

Новости

Началась разработка МКБ-11

Состоялось заседание Президиума Российского общества психиатров, посвященное обсуждению перспектив участия российских специалистов в разработке МКБ-11. Сформирована рабочая группа, в которую, кстати, включен профессор С.А.Овсянников. Источник: www.solarys-info.ru

Минздравсоцразвития утвердил упрощенный порядок переосвидетельствования инвалидов

Утверждены новые правила признания лица инвалидом в соответствии с постановлениями №247 и №240, принятыми правительством Российской Федерации. Приложение к постановлению содержит список из 23 заболеваний, дающих право на получение бессрочной инвалидности. В него, в частности, входят врожденное и приобретенное слабоумие. Принятые правительством документы предполагают существенное упрощение процедуры переосвидетельствования для всех категорий инвалидов. Кроме того, комиссии медико-социальной экспертизы (МСЭ) планируется обеспечить новыми помещениями, специально оборудованными с учетом требований лиц с ограниченными возможностями.

Источник: www.medlinks.ru

С 1 сентября нам повысят зарплату

С 1 сентября увеличится зарплата работников госучреждений Московской области. На очередном заседании Московской областной думы депутаты внесли соответствующие изменения в областные законы «О тарифной ставке первого разряда тарифной сетки по оплате труда рабочих государственных учреждений Московской области» и «Об оплате труда работников государственных учреждений Московской области». Как пояснил председатель думского Комитета по труду и социальной политике Николай Козлов, с 1 сентября 2008 года в Подмосковье минимальная тарифная ставка первого разряда тарифной сетки по оплате труда рабочих государственных учреждений Московской области увеличится с 2400 до 4750 рублей в месяц. Кроме того, закон «Об оплате труда работников государственных учреждений Московской области» дополнен нормой о предоставлении руководителям учреждений права устанавливать за счет фонда оплаты труда стимулирующие выплаты работникам сверх выплат, установленных правительством Московской области. По словам Николая Козлова, выплаты внутри каждого учреждения будут устанавливаться с учетом показателей результативности труда конкретного работника. Источник: Пресс-служба Мособлдумы

В Раменском построят новый психоневрологический диспансер

В Раменском на территории больничного городка заложен первый камень нового современного двухэтажного здания психоневрологического диспансера. Глава района В.Ф.Дёмин, главный врач И.Х.Масаелян, главный нарколог С.Ю.Губо и представитель фирмы-подрядчика закопали символическую колбу с решением главы муниципалитета о

строительстве ПНД. Оно должно быть завершено к концу года. Уже начаты работы по возведению фундамента.

Источник: АИС «Подмосковье»

Растет число подростков, погибших от передозировки наркотиков

Как передает РИА «Новый Регион», результаты проверки только в Подольске, Щербинке и Подольском районе показали, что 7% учащихся профессиональных училищ употребляет наркотики, а число погибших от передозировки выросло на 14%.

Источник: www.nr2.ru

В Ногинском районе открыт Дом сестринского ухода

В Компания «Жёлтый крест» организовала Дом сестринского ухода, где пациенты живут, их лечат, за ними ухаживают. Максимальная вместимость Дома – 25 человек. Здесь есть одно-, двух-, и трёхместные номера, укомплектованные современными функциональными кроватями, телевизорами и холодильниками. Возможно проведение широкого спектра диагностических процедур. Медицинские сёстры круглосуточно следят за состоянием здоровья пациентов. Персонал старается создать для пребывающих здесь доброжелательную обстановку, домашний уют, поддерживает их увлечения и хобби.

Источник: Мособлпресс

Областной психиатрический совет — с участием Минздрава

Очередной областной психиатрический Совет прошел с участием ответственного работника Минздрава Московской области В.В.Гайдичука. Обсуждение всех вопросов было живым и заинтересовало присутствующих. Подняты актуальные проблемы организации психиатрической помощи и работы психиатрических учреждений. По итогам оживленной дискуссии принято постановление.

Теперь хорошо видны перспективы развития ЦМОКПБ

В ЦМОКПБ построены два новых корпуса, где разместились Центр амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, лечебно-диагностические отделения и кабинеты, аптека и пищеблок. В новом помещении клинко-диагностической лаборатории перед глазами ее заведующей, председателя профкома Т.С.Самгиной (фото справа) раскрываются широкие перспективы дальнейшего развития и больницы, и профсоюзного движения.



ООН предлагает восстановить в России вытрезвители и ЛТП

Представительство ООН в Москве предлагает возродить в России вытрезвители и учреждения закрытого типа для принудительного лечения алкоголиков, а также расширить сеть стационаров для анонимного и бесплатного лечения больных. Кроме того, нужно ограничить продажи спиртного по времени и возрасту и поощрять участковых милиционеров, социальных работников и врачей в случае выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем. Эти предложения поддержала зав. кафедрой психиатрии и наркологии Московского института медико-социальной реабилитологии, доктор наук Наталья Шибанова. Она считает, что введение принудительного лечения для алкоголиков - единственный способ сохранить здоровым подрастающее поколение. Заместитель

председателя комитета Госдумы по охране здоровья Николай Герасименко считает, что хотя такая мера необходима, но она не должна быть единственной.

Источник: MIGnews

Подписан Указ президента РФ об охране психиатрических больниц специализированного типа

Этот РФ указ «наконец законодательно упорядочит вопросы охраны пациентов, находящихся на принудительном лечении». Об этом заявила в интервью ИТАР-ТАСС директор ГНЦ имени Сербского академик Татьяна Дмитриева. По ее словам, за те годы, когда эти вопросы не были законодательно прописаны, количество сотрудников охраны сократилось наполовину. В результате каждый год в этих специализированных больницах происходило более 2 тыс ЧП с нападением на персонал». Дмитриева привела в качестве очередного вопиющего происшествия последнее ЧП в спецбольнице в Смоленской области, где один из пациентов убил медсестру. Данный Указ президента РФ возлагает работу по охране спецпсихбольниц на ФСИН и увеличивает число сотрудников ФСИН, занятых в этой области.

Источник: АМИ-ТАСС

Чем страдают психиатры?

Психиатрия не только одна из самых сложных, но и самая вредная и самая опасная область медицины. Правда, энтузиасты считают ее еще и самой интересной и творческой, помогающей совершенствовать свою личность, ее психологические, интеллектуальные и духовные ресурсы. Но за эти удовольствия платится цена, совершенно несоизмеримая с материальной выгодой. К сожалению, низкий уровень зарплаты заставляет многих сотрудников психиатрических заведений из среднего и младшего медицинского персонала покидать профессию. Остаются или фанаты своего дела или те, кого больше никуда не возьмут. Фанатов немного. Поэтому получается, что психиатрия выполняет функцию своеобразного отстойника, куда попадает в основном наименее приличные и квалифицированные работники.

С врачами также непросто. Объясняется это тем, что часть врачей, идущих в психиатрию, уже имеет определенную психическую патологию и надеются, став психиатрами, хоть как-то улучшить свое состояние. Ряд врачей после 20-30 лет работы в психиатрии получает некоторую психологическую и нравственную деформацию личности, создающую разнообразные проблемы в общении с окружающими. Совсем плохо, когда такой человек еще и начальником становится. Власть нередко делает людей моральными уродами. А власть в руках психически нездорового человека это во много раз страшнее и драматичнее.

Об удовольствии от работы в психиатрии можно судить по лицу врача, уходящего домой после рабочего дня. Часто на нем видна отчетливая эмоциональная опустошенность и физическое бессилие. Медики вообще традиционно считаются одной из самых болезненных профессиональных групп населения, уступая пальму первенства лишь сталеваварам. А у психиатров показатели на 30-40% выше аналогичных по всей медицине в целом. На 5-10 лет быстрее у мужчин возникает импотенция и облысение. На 50-60% чаще отмечаются сахарный диабет и бронхиальная астма, на 40-45% инфаркты и инсульты, на 80% чаще различные аллергические состояния. У женщин на 60% чаще выкидыши, токсикозы всех периодов беременности, на 40% чаще аборт, на 55% чаще разводы, на 60% реже повторные браки.

Неполные семьи у психиатров встречаются в 2 раза чаще. Уровень невротизации в 3 раза выше, показатели бытового пьянства в 4 раза больше, алкоголизма - в 2,5 раза, серьезной психической патологии в 5 раз (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и т.п.). Процент самоубийств в 2 раза выше.

Различные несчастные случаи, в том числе производственный и бытовой травматизм в 2,6 раза чаще. Продолжительность жизни на 8-12 лет меньше. Психиатру, как никакому другому врачу, непросто не только на работе, но и дома. Именно поэтому среди довольно-таки распространенного явления — врачи-супруги, семьи с двумя психиатрами встречаются в 10 раз реже.

Сексуальная и семейная дисгармония у психиатров в 1,5-2 раза чаще. Это тоже вносит свою «ложку дегтя» и в без того нелегкую жизнь. Инвалидами психиатры становятся на 30-40% чаще.

Постоянная работа с самыми тяжелыми и изощренными страданиями и расстройствами больных вызывает в душе психиатра естественную и закономерную защитную реакцию в виде вполне определенного очерствения, которое постепенно переходит из работы в повседневную жизнь, даже в общение с самыми близкими и родными людьми. И часто это происходит незаметно для самого врача.

Как правило, психиатры не застрахованы или имеют столь мизерную страховку, что она выглядит скорее насмешкой, нежели адекватной компенсацией за возможные телесные повреждения, не говоря уже о смерти врача. В ходе лечения больного каждому психиатру приходится находить какие-то компромиссы между различными (часто противостоящими) интересами: своими и больного, больного и его родных, больного и государства, родных больного и государства. И часто подобные компромиссы заведомо невозможны. Если у терапевта контакт с больным уже естественен сам по себе, то психиатру приходится еще постепенно и осторожно, деликатно и длительно устанавливать его. После чего бережно и тактично сохранять, как залог успешного лечения. У каждого больного своя личность, жизнь и переживания, требующие по сути и форме адекватного отношения со стороны врача, причем, не только с точки зрения психиатра, но и больного.

Психиатр постоянно помнит, что в отличие от всех других областей медицины, в психиатрии совсем иное положение вещей: то, что естественно и закономерно для одного больного, то противоестественно и парадоксально для другого и совершенно нейтрально для третьего. И в лечении то же самое: то, что прекрасно помогает одному, абсолютно не помогает другому и вредит третьему.

Источник: doktor-altunin.narod.ru

От ред. Пожалеем бедных психиатров. И посочувствуем им. Потому что если не мы — то кто же?

Семья как пациент

Поведение и реакции ее членов существенно влияют на пациента. Так, болезнь и особенно госпитализация главы семьи меняет весь семейный уклад, и жена может растеряться, ощутив утрату надежности семейного быта. На появившиеся перемены в быту и в самой домашней атмосфере будут реагировать и дети, а это увеличивает и без того возросшую ответственность матери. А тут еще вместе с тревогой и заботами о муже, дополнительной работой и ответственностью нередко приходит чувство одиночества. Советы соседей порой не облегчают, а лишь усиливают бремя. А если заболела жена?

Для мужа такая ситуация может оказаться еще тяжелее. Мужчина ведь менее гибок. Выполнение женских обязанностей мужчине дается труднее, чем женщине - мужских. Он привык, что его обслуживают, а теперь сам должен обслуживать больную жену. Вместо отдыха после долгого рабочего дня он видит ее в тревоге или в печали. Не он, а она сидит в его кресле или на диване и смотрит телевизор. Сознательно или бессознательно, но у него неизбежно появляется протест против этих перемен. И эту его реакцию, которая, кстати, типична, легко можно понять.

Еще труднее — когда больным оказывается ребенок. В таких случаях особая психологическая нагрузка падает на мать. По данным литературы, у 62% матерей, чьи дети болевают психическим расстройством, диагностируется та или иная форма невроза. Ими

овладевает не только тревога за судьбу ребенка, и чувство вины, но и ощущение возникшей социальной изоляции. А у отцов формируется отстраненность от ситуации болезни ребенка. Все это плохо сказывается на здоровье заболевшего ребенка.

Эмоциональное состояние матери передается и ему, наблюдается то, что можно обозначить, как взаимную «трансляцию» аффекта. Формируется порочный круг: тревога у матери ведет к истощению ее адаптационных ресурсов, появлению неадекватных форм реагирования, а это усугубляет болезнь ребенка. Здесь надо хотя бы на время отключиться от присутствия дома тяжело больного человека или от сознания, что он — в больнице. И понять, что требование постоянного сосредоточения на мыслях о болезни близкого человека — жестоко. Как неизбежно мы должны чередовать вдохи и выдохи, точно так же человеку необходимо периодически «перезаряжать батареи»: позволять себе развлекательные поездки в выходные дни, посещать театры и кино.

Нельзя обвинять людей за то, что они «наслаждаются жизнью», в то время как дома или в больнице страдает родной им человек. Как раз наоборот: для пациента очень важно видеть, что его болезнь не разрушила весь дом до основания, не лишила всех его обитателей какой бы то ни было радости. Должно установиться некое равновесие между обслуживанием больного и удовлетворением собственных нужд.

Болезнь родного человека — это тяжелое испытание. Чувство вины и собственной неполноценности, возможно, является самым неприятным компаньоном психического заболевания в семье. И далеко не всегда можно убедить их в том, что они сделали практически все возможное, чтобы помочь больному (или больной). На почве постоянного чувства вины у многих близких родственников развиваются психосоматические заболевания. По нашим наблюдениям, такие расстройства у родителей (особенно у матерей) очень стойки, и долго длятся даже после выздоровления детей (в одном случае — до 35 лет!). Всем им нужна помощь. Но на сегодняшний день родственники почти всюду предоставлены самим себе. Многие часами томятся в больничных холлах, ежедневно или даже по нескольку раз в день навещают больных и своей непомерной заботливостью приносят скорее вред. А другие — перестают верить врачам. Отрицают сам факт, что в их семье возможна такая болезнь, или носятся от врача к врачу в тщетной надежде, что диагноз окажется ошибочным, бегут к гадалкам и целителям, или затевают дорогостоящие поездки в знаменитые клиники или к знаменитым врачам. И лишь постепенно приходит к ним реальное восприятие действительности.

Семья в целом нередко напоминает больного. Как и пациент, она переживает чувство гнева, который попеременно направляется то на врача, который поставил «неправильный» диагноз, «неправильно» лечит или не выписывает больного домой, то на больничный персонал, который никогда не обеспечивает надлежащего ухода, — независимо от того, соответствует ли это действительности. Чем эффективнее сумеем мы помочь родственникам правильно разобраться в своих эмоциях, тем легче будет впоследствии и им, и больному.

