



Московская областная ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

Не дай мне Бог сойти с ума . . . (А.С. Пушкин)

№ 6 (43) октябрь 2008 г.

Новости

10 октября – Всемирный день охраны психического здоровья

В Большом зале отеля «Даниловский» Московской Патриархии прошло награждение финалистов конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья». Конкурс был организован Общественным Советом при Главном психиатре Минздрасоцразвития России при поддержке фармацевтической компании «АстраЗенека». Главный приз – Золотая бабочка, сидящая на золотой ветке, символизировал душу человека, жаждущую внимания и поддержки. Его обладателем стала служба психиатрической помощи Краснодарского края (главный психиатр – В.Г.Косенко). Психиатры Кубани оказались лучшими в проведении мероприятий, посвященных Дню психического здоровья. Там ведется по-настоящему большая и комплексная работа с больными и их семьями с широким привлечением средств массовой информации.

Проведен фестиваль искусств, демонстрировалось творчество пациентов, организована выставка их художественных работ. В психиатрических учреждениях работают спортивные секции, кружки рукоделия и т.п. Психиатры смогли привлечь внимание руководства края к проблемам и нуждам душевнобольных.

Кроме того, в рамках проходившего конкурса прошли награждения победителей по отдельным номинациям. За успехи в работе по психореабилитации дипломом первой степени были награждены психиатры г. Первоуральска Свердловской области. Они смогли добиться успеха в трудоустройстве душевнобольных. В номинации «Психиатрической просвещение» диплом первой степени и их соратников из г. Орехово-Зуево под руководством Г.И.Шурыгина. Подобные конкурсы будут проводиться теперь ежегодно.



На снимке: Г.И.Шурыгин в группе награжденных психиатров-подвижников

Жителям Тверской и Московской областей будут оказывать помощь в медицинских учреждениях обоих регионов

Губернатор Московской области Борис Громов и губернатор Тверской области Дмитрий Зеленин подписали соглашение об оказании медицинской помощи в медицинских учреждениях стационарного типа жителям обоих регионов, сообщает корреспондент ИА «ЦентрИнформ». По словам Дмитрия Зеленина, по причине того, что постепенно увеличивается количество посещающих Тверскую область жителей Подмоскovie, обе области будут оказывать медицинскую поддержку друг другу. Со стороны Тверской области было предложено 8 медучреждений с наличием 3482 коек, среди которых детская областная клиническая больница на 342 койки.

Московская область со своей стороны предоставляет пять медицинских учреждений по 245 видам профильного оказания помощи. Всего планируется оказывать медпомощь в размере

315 квот. В особенности это касается ветеранов ВОВ, а также посещающих одну из областей детей и беременных женщин.

Источник: «Новости Подмосковья»

Минздрав Московской области издал приказ об организации ведомственного контроля качества медицинской помощи (№ 492 от 22.08.2008 г.)

Его задача – определение соответствия качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения или медико-экономическим стандартам Московской области. При оценке качества медицинской помощи приоритет отдается показателям, отражающим ее эффективность, удовлетворенность потребителя и производственные затраты. Ведомственный контроль качества должностными лицами Минздрава области, должностными лицами организаций здравоохранения и органов управления здравоохранением, врачебными комиссиями, главными штатными и внештатными специалистами. В необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники высших учебных заведений, научных и других организаций на договорной основе. Экспертиза, как правило, проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, медицинской карте амбулаторного больного и др.). Для достижения репрезентативных результатов текущей экспертизе следует подвергать не менее 10% историй пациентов, получавших и/или получающих медицинскую помощь в данной медицинской организации, ее подразделении или у конкретного врача. Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в конкретном подразделении случаям. Экспертному контролю обязательно подлежат:- случаи летальных исходов;- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;- случаи заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности);- случаи с расхождением диагнозов;- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников. Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые должны содержать унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней.

Стандарты оказания медицинской помощи станут обязательными

Единые для всех регионов РФ стандарты и порядок оказания медицинской помощи, в отличие от настоящего времени, будут обязательными для исполнения, передает АМИ-ТАСС. Об этом заявила директор департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития РФ Ольга Кривонос. «Ранее стандарты лечения больных носили рекомендательный характер, теперь они будут обязательными для исполнения», - подчеркнула она. Начиная с 2004 года в Минздравом было издано более 600 стандартов оказания медпомощи, носивших рекомендательный характер. На основе федеральных стандартов регионы издавали свои собственные, которые могли различаться между собой. «В настоящее время мы планируем привести все к общему знаменателю, потому что качество оказания помощи должно быть равнозначно, в каком бы уголке нашей страны не находился человек», - сообщила Кривонос. Стандарт лечения регламентирует необходимые медицинские манипуляции, применение конкретных лекарств, хирургических вмешательств и других видов лечения. Порядок оказания медпомощи определяет списки необходимого оборудования, количество персонала в отделениях, число пациентов, приходящихся на лечащего врача и пр. До конца 2008 года Минздравсоцразвития планирует разработать стандарты и порядок оказания экстренной медицинской помощи. Затем единые регулирующие документы будут выработаны по другим службам.

