении жизни шизофренией в среднем заболевает один из ста человек. Считается, что наследственные и генетические факторы, которые передаются от родителей к ребенку, играют важную роль в возникновении этого расстройства. Только 10% страдающих шизофренией получают эту болезнь по наследству от родителей. Однако, как отмечают ученые, ДНК человека не является точной копией ДНК его родителей: при проникновении спермы в яйцеклетку могут происходить мутации.

«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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЭССЕ



**Золотая
осень глазами
психиатра**

Всему свое время. Медики хорошо знают, что в различном возрасте человеческий организм наиболее подвержен развитию различных заболеваний. Например, есть «специальные» детские болезни типа ветрянки, кори или краснухи; большинство хронических эндокринных заболеваний берут свое начало в период первой гормональной перестройки в пубертатном периоде. А время возникновения проявлений атеросклероза у человека наступает, как правило, не раньше 40-45 лет. Есть свои «фирменные» болезни и у «золотой осени», которая, как принято считать, стартует примерно в пятидесятилетнем возрасте.

Итак, половина жизни уже позади, родители состарились, дети выросли, карьера состоялась. Организм начинает подготовку к периоду отдыха от стрессов и страстей молодости. Изменяются гормональные функции организма, приходит менопауза. Становятся более тонкими и острыми реакции на внешние раздражители. Снижается повседневная жизненная активность, а повышенные физические и умственные нагрузки даются ценой более существенных затрат и требуют более продолжительного отдыха. Какие психические проблемы поджидают нас в этом возрасте?

Прежде всего, депрессия. Не простое снижение настроения, а состояние, сопровождающееся утратой способности переживать радость, пессимистическими мыслями, заторможенностью движений, утратой прошлых интересов и снижением самооценки. Человек как бы «выпадает» из потока жизни, утрачивает способность получать удовольствие от бытия, ощущает себя бесполезным, никчемным. Депрессия опасна попытками добровольно уйти из жизни. А еще — возможностью развития злоупотребления спиртным. В наши дни депрессивные расстройства полностью излечимы, а спектр лекарственных препаратов, которые врач-психиатр применяет для ее излечения, очень широк.

На втором месте после депрессии в этот период стоят, пожалуй, расстройства психики, связанные с проявлениями атеросклероза. Раздражительность, плаксивость, обидчивость, колебания настроения,

приступы тревоги, нарушения сна, — кто не замечал подобных явлений у своих родителей? И эти расстройства поддаются коррекции. Если обратиться вовремя, то психиатр сможет затормозить, остановить, а то и повернуть вспять развитие системного процесса, который отвечает за подобные болезненные проявления.

Отдельное место занимают расстройства, проявляющиеся в нарушении восприятия мира. Это изменение его привычных свойств: цветов, размеров, безопасности. Или возникновение «голосов». «Голоса» могут звучать в голове или за дверью, на улице или из квартиры соседей. Воспринимаемая таким образом информация побуждает человека, одержимого «голосами», совершать неадекватные, а порой и просто опасные действия. В этом случае к психиатру нужно обращаться незамедлительно! Врач подберет наиболее адекватное и полное лечение, и болезнь, создававшая непосредственную опасность для жизни человека, отступит.

Нередко в «золотом» возрасте мы наблюдаем и бредовые расстройства, когда на фоне сильного эмоционального переживания или под воздействием «голоса», человек строит свои суждения и умозаключения на основании ложных логических посылок. Поведение такого человека становится странным, ограничивает его в возможности удовлетворения своих потребностей и создает значительные трудности для жизни. Как правило, люди с бредовыми расстройствами самостоятельно к психиатру не

обращаются. В подобных случаях ответственность за то, чтобы обратить внимание врача на изменившееся состояние человека, ложится на соседей, родственников и близких людей. Бредовые расстройства также успешно поддаются коррекции медикаментозными препаратами.

В последнюю очередь хочется сказать о слабоумии. Если атеросклеротический или дегенеративный процесс в головном моз-

гу выражен настолько серьезно, что необратимые изменения наступают раньше момента, когда человека осмотрит и вычлечит специалист-психиатр, может развиться состояние, называемое «деменция». Или слабоумие. Функции интеллекта и памяти оказываются в этом случае снижены настолько значительно, что человек может не помнить, что он ел, как его зовут, сколько ему лет, какое сейчас время года, и где он проживает. В этом случае все обязанности по поддержанию нормального уровня и качества жизни человека должны взять на себя его родственники, его взрослые дети и близкие люди. А квалифицированная психиатрическая помощь поможет затормозить развитие слабоумия.

Наш организм представляет собой единую замкнутую систему, в которой все функции взаимосвязаны. С возрастом полнота и качество этих функций склонны претерпевать значительные изменения, которые при определенных условиях могут перерасти в болезнь. Если вовремя заметить развитие болезненного процесса и обратиться к врачу, то можно излечить болезнь на ранней стадии и избежать тяжелых, необратимых осложнений.

ПСИХИАТРЫ ШУТЯТ... ИНОГДА

Прием у врача психиатра. Врач: — Следующий! Входит пациент. Врач: — Что у вас? Пациент: — Доктор, у меня по ночам в квартире крокодилы кашляют! Врач: — Это вам к ветеринару!

Встречаются два психоаналитика. Один говорит другому: — Я слышал, что ты недавно женился. — Ну да. — И как? — Приходи ко мне в гости — увидишь... Пришел он в гости, посидели немного, выпили по рюмке. Гость и говорит: — Ты меня, конечно, извини. Это не мое дело... — Да знаю я, знаю. Она не красивая, не умная, не богатая, не умеет готовить и в постели, скажу тебе по секрету, ничего особенного... — Но тогда, почему?! — Ах, если бы ты знал, какие ей снятся сны!

Итак, расскажите, с какого времени у Вас появились эти видения?

Доктор, Я постоянно чего-то боюсь без всякой видимой причины...

Сестра, КМЗМ!

— Сейчас у Вас будет ПРИЧИНА...

www.effector.ru

Медицинская информационно-аналитическая газета, № 7-8 (14-15) 2011
Св-во ПИ №ГУ61-00385 от 15.08.2010, выдано
Управлением Роскомнадзора по Ростовской области

**Новая
психиатрия**

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ

Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

О.А. Бухановская

ОТПЕЧАТАНО

«Военный вестник Юга России», г. Ростов-на-Дону, ул. Таганрогское шоссе, 92. Тираж 3000 экз.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЯ

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 — 09.09.2011 в 10.00, фактически — 09.09.2011 в 10.00.



**ПРИГЛАШАЕМ
К СОТРУДНИЧЕСТВУ!**

Молодые ученые, желающие заявить о себе и своей работе, а также все те, кто считает психиатрию (теоретическую и практическую), психологию и психотерапию областью своих научных интересов!
ЖДЕМ ВАШИ ПИСЬМА!