Во всех подобных случаях мы вправе говорить о заболевшей семье, которой нужна помощь. Конечно, в первую очередь — это система психокоррекционных мероприятий, направленных на то, чтобы помочь правильному осознанию проблемы и мобилизации ресурсов семьи, всех ее членов на помощь заболевшему, особенно ребенку.

В случаях болезни детей полезно рекомендовать ведение дневника с описанием проявлений его страдания, расширение собственных знаний об этом заболевании. Но порой этого не хватает. И в подобных случаях членам семьи стоит рекомендовать и фармакотерапию. Какую — подскажет состояние, психический статус родных.

Нужно подчеркнуть, что здесь противопоказаны препараты с риском развития седации и тем более — гиперседации. Они ведут к снижению активности, целенаправленности поведения, а это — препятствия к адаптации семьи.

Наш опыт показал, что целесообразнее применять легкие антидепрессанты с активирующим эффектом, и лучшим, на наш взгляд, здесь оказывается феварин. При этом терапия,

проводимая одновременно и пациенту, и его матери, в ряде случаев эффективнее, чем лечение только ребенка. Это обстоятельство столь заметно, что позволяет порой снизить фармацевтическую нагрузку на пациента.

Терапия семьи особенно хороша на начальном этапе болезни или ее обострения. Она полезна и в хронических стадиях, особенно тогда, когда пациенты — дети и они (если им еще нет 7 лет) лечатся в стационаре со своей матерью. Мы смогли определить такие показания к «родительской» фармакотерапии:

- 1) наличие у ребенка синдрома повышенной возбудимости (смягчается эффект взаимной трансляции возбуждения);
 - 2) заикание, тики у детей (взаимное успокоение);
 - 3) обсессивно-компульсивные расстройства и патологические привычные действия у детей (взаимная нормализация поведения);
 - 4) тяжелые инвалидизирующие заболевания, такие, как детский аутизм, эпилептические расстройства психики, шизофрения, осложненные формы умственной отсталости (помощь при истощении адаптационных ресурсов матери);
 - 5) нарушения материнского поведения, становящегося источником невротизации ребенка.
- Средняя продолжительность семейного лечения обычно не превышает трех месяцев. Опыт показал, что оно достаточно эффективно: наступает успокоение, родители лучше осознают особенности и психологические механизмы совместной с пациентом борьбы с болезнью, улучшается социальное функционирование.

Т.Г.Готовцева, зав. детским дисп. отделением ЦМОКПБ

Е.Г.Евтушенко, дисп. отделение для взрослых ЦМОКПБ

М.А.Проваторова, областной консультативно-диагностический центр для детей

Вопросы – ответы

Можно ли врачам обмениваться психиатрической информацией о своих пациентах?

В нашем распоряжении благодаря любезности главного врача Звенигород-Одинцовского ПНД В.И.Парамонова оказался любопытный документ. Департамент развития медицинской помощи и развития курортного дела Минздрав-соцразвития РФ письмом от 22.01.2007 г. № 13413/МЗ-14 (подписанном заместителем Директора Департамента Е.П.Какориной) сообщил, что «согласно части 5 статьи 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1, информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну.

В соответствии с частью 3 статьи 61 Основ, передача сведений, составляющих врачебную тайну, допускается только с согласия гражданина или его законного представителя. Указанное ограничение распространяется, в частности, на случаи, когда получение медицинской информации необходимо в интересах обследования и лечения пациента.

Вместе с тем, в части 4 статьи 61 Основ указан перечень случаев, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему, в возрасте, установлено частью статьи 24 Основ, для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

б) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Правительством Российской Федерации.

Учитывая вышеизложенное, требование приложить к запросу о выдаче медицинской документации надлежащим образом заверенное письменное согласие самого пациента, правомерно, поскольку основано на нормах действующего законодательства, если только рассматриваемый случай не относится к случаям, установленным статьей 61 Основ».

Мы обратили внимание на то, что это указание противоречит официальному Комментарию к Закону о психиатрической помощи (пункт 10 комментария к статье 9 Закона), где четко сказано: «Не может расцениваться как нарушение врачебной тайны необходимый обмен информацией между медицинскими работниками и иными специалистами в процессе оказания гражданину медицинской помощи.

Подобный обмен допустим в пределах одного медицинского учреждения, между различными медицинскими учреждениями, а также между медицинскими учреждениями и частнопрактикующими врачами».

Чем же следует руководствоваться в практической работе – указаниями Минздрава или Комментарием к Закону о психиатрической помощи? Чтобы получить ответ на этот вопрос, мы обратились в Минздравсоцразвития и получили от г-жи Е.П.Кокориной разъяснение, что «при решении данных вопросов следует руководствоваться статьями 31 и 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и статьями 8 и 9 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Что касается рекомендаций, содержащихся в издаваемых комментариях к закону, то они могут использоваться лишь при условии их соответствия действующему законодательству» (письмо Минздравсоцразвития России от 12.05.2008 № 822/14).

Психиатрия в России

Москва: врач-психиатр получил ранение при вызове на дом к пациентке

23-летняя женщина, инвалид 2-й группы, наблюдалась в ПНД № 19 с детства. Ее бабушка сообщила о неадекватном поведении внучки. По вызову в квартиру была направлена 38-летняя врач-психиатр. Она намеревалась поговорить с пациенткой, оценить ее состояние и решить вопрос об оказании помощи. Но как только врач вошла в квартиру, Валентина набросилась на нее с кухонным ножом, хотя ранее девушка не проявляла явной агрессии. Врач не успела отскочить в сторону, и лезвие угодило в правый бок. Увидев кровь, Валентина сбежала из дома. Врача-психиатра госпитализировали в институт имени Склифосовского. Теперь ее жизнь вне опасности. Опасную пациентку задержали на улице и изъяли у нее нож.

Источник: www.mk.ru

Москва: осуждены руководители ПНД

Вступил в законную силу обвинительный приговор Кунцевского районного суда по уголовному делу в отношении руководителя психоневрологического диспансера №4 и ее заместителя, которые признаны виновными в совершении мошенничества (ч.4 ст. 159 УК РФ). Установлено, что они, используя свое служебное положение, обменяли московскую квартиру одной из пациенток диспансера на квартиру во Владимирской области. После этого они продали квартиру в столице за 30 тысяч долларов США. Кроме того, они же, используя поддельные документы на имя умершей пациентки, продали ее жилье за аналогичную сумму. Примечателен факт, что в 2006-2007 годах мошенницы уже были осуждены по 9 эпизодам аналогичных преступлений. Суд признал их виновными и назначил им с учетом ранее состоявшихся приговоров наказание в виде 10 лет лишения свободы каждой с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима.

Источник: Генеральная прокуратура Российской Федерации.

Тверь: доцент-психиатр заказал другого доцента

Доцент кафедры психиатрии Тверской медицинской академии Даниил Покровский заказал убийство коллеги по работе, доцента Бориса Кузмичева. Помимо личной неприязни к младшему, но уже очень успешному коллеге, здесь свою роль сыграла элементарная конкуренция. Оба доцента метили на пост заведующего кафедрой. Двум киллерам Д.Покровский предоставил фотографию, график работы, адрес, схему обычных маршрутов и прочие сведения, необходимые для совершения преступления. И даже помог им разработать технологию преступления, посоветовав 3-4 ударить его битой по голове. Предоплата составила 50 процентов, или 2,5 тысячи долларов США. Но один из наемных убийц оказался сотрудником ФСБ. Покровский очень расстроился, что не смог в одном из наемников распознать сотрудника ФСБ. В суде он свою вину признал. Может быть, поэтому областной суд приговорил его всего к 5 годам лишения свободы с отбыванием наказания в колонии строгого режима.

Источник: eTver.Ru

Чита: За диагноз «дебильность» требуют взыскать 100 тысяч рублей

В суде Центрального района Читы прошло первое заседание по рассмотрению иска забайкальского поэта Андрея Бабожена, который просит признать незаконным заключение медико-социальной экспертизы Читинского областного МСЭ о наличии у него психического заболевания. Он надеется взыскать с ответчика в счёт компенсации морального вреда денежные средства в сумме 100 тысяч рублей. 26-летний истец Андрей Бабожен с рождения имеет диагноз «детский церебральный паралич». В прошлом году специалисты Главного бюро медико-социальной экспертизы «приписали» ему еще одно заболевание – «олигофрения в стадии выраженной дебильности». Получив категорический отказ врачей признать этот диагноз недействительным, Андрей обратился за защитой своих прав в суд. Представитель ответчика отказался признать исковые требования Андрея Бабожена. По его словам у Главного бюро МСЭ нет полномочий выставлять какие-либо диагнозы. Все сведения о заболеваниях граждан для оформления группы инвалидности берутся из медицинских документов, которые выдаются в поликлиниках по месту их жительства. Но ни в одном из разных лечебных учреждений, где Андрей наблюдался и лечился с момента рождения, нет и намека на диагноз «олигофрения в стадии выраженной дебильности». В итоге истец подал ходатайство о вызове в суд независимого врача-психиатра и специалиста Управления Госздравнадзора. Судья Тамара Калашникова данное ходатайство удовлетворила и следующее заседание назначила на 23 июня, куда будут приглашены заявленные специалисты. Известная забайкальская поэтесса Елена Стефанович готова поддержать Андрея Бабожена. «Это по-настоящему талантливый человек, — говорит она.

Источник: «Чита.ру»

Псков: врач ответит за отказ выписать рецепт по ДЛО

В прокуратуру Себежского района Псковской области с жалобой о нарушении прав на льготное обеспечение обратилась жительница района, которая просила проверить правомерность отказа заведующей поликлиники Себежской ЦРБ в выписке рецепта по ДЛО. Свой отказ врач мотивировал отсутствием требуемого препарата в аптечных учреждениях района. В ходе прокурорской проверки установлено, что бездействие заведующей поликлиники является незаконным. Конституцией РФ, в частности ее статьями 2 и 41, со стороны государства каждому гражданину гарантировано право на охрану здоровья, медицинскую помощь, лекарственное обеспечение и получение государственной социальной помощи, в том числе на бесплатной основе, их защита и признание. Таким образом, медицинский работник, отказывая в выписке рецепта на лекарственный препарат по причине

его отсутствия в аптечном учреждении района, не оспаривая право пациента на получение государственной помощи в виде социальных услуг, нарушил конституционные права гражданина и права пациента, гарантированные ему статьей 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и пункт 7 статьи 6.1 Федерального закона «О государственной социальной помощи». По факту нарушения закона главному врачу Себежской ЦРБ внесено представление, которое находится в стадии рассмотрения.

Источник: «Татар-информ»

Психиатрия на службе у черных риэлторов

Признание недееспособности становится в России распространенным способом лишения жилья. К такому выводу пришли Гражданская комиссия по правам человека и Независимая психиатрическая ассоциация России. По их данным, сейчас разворачивается настоящая охота на одиноких стариков, для того чтобы завладеть их недвижимостью. Уже заведено несколько уголовных дел за постановку неправильного психиатрического диагноза. Сумма гонорара недобросовестным врачам варьировалась от \$2 тысяч до \$3 тысяч. Есть масса примеров, когда одиноких пожилых людей, проживающих в дорогих квартирах, судебным решением сперва признавали умалишенными, а потом, чуть позже, другим решением суда дееспособность людям возвращали. За это время их недвижимость уже была перепродана их опекунами. Обычно причиной признания человека недееспособным становятся имущественные споры между родственниками. Например, пожилой человек отказывается составлять завещание в чью-то пользу или не дает вселиться в квартиру. Так, в одном случае пожилой мужчина захотел жениться, воспитав уже взрослых детей. И дети, почувствовав угрозу потери квартиры, обратились в суд с просьбой признать отца недееспособным.

По мнению юристов, наиболее действенный способ уберечься от сделки с недееспособным - застраховаться от нее. Страхование риска утраты права собственности широко распространено на Западе, где ни одна сделка не заключается без приобретения полиса. Остаться без жилья одинокие пожилые люди могут и по вине психиатров. «Для того чтобы интернат или диспансер получил право опекуна над своим пациентом, достаточно, чтобы в суде медсестра или врач из лечебницы заявили, что за их подопечным никто, кроме медперсонала, не ухаживает. В этом случае реальных родственников, которые готовы были бы ухаживать за больным даже в домашних условиях, в расчет никто уже не берет», - подчеркнул психиатр Вячеслав Лонгинов-Бор. Он отметил, что во врачебной практике нередко сталкивался с тем, как люди, благополучно преодолев период обострения, вновь могли вернуться домой и жить самостоятельно, но интернаты, больницы и диспансеры их уже не отпускали из-под своей опеки. Ведь квартиры бывших пациентов в лучшем случае были сданы в аренду, а в худшем - проданы. «Чтобы заключить сделку о продаже какой-либо недвижимости подопечного, врачам приходится вступать в сговор даже с сотрудниками местных ЗАГСов.

Отчуждение имущества гораздо проще совершить, если пациента сперва фиктивно распишут, затем так же фиктивно разведут с передачей всего имущества бывшей супруге (супругу), которые нередко оказываются сотрудниками того же медучреждения», - отмечает Лонгинов-Бор. По его словам, среди медперсонала психдиспансеров даже появились соответствующие термины - «предсделка» и «сделкоспособность». Многие местные комиссии по опеке и попечительству зачастую не глядя или за деньги назначают пожилым людям недобросовестных опекунов. Владимир Лукин, уполномоченный по правам человека, считает: «Главное, чтобы сами медики создали вокруг подобных людей атмосферу нетерпимости внутри своего же сообщества».

Источник: Газета.ру

Коллеги! Черные риэлторы — рядом. Будьте бдительны!

Уважаемая редакция! Счел нужным поделиться недавно происшедшим случаем, участником которого я стал. В начале года в отделение приехал молодой человек вполне располагающей наружности, но немного приبلатненного, я бы даже сказал бандитского вида и сообщил, что он совершенно случайно узнал о том, что в нашей больнице находится его дальняя родственница.

Поначалу представившись внуком, в итоге признал, что кровного родства с ней не имеет, но их родители были близки. Попросил встречи с больной, поинтересовался не может ли он забрать ее, прямо признался, что речь идет о ее квартире, в которой поселились «непорядочные и совершенно чужие больной люди и могут квартиру отобрать», а он из родственных чувств хочет помочь и приютить одинокую женщину у себя в семье, «мы с женой и ребенком ей будем рады». В выписке было отказано в связи с отсутствием доказательств его родства и отказом самой больной ехать с незнакомым человеком. Мужчина уехал, пообещав найти доказательства. Он регулярно звонил, интересовался больной, ее состоянием. В одном из последних телефонных разговоров сообщил, что в судебном порядке доказал свою родственную связь с пациенткой.