Источник: www.medportal.ru

Новые оклады медработников, рекомендуемые Минздравсоцразвития РФ

	Без категории	2 категория	1 категория	высшая
Санитарка, мойщица, фасовщица	4330			
Мл. медсестра по уходу, сестра-хозяйка	4420			
Трудинструктор, дезинфектор, медрегистратор	4550			
Медстатистик, медсестра стерилизационной	4730	5100	5300	5500
Лаборант, диетсестра, рентгенлаборант	5000	5200	5400	5600
Пом. Врача-эпидемиолога	5200	5400	5500	5700
Медсестра	5100	5200	5300	5500
Медсестра палатная, приемного покоя, физиотерапии, участковая, фармацевт	5300	5500	5700	5900
Фельдшер, зубной врач, медсестра процедурная, фельдшер-лаборант	5400	5600	5800	6000
Старшая медсестра	6600	6800	7000	7200
Врачи-специалисты, провизоры:				
а) без ученой степени	6200	6400	6600	6800
б) кандидаты мед. (фарм., биол.,хим.) наук	6500	6700	6900	7100
в) доктора мед. (фарм., биол.,хим.) наук	6800	7000	7200	7400
Врачи-специалисты стационарных ЛПУ				
а) без ученой степени	10500	10700	10900	11100
б) кандидаты мед. (фарм., биол.,хим.) наук	10800	11000	11200	11400
в) доктора мед. (фарм., биол.,хим.) наук	11100	11300	11500	11700
Врачи-специалисты СМП и учреждений социально-медицинской.экспертизы				
а) без ученой степени	11000	11300	11500	11700
б) кандидаты мед. (фарм., биол.,хим.) наук	11300	11600	11800	12000
в) доктора мед. (фарм., биол.,хим.) наук	11600	11900	12100	12300
Заведующий отделением, кабинетом				
а) без ученой степени	15000			
б) кандидаты мед. (фарм., биол.,хим.) наук	15300			
в) доктора мед. (фарм., биол.,хим.) наук	15600			

Порядок и условия установления выплат компенсационного характера

Выплата работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и/или опасными и иными особыми условиями труда устанавливается в порядке, определенном законодательством Российской Федерации. На момент введения новых систем оплаты труда указанная выплата устанавливается всем работникам, получавшим ее ранее. При этом работодатель принимает меры по проведению аттестации рабочих мест. Если по итогам аттестации рабочее место признается безопасным, то указанная выплата снимается.

Доплата за совмещение профессий (должностей) устанавливается работнику при совмещении им профессий (должностей). Размер доплаты и срок, на который она устанавливается, определяется по соглашению сторон трудовым договором с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы.

Доплата за расширение зон обслуживания устанавливается работнику при расширении зон обслуживания. Размер доплаты и срок, на который она устанавливается, определяется по соглашению сторон трудовым договором с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы.

Доплата за увеличение объема работы или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, устанавливается работнику в случае увеличения установленного ему объема работы или возложения на него обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором. Размер доплаты и срок, на который она устанавливается, определяется по соглашению сторон трудовым договором с учетом содержания и/или объемом дополнительной работы.

Доплата за работу в ночное время производится за каждый час работы в ночное время. Ночным считается время с 10 часов вечера до 6 часов утра. Размер доплаты составляет не менее 20% части оклада (должностного оклада) за час работы работника. Расчет части

оклада (должностного оклада) за час работы определяется путем деления оклада (должностного оклада) работника на среднемесячное количество рабочих часов в соответствующем календарном году в зависимости от установленной работнику продолжительности рабочей недели.

Доплата за работу в выходные и нерабочие праздничные дни производится работникам, привлекавшимся к работе в выходные и нерабочие праздничные дни. Размер доплаты составляет: не менее одинарной дневной ставки сверх должностного оклада при работе полный день, если работа в выходной или нерабочий праздничный день производилась в пределах месячной нормы рабочего времени и в размере не менее двойной дневной ставки сверх должностного оклада, если работа производилась сверх месячной нормы рабочего времени; не менее одинарной части оклада (должностного оклада) сверх оклада (должностного оклада) за каждый час работы, если работа в выходной или нерабочий праздничный день производилась в пределах месячной нормы рабочего времени и в размере не менее двойной части оклада (должностного оклада) сверх оклада (должностного оклада) за каждый час работы, если работа производилась сверх месячной нормы рабочего времени. Повышенная оплата сверхурочной работы составляет за первые два часа работы не менее полуторного размера, за последующие часы – двойного размера (статья 152 Трудового кодекса РФ).