Еще через пару недель (то есть в общей сложности через 2-3 месяца после первого появления в больнице!) позвонил и сообщил, что у него на руках решение Люберецкого суда о признании больной недееспособной и решение Люберецкой администрации о назначении его опекуном над ней. Через несколько дней он прибыл в отделение, потрясал копиями документов и просил ее выписки. Прежде чем послать его к нашему начмеду для разъяснения этого вопроса, внимательно рассмотрел документы (эх, жаль не догадался отсканировать). Похожи на настоящие, в решении суда «черный риэлтер» (думаю, что так и следует его называть) с помощью адвокатов доказал свое родство, теперь она стала ему тетей (!)

Интуитивно изучил печати и запомнил, что на решении Люберецкой администрации стояла печать отдела образования. Позвонил знакомой в Рузскую городскую администрацию, которая подтвердила сомнения в подлинности документов: с 2008 года решением вопросов об опекунов занимается отдел соцзащиты. Она же созвонилась с коллегами из отдела соцзащиты Люберецкой администрации и выяснила, что никакого дела по поводу претензий на опекунов над нашей больной от липового племянника к ним на рассмотрение не поступало. Поначалу разоблаченный «риэлтер» сослался на бюрократическую ошибку, по секрету сообщил, что человек, который помогал «делать документы» («за деньги, конечно»), мог что-то напутать. В итоге, банально предложил «договориться».

Пообещав вернуться через несколько часов, он уехал восвояси. Возможно искать счастья в других больницах. Не уверен, что он представлялся настоящим именем, но звали его Хижников Алексей. Он предъявлял ксерокопию учетной карточки нашей больной из паспортного стола, якобы, добытую по знакомству (вероятно в «банду» входит паспортист и милиция). Обращаться в органы правопорядка честно говоря боюсь. Да и не знаю куда обращаться. А вот предупредить своих коллег с помощью Вашей газеты думаю можно и нужно. Ведь мы привыкли доверять бумагам, а документы были неотличимы от настоящих, составлены знающими людьми и лишь мелкая неточность помешала злоумышленнику увезти больную. Может быть я не первый, кто столкнулся с такого рода проблемой. Всегда с удовольствием читаю Вашу газету, выпрашиваю ее у коллег на «пол часика», некоторые статьи копирую, ведь тираж мал.

С уважением, Тимошин М. Д. Областная психиатрическая больница № 4, Рузский район

Опубликован рейтинг самых прибыльных профессий

Список журнала Forbes состоит из 25 позиций. Первые 9 строчек занимают врачебные специальности. На первом месте второй год подряд идут анестезиологи. Их средний доход составляет 192 780 долларов в год. Второе место – у хирургов, зарабатывающих в среднем 191 410 долларов в год. Самые большие деньги хирургам платят в стоматологических

клиниках. Ортодонты (выпрямление зубов), занимающие третье место, получают в год в среднем 185 340 долларов. Затем идут гинекологи, терапевты, семейные врачи. И только на 10-м месте в списке появляются управляющие директора компаний. Их средняя заработная плата составляет 151 370 долларов в год. Причем больше всего им платят в видео-индустрии. За директорами - пилоты самолетов, зарабатывающие в среднем 148 810 долларов в год. На 12-месте – психиатры. Они получают в США 147 620 долларов в год. После них идут дантисты, педиатры, ортопеды, и только на 17 месте эту цепочку прерывают юристы, средний годовой заработок которых составляет 118 280 долларов в год. Продолжают список инжиниринговые менеджеры, менеджеры в сфере высоких технологий, маркетинговые менеджеры, ученые естественных наук, авиадиспетчеры, а замыкают рейтинг менеджеры по продажам и финансовые управляющие. Самые низкооплачиваемые работы в США – это работники пищевой индустрии, фаст-фуда (16,7 тыс долларов в год), посудомойки, обслуга ресторанов и парикмахерских. Их доход не превышает 18 тыс долларов в год. Среди самых низкооплачиваемых работ также билетные контролеры, работники казино, ферм, кассиры, горничные. Работников фаст-фуда в этой стране - 2,6 млн человек, как правило, это приезжие из других стран.

Источник: «ДЕЛОВАЯ НЕДЕЛЯ»

Криминальная хроника

Европейский Суд в Страсбурге признал, что российское законодательство нарушает права человека

Недавно Европейский суд по правам человека рассмотрел впервые признал, что в России нарушения прав человека допускаются не только людьми, но и российским законодательством. В своей жалобе в Европейский суд по правам человека петербуржец Павел Штукатуров указал, что был признан недееспособным по заявлению своей матери, что позволило ей завладеть имуществом, полученным им в наследство от бабушки. 3 августа 2004 его мать обратилась в суд с требованием о признании сына недееспособным. Она утверждала, что он не способен вести самостоятельную жизнь и нуждается в опекуне. Суд признал Павла Штукатурова недееспособным.

Мать была назначена опекуном и была наделена полномочиями действовать от имени Павла по всем делам. Самому Павлу Штукатурову даже не сообщили об этом судебном решении. Только через год он случайно обнаружил копию решения суда и узнал, что лишен всех гражданских прав и теперь, как недееспособное лицо, не имеет права работать, жениться, вступать в организации, самостоятельно путешествовать, продавать или приобретать недвижимость. Павел связался с юристом, но уже через день после этого мать отправила его в психиатрический стационар. Юрист просил разрешения встретиться со своим клиентом, но ему было отказано. Более того, Павлу были запрещены любые контакты с внешним миром. В течение года, пока он был в больнице, он много раз просил больничную администрацию, органы опеки и попечительства, комитет здравоохранения и районного прокурора о выписке, но безуспешно. Попытки его юриста тоже не имели успеха. В обжаловании решения суда Штукатурову отказано на том основании, что сам он недееспособен и может действовать только через своего опекуна, то есть, через мать, которая была против его освобождения, и против обжалования решения суда.

Оставалась одна возможность изменить ситуацию - обратиться с жалобой в Европейский суд по правам человека. 6 марта 2006 года Европейский суд указал Российским властям на то, что Павлу Штукатурову и его юристу должны быть созданы условия для встречи и подготовки дела в суд.

Однако власти Российской Федерации отказались выполнить это требование, сославшись на то, что российское законодательство не рассматривает эти меры как обязательные.

Российские власти также указали, что не могут действовать без согласия матери Штукатурова, так как его юрист не может рассматриваться как законный представитель. Тогда Европейский суд по правам человека указал, что решение суда о признании Штукатурова недееспособным, основанное только на письменных документах, было необоснованным и нарушало принцип гласности, гарантированный статьей 6.1 Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод. Более того, Штукатуров не имел возможности обжаловать это решение, поскольку его жалоба была отклонена без рассмотрения ее по существу.

Европейский суд пришел к выводу и о том, что суд в нарушение статьи 6.1, не обеспечил Штукатурову гарантий справедливого судебного разбирательства. Кроме того, дело рассматривалось в судебном процессе, в котором Штукатуров был лишен необходимых процессуальных гарантий.

Суд также пришел к выводу, что вмешательство в частную жизнь заявителя было непропорциональным преследуемой цели - защищать его интересы и здоровье, и представляло собой нарушение статьи 8 Европейской Конвенции. Павел Штукатуров не имел возможности требовать судебного рассмотрения вопроса его госпитализации, что является нарушением статьи 5.4.

Суд был поражен отказом российских властей выполнить неотложные меры, определенные российскому правительству в соответствии с правилом 39 Процедуры Суда. Судьи Европейского суда были поражены еще и тем, что дело, решающее судьбу человека, рассматривалось всего в течение 10 минут.

Суд отметил, что российские власти также нарушили свое обязательство по статье 34 Конвенции - не препятствовать реализации права на подачу индивидуальной жалобы. Международный суд обратил внимание на то, что российское законодательство делает различие только между полной дееспособностью и полной недееспособностью лиц с психическими заболеваниями. Вариантов для пограничных ситуаций в нем не предусмотрено.

Суд сослался на Рекомендации Комитета Министров Совета Европы, установившего ряд принципов правовой защиты лиц с психическими заболеваниями, в которых он рекомендовал, чтобы законодательство было более гибким и отвечало каждой конкретной ситуации. Дело Павла Штукатурова – далеко не единственное в практике российских судов. Нередко ничего не подозревающих людей втайне от них лишают дееспособности и назначают им опекунами тех, кто позарился на их имущество.

В последнее время наметилась тенденция не уведомлять человека, в отношении которого подано заявление о признании его недееспособным, о предстоящем суде. Людей лишают дееспособности заочно, и они даже не знают об этом. Поэтому они лишены возможности оспаривать аргументы заявления и представлять доказательства своей дееспособности. Ничего не зная о вынесенном решении, они пропускают срок на его кассационное обжалование, в результате чего решение вступает в законную силу. Суд, вынося решение, руководствуется только доводами заявителя, претендующего на роль опекуна, и данными судебно - психиатрической экспертизы.

Судами стал напрямую нарушаться конституционный принцип равноправия и состязательности сторон в судебном процессе, а также ряд положений Гражданского процессуального кодекса РФ, касающихся правил уведомления о судебном разбирательстве, права предъявлять доказательства, заявлять ходатайства, знакомиться с материалами дела и т.д. Это возможно потому, что наше Законодательство не устанавливает жесткого требования, чтобы человек, в отношении которого подано заявление о признании его недееспособным, обязательно участвовал в судебном разбирательстве, был вызван в суд. Закон позволяет суду получить заключение о невозможности участия гражданина в судебном разбирательстве в связи с его психическим заболеванием и рассмотреть заявление без его участия.

Получается, что с людьми, признанными недееспособными, в нашем государстве можно делать все что угодно, хотя задумывалась эта мера с целью защитить интересы лиц с неустойчивой психикой. Теперь российские власти должны последовать рекомендациям Европейского Суда по правам человека и осуществить важные реформы по этому вопросу. Европейский Суд счел, что в России люди не должны страдать от самой системы психиатрического здравоохранения, которая должна им только помогать.

Источник: Великая Эпоха (The Epoch Times) Русская редакция.

Евросуд принял к рассмотрению еще одно дело, связанное с установлением недееспособности

В Санкт-Петербурге пострадала гражданка Бельчикова. Родная сестра завещала ей квартиру. Однако это завещание было признано судом недействительным. Гр. Бельчикова была выселена прямо на улицу, в никуда. Выселение происходило в ее отсутствие, когда Анна Михайловна находилась в кардиологическом отделении в больнице. Это произошло в 2000 году, и с того времени она ищет справедливости в судах. Завещание ее сестры было признано недействительным на основании предположительного заключения экспертов. Оно опиралось на записи врача-психиатра, который консультировал эту бабушку на дому исключительно для того, чтобы она получила направление в больницу для ветеранов войны. Это был общий порядок для лиц престарелого возраста, чтобы попасть в общее отделение больницы. Психиатр констатировал, что сестра Бельчиковой здорова. Тем не менее, за этим последовало посмертное предположительное заключение экспертов. Квартиру получил сын умершей, не общавшийся и не помогавший ей даже перед ее смертью, когда она почти ослепла.

К сожалению, врачи психиатры-эксперты поверхностно изучают материалы дела, не принимая во внимание факты нормального социального функционирования лиц, которые умирают и оставляют свое имущество, и почему-то руководствуются только несколькими записями врачей, наблюдавших умерших в последние минуты так называемых терминальных состояний. Но эти записи не передают той клинической картины, которая была на момент подписания завещания. Такие случаи нередки. Жалоба Анны Михайловны Бельчиковой принята к рассмотрению Европейским судом по правам человека.

Источник: svobodanews.ru

Психиатрия на Украине

Донецкая область: В знак протеста против закрытия психбольницы больной покончил жизнь самоубийством

Психиатрическая больница в Крнстантиновке по распоряжению облздрави полностью прекратила прием новых больных. Часть пациентов, находившихся на лечении в местном отделении, перевезли в клинику соседнего Краматорска. Других, кто «пошел на поправку», выписали домой. По словам очевидцев, немногим больше недели назад скорая помощь подобрала на улице старушку, которая не помнила даже собственного имени. Тогда, как это обычно делается, ее попытались пристроить в местную психушку, однако там уже закончился прием больных в закрывающийся стационар. Принять больную женщину отказался и Краматорск, где посчитали, видимо, что состояние пациентки не достаточно тяжелое для помещения в стационар. Единственное, что смогли сделать для несчастной медики — отпустить ее восвояси, оставив во дворе бывшей больницы. После этого горожане неоднократно видели ее в различных районах города.

По-видимому, ряды местных бомжей пополнились теми, кому просто негде получить квалифицированную помощь или перебиться то время, пока их отыщут родственники. Еще более вопиющий случай произошел с другим пациентом. По словам медиков, молодой

человек, чувствуя начало приступа, обычно сам приходил к местным врачам, которым уже привык доверять свою жизнь, а в ответ получал квалифицированную психиатрическую помощь. Теперь же (как опасались родственники и предупреждали сами медики), почувствовав свою ненужность и безысходность, больной решил проблему по-своему: просто шагнул с окна четвертого этажа. Его полет закончился трагедией, потрясшей весь город. Остается надежда, что хотя бы его смерть не оставит без внимания чиновников из облздрави и заставит отцов города со всей серьезностью отнестись к проблеме психически нездоровых людей, которые все еще являются полноправными членами нашего общества. А куда броситься 60-ти уволенным медработникам? По некоторым данным, им были предложены новые рабочие места, но те, от которых они заведомо должны были отказаться. Последним заданием для них стало выполнение капитального ремонта в рядах «добровольцев» из сотрудников той же психбольницы.

Источник: «Донецкое время»

Психиатрия в Эстонии

В Таллинне будет Центр детского душевного здоровья

В Таллинне до сих пор отсутствовала единая система решения проблем диагностики, лечения и предотвращения душевных заболеваний у детей и молодежи. Теперь в Таллиннской Детской больнице подготовлен строительный проект Центра детского душевного здоровья. «Статистика удручающая: в среднем 85% детей употребляли алкоголь, а около 15% детей ответили, что уже попробовали наркотики. В Таллинне считают, что только раннее выявление, лечение и работа по предотвращению болезней, которые ведутся в сотрудничестве с различными секторами, работа с детьми, находящимися в зоне риска, внедрение принципов командной деятельности могут дать желаемый результат. Группами риска являются малолетние дети с родовыми проблемами, преждевременно родившиеся дети, дети с задержкой развития и с проблемами поведения, социально отторженные. Все они нуждаются в помощи», - сказала председатель совета Таллиннской Детской больницы, вице-мэр Таллинна Мерике Мартинсон. «Таллинну необходим единый центр, где будут заниматься проблемами зависимости у детей и детским душевным здоровьем в широком смысле этого понятия. При запланированном Центре душевного здоровья детей будет стационар на 21 место, амбулаторное отделение, а также кабинеты терапии. Главной задачей Центра станет улучшение качества обслуживания при лечении душевнобольных детей. Центр создаст единую систему качественного психиатрического и социального обслуживания. Будет создана система первичной информации в области душевного здоровья, в том числе по проблемам наркомании и суицидов», - рассказала председатель правления Таллиннской детской больницы, доктор Анне Клейнберг, сказала, что у детей Эстонии до 18-летнего возраста наблюдаются различные нарушения психики и поведения, такие, как страх отделения от родителей, проблемы поведения, трудности адаптации в детском саду, агрессивность, проблемы с обучением в школе (страх, насилие, трудности в освоении учебного материала, возбудимость), депрессия, суициды, аутоагрессия и т.д. Учащаются случаи употребления наркотиков и все чаще наблюдается зависимость от наркотиков. «Мы должны вовремя помочь детям с психическими нарушениями, подросткам и их семьям, а для этого нам нужны условия, отвечающие требованиям современной медицины», — сказала доктор Клейнберг.

Источник: rus.delfi.ee

В Таллинне обеспечен уход за страдающими расстройством памяти пожилыми людьми

Эту услугу Таллинн предлагает, в первую очередь, семьям, которым не на кого оставить в рабочее время пожилого человека. Оплачивается услуга за счет городского бюджета.

Обеспечение днем заботы о страдающем расстройством памяти пожилom человеке относится к мерам поддержки семьи, - подчеркивает вице-мэр Таллинна Мерике Мартинсон. – Это дает возможность трудоспособным членам семьи спокойно работать, зная, что нуждающийся в помощи и присмотре не останется без внимания. Ведь далеко не все дети хотят или могут поместить своих престарелых и больных родителей в дом призрения». Решение о предоставлении услуги принимает отдел социальной опеки соответствующей части города. Направление на дневной уход дают семейный врач или психиатр. Сама услуга бесплатна, но за питание и средства ухода (пеленки, лекарства и пр.) платить надо. Клиентов доставляют в место оказания услуги и обратно транспортом либо близких, либо социальной службы. С понедельника по пятницу дневной уход обеспечивается в Опорном центре «Мериметса», в Кесклиннаском и Мустамяэском социальных центрах. Для пациентов проводятся также тренировки памяти, занятия по поддержанию физической формы, они имеют возможность для отдыха и общения. В соответствии с договоренностью услугой можно пользоваться на долговременной основе, в отдельные дни недели или даже часы.

Источник: Postimees.ee

Психиатрический прием ведет медсестра

Президент Эстонского союза медсестер Эстер Прууден уверена, что 60-90 % медицинской помощи первого уровня могли бы оказывать не только врачи, но и медсестры, что уменьшило бы расходы. По ее словам, в системе здравоохранения Эстонии при оказании первичных медицинских услуг медсестры задействованы недостаточно. В больницах самостоятельный прием по некоторым специальностям медсестры ведут уже несколько лет. Так, работающие в отделении психиатрии медсестры, которые следят за душевным здоровьем пациентов, проводят консультации и с теми, кто впервые обратился за помощью, и с пациентами, находящимися на стационарном лечении. Если человек не сможет сразу попасть на прием к врачу, он вначале может рассказать о своей проблеме медсестре и вместе с ней может попытаться найти какое-нибудь решение. Иногда выясняется, что речь идет скорее о проблеме социального свойства. Правда, всегда находятся пациенты, которые с предубеждением относятся к медсестрам, и поэтому они требуют именно врача. Но жизнь показала, что и после приема медсестры человек уходит удовлетворенный хотя бы тем, что смог рассказать о своей проблеме.

Источник: Postimees.ee

Психофарма

Алгоритм терапии маниакальных и смешанных состояний при биполярном расстройстве

На начальном этапе терапии маниакального синдрома умеренной тяжести или гипомании показана монотерапия одним из нормотимиков: при классической (весёлой) мании – солями лития. Доза лития рассчитывается так, чтобы концентрация лития в плазме крови была не ниже 0,5 и не выше 1,4 ммоль/л. Оптимальный интервал - 0,8–1,2 ммоль/л. обычно поддерживается при према 900 мг карбоната лития или 1,0 г контемнола. При гневливой (или с чертами смешанного состояния) мании – вальпроаты или карбамазепин. Вальпроаты следует назначать в высоких дозах от 20 до 30 мг/кг/сут, что суммарно составляет от 1000 до 3000 мг/сут и принимать после еды, чтобы уменьшить раздражающее воздействие на слизистые желудочно-кишечного тракта и, как следствие, явления диспепсии. Ламотриджин в большей мере воздействует на быстрые циклы. При недостаточном эффекте терапии, оценку которого целесообразно проводить не ранее 3–4-й недели лечения, следует присоединить к схеме антипсихотик (атипичный препарат или галоперидол).

Самым распространённым нейрорепрессивным средством купирования остается галоперидол. Максимальные дозы могут достигать 30–60 мг/сут, хотя в большинстве случаев эффекта

удаётся добиться, применяя дозы не более 10–15 мг/сут. Для быстрого купирования маниакального возбуждения эффективно в/м или в/в капельное введение препарата. При маниах высокоэффективен и зуклопентиксол. Суточная доза его составляет 50–150 мг. Клопиксол-акуфаз применяют через 1–2 дня. Начальная доза составляет 50 мг и может быть увеличена до 150 мг. Суммарная курсовая доза не должна превышать 400 мг – в дальнейшем пациентов следует переводить на обычный клопиксол или инъекции клопиксола депо. Возможно одновременное введение клопиксола-акуфаза и депонированной формы (деканата) в одном шприце.

Клозапин в дозе до 600–800 мг/сут быстро приводит к уменьшению патологической гиперактивности и речевого напора. Однако позднее, когда его седативный эффект нивелируется, маниакальные симптомы могут вновь усиливаться. Далее – при отсутствии эффекта рекомендуются присоединение второго нормотимика, проведение ЭСТ, а также различные комбинации нормотимиков, антипсихотиков и противорезистентные мероприятия.

При тяжёлой мании с сильным психомоторным возбуждением или при маниакально-бредовых состояниях терапию сразу следует начинать с комбинации нормотимик + антипсихотик (атипичный или галоперидол), при этом в первые дни лечения внутримышечный путь их введения является предпочтительным. Оланзапин в дозе 15 мг/сут превосходит по эффективности вальпроаты, но дает прибавку массы тела. Рисперидон также достаточно эффективен, но нередко появляются экстрапирамидные симптомы,

Кветиапин эффективен и экстрапирамидных расстройств и гиперпролактинемии не наблюдалось. Его применяют в средней дозе 250 мг/сут в сочетании с дивальпроатом натрия. Кветиапин с хорошим эффектом применялся при быстроциклическом течении. Арипипразол (абилифай) также имеет доказанный антиманиакальный эффект и хорошую переносимость.

При отсутствии эффекта следует присоединить бензодиазепины (инъекционные формы лоразепама, феназепама), применить седативные нейролептики, такие как хлорпромазин, хлорпротиксен, клопиксол-акуфаз. В случае недостаточной эффективности возможно присоединение второго нормотимика, замена антипсихотиков на клозапин, проведение ЭСТ или специальных противорезистентных мероприятий (плазмаферез, лазеротерапия, иммуномодуляторы, блокаторы кальциевых каналов и т.д.). После купирования острого маниакального синдрома следует переходить к этапу профилактической терапии эффективным нормотимиком или комбинацией препаратов, постепенно уменьшая или отменяя антипсихотическую терапию и бензодиазепины, (постоянное применение бензодиазепинов — не более 1–2 месяцев из-за риска развития привыкания).

При выборе терапии МС следует учитывать также возможные исходы лечения. Так, некоторые препараты (традиционные нейролептики, трициклические антидепрессанты) способствуют развитию инверсии фазы и увеличивают риск формирования быстрой цикличности. Схема терапии, используемая для лечения МС, сохраняется до полного купирования симптоматики и наступления ремиссии или до развития депрессии в случае инверсии фазы. Появление депрессивной симптоматики является основанием для назначения антидепрессивной терапии на фоне продолжающегося приёма препаратов, назначенных для купирования мании, даже если мания полностью купирована. В среднем курс антиманиакальной терапии продолжается не менее 8 недель.

Отмена препаратов купирующей терапии в период ремиссии проводится постепенно, с уменьшением дозировок на 20–33 % в месяц и регулярным контролем состояния. Главные ошибки терапии: назначение на длительный срок мощных классических нейролептиков, часто в депо-форме, само по себе способствует развитию затяжных состояний с нивелированием аффективного радикала и формированием застойной, маниакально-бредовой структуры, или вызывает инверсию аффекта с затяжными адинамическими депрессиями. Длительное применение классических нейролептиков приводит к развитию

экстрапирамидной симптоматики, которая становится основной причиной инвалидизации больных.

С.Н.Мосолов и Е.Г.Костюкова «Современная терапия Психических расстройств» №4-2007

Нейролептики и беременность

Все антипсихотические средства хорошо проникают через плацентарный барьер и потенциально опасны, т. к. неблагоприятно воздействуют на плод и новорожденного. В первом триместре беременности в целом выявлено статистически достоверное небольшое повышение риска неспецифических тератогенных эффектов нейролептиков, но не всех. Это не удалось подтвердить, по крайней мере, в отношении аминазина, метаразина, трифтазина и сонапакса. Наиболее безопасен при беременности аминазин (в низких дозах).

У новорожденных при применении матерями высоких доз хлорпромазина развивался респираторный дистресс-синдром (синдром новорожденных) - заболевание преимущественно недоношенных детей, связанное с незрелостью легочной ткани.) Описаны также симптомы экстрапирамидных расстройств (ригидность мышц, гипертензия, тремор, дискинезия, акатизия, слабость, затруднения кормления и недостаточная моторная зрелость), которые считают проявлениями синдрома отмены. Эти осложнения развиваются редко и чаще носят транзиторный характер, хотя в некоторых случаях могут продолжаться в течение нескольких месяцев.

При применении беременными модитена и галоперидола частота врожденных дефектов даже несколько ниже, чем в контрольной группе. Галоперидол относят к препаратам выбора у беременных.

Что касается атипичных нейролептиков, то степень их безопасности при беременности в связи с ограниченным опытом их клинического применения до настоящего времени не определена. Пока не удалось выявить связи между врожденными аномалиями и использованием азалептина (клозапина). Однако в отношении возможности развития агранулоцитоза этот препарат все же потенциально опасен не только для матери, но и для плода. В экспериментах на животных выявлено фетотоксическое действие рисперидона (рисполепта), у человека такая опасность вероятна от 12 недель беременности до родов. При применении оланзапина у 20 беременных зарегистрированы: спонтанный аборт в трех (13%) случаях, мертворожденный ребенок в одном (5%) случае, преждевременные роды в одном (5%) случае, переносимость беременности в двух (10%) случаях. Но эти данные не отличались от данных исторического контроля.

Предпочтение в период беременности стоит отдавать нейролептикам с высокой антипсихотической активностью (модитен, галоперидол, этаперазин, тиотиксен, трифтазин), которые не вызывают у матери антихолинергического, гипотензивного и выраженного седативного эффектов. В отношении хлорпромазина, азалептина, локсапина, мезоридазина, молиндона, оланзапина, пимозиды и рисперидона данные об их применении при беременности крайне ограничены, поэтому в отношении их рекомендации не сформулированы. Ясно, однако, что применения длительно действующих, депонированных препаратов с высокой антипсихотической активностью следует избегать с целью ограничения продолжительности возможных токсичных эффектов у новорожденных.

Следует, по возможности, избегать применения аминазина перед родами, т. к. он может вызывать гипотензию; у детей, матери которых получали азалептин во время беременности, в течение 6 месяцев необходимо тщательно контролировать количество лейкоцитов с целью выявления агранулоцитоза.

Е.А. Ушкалова, проф. кафедры общей и клинической фармакологии РУДН

Новые методы исследования — Новое знание

Приоткрыт механизм эмоциональных реакций

Известно, что подавление отрицательных эмоций расстраивают работу мозга. Филипп Голдин (Philippe R. Goldin) из Стэнфордского университета (Калифорния, США) попытался понять механизм этого процесса. Пригласили в качестве испытуемых женщин. Им предложили посмотреть короткие видеоклипы, содержащие нейтральные или отрицательные стимулы, вызывающие эмоциональную реакцию. Деятельность их мозга исследовали при помощи функционального магнитного резонанса. Выяснилось, что у тех, кто пользовались стратегией пересмотра (это та стратегия, которая путем анализа снижает отрицательные эмоции и уменьшает их влияние), активация начиналась в передних отделах коры лобных долей. Это значительно снижало деятельность миндалевидного тела и островка Рейля – тех областей мозга, которые участвуют в формировании эмоционального опыта. А вот при подавлении негативных эмоций активация лобных долей, наоборот, тормозилась. Исследователи считают, что подавление эмоций развивает уязвимость психики. Пересмотр – это более успешная стратегия. «Возможно, наша работа поможет людям лучше контролировать свои эмоции» — пишут авторы». Статья опубликована в журнале Biological Psychiatry.

Детские страхи не забываются

Молодой мозг анализирует воспоминания о пережитом страхе совсем по-другому, чем зрелый. Ученые университета Нового Южного Уэльса в Сиднее (Австралия) решили временно дезактивировать миндалевидное тело при помощи анестезии, чтобы посмотреть, какие функции мозга при этом нарушатся. Миндалевидное тело — группа базальных ядер головного мозга, которые располагаются в глубине переднего полюса височной доли. Они вовлечены в формирование эмоций и памяти, помогает в интеграции жизненных функций организма. Выяснилось, что в молодом возрасте за угасание рефлекса отвечает миндалевидное тело. А в более позднем - развиваются другие механизмы, не связанные с миндалевидным телом. Эти данные опровергают представления о том, что страх, пережитый в юном возрасте, со временем забывается. Похоже, что эти страхи лишь блокируются нейтральными воспоминаниями, которые фиксируются на пике реакции испуга. При этом начальная память о пережитом испуге не стирается и когда-то может стать снова доступной. Источник: «АКАДО-Столица»

Раскрывается мозговой механизм оценки истинности или ложности суждения

Профессор психиатрии Марк Коэн (Mark Cohen), его аспирант Сэм Харрис (Sam Harris) и их соавтор Самир Шет (Sameer Sheth) из Центральной больницы штата Массачусетс обнаружили, что различие между верой и недоверием определяется активностью в лобных долях мозга. Самую большую активность в процессе различения показала вентромедиальная префронтальная кора (ВПК). «Включение ВПК в процесс формирования доверия предполагает, что познавательные аспекты эмоций и награды связаны анатомически, — говорят авторы, — принятые на веру этические утверждения активизировали те же участки, что и математические. Это говорит о том, что физиологическое различие между верой и недоверием может быть независимым от смысловых или эмоциональных ассоциаций». «Области недоверия» ученые обнаружили в поясной извилине, относящейся к лимбической системе, и в островке Рейля. Эти области задействованы в отображении внутренних ощущений, вроде боли и отвращения и негативной оценке вкуса и запаха. «Наши результаты показывают наличие эмоционального тона при недоверии, — пишут исследователи, — ложные суждения практически внушают отвращение». Когда испытуемые проявляли неуверенность в оценке утверждений, активировалась поясная область коры, расположенная в передней части мозга. И во всех случаях (и для лжи, и для правды, и для неопределенности) заметно снижалась деятельность в хвостатом теле - отделе базальных ганглий, играющем роль в осуществлении двигательных функций.