Порядок и условия выплат стимулирующего характера

Стимулирующая надбавка за интенсивность и высокие результаты работы выплачивается работникам за: особый режим работы, связанный с обеспечением безаварийной, безотказной и бесперебойной работы инженерных и хозяйственно-эксплуатационных систем учреждения); за организацию и проведение мероприятий, направленных на повышение авторитета и имиджа учреждения среди населения; за непосредственное участие в реализации национальных проектов, федеральных и региональных целевых программ.

Размер стимулирующей надбавки может устанавливаться как в абсолютном значении, так и в процентном отношении к окладу (должностному окладу). Стимулирующая выплата по итогам работы – премия. Она может устанавливаться как в абсолютном значении, так и в процентном отношении к окладу (должностному окладу). Максимальный размер премии не ограничен. При отсутствии или недостатке соответствующих (бюджетных и/или внебюджетных) финансовых средств руководитель учреждения вправе приостановить выплату стимулирующих надбавок, уменьшить либо отменить их выплату, предупредив работников об этом в установленном законодательством порядке. Размеры окладов по должностям служащих (профессиям рабочих), которые не определены настоящим примерным положением, устанавливаются руководителем учреждения самостоятельно.

Источник: www.businesspravo.ru/Docum/DocumShow_DocumID_141873.html

Психиатрия в России и зарубежом

В Казани обсуждались пути взаимодействия психиатрии и религии

В Казани проведена республиканская конференция «Психическое здоровье и религия - пути взаимодействия». Это была первая для России конференция, где психиатры и священнослужители встретились, чтобы обсудить формы сотрудничества. В работе конференции приняли участие ведущие психиатры и психологи России, а также священнослужители, занимающиеся указанной проблематикой. Работало три секции: медицина и религия - пути взаимодействия, духовные ценности в практике семейных отношений и образовании и роль религии и психотерапии в лечении зависимых состояний. Как сообщил корреспонденту ИА «Татар-информ» заведующий медицинским отделом Казанской епархии, протоиерей Роман Модин, священнослужители издавна имели прямое

касательство к вопросам душевного здоровья. По сути, «это реставрация древних корней – ранее психиатрии не было, было духовничество». Две традиционные конфессии Татарстана – православие и ислам – не могут не участвовать в том, что людей, на которых общество смотрит как на изгоев, необходимо реабилитировать социально и духовно. Зачастую проблемы душевного здоровья определяются не столько душевными, сколько духовными причинами – сатанизмом, обращением к колдунам и т.д. В этом отношении представители конфессий имеют определенный опыт. Кроме того, психиатрия всегда была закрытой областью медицины, и практически единственный человек, который может прийти к этим людям со стороны – это священник, отметил отец Роман. В противном случае психиатрические клиники могут превратиться фактически в учреждения тюремного типа.

Источник: www.regnum.ru

Калининград стремится вывести психиатрию из стационаров

В университете имени Канта прошла конференция, приуроченная к Всемирному дню психического здоровья. В ней приняли участие психиатры из Литвы и Швеции. Основная идея конференции – вывести психиатрию из стационаров, не делать больных изолированными от общества. Владимир Перейма, главный психиатр Калининградской области, считает, что главное – вовлечь людей, которые будут сопровождать этих людей в жизни. «Я думаю, что мы сегодня только сеем, но всходы будут, обязательно будут».

Источник: kaliningrad.rfn.ru

В Калининграде все психиатрические и наркологическая больницы будут финансироваться за счет средств ОМС

Согласно Программе государственных гарантий оказания населению Калининградской области в 2009 году медицинской помощи, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней, в перечень учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области включены областные психиатрические больницы № 1, № 2, № 3, № 4, областная наркологическая больница.

Источник: ООО «Портал»

В Вологодской психиатрической больнице прошел конкурс на лучший проект ландшафтного дизайна

На конкурс было выставлено около 20 арт-работ: кораблики, мостики, колодцы, птицы, море цветов. Все это можно было увидеть возле административного корпуса больницы. Создатели выставки — не профессиональные дизайнеры и художники, а врачи и пациенты областной психиатрической больницы. По плану ландшафтный конкурс будет проходить в два этапа. Сейчас — только начало состязания. Окончательные итоги конкурса будут подведены позже.

Источник: severinfo.ru

Финансовый кризис: отношение человека к деньгам может многое рассказать о его характере

Судя по тому, как человек «общается» с денежными купюрами, можно практически безошибочно определить его характер, мировоззрение, амбиции и комплексы, утверждают психологи. Когда человек не любит носить деньги при себе, предпочитая расплачиваться исключительно кредиткой, это указывает на то, что-либо ее владелец считает деньги грязными, либо говорит о его состоятельности. Если человек, наоборот, носит при себе практически всю свои деньги в купюрах, это указывает на личность свободную, отличающуюся независимым нравом. Для такого человека очень важно ощущать возможность сделать спонтанную крупную покупку, не спрашивая ни у кого совета, или внезапно уехать, «сорваться» с места в любую минуту.