Полученные данные позволяют понять, как работает мозг при формировании представлений о мире. «Самое интересное, — говорит Харрис, — это то, что практически вся картина мира проходит через «узкое горлышко» тех областей мозга, которые известны, как управляющие эмоциями, вознаграждением и такими базовыми чувствами, как боль и отвращение. При оценке этических, математических или смысловых утверждений требуются совершенно разные виды интерпретации. Но принятие или отклонение этих утверждений основывается на совсем примитивном процессе, который может быть нейтральным по смыслу.

Раньше предполагалось: вера в то, что дважды-два равно четыре, и в то, что Буш – президент США (а Путин — президент России), формировалась с точки зрения мозговой активности по-разному. Теперь понятно, что их объединяет непрерывно происходящее испытание картины мира на правдивость. Я думаю, это один из процессов, которые провоцируют конфликт между разумом и эмоциями». Результаты исследования опубликованы в журнале *Annals of Neurology*.

Неспособность распознавать эмоции — маркер биполярного аффективного расстройства

Специалисты Национального института психического здоровья США (NIMH) предположили, что и запоминание у людей с биполярным расстройством должно проходить иначе, чем у здоровых. Это предположение подтвердилось при сканировании мозга методом функционального магнитного резонанса. Оказалось, что при биполярном аффективном расстройстве просмотр и вспоминание счастливых лиц активируют полосатое тело и переднюю часть центральной борозды, в то время как отрицательные эмоции активируют орбитофронтальную кору. В контрольной группе таких феноменов не обнаружили. Исследователи считают, что гиперактивность структур мозга, отвечающих за распознавание эмоций на лицах, — один из ранних признаков, предвещающих возможное развитие биполярного расстройства.

Галлюциногенные рецепторы

Группа ученых под руководством профессора неврологии Стюарта Силфона (Stuart Sealton) из израильского Университета горы Синай (Mount Sinai) нашли, что при воздействии галлюциногенов на мышей в коре их мозга рецептор серотонина при помощи специфического G-протеина связывается сквозь клеточные мембраны с рецептором глутамата. Связанный в комплекс рецептор глутамата, при этом перестает реагировать на сам глутамат. Поэтому неадекватные поведенческие реакции не подавляются и специфическая реакция клеток на воздействие галлюциногена проявляется в полной мере. Сходные механизмы найдены и в человеческом мозге. При вскрытии больных шизофренией, не получавших при жизни лечение, ученые обнаружили чрезмерную активацию рецепторов серотонина и снижение функций глутаматных рецепторов. Именно этот дисбаланс, по словам исследователей, и определял развитие психозов. Израильские исследователи предположили, что найденный ими комплекс серотонин-глутаматных рецепторов вовлекается в процессы, происходящие в коре мозга при шизофрении.

Зарплата радует, когда коллега получает меньше тебя

Так устроен мозг. Чувства, которые испытывает человек, получая на руки зарплату, в большой степени зависят от размера вознаграждения его коллеги. Доказательством этого стали результаты эксперимента, проведенного в Боннском университете (University of Bonn) учеными под руководством эпилептолога Кристиана Элджера (Christian Elger) и экономиста Эрмина Фалка (Armin Falk). Мужчин-добровольцев уложили на ложа двух параллельных томографов и попросили одновременно выполнить одну и ту же задачу. За ее выполнение они получали награду в размере от 30 до 120 евро. Каждый участник мог проследить, как отвечает его партнер и сколько он получил за правильный ответ. Все это время магнито-

резонансный томограф контролировал изменение кровообращения в мозге. Ученые наблюдали активность в ventral striatum (нижней части полосатого тела), когда испытуемый давал правильный ответ. Это область, называется еще «центром наград». Явилось, однако, открытием, что самая высокая активность в этом центре наблюдалась у тех испытуемых, которые давали правильный ответ на те задания, в которых ошибался их партнер. Тогда исследователи рассмотрели случаи, когда оба испытуемых отвечали правильно. Если награда за ответ была одинаковая, ventral striatum активировался умеренно. Но если один испытуемый получал в награду 120 евро, а второй за такой же ответ только 60, то активность в «центре наград» у получившего побольше значительно увеличивалась, а у того, кому дали поменьше заметно снижалась, несмотря на то что задание выполнено и награда получена. «Результаты этого исследования противоречат традиционным теориям в экономике, — говорит Эрмин Фалк. Теория предполагает, что единственный важный фактор экономической мотивации — это абсолютный размер вознаграждения. При этом зарплата коллеги не должна играть роли. Это исследование — первый вызов этой гипотезе — вызов, основанный на экспериментальном подходе.

Геронтопсихиатрическая помощь во Франции

В начале апреля небольшая группа российских психиатров (академик РАМН, профессор А.С.Тиганов, профессор С.И.Гаврилова и автор этих строк) по приглашению фирмы «Парентстройка» смогла ознакомиться с организацией помощи больным с геронтопсихиатрической патологией, главным образом, болезнью Альцгеймера во Франции. Прекрасно организованная поездка позволила значительно обогатить наши представления о системе обеспечения старости для населения



*Альцгеймеровский центр в
Фонтенбло*

Западной Европы. Такая система сформировалась относительно недавно и показала свою успешность. В разных странах она называется по-

разному — Senior Care, Aged Care, Continuing Care Retirement.

Главная черта этой системы, радикально отличающейся от системы оказания социальной и медицинской помощи престарелым в нашей стране — отсутствие каких-либо граней, разделяющих помощь просто престарелым и престарелым с патологией психики. Соответственно нет и никакой ведомственной разобщенности: и социальная, и медицинская помощь финансируется и реализуется одноканально. Главнейшее условие успеха — соблюдение одинаковости подхода и общности принципов работы учреждений, включенных в данную систему. И это вовсе не означает однотипности программ пребывания в них. Они различаются в зависимости от способности пожилого человека к самообслуживанию. В целом можно выделить три вида программ:



*«Социальная зона»
в отделении*

- 1) независимое проживание (Independent living), которое предполагает полную самостоятельность гражданина, проживающего в резиденции, где помощь персонала сводится к приготовлению пищи, уборке и организации досуга;
- 2) проживание с ежедневной помощью (Assisted living) — для людей, в целом способных к самообслуживанию, но в ряде ситуаций нуждающихся в посторонней помощи (например, при приеме ванны, одевании, прогулках);
- 3) проживание с интенсивной помощью (Skilled nursey), которое предполагает отсутствие у человека способности к самообслуживанию и круглосуточное наблюдение за ним сиделки (медицинской сестры).

Важно подчеркнуть, что так различаются только программы обслуживания, которые ни в какой мере не связаны с профилем или характером учреждения (резиденции). В каждом отдельном таком учреждении (резиденции) могут быть задействованы не одна, а несколько программ.

Контингент пребывающих поэтому неоднороден, и это обстоятельство вовсе не является помехой. Более того, практика показала, что это очень помогает пациентам. Так, в отделениях для страдающих болезнью Альцгеймера непременно должно быть не менее 15% пожилых людей без признаков деменции. Они получают возможность активно помогать тем, кто затрудняется в самообслуживании и нуждается в уходе и поддержке. Главное здесь — стремление дать пожилому человеку ощущение его нужности, востребованности, независимо от степени самостоятельности. В результате создается атмосфера взаимной поддержки, в которой даже постояльцы, неспособные к самообслуживанию, начинают тянуться к тем или иным реабилитационным программам. Важную роль в этом играет недопущение постоянного пребывания в постели даже достаточно глубоко дементных больных.

Повседневная жизнь практически всех пациентов проходит не в кровати, и даже не в своей комнате, (как это бывает у нас, в наших геронтопсихиатрических стационарах), а в так называемой «социальной зоне», где все вместе участвуют в развивающих играх, дискуссиях, поют песни, занимаются физическими упражнениями или просто общаются друг с другом. Все это происходит достаточно организовано, направляется специалистами психологами и специально

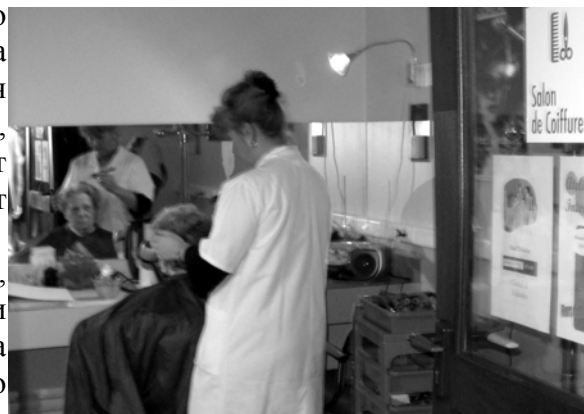


*Специальная
ванна*

обученными медицинскими сестрами. Реализация подобного рода программ требует, прежде всего, хорошего технического оснащения. Очень многие больные деменцией оказываются «привязанными» к постели, так как не могут ни самостоятельно подняться, ни совершить туалет, ни передвигаться. «Залеживание» неизбежно становится источником гипостатической пневмонии, пролежней, приводящих к скорой смерти. Но частые перекалывания больных ложатся непосильной физической ношей на персонал. И здесь очень помогают специальные устройства-подъемники. Они либо стационарно укреплены над кроватью и позволяют легко и безболезненно поднимать корпус пациента и переносить его в кресло-каталку, либо подвижны, свободно перемещаются по отделению (своеобразные подъемные краны) и с их помощью пациента легко переместить в кресло или на каталку практически в любом месте отделения. Надо сказать, что геронтопсихиатрические отделения во Франции лишены шика, но полны блеска. Нет никаких ковров, диванов, люстр и прочих атрибутов «санаторной» роскоши. Но зато — великолепный и очень дорогой специальный линолеум, на котором просто невозможно поскользнуться, даже когда он мокрый.

Поражающее воображение функциональные кровати с дистанционным управлением. Специально оборудованные душевые, в которых пациент моется сидя. Ванны с откидывающейся боковой стенкой, позволяющей без труда помещать туда пациента. Передвижные мониторы, определяющие основные характеристики жизнедеятельности больного (АД, температура, ЭКГ и т.п.) и автоматически фиксирующие эти данные в медицинской документации. Очень простая, но крайне удобная специальная мебель: ножки стульев, кресел удлинены на 10-15 см и это позволяет больным легко, без усилий садиться на них и вставать. Особое внимание уделяется цветовому оформлению помещений. Яркая, сочная (но не назойливая) цветовая гамма выполняет не только эстетическую функцию — она помогает ориентироваться в пространстве.

Той же цели служит оформление коридоров, каждый из которых представлен в виде улицы или проспекта (с соответствующей табличкой, как на настоящей улице). Пересечение коридоров — это Коридор «Аллея тюльпанов» — площадь (тоже со своим названием и табличкой), где стоит столик, там можно присесть, поболтать и даже выпить



*Парикмахерская
в отделении*

чашечку кофе. Дверь каждой комнаты (палаты) окрашена в свой, индивидуальный цветовой тон и это позволяет больным легко находить свое жилище (кроме того, на каждой двери указана фамилия проживающего и прикреплена его фотография). Продуманная окраска несет и защитную функцию: так, места, потенциально опасные для больных, например, лифтовые площадки, внизу, у пола окрашены черным цветом и это отпугивает.



*Кабинет
кинезиотерапии*

Всемерно поощряется поддержание больными опрятности и привлекательности своего внешнего вида. В отделении есть небольшая, но настоящая парикмахерская с полным набором соответствующих услуг. И еще одна маленькая, но немаловажная деталь: там не допускают, чтобы обитатели отделения могли видеть смерть своих соседей. В таком возрасте это — неизбежный исход, но персонал следит за тем, чтобы при ее приближении пациента своевременно перевели в особую комнату, которую называют «отделение прощания с жизнью». Входить туда могут только родные и персонал.

Кому же доступна помощь столь высокого уровня? Оказывается, всем, независимо от уровня доходов. От 40 до 60% коечного фонда каждой крупной региональной больницы (типа нашей ЦРБ) заняты геронтологическими и геронтопсихиатрическими пациентами. Оплачивают их пребывание страховые кассы. Те, кто получает пенсию или иные средства, немного доплачивают (в пределах 50 евро), это вполне доступно. Теми, кого подобрали на улице, занимается специальная юридическая служба. Она выясняет наличие собственности, часть которой уходит на оплату пребывания, а оставшееся наследуется родными. Такова служба государственной помощи престарелым. Есть и частные резиденции, но они отличаются лишь несколько большим уровнем сервисных услуг.

Возможна ли такая система в России? Вполне, но при условии ликвидации разделения ведомств и учреждений социальной защиты и здравоохранения. Пока же

геронтопсихиатрические парк-отели системы Senior Care с той же технологией и условиями помощи, что и в Европе, у нас представляет лишь частное заведение фирмы «Парентстройка» (находится в Монино).

В.Я.Евтушенко

Персоналии

Уолтер РАЙХ: Андрей Снежневский и советская психиатрия

25 лет назад состоялась знаменательная встреча американского психиатра Уолтера Райха, представлявшего Всемирную психиатрическую Ассоциацию, с руководителями советской психиатрии — встреча, с которой началось широкое ознакомление зарубежных психиатров с практикой психиатрической диагностики в Советском Союзе и широкие международные контакты специалистов. Это были истоки перестройки в мире советской психиатрии. Мы публикуем отрывки воспоминаний об этой встрече. Они были опубликованы еще в 1983 году, но в русском переводе появились в Интернете только сейчас.



... мы проехали за ворота и оказались на территории психиатрической больницы имени Кащенко; здесь же расположен и Институт психиатрии Академии медицинских наук СССР. Это здание показалось мне знакомым той унылой атмосферой, что окружает многие психиатрические лечебницы: уборкой территории здесь занимаются пациенты, а у ворот дежурит охрана. Тем не менее, именно здесь находится штаб-квартира советской психиатрии. В здании меня ждал советский «психиатр номер один» - доктор Андрей В. Снежневский. Меня быстро провели по темному вестибюлю, вдоль длинных коридоров, и мы вошли в солнечный кабинет. Человек в белом халате, вставший из-за резного письменного стола с широкой улыбкой на лице, мало изменился с тех пор, как я видел его пятью годами ранее, во время конгресса Всемирной психиатрической ассоциации на Гавайях. На этой встрече он и возглавляемая им делегация подверглись резкой критике, после чего Конгресс принял резолюцию, осуждающую 'систематическое злоупотребление психиатрией в СССР в политических целях'. За прошедшие годы озабоченность на Западе подобными злоупотреблениями в СССР только усилилось, и русским грозила опасность приостановки их членства в международной организации психиатров, а то и исключения из ее состава.

В кабинет быстрым шагом вошел заместитель Снежневского, доктор Марат Вартанян, в сопровождении заместителя Снежневского по клинической работе доктора Рубена Наджарова, и доктора Андрея Пятницкого, главы отдела института по внешним связям. Вартанян - крепкий мужчина лет 50 - выглядел даже моложе, чем на Гавайях: он сбросил не менее 30 фунтов, двигался быстрее и увереннее, и был одет в хорошо сидящий полосатый костюм западного пошива. За эти пять лет он стал выглядеть живым воплощением процветания и успеха. «Вы, конечно, помните доктора Райха, - обратился Вартанян к Снежневскому. - Вы встречались с ним в Гонолулу». Снежневский подтвердил - да, помнит. Он пригласил нас расположиться за элегантным столом для заседаний. Вошла секретарша, неся изящный фарфоровый сервиз. Хотя Снежневскому уже исполнилось 78, и с нашей последней встречи он несколько поправился, на лице у него было все то же выражение, которое его бывшие студенты в разговоре со мной называли «сардоническим» - иронически насмешливое. Я хорошо помнил эти губы, сложенные в пренебрежительной улыбке,

превращавшейся в издевательский смех всякий раз, когда он слышал нечто, что ему не нравилось. Советские психиатры начали расспрашивать меня о моей собственной профессиональной деятельности; я рассказал о подготовке научной конференции по вопросу об эффективности психотерапии. Вартанян толерантно улыбнулся. Снежневский расхохотался: «Психотерапия - было бы что изучать!».

В Советском Союзе психотерапия, как ее понимают американцы, почти не практикуется. К ней относятся с сильным недоверием с 1930-х гг., когда идеи Зигмунда Фрейда были признаны несовместимыми с постулатами марксистской науки. Здесь применяются не столько «разговорные», сколько медикаментозные методы лечения. Однако сами концепции о душевных заболеваниях и в СССР, и в США по некоторым аспектам совпадают. Среди населения одни и те же болезни встречаются примерно с одинаковой частотой. Однако их определения, а порой и представления о причинах заболевания, у советских и американских психиатров различаются. Если в США врачи-практики в целом уделяют больше внимания так называемым неврозам, то в деятельности их советских коллег куда большее место занимают острые состояния, известные как психозы.

Советская психиатрия уделяет основное внимание самой серьезной и распространенной форме психоза - шизофрении. Именно благодаря своей концепции и определению шизофрении Снежневский преобразовал советскую психиатрию - преобразовал, и встал у ее руля. Он сумел это сделать не по указанию сверху, а потому, что его исследователи, ученики и сторонники, представляющие так называемую «московскую школу» психиатрии, распространили его теории по всей стране, превратили их в стандартный, и действительно общепринятый подход к пониманию, диагностике и лечению душевных заболеваний.

Нам подали отличный кофе - такого мне в Советском Союзе еще не приходилось пробовать. На столе появились льняные салфетки, хороший коньяк, черная икра. Большой кабинет с высоким потолком украшен дореволюционным антиквариатом - восточными коврами, кожаными креслами, статуэтками. По стенам развешаны портреты русских врачей, которых Снежневский считает своими кумирами, и огромная фотография Эрнеста Хемингуэя в свитере. «Мой любимый писатель, - пояснил Снежневский. - В нашей стране он очень популярен». За происходящим издалека наблюдал Ленин: его бюст в кабинете тоже был. Мои собеседники в этой встрече были заинтересованы не меньше, чем я. Разговоры о злоупотреблениях советской психиатрии шли уже давно.

В 1971 г., на Пятом конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Мехико, западные врачи предприняли первую попытку «вынести порицание» своим советским коллегам. Однако Снежневскому, возглавлявшему советскую делегацию, удалось выйти сухим из воды. В своей отповеди он назвал эти утверждения «маневром в рамках холодной войны», «выполненным руками специалистов». В 1977 г., на конгрессе Ассоциации в Гонолулу, Снежневский вновь отстаивал психиатрические методы, практикуемые у него на родине. К этому времени, однако, обвинения уже вызывали бурную реакцию, поэтому резолюция с осуждением советских врачей все же прошла незначительным большинством голосов. Снежневский был сильно уязвлен; члены его делегации обвиняли во всем «сионистов».

Думаю, Снежневский и Вартанян согласились встретиться со мной прежде всего из-за стремления советских властей избежать приостановки членства советского Всесоюзного общества психиатров и невро-патологов в этой международной организации, или даже исключения советской ассоциации из ее состава. Уверен также, что у Снежневского были и личные причины, чтобы встретиться со мной. На Западе он давно уже подвергался нападкам как «живое воплощение» злоупотреблений советской психиатрии. Его обвиняли в том, что он цинично разработал диагностическую методику, предназначенную для использования в политических целях. Снежневский часто и возмущенно сетовал на эти обвинения, пятнающие его репутацию за рубежом и даже в глазах некоторых советских коллег. Он считал себя клиницистом и теоретиком, наследником и продолжателем

психиатрической традиции, берущей начало в немецкой медицине 19 века. Говорил я в основном по-английски; переводил Вартанян.

Первый вопрос, который я задал Снежневскому и Вартаняну, был связан со статьей, появившейся в «Правде» за неделю до моего отъезда из США. Там сообщалось, что институт Снежневского будет преобразован в более масштабный Научный центр психического здоровья в составе трех институтов, один из которых займется проблемами превентивной психиатрии.

Я спросил советских коллег, с какими психическими заболеваниями, по их мнению, можно бороться превентивными методами. Они ответили, что в эту категорию входят, в частности, «пограничные» случаи, когда заболевание протекает в относительно мягкой форме и не сопровождается симптомами галлюцинаций или бреда, типичных для шизофрении.

Мое беспокойство вызывал и вопрос о качестве исследований, проводившихся сотрудниками института после того, как в 1962 г. Снежневский стал его директором - исследований, призванных доказать справедливость его теоретических постулатов. Эти исследования Снежневского создавали четкое впечатление, что их шефу удалось открыть клинические принципы, с помощью которых у любого больного можно диагностировать одну из трех форм шизофрении, каждая из которых имеет четкую генетическую основу. Лично я не могу принять их результатов - слишком уж идеальными они выглядят, и слишком многими изъянами страдала их методика. Даже если участники исследований не пытались ничего подтасовать, они могли слишком легко поддаться воздействию стремления доказать правоту Снежневского.

В конце концов, заметил я, ученые проверяли теории собственного шефа - теории, на которых строилась его международная репутация. Кроме того, во многих случаях получение степени зависело от успешных результатов; многие только начинали свою карьеру в институте, и стремились остаться в его штате. Таким образом, в исследовательской работе возникал импульс, толкавший ее в одном направлении - подтвердить теории Снежневского. В условиях столь единообразной и целенаправленной культуры доказательства психологическое давление на исследователей, «доказывавших» очередной тезис Снежневского, должно было быть значительным. И вряд ли это давление смягчал тот факт, что главным редактором «Журнала невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» - единственного советского периодического издания по проблемам психиатрии, а значит, единственного издания, где они могли опубликовать полученные результаты - является никто иной как Андрей Снежневский. «Послушайте, - обратился я к Вартаняну; он, насколько мне известно, не принимал личного участия в этих исследованиях, - вы же ученый. Вы же понимаете, с каким зыбким материалом приходится иметь дело психиатрам, и что объективность даже самого честного ученого подвергается неприемлемому испытанию, когда он проверяет гипотезу собственного директора, которая в его академической среде считается общепринятой и преобладающей. Вы же понимаете, что в таких условиях исследователи должны всеми возможными способами страховаться от собственных искажений. Но в данном случае таких защитных мер принято не было». Вартанян пожал плечами.

Он заметил, что работа, о которой я говорю - дело прошлое, и сейчас проводятся новые исследования, по более совершенной и надежной методике, посвященные другим проблемам. Я выпрямился на стуле. Похоже, Вартанян дистанцируется от теорий собственного шефа. У Снежневского, не подозревавшего об этом повороте в нашей беседе, поскольку Вартанян не стал переводить ему свой ответ, на лице сохранялась та же сардоническая усмешка, что и на протяжении почти всего разговора. Я тоже улыбнулся, но Вартаняну, надеясь получить от него некое подтверждение этой скрытой нелояльности. Тот, однако, не улыбнулся в ответ.

Затем я перешел к вопросу о практической полезности идей Снежневского и опасности их применении я в клинических условиях. Снежневский раздраженно заявил: перечисленные

мною опасности в плане диагностики никакого значения не имеют. Хороший клиницист, настаивал он, всегда сможет отличить мягкую форму шизофрении от нешизофренического состояния. Я с ним не согласился. Опирается на проницательность клинициста - предложение спорное, поскольку сами суждения диагноста очень во многом определяются его теоретическими взглядами. Я заметил, что Вартамян отнюдь не рвется на помощь своему начальнику. Мне пришло в голову, что эта встреча, вероятно, важна и для него, но по собственным соображениям. Много лет Вартамян - армянин по национальности - оставался в тени Снежневского, но теперь перед ним открываются весьма многообещающие карьерные возможности. Психиатр по профессии, он специализируется в области биологической психиатрии, и долгое время возглавлял основную биологическую лабораторию института. Теперь, когда Снежневский должен скоро уйти на покой, Вартамян вероятно унаследует его «мантию», став директором нового крупного психиатрического исследовательского центра, о создании которого только что объявила «Правда».

Очевидно, что в Москве предстоящее назначение Вартамяна встречает противодействие - прежде всего со стороны его главного соперника, доктора Георгия В. Морозова, возглавляющего Институт судебной психиатрии имени Сербского. Но, согласно моим источникам, его противодействие назначению Вартамяна вряд ли увенчается успехом. Вартамян уже начинает выполнять функции главного «полпреда» советской психиатрии за рубежом. Поэтому именно Вартамян, а не Снежневский или я, поднял вопрос о злоупотреблениях психиатрией. Советским диссидентам, настаивал он, диагнозы ставились правильно: «На Западе этот вопрос всячески раздувают, и исключительно в политических целях. Чтобы продемонстрировать, как он выразился, всю абсурдность западных обвинений, он указал: некоторые критики дошли даже до того, что утверждают, будто Снежневский разработал свою теорию шизофрении, включая и тезис о ее мягкой, «вялотекущей» форме, специально для того, чтобы создать диагностическую «нишу» в которую советские власти могли бы помещать диссидентов.

Снежневский рассмеялся - так он выразил свое полное презрение по отношению к этим обвинениям. Эти концепции появились в 1940-1950-х гг. под влиянием ряда его учителей, и обрели окончательный вид в его голове и статьях в конце 1950-х - начале 1960-х гг., задолго до того, как помещение диссидентов в психиатрические лечебницы приобрело сколько-нибудь заметные масштабы. Одним словом, я признал, что теории Снежневского возникли вне связи с их предполагаемой полезностью для постановки диагнозов инакомыслящим. Моя реплика превратилась в настоящую лекцию, которую советские коллеги слушали молча, но я тем не менее продолжал. Снежневский сердито хмурился; другие, похоже, были акже недовольны. Потом Вартамян произнес: «Что нам нужно, так это сесть и совместно решить вопрос. Нам следует изучить конкретные случаи и достичь какого-то взаимопонимания. Все это не должно использоваться в политических целях». «Вы сможете наладить с нами диалог по этому вопросу, - подчеркнул я, - только в том случае, если будете готовы признать и свои ошибки». «Мы готовы», - ответил Вартамян. Он встал и доел бутерброд с икрой. Снежневский выглядел усталым. Он разрешил мне сфотографировать его самого и других участников встречи, а Вартамян устроил мне экскурсию по своим лабораториям.

Он мне предложил изучить подготовленные советскими психиатрами истории болезни людей, которые, как считают на Западе, были госпитализированы по политическим соображениям. Но, на мой взгляд, целесообразнее было бы позволить Всемирной психиатрической ассоциации направлять своих представителей в любую из стран-участниц для обследования людей, о которых сообщается, что они госпитализированы по политическим мотивам. Если же разрешение на такое обследование дано не будет, Ассоциация сможет официально обвинить психиатрическое сообщество соответствующей страны в нарушении международных норм. Русским придется либо допустить такие обследования, либо признать - им есть что скрывать. (Как известно, советским психиатрам

скрывать было нечего. Западные специалисты были допущены не только к документам, но и к пациентам. Полного совпадения диагностических мнений не было, но это неудивительно. Зато появились возможности контакта и сотрудничества, за которым неизбежно следует сближение диагностических подходов. - Ред.)

Доктор Уолтер Райх - психиатр, научный сотрудник Института фундаментальных исследований по российской проблематике им. Кеннана (Kennan Institute for Advanced Russian Studies) при Вашингтонском Международном научном центре им. Вудро Вильсона (Woodrow Wilson International Center for Scholars).