Парадокс в том, что одновременно с этим люди, которые носят все с собой, очень неуверенны в своих силах. Деньги создают у них иллюзию значимости и могущества. Неуверенность в себе, ощущение беспомощности характерно и для тех, кто предпочитает носить деньги в нагрудном кармане, закрытом наглухо. В этом случае купюры для таких чувствительных, тревожных, мнительных людей играют роль своеобразного щита, защиты от окружающего мира. Носителей денег в задних карманах психологи относят к личностям совершенно немеркантильным и щедрым. Подсознательно такие люди не хотят видеть деньги и отодвигают «материальное» на второй план. Сложные взаимоотношения с деньгами выдает показная небрежность и привычка комкать купюры. Однако мнение, что люди, поступающие подобным образом, не ценят деньги, ошибочно. Раздражение, направленное на купюры, продиктовано обидой на то, что денег слишком мало. Ведь комкая, сминая купюры, мы визуальнo увеличиваем их объем.

Многие люди носят свою наличность в кошельке или портмоне. Их отличает трепетное отношение к деньгам, причем процесс накопления доставляет им особую радость. Бумажник, как «домик» защищает деньги от неприятностей, оберегает от желания их потратить. Портмоне также говорит о статусе своего владельца, поэтому ему и придается большое значение.

Замечено, что на отношение людей к деньгам влияет их уровень культуры, образование, социальная принадлежность и менталитет. К примеру, у западного человека деньги - это особый пункт, отношение к ним иностранцев в корне отличается от российского. Если россияне склонны к достаточно легкомысленному отношению к своим сбережениям, то на Западе деньги представляют собой нечто священное. Европейцы очень боятся нищеты, поэтому залогом нормальной жизни для них является некая сумма на счету, которую тщательно приберегают на черный день, и в дальнейшем передают по наследству.

Источник: www.utro.ru

Принудительное амбулаторное лечение в США

В законодательной системе США действует норма, которая включает определенный судом план амбулаторного принудительного лечения лиц с тяжелыми психическими заболеваниями, которые способны жить в сообществе при наличии соответствующей поддержки. Закон применим только к тем пациентам, которых выписывают из стационара, и реально запрещает принудительное лечение по месту жительства, но разрешает принудительное посещение психиатрического учреждения. В настоящее время нет данных, свидетельствующих о том, что принудительное амбулаторное лечение имеет какие-либо преимущества перед стандартным лечением по таким показателям, как случаи повторной госпитализации, прием лекарственных препаратов в соответствии с назначениями врача, аресты или бездомность.

Источник: Обзор современной психиатрии, № 34, 2007

Так нужен ли психотерапевт в психиатрическом стационаре?

Психотерапия в психиатрической клинике

Не так давно в Интернете прошел «Круглый стол», на котором обсуждался вопрос о психотерапии больных в обычной психиатрической больнице. Инициатором обсуждения стал психотерапевт из Владивостока М.В.Биккель. Он обратил внимание на то, что в настоящее время на 50 коек психиатрического стационара предусмотрена 1 ставка врача-психотерапевта и поставил вопросы: Чем он там занимается? Кто занимался и продолжает заниматься психотерапией шизофрении? Есть ли у кого-то опыт такой работы?

Откликнулся кардиолог С.С.Чевычелов из Тирасполя. Он рассказал, что столкнулся со случаем, когда у пациента после инсульта появилось ощущение, что у него черви в пальцах.

Психиатр при осмотре подтвердил, что у пациента действительно черви в пальцах, а еще гвозди и кнопки. Доктор С.С.Чевычелов привел еще один пример подобной психотерапии. Пациент жалуется, что у него есть друг собачка, которую он кормит, она ему лижет носик и т.д. И показывает доктору резиновую собачку. Проводя психотерапию, врач соглашается с пациентом, что собачка настоящая, надо сделать ей будочку, выводить гулять и т.д. В результате пациент успокаивается, возится с собачкой, считает ее живым существом и т.д....

М.В.Биккель ответил тираспольскому кардиологу, что такая методика психотерапии психотических больных действительно есть, но вновь подчеркнул главный смысл поставленного вопроса: что остается психотерапевту после работы психиатра? Ведь ставки психотерапевтов существуют, а самих психотерапевтов в психиатрических больницах нет. Во Приморском крае главные врачи психиатрических стационаров говорят, что они чуть не ходят с транспарантами по улицам в поисках психотерапевтов для работы в психиатрических стационарах.

Куда же текут средства фонда оплаты труда, предусмотренные на зарплату психотерапевтов? В одной из загородных психиатрических больниц Приморского края выявилась такая ситуация. Ставок психотерапевтов в больнице 5, физически 1, занято 5. Как такое возможно? Здесь в дискуссию включился психиатр из Донецка В.Н.Караваев. По его мнению, психотерапевты не востребованы и вряд ли будут востребованы в психиатрических стационарах. Для получения эффекта большинство методов психотерапии предполагают достаточно длительный контакт с пациентом. А сроки пребывания на стационарном лечении относительно небольшие и продлевать их для завершения психотерапии – дороговато. К тому же доказательная база эффективности психотерапии шизофрении слабовата.

С этим мнением М.В.Биккель полностью согласился. Но заметил, что психотерапевт наверняка будет востребован в случаях принудительного лечения, когда сроки лечения значительно больше нормативных и возможна групповая работа. В условиях же обычных психиатрических больниц достаточно часто встречается даже скрытое взаимное неприятие психиатров и психотерапевтов, как это бывает, между клиническими психологами и психиатрами. Уж слишком разные они - психиатры и психотерапевты. Многих психотерапевтов от одного вида психиатрической больницы с души воротит. Но самое главное - психотерапевт не вписывается в психиатрические клиники.

С другой стороны, те немногие психиатры кто за психотерапевтическую работу в психиатрическом стационаре, сразу же говорят об отсутствии условий для этого. Сейчас много говорят о бригадном методе в психиатрии, но ведь врачи-психиатры не проявляют стремления работать совместно с клиническими психологами и социальными работниками, они им по большому счету просто не нужны, так, болтаются под ногами по предписанию высокого начальства... Тут в дискуссию включился терапевт, доктор Ф.Ю.Мухарлямов из Москвы. Работу психотерапевта в большой психиатрии он даже представить себе совершенно не может. Он расспрашивал об этом свою мать (она работает в НЦПЗ у А.Б.Смулевича) — и там нет никаких ставок психотерапевтов, есть только медицинские психологи с дипломом МГУ.

Психотерапевт из Иваново Е.Г.Дмитриева согласилась с тем, что шизофрению трудно вылечить методами психотерапии, но разве настоящей шизофрении много? Больше ярлыков вешают. Тут М.В.Биккель признался, что вопрос о содержании психотерапевтической работы в большой психиатрии он поставил скорее для провокации: вдруг кто-то начнет возражать и заодно прояснит суть дела. А вообще-то он полностью согласен с тем, что каждый психиатр обязан заниматься адаптацией пациента к психотической симптоматике и комплаенсом. Он сослался на В.Д.Вида - тот очень высокого мнения об эффективности психотерапии шизофрении, А вот бригадный метод работы - это, скорее всего, просто треп. Потом в обсуждение включился И.В.Пажильцев из С-Петербурга. Он заметил, что если психиатр подтвердил пациенту при осмотре, что у него действительно черви в пальцах, а также гвозди и кнопки, то такое возможно только в одном случае: те же черви и гвозди и у

врача. Нет никакой психотерапевтической методики, которая нацелена на углубление и расширение бреда. Он справедливо заметил, что работа психотерапевта в большой психотерапии – это, прежде всего, решение проблем социализации и ресоциализации психически больных; их семейного окружения; направленная на повышение устойчивости ремиссий и стрессоустойчивости вообще. Но это все – во внебольничной психиатрии. А возглас доктора М.В.Биккеля: чем должен заниматься психотерапевт в психиатрическом стационаре, так и остался безответным...

Поставлена серьезная проблема

Действительно, ставки психотерапевтов в психиатрических больницах есть, они, как правило, заняты, а самих психотерапевтов – нет. Например, в ЦМОКПБ отделениям стационара выделено 6 ставок врачей-психотерапевтов, все они заняты – но психиатрами, которые ведут обычную лечебно-диагностическую работу. А психотерапией занимаются, как и все – по собственному разумению и собственному пониманию. Или никак. Это связано, прежде всего, с тем, что на кафедрах психотерапии врачи получают подготовку по психотерапии вообще. Эти знания важны при лечении пограничных состояний. А вот как их применять при лечении больших психозов, да еще в условиях стационара – эти вопросы не входят в программу обучения. Остается открытым и вопрос: а должен ли в психиатрическом отделении заниматься психотерапией специальный врач? Странная может получиться картина: лечащий врач ставит диагноз и назначает лекарственную терапию («таблеточный» психиатр), другой же врач в том же отделении тому же больному проводит психотерапию (психиатр-«душеспаситель»). В такой команде каждый может тянуть одеяло на себя. А пострадает больной. Нет сомнений, что психотерапия нужна и при больших психозах, но этим должен заниматься лечащий врач – при условии сокращения нагрузки.

А.И.Фролов. Главный психотерапевт Московской области

Психотерапия при лечении в стационаре крайне нужна

Представление о том, что психически больной не осознает наличие у себя психического расстройства – это миф. У него, может, нет ясного понимания, что случилось, но ощущение беды, интеллектуальной катастрофы – почти у всех. Для больного это – горе. А как справиться с горем – знают психотерапевты, у них есть разнообразные техники оказания помощи, но психиатры ими не владеют, и проводят психотерапию интуитивно, непрофессионально. А психотерапевты, которые обучены этим техникам, избегают больных в психозе, не знают этой патологии и неспособны грамотно применить здесь свои знания. Лучший выход – учить психиатров основам психологии и психотерапии и снижать нагрузку на них. Тогда и психотерапевты в психиатрическом отделении не будут нужны.

В.П.Шаблевич, зав.отделением ЦМОКПБ, канд.мед.наук

Психотерапия в Вологде

В Вологодской областной психиатрической больнице разработана специальная психообразовательная программа для больных шизофренией. Ее применение показало, что у этих больных она позволяет достигнуть ремиссии более высокого качества и снизить количество повторных госпитализаций. С больными, которые находятся на стационарном лечении, 2-3 раза в неделю проводятся занятия. Занятия ведут двое – врач-психиатр и специалист по социальной работе. Курс - 12 занятий. Больным рассказывают о болезни, ее течении, способах лечения. В результате отмечено увеличение уровня общительности и информированности пациентов. Поначалу, до прохождения образовательного курса, почти две трети больных не понимали своей роли в процессе лечения. Этот показатель снизился вдвое по окончании исследования. «Данная программа позволяет преодолеть коммуникативный дефицит, дает возможность больному шизофренией понять свою роль в

лечебном процессе и увеличивает комплаентность», сообщает С.Н.Пономарев, автор исследования.

Источник: Vertigo.ru

Вопросы и ответы

Если вы намерены организовать аптечный пункт непосредственно в диспансере...

Мурманский областной психоневрологический диспансер имеет в своем составе аптеку готовых лекарственных форм на правах структурного подразделения диспансера. При очередном лицензировании комиссия отказала в выдаче лицензии, сославшись на то, что в штате этой аптеки нет провизора. Ею заведовал специалист со средним фармацевтическим образованием. Это позволял п. 6 Приложения N 2 к Письму Министерства Здравоохранения РФ от 19 января 1993 г. N 01-16/1-21 «Дополнение к положению об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации»: «б. Лица, имеющие среднее фармацевтическое образование, обладающие практическим опытом и выполняющие в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, могут быть назначены на должности руководителей аптечных учреждений и их структурных подразделений». Директор юридической компании «Юнико-94» М.И.МИЛУШИН в связи с этим разъяснил, что указанное письмо Минздрава РФ никто не отменял, оно действует, но его положения следует принимать во внимание с учетом действующего законодательства об обращении лекарственных средств. В соответствии с пунктом 8.2. Отраслевого стандарта «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения» ОСТ 91500.05.0007-2003, утвержденного Приказом Минздрава РФ от 04.03.2003 N 80 (в ред. от 18.04.2007), руководство аптечной организацией осуществляет провизор, имеющий сертификат специалиста и стаж работы по специальности не менее 3 лет. Таким образом, руководство аптекой готовых лекарственных форм должен осуществлять именно провизор. В соответствии с пунктом 1.2. Отраслевого стандарта этот Стандарт является обязательным для всех аптечных организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих розничную торговлю лекарственными средствами. Консультант-плюс, 23.07.2008

От редакции: Приведенная информация представляет для нас интерес потому, что указывает на возможность организации непосредственно в диспансере аптечного пункта, в котором можно было бы осуществлять и бесплатную выдачу препаратов льготным категориям больных. Дело за руководителями психиатрических учреждений.

Лейкоариоз и криблур. В описаниях МРТ-исследования мозга нередко можно встретить термины «лейкоареоз» и «криблур». Что это означает? Ю.Г.Зайцева (ЦМОКПБ).

Выявляемый при нейровизуализационном исследовании лейкоареоз («перивентрикулярное свечение»), является отражением процесса демиелинизации. На компьютерных томограммах лейкоареоз представляет собой гиподенсивные зоны. Выраженность этих изменений, также как и выраженность расширения желудочковой системы, коррелирует с тяжестью клинических расстройств. Лейкоареоз выявляется у 30% пациентов с болезнью Альцгеймера и практически у всех больных с сосудистой деменцией. Он отражает перивентрикулярные изменения белого вещества, особенно около передних рогов боковых желудочков, вследствие нарушения эпендимы и накопления жидкости в ткани мозга. При сосудистой патологии выраженность лейкоареоза более значительна, он может локализоваться как в перивентрикулярных, так и в субкортикальных отделах. Криблуров представляют собой расширенные периваскулярные пространства. Они характерны для гипертонической энцефалопатии. Их наличие подтверждает хронический характер процесса с наличием множественных зон ишемии мозга, особенно его подкорковых отделов и коры,

сопровождающиеся атрофическими изменениями. В типичных случаях с помощью КТ и МРТ выявляются множественные микроочаговые изменения, в основном в подкорковых зонах, перивентрикулярно, сопровождающиеся нередко атрофией коры, расширением желудочков мозга, феноменом лейкоареоза, являющимся отражением и процесса демиелинизации.

Психофармакология

Потенциально опасные типы лекарственного взаимодействия в психофармакотерапии

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина при одновременном приеме аспирина или других нестероидных противовоспалительных препаратов повышают риск желудочно-кишечного кровотечения из-за синергического ингибирования агрегации тромбоцитов. Фенотиазины или сульпирид нельзя принимать одновременно с антацидными средствами – это снижает их антипсихотический эффект. Трициклические антидепрессанты задерживают опорожнение желудка и таким образом удлиняют время всасывания одновременно принимаемого препарата. При назначении тиоридазина в комбинации с антидепрессантами усиливается их кардиотоксичность. Карбамазепин снижает эффективность трициклических антидепрессантов и антипсихотических препаратов, например, галоперидола. Повышен риск серьезных кожных реакций, когда ламотриджин назначают одновременно с вальпроатом натрия. При одновременном назначении ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО) с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, трициклическими и родственными с ними антидепрессантами, триптофаном или настойкой зверобоя может развиваться т.н. серотониновый синдром.

Интоксикация может также возникать в случае, если какое-либо из этих лекарств одновременно назначают с: клозапином. Судорожные припадки могут возникать вследствие аддитивного эффекта двух или большего количества препаратов, снижающего порог судорожной активности (например, когда флувоксамин или мапротилин назначают пациентам, принимающим клозапин). Они могут также возникать вследствие ингибирования метаболизма лекарственного препарата, обладающего эпилептогенными свойствами. Например, когда эритромицин назначают пациенту, получающему клозапин. Это повышает риск развития судорожных припадков.

С другой стороны, припадки могут возникать у людей с эпилепсией из-за сниженной концентрации противосудорожного препарата в плазме крови вследствие индукции ферментов. Например, зверобой может повышать метаболизм карбамазепина и фенитоина и таким образом снижать их концентрацию в плазме крови, что приводит к ненадлежащему лечению эпилепсии. Артериальная гипотензия чаще возникает (как следствие суммации) в случаях комбинации лекарственных препаратов, которые оказывают гипотензивное действие, например когда ИМАО назначают одновременно с такими препаратами, как гипотензивные препараты; Артериальная гипертензия является серьезным нежелательным эффектом психотропных препаратов. Чаще всего она возникает при приеме ИМАО — особенно при «сырной реакции». Ингибиторы МАО могут вызывать артериальную гипертензию, если с ними комбинируются трициклические и родственные с ними антидепрессанты (в этом случае кровяное давление может повышаться или снижаться).

Наиболее серьезные из всех побочных эффектов психотропных препаратов со стороны сердечно-сосудистой системы — аритмии. Назначение одновременно нескольких лекарственных препаратов, которые удлиняют интервал QT на электрокардиограмме, потенциально опасно. Такой же риск существует в случае, если лекарственный препарат, который вызывает удлинение интервала QT, назначают одновременно с соединением, угнетающим его метаболизм. Отдельные антипсихотические лекарственные препараты — особенно дроперидол, пимозид, сертиндол и тиоридазин — по сравнению с другими обладают более выраженным свойством вызывать блокаду. Если эти соединения

назначаются людям, которые получают антиаритмические лекарственные препараты, риск возникновения желудочковых аритмий повышается. Агранулоцитоз может возникнуть вследствие лечения клозапином, когда его концентрация в плазме крови повышается из-за одновременного приема разных антидепрессантов или в том случае, если совместно вводятся в организм калийсберегающие мочегонные (например, спиронолактон) и мочегонные средства тиазидной структуры, ингибиторы ангиотензин-конвертирующего фермента и нестероидные противовоспалительные препараты.

Источник: Обзор современной психиатрии. Вып. 27, год 2005

Новый корректор побочного действия антидепрессантов

По данным американских исследователей, регулярный прием виагры способствует нормализации сексуальной функции у пациенток, принимающих антидепрессанты. Это показано в рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании с участием 98 женщин (от 18 до 50 лет), испытывавших проблемы в интимной сфере в связи с приемом антидепрессантов. Спустя два месяца после начала исследования повышение качества сексуальной жизни отметили 72% участниц, принимавших силденафил (50–100 мг), и только 27 % женщин из группы плацебо. Прием виагры уменьшил жалобы на отсутствие сексуального возбуждения или оргазма.

Источник: www.Medportal.ru

Пластырь с эстрогеном помогает при шизофрении

Сочетание эстрогена с антипсихотическими средствами позволяет добиться лучших результатов при лечении шизофрении у женщин, сообщает журнал Archives of General Psychiatry. Известно, что в послеродовом периоде и в менопаузу, когда уровень эстрогена в организме женщины падает, отмечается увеличение числа случаев шизофрении. И напротив, во время беременности, когда уровень эстрогенов увеличивается, отмечается уменьшение симптомов шизофрении, а рецидивы случаются реже. Джайашири Калкарни и ее коллеги из Университета Монаша показали, что дополнительное назначение гормонального пластыря привело к заметному уменьшению таких симптомов шизофрении, как бред и галлюцинации. Механизм действия эстрогена точно не известен.

Источнк: Нейролептик.ру

Интересующимся патографией: Был ли П.И.Чайковский «голубым»?

Да!

Сегодня факт необычной сексуальной ориентации Чайковского перестал быть секретом для обывателей, но мало кто из них знает, что композитор очень тяжело переживал эту свою особенность. Чайковский боялся огласки его гомосексуальности; он тем не менее настойчиво пытался изменить собственную натуру. Его увлечение в молодости артисткой Д. Д'Арто (ей посвящен романс «Средь шумного бала») было всего лишь эпизодом, никак не повлиявшим на его неизменные интересы. Тем не менее, в 1876 г. он написал брату Модесту: «Я много передумал за это время о себе и о моей будущности. Результатом всего этого раздумывания вышло то, что с сегодняшнего дня я буду серьезно собираться вступить в законное брачное сочетание с кем бы то ни было. Я нахожу, что мои склонности суть величайшая и непреодолимейшая преграда к счастью, и я должен всеми силами бороться со своей природой... Я сделаю всё возможное, чтобы в этом же году жениться, а если на это не хватит смелости, то во всяком случае, бросаю навек свои привычки». И в 1877 г. композитор женился. «...Я получил однажды письмо от одной девушки, которую знал и она давно уже удостоила меня своей любовью... Я при свидании снова объяснил ей, что ничего, кроме симпатии и благодарности за ее любовь, к ней не питаю. Но, расставшись с ней, я стал обдумывать всю легкомысленность моего поступка... Я подробно описал ей свой характер,

свою раздражительность, нервность темперамента, свое нелюбимство, наконец, свои обстоятельства. Затем я спросил ее: желает ли она быть моей женой? Ответ был, разумеется, утвердительный». Но женитьба не стала для композитора панацеей, спасающей от неизбежного. «...Я вдруг почувствовал, что не только она мне ненавистна в полнейшем значении этого слова. Мне показалось, что я или, по крайней мере, лучшая, даже единственно хорошая часть моего я, то есть музыкальность, погибла безвозвратно. Дальнейшая участь моя представлялась мне каким-то жалким прозябанием и самой несносной, тяжелой комедией... притворяться целую жизнь - величайшая из мук... Я впал в глубокое отчаяние, тем более ужасное, что никого не было, кто мог бы поддержать и обнадежить меня. Я стал страстно, жадно желать смерти. Смерть казалась мне единственным исходом... У меня два утешения: во-первых, я много пил вина, и оно ошеломляло меня и доставляло мне несколько минут забвения... Чайковский умер от холеры, во время ее эпидемии в Петербурге, после того как выпил стакан некипяченой воды (существует версия, что заразился преднамеренно).

Источник: Игорь ЯКУШЕВ Медицинская газета, № 82, 2008

Нет! Это происки пропаганды США!

В 1980-х годах многие наши соотечественники были ошеломлены, когда по «Голосу Америки» узнали о том, что Чайковский был гомосексуалистом. Ведущий передачи вещал об этом твердо и уверенно, не выражая никакой возможности для сомнений. Но по свидетельству президента Московской психотерапевтической академии Михаила Буянова, Чайковский был знаком с известными психиатрами своего времени – Иваном Балинским и Теофилом Д'Аршамбо и часто у них консультировался. Однако, «в медицинских, и в том числе психиатрических кругах разговоров о гомосексуализме Чайковского не ходило. Более того: при его жизни подобное обвинение вообще не выдвигалось». Впервые о гомосексуализме Чайковского в 1980-х годах заявила эмигрировавшая из СССР музыковед А. Орлова. Главным и едва ли не единственным «свидетелем» обвинения называлась барышня Пургольд, которая собиралась замуж за Чайковского, но была отвергнута композитором. О том, что не существует ни писем, ни воспоминаний современников, ни каких-либо других убедительных свидетельств гомосексуализма Чайковского, свидетельствует и латышский психотерапевт и сексолог Янис Залитис. По его словам, услышав по «голосам» захватывающую новость, он немедленно приступил к проверке всех доступных ему фактов биографии Чайковского. Никаких сведений о нетрадиционной ориентации композитора не нашлось по сей день. Более того, бабушка Яниса Залитиса - Варвара Дмитриевна служила в доме Петра