Статья опубликована в 1983 г. в журналах «The Times», Великобритания, и «Time», США. Источник: inosmi.ru

Отец Владимир НОВИЦКИЙ: Путь от врача-психиатра к священнику

Священник отец Владимир Новицкий - по профессии психиатр, долгое время проработал ЦМОКПБ, потом — в Химкинской психиатрической больнице № 22. Был заведующим отделением. А теперь - священник храма бессребреников Космы и Дамиана в селе Космодемьянском (Москва). Он вырос в семье врачей-психиатров. И родители, и брат, и племянник — врачи-психиатры. В доме церковные, обрядовые вопросы даже не обсуждались. После окончания института, когда он только начинал работать врачом, появился интерес к классической литературе, особенно к творчеству Федора Достоевского. Это было время поисков, ошибок, которые постепенно и привели к Богу. Он крестился уже в зрелом возрасте, в 28 лет. В начале 90-х случайно увидел в газете статью о монастыре в Оптиной пустыне. Заинтересовался, почему туда люди едут, как и чем там живут? Появилась очень сильная внутренняя жажда, потребность побывать там. По приезду в Оптину вдруг понял, что здесь есть нечто, на чем необходимо сфокусироваться, что может восполнить пустоту, которая была в душе. Время от времени стал приезжать туда. Потом возникла потребность бывать в Оптине каждый месяц. И каждый раз постигал для себя новые вещи, казавшиеся удивительными: оказывается, есть прекрасные верующие люди, между которыми - совершенно чистые чувства, доверительность, любовь.



Потом был 1993 год – убийство оптинских новомучеников. Это произошло практически на его глазах: на Пасху он был в Оптине. Как врач, пытался оказывать им первую медицинскую помощь. Вместе с другими врачами доставлял в реанимацию Козельска иеромонаха Василия. С этого момента стал православным. Очень повлияло знакомство с протоиереем Михаилом Трухановым. Он учил православной жизни, много внимания уделял Священному Писанию, рассказывал, объяснял Евангелие, передавал свой духовный опыт. У большинства знакомых воцерковление Владимира Новицкого вызывало удивление и недоумение. Его же коллеги ставили ему диагнозы. Особенно их потрясало, что он молится вместе с больными. Это казалось просто невообразимым. Потом к этому привыкли, кривотолки прекратились. И до сих пор остаются близкие духовные отношения с заведующей отделением, где он работал много лет (она стала его крестной матерью). Он продолжает поддерживать отношения с психиатрической больницей, в которой работал, немного практикует, как врач, служит там молебны.

Мы публикуем (в сокращенном виде) часть интервью, которое отец Владимир Новицкий дал журналистам Вадиму Прищепе и Елене Кучеренко.

Отец Владимир, Вы и психиатр, и священник. Как Вы считаете, нужна ли психиатрия и психиатры?

Может ли со всеми душевными и духовными вопросами человека справиться один священник? У нас есть плоть, которая подвержена болезням. Психические болезни тоже

находят отражение в болезнях плоти: нарушается обмен веществ. Мы даем психотропные препараты чтобы, чтобы восстановить нарушенный обмен. Лекарство косвенно помогает преодолеть депрессию. Конечно, оно не решает главную проблему, не делает человека более смиренным, любящим Бога. Тем не менее, успокаивает, снимает тревогу. Человек уже способен к духовной жизни и к психологической помощи, лечению. Болезни в любом случае попускаются Богом для смирения и для спасения души. Поэтому все хорошо на своем месте: и врачи-психиатры, и невропатологи, и обязательно духовное лечение. В Библии сказано не пренебрегайте врачами, ибо их сотворил Господь.

Если человек находится в психически расстроенном состоянии, исходя из Вашего опыта, что надо делать в первую очередь чтобы ему помочь? Куда ему идти: к психиатру или к священнику?

Если человек находится во власти болезни, закрыт для общения и ему невозможно оказать духовную помощь, тогда надо начинать с лечения, порой с экстренной госпитализации, или даже насильственных мер, если человек опасен для себя и окружающих. Хотя это не значит, что не надо говорить – все равно надо говорить. Надо сеять, а там уже как получится: примет человек слово или не примет, удастся ли зацепиться за что-то, будет ли доверительность в разговоре – это неизвестно, но говорить надо. В большинстве случаев все-таки можно найти точки соприкосновения и подвести человека к покаянию. Это первый и очень полезный шаг при разных душевных недугах. Шаг к покаянию – это когда человек просыпается для духовной жизни, когда хочет стать другим искренне, и хотя бы немного доверяет Богу, а потом это доверие постепенно усиливается. Чем больше веры, тем больше помощь Божья. Покаяние всегда хорошо положить в основу лечения, как и в основу любого дела. Хорошо когда мы все будем строить на твердом камне – Церкви.

Использует ли Вы опыт и знания из области психиатрии, какие-то специальные методики в своей священнической деятельности?

Я пользуюсь тем опытом общения с психическими больными, который приобрел во время своей деятельности врачом. По сути это жизненный опыт. И в силу этого опыта, насколько я понимаю, насколько я видел раньше больных, общался с ними и лечил их, могу приблизительно оценивать психическое состояние человека, прогнозировать его возможное дальнейшее поведение. Это мне помогает психологически скорректировать и духовно помочь человеку. А какие-то специальные психологические или психиатрические методики я не применяю принципиально и не хочу применять. Прежде всего, надо приобретать опыт терпения и любви к этим людям.

Сегодня часто приходится сталкиваться с тем, что православные люди пугаются и пугают психологами. Но ведь есть православные психологи. Кто они такие и нужны ли они?

Они, безусловно, нужны! Есть такой термин – святоотеческая психология. И действительно, святые отцы самые лучшие психологи, они прекрасно знают душу человека. А нельзя знать душу, не зная Бога. Поэтому, безусловно, они были Боговедами и душеведами. Православный психолог, в первую очередь, оперирует знаниями святоотеческой психологии, учением святых отцов, но и багаж современной психологической науки активно использует.

Сейчас очень модны различные тренинги и психологические практикумы с использованием аутотренинга или гипноза. Представляет ли это какую-то опасность для человека? И что более опасно аутотренинг, гипноз или медикаменты?

Лекарства в любом случае никак не повредят душе, они только могут повлиять на физическое здоровье человека. Гипноз же очень разрушительно действует на волю, человек становится неспособным принимать самостоятельные решения. Аутотренинг, конечно же, провоцирует тщеславие и гордость, человек опирается на себя и на свое «я». В целом, в отношении гипноза и аутотренинга можно сказать слова Христа: «Без меня не можете творить ничего». И то и другое без Христа, поэтому один вред. Но есть и более серьезные «увлечения» современного человека – это занятие различными духовными практиками: восточными, оккультными, сектантскими... В психиатрии выделена целая область

психических заболеваний, так называемые оккультные болезни. Человек может внешне быть адаптирован, занимать какую-то свою социальную нишу, иметь семью, и при этом теряет свободу, потому что существует некая посторонняя, негативная, духовная сила, пытающаяся им руководить и заявляющая на него свои права. В результате разных оккультных практик бесовская сила пытается найти доступ к человеку.

Вы сказали о бесовской силе, а действительно ли существует беснование? Есть у него строго научное определение? Вы как священник с этим сталкивались – это реальность, не выдумка?

Это, безусловно, реальность. Научного определения нет. Как бес явление духовное, а не научное, так и определения научного быть не может. Я не обладаю достаточным духовным опытом, чтобы определять факт беснования, но были случаи, когда приходит человек, а ты чувствуешь – тот дух кротости, мирности, радости, который человек носил в себе, вдруг ушел. Многие психические расстройства, которые бывают у психиатрических больных, несут в себе элемент беснования – целью является конкретное разрушение. Это не хаос, не какофония мыслей и чувств, а конкретное, целенаправленное действие. В любом случае идет поиск слабых мест человека и попытка игры на этих слабостях, чтобы завладеть им все больше и больше.

Бывают ли у священников проблемы с психикой? Может ли священник впасть в депрессию, и что ему в этом случае делать?

Конечно, бывают. Священники такие же люди, как и все остальные. С такими же немощами, с такими же болезнями. И лечить их надо точно также, как и всех других.

Батюшка посоветуйте, что нужно делать, чтобы сохранить душевное и духовное здоровье?

Чтобы сохранить психическое здоровье надо иметь опору. У нас две главных опоры – вера и совесть. Жить по совести и жить по вере, и тогда никогда не ошибешься, никогда не обманешься и не заболеешь. А если Господь попустит какое-то страдание, то все при таком расположении можно понести, да еще и получить пользу от этого. Любите Христа и будьте счастливы.

Источник: «Православие и Мир»

Медицинские психологи — коллеги психиатров и наркологов

В психоневрологических учреждениях Московской области работает около ста специалистов в должности «медицинский психолог» (по данным годового отчета за 20007 год). Согласно положению об организации деятельности медицинского психолога (приказ МЗ РФ №438 от 16.09.2003.), медицинский психолог — это специалист с высшим психологическим образованием по специальности «клиническая психология» либо специалист с другим высшим психологическим образованием, прошедший профессиональную переподготовку по клинической (медицинской) психологии. В СССР таких специалистов готовили всего лишь пять ведущих университетов страны. Они получали знания и практические навыки в области психологии, психиатрии и психофармакологии.

Должности психологов в психиатрических учреждениях устанавливались, исходя из фактической потребности в них (приказом МЗ СССР № 760 от 15 августа 1974 г.). По своему правовому положению и финансовому обеспечению (заработная плата, стаж, длительность рабочего дня, отпуск, пенсия и т.д.) должности психологов психиатрических больниц всегда приравнивались к должностям врача-психиатра. Основной задачей психолога являлось его участие в диагностике, экспертизе и социально-трудовой реабилитации психически больных, а основной формой деятельности было проведение экспериментально-психологического исследования, позволяющего получить данные о характере и структуре психических изменений, о степени нарушения и сохранности психических функций. Психологи

руководствовались методическим письмом МЗ РСФСР «О работе патопсихолога в психиатрической больнице» (1975) и методическими рекомендациями института им. Бехтерева «О работе медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях», (1976). Потребность в диагностических исследованиях увеличивалась, штат психологов в психиатрических больницах возрастал, а в номенклатуре специальностей учреждений здравоохранения РФ должности «медицинский психолог» не существовало.

Только в 1995 году были изданы соответствующие приказы: «Об аттестации на квалификационные категории психологов, работающих в учреждениях здравоохранения РФ» (приказ МЗ и МП РФ от 04.09.1995г. №255) и «О психиатрической и психотерапевтической помощи» (приказ от 30.10.1995г. №294), где впервые появилось обозначение должности «медицинский психолог». В 1996 году был нормативно определена сфера работы медицинского психолога и формы взаимодействия врача-психиатра и медицинского психолога не только в диагностической, но и в психокоррекционной работе. Медицинскому психологу стала отводиться активная роль не только в диагностическом, но и в лечебно-реабилитационном процессе (приказ МЗ РФ от 26.10.1996 г. № 391). Но в номенклатуре специальностей должности психолога по-прежнему не было. Только в 2002 году (25.04.2002 г.) МЗ РФ и МО РФ была утверждена программа и учебные планы последипломного обучения по специальности «клиническая психология». Но сертификации специалистов по клинической (медицинской) психологии до настоящего времени не производится.

В 2003-2004 учебном году группа психологов из областных психоневрологических учреждений прошла последипломную профессиональную переподготовку по клинической психологии в институте психотерапии и клинической психологии, дающую право на ведение профессиональной деятельности в сфере клинической психологии. Среди психологов, работающих в настоящее время в психоневрологических учреждениях Московской области высшее психологическое образование, полученное на психологических факультетах Московского государственного университета им.М.В.Ломоносова и Ленинградского государственного- университета им.А.А.Жданова (переименованного в Санкт-Петербургский государственный университет) со специальной подготовкой по медицинской психологии для работы в лечебных учреждениях имеют 14 человек. Государственные медицинские университеты по специальности «клиническая психология» закончили всего 2 человека. Остальные штатные должности в больницах и диспансерах укомплектованы специалистами, получившими образование в различных педагогических университетах или региональных высших образовательных учреждениях, дающих высшее психологическое или психолого-педагогическое образование. Высшую квалификационную категорию по специальности «медицинская психология» имеют 10 человек. Один имеет ученую степень доктора психологических наук (акад. В.В.Гульдман), двое - кандидата психологических наук. Лаборатории медицинской психологии организованы в ЦМОКПБ, ГУЗ «МОПБ №5», ГУЗ «МОПБ №8», ГУЗМО «ПБ №24». Большой штат психологов, не объединенный в единую структуру, работает в ГУЗ «МОПБ №2 им.В.И.Яковенко».

В июне 2008г. завершают обучение еще 29 психологов, работающих в психиатрических и наркологических учреждениях Московской области. 1126 учебных часов последипломной переподготовки по клинической психологии дали возможность овладеть основами методологии, теории и практики клинической психологии, помогли сформировать системный подход в понимании психологической структуры болезни, лечения и реабилитации, позволили более профессионально использовать навыки адекватного применения психологических знаний в психиатрической и психотерапевтической деятельности. Психологи осваивали медицинскую деонтологию, приобретали опыт оказания квалифицированной помощи в диагностике и экспертизе, изучали методы клинической психологии и оттачивали практические навыки их использования. Программой обучения было предусмотрено последовательное овладение основными разделами клинической психологии – патопсихологии, нейропсихологии, психологии аномального развития,

психологических проблем психосоматической медицины, психологического консультирования и психотерапии.

Одной из важных составляющих обучения была возможность профессионального взаимодействия психологов из различных лечебных учреждений – обмен опытом, совместная подготовка к написанию дипломных работ и сдаче государственных экзаменов. Полученные знания, партнерство в работе, профессиональное общение с врачами и психологами старшего поколения, несомненно должны принести свои плоды и оказать положительное влияние на эффективность деятельности медицинских психологов на местах. К сожалению, в настоящее время должностной оклад медицинского психолога в Московской области значительно ниже, чем в Москве и других регионах РФ, где сохраняется одинаковый с врачами диапазон тарифных разрядов при оплате труда. В Московской области также не учитывается при оплате труда ученая степень кандидата или доктора психологических наук. Это ведет к оттоку уже подготовленных специалистов – медицинских психологов, уходящих в учреждения с адекватной оплатой труда. Психологи не получают и должной моральной оценки своего труда – за всю сорокалетнюю историю существования психологов в психоневрологических учреждениях Московской области к ведомственным наградам были представлены всего 3 человека. И тем не менее психологическая служба в психиатрии Московской области растет и развивается. Свидетельство тому — организация в 2007 году секции медицинских психологов в Московском областном обществе врачей-психиатров и наркологов, объединяющая 50 человек.

Л.Т.Павлова, Зав.лабораторией медицинской психологии областной психиатрической больницы № 24 (г. Видное)

Медицина: наука, искусство или чародейство?

Врачебное близко к мышлению образному, мифологическому, художественному. Не случайно понятие «катарсис», очищение, привившееся более всего в теории искусства, – имеет не только художественное и магическое, но и медицинское происхождение. Еще в догиппократовской Греции kathartai – очистителями – называли и лекарей, и чародеев, очищавших от греха, чтобы поправить здоровье. По свидетельству Аристотеля, они «применяли медицину для очищения тела, а музыку – для очищения душ», и это были две стороны одной и той же задачи. И медицина, и искусство свое начало берут в магии – системе, опирающейся на всемогущество слова. Подобно тому, как магическая формула приносит дождь или град, вызывает духов и приоткрывает будущее, в руках лекарей искусство слова возвращает больным здоровье. Медицина ничуть не менее магична, чем рациональна. А иной раз, пожалуй, и поболее. Рациональное, а уж тем более научно обоснованное в ней – слой настолько поздний и тонкий, что впору подумать, не такой уж и обязательный. А многое остается таинственным и по сию пору. Особенно в психиатрии: диагностируя болезнь, врач вынужден опираться на ее проявления, а не на причины и механизм возникновения, которые все еще неизвестны, Беседа с больным, сбор анамнеза – это такое же искусство, как и при Гиппократе, который, кстати, так медицину и называл: искусство, techne. Как и века назад, у врача некие сигналы – в одну минуту – могут сложиться в созвездие симптомов, позволяющих распознать болезнь. Лишь благодаря этой чуткости медики ухитряются как-то возвращать пациенту гармонию, в представлении европейцев – космос. Может быть, человеческое тело и душа – последнее, что еще хранит отпечатки этой практики европейской культуры и жизни. Анджей Щеклик. Катарсис. О целебной силе природы и искусства.

Перевод с польского Ксении Старосельской. – М.: Новое литературное обозрение, 2008

Елена САФРОНОВА: Как мало нам отпущено любить...

Елена Сергеевна Сафронова — зав.отделением областной психиатрической больницы им. Яковенко. Мы уже познакомили читателей нашей газеты с ее стихами (№11 за 2005 год). Увлекается литературным творчеством она давно. Дважды была победительницей конкурса поэтов и писателей Чеховского района. Некоторое время назад вышел из печати ее поэтический сборник «Для Вас...» - своеобразный итог 33-х летнего труда. В стихах Елены Сафроновой все то, что волнует нас и радует, заставляет грустить и задумываться...Поздравляем ее с Юбилеем!

Как мало нам отпущено любить...
Порой живем, любви не замечая,
И не боимся сердце охладить,
Обыденность постылую вкушая.
Теряем время драгоценных дней,
Когда могли бы в нежности купаться.
Сгорать в преддверии ночей
И ни на миг не расставаться!
Научимся ли то ценить,
Что откровением звучало,
И горьких слов не говорить,
И сожалеть, что жизни мало?
Как много нам отпущено любить!
... Когда поймем, что пусто за плечами,
И не спасти, что невозможно возвратить,
Клянем судьбу.
За что — не зная сами!

Я не знаю, сколько мне намерено
Неудач, обманов и грехов.
Но в одном лишь искренне уверена:
Не прожить без радости стихов.
Жажду в них я мига обновления,
Заплатив частицами души,
А порой часами отрешения,
Когда все покоится в тиши.
Мне твердят, что это не ко времени:
- погляди-ка, прядь уже бела.
Не познать им золотого стремени,
Дуновенья птичьего крыла!
Объяснишь ли людям озабоченным,
Что ценнее медного гроша?
Пусть живут, как в доме заколоченном,
Где пылится в лени души.

Дайте допьяну напиться
Половодьем вешних рек,
Чтоб душа могла светиться,
Словно первозданный снег.
Ветром пронесусь вольнее,
искупаюсь в море ржи.
Стану искренней, мудрее,
Беспощаднее ко лжи.
Как веселым листопадом
Лес весенний разбудить?
Научиться, как же надо
Жизнь прекрасную прожить?

Я лишь весной оживаю.
Крепнет душевная нить.
Солнечный зайчик поймаю,

Лишь бы сердца моего хватило,
По частице — каждому из вас.
Чтобы согревала и хранила,
Помогая в самый трудный час.
Без гордыни говорю, вы знаете:
Ваше счастье, да и горечь пригублю.
Днем и ночью приходите, приезжайте,
Я вас всех, родимые люблю!

Болею. У меня простуда.
Нюх притупился, на душе хандра.
Лежу в постели, ожидаю чуда,
И вспоминаю лучшее вчера.
Наши веселые пирушки,
Друзей мечтаю видеть снова.
Мои задорные подружки,
Лишь только с вами я здорова!
Малины выпью, чая с медом,
И на домашних поворчу.
Ужель здоровья с каждым годом
Похуже будет? Не хочу!
Ничто не вечно — это знаю,
И надо мудро рассудить.
Тут философия простая:
Здоровым — веселее жить!

Запоздало бабье лето,
Не торопится. А жаль.
Мне бы спеть сейчас про это,
Только на сердце печаль,
От того, что дни короче.
Лето шепчет мне: прощай!
И расстаться нету мочи,
Что поделать — провожай!
Лес окрасился в багрянец,
Оживил мой скучный взгляд.
Посмотрю последний танец:
Листья желтые кружат.
Погрущу еще немного,
Погляжу на белый свет,
А кленовая ладошка
Шлет мне пламенный привет!
Не останусь без ответа
В ожидании тепла.
Наступает Бабье Лето,
Как же я тебя ждала!

В день 30 сентября

Добрая, светлая, теплая осень.
Клин журавлей над моей головой.
Не насмотреться в небесную просинь,
Слыша шуршанье листвы золотой.
Дни запоздалого бабьего Лета.
Солнце окрасило гроздь рябин.
Замерли яркие отблески света
В простеньком кружеве паутин.
И затерявшись в лесах утомленных,
Пряные запахи сонно бредут.
Только лишь ели в нарядах зеленых
Первого снега, как праздника, ждут.
Листьев ковер я топчу осторожно,
И сожалено, и на сердце грусть..
Вечный закон изменить невозможно,
Спорить с природою я не берусь.
И помолчу, в долгий путь провожая
Звонкие, яркие, летние дни...
Вера, Надежда, Любовь, утешая,
Мне обещают — вернуться они!



Смотрю
на
пламене
ющие
клены
И
слышу
их
прощаль
ные
слова.
Цветы
морозом

первым опалены,
И отблеск лета видится едва.
Осенний дух несет успокоенье
Природе, сердцу, чувствам и душе.
Пойму ли то, что жизнь — одно мгновенье,
Что листопады лет приблизились уже.
Что весны детства — не вернуться,
Что в прошлом — летние дожди.
Пора и вечности коснуться,
Но времени кричу — не уходи!

Спасибо вам, коллеги и друзья,
За то, что были, будете и есть,
За то, что вы — огромная семья,
И ваших добродетелей — не счесть!
Вы стражи душ, израненных бедой,
Вы ангелы, хоть грешные, по сути,
Вы словом лечите, и как святой водой
Благословляете на трудном перепутье!
Отверженные ищут здесь приют,
Судьбу доверив людям в белом,
И тайны сокровенные несут
В своем повествовании несмелом.
И как ни тяжок исповеди груз,
В ответ найдется слово оправданья,
Чтоб не разрушить нити хрупких уз,
И в этом — ваша сила и призванье!

Будний день прекрасно прожит -
Так, что жаль и отпустить.
Знаю, в будущем поможет
Мне о главном не забыть.
О твоих глазах влюбленных,
О волнующих губах,
О руках соединенных
И не сказанных словах -
Тех, что мне всего дороже.
И в обыденности дней
Все по-прежнему тревожат
Душу. Жарче и нежней!

Но не смогу приручить. Спрячу мечту торопливо Во временной узелок. Не говори , что красива, Бросив мимозы у ног...		
--	--	--

Юбилей

Сердечно поздравляем наших дорогих коллег с Юбилеем и желаем им всем здоровья, счастья, радости, больших успехов в работе и в личной жизни!

Юбиляры апреля и мая

Чуть больше 25 лет со дня рождения

1 апреля — Нина Дмитриевна БОЧКАРЕВА, участковый психиатр поликлиники с. Запрудня (Талдомский район);

3 апреля — Надежда Николаевна БОРОВИКОВА, врач-психиатр областного психоневрологического диспансера, кандидат медицинских наук (г. Долгопрудный);

5 апреля — Татьяна Сергеевна САМГИНА, председатель профкома ЦМОКПБ, зав. клинико-диагностической лабораторией;

17 апреля — Лариса Петровна АЛЕКСАНДРОВА, зав. Отделением областной психиатрической больницы № 5 (Хотьково);

19 апреля - Елена Викторовна ЯЩЕНКО, врач психиатр-нарколог областной психиатрической больницы № 15 (Павлово-Посад);

13 мая — Галина Сергеевна НЕФЕДОВА — заместитель главного врача областной психиатрической больницы « 5, кандидат медицинских наук (Хотьково);

14 мая — Елена Сергеевна САФРОНОВА — зав. Отделением областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко;

50 лет со дня рождения

16 мая — Владимир Викторович КОПЫЛОВ, старший врач областной психиатрической больницы № 4 (Рузский район);

55 лет со дня рождения

10 апреля — Вячеслав Александрович ЖУРАВЛЕВ, участковый психиатр психоневрологического диспансерного отделения Шатурской ЦРБ;

1 мая — Юрий Тангирович ДЖАНГИЛЬДИН — профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Московского медико-стоматологического университета, доктор медицинских наук;

9 мая — Николай Николаевич ШАРКО — главный врач Каширской психиатрической больницы № 28;

29 мая — Андрей Николаевич МАРТЮШОВ, заведующий кабинетом социально-психиатрической помощи ЦМОКПБ, кандидат медицинских наук;

65 лет со дня рождения

24 апреля — Виктор Гаврилович ОСТРОГЛАЗОВ — заместитель главного врача областной психиатрической больницы № 5, доктор медицинских наук;

70 лет со дня рождения

4 апреля — Василий Петрович АГИБАЛОВ — врач-психиатр областной психиатрической больницы № 8 (Орехово-Зуево);

Юбилеи предстоящие

6 июня — Кулешов Юрий Викторович, участковый психиатр психоневрологического диспансера, г. Королев;

11 июня — Соколов Олег Вадимович — врач психиатр-эпидемиолог ЦМОКПБ;

14 июня — Бобков Сергей Дмитриевич — главный врач областной психиатрической больницы № 3 (Егорьевский район);

18 июня — Ярунина Галина Ивановна — врач-психиатр областной психиатрической больницы № 5 (Хотьково).

Уголок юбиляра

Как замедлить бег времени

Исследователи из медицинского колледжа Бэйлор в Техасе изучили феномен замедления времени в критических ситуациях. В момент возникновения опасности или во время стресса многим людям кажется, что время «тормозит» и все вокруг происходит как в замедленной съемке.

Для эксперимента руководитель исследования доцент нейробиологии, психиатрии и поведенческих наук Дэвид Иглман и его коллеги набрали группу добровольцев, которые согласились пережить состояние ужаса смерти. Испытуемых сбрасывали с высоты 50 метров спиной вперед без страховки. Разумеется, они падали на специальную сетку, которая исключала возможность серьезных травм, но, тем не менее, испуг у участников эксперимента был огромен. После первого прыжка все признались, что по ощущениям они падали гораздо дольше, чем реально длился полет. При этом каждому испытуемому казалось, что его падение длилось примерно на треть дольше, чем падение других участников эксперимента.

Перед вторым прыжком ученые закрепили на руках участников специальные приборы, которые показывали цифры, мелькающие с заданной скоростью. Организаторы эксперимента исходили из того, что если восприятие действительности в опасные моменты ускоряется, человек должен различать цифры, сменяющиеся в ускоренном режиме. Если же внутреннее время человека не изменяется, вместо цифр человек видит неразличимое свечение. Как показал второй заход, никто из испытуемых, как ни старался, цифры не увидел. Все это доказало, что в экстремальных ситуациях человеку кажется, что все вокруг движется очень быстро, а он сам все делает медленно.

Подобное искажение происходит из-за того, что в пограничных ситуациях мы быстрее усваиваем новую и в буквальном смысле жизненно важную информацию. В это время активизируется особый участок мозга, который накапливает все впечатления, возникающие в опасной для жизни ситуации. Именно поэтому воспоминания об ужасающих событиях отличаются глубиной и яркостью. И чем больше деталей и впечатлений о ситуации сохраняется в памяти, тем более долгим кажется нам пережитый момент. Это же свойство мозга является причиной того, что взрослые и дети по-разному воспринимают течение времени. Малышу один день может казаться целым годом, потому что он переживает гораздо больше ощущений. А для взрослого человека окружающий мир в целом привычен, и, как следствие, впечатлений откладывается гораздо меньше. Именно из-за этого, чем старше мы становимся, тем быстрее пролетает время. Чтобы замедлить его течение, надо максимально насытить день новыми, по возможности, максимально острыми впечатлениями

Источник: www.rian.ru

Старение противоестественно для человека

Оказывается, старение совершенно противоестественно для человеческого организма - на генном уровне заложена целая система защиты от надвигающейся старости. Американские

ученые объявили о том, что обнаружили группу генов, которые могут быть ответственны за долголетие. Ученые изучили образцы ДНК, полученные от родных братьев и сестер, которым перевалило за 90, и обнаружили, что у них имеется дополнительная группа генов, которую большинство людей не имеет. Именно эти гены замедляют работу других генов, ответственных за старение организма. Ученые надеются, что это исследование поможет им найти способы борьбы со старением. Трудность в том, что заветный ген молодости находится в состоянии «сна». Японке Сэй Сенагон повезло: ее ген пробудился от спячки и начал активно действовать, за пять лет превратив свою 75-летнюю хозяйку в цветущую 30-летнюю женщину. Впрочем, может Сэй-сан просто пришла в одну из высокотехнологичных японских косметологических клиник, прошла там процедуры омоложения и так прославилась на весь мир?

Источник: MIGnews.com

Уважаемые дамы! В порядке ли ваши ягодичы?

Как показало десятилетнее наблюдение ученых из Дании, привлекавших к участию в своих исследованиях 3000 волонтеров обоих полов, если женщина имеет объем ягодиц более 100 см, то риск смерти от инфаркта у нее снижается на 87% по сравнению с худыми представительницами слабого пола. А угроза ишемической болезни сердца и сердечно-сосудистых заболеваний у более крупных женщин понижается на 86% и 46% соответственно. Причина в том, что в отличие от жира, присутствующего на животе, в жире на ягодицах есть вещество адипонектин, которое не позволяет артериям вздуться и заблокироваться. Вследствие этого, полные женщины имеют более благоприятные прогнозы к рождению детей и ведению домашнего хозяйства - на заметку тем, кто планирует жениться. У мужчин же в области ягодиц пока ничего похожего не замечено, поэтому работа их сердец от данного фактора не зависит.

Источник: MIGnews.com.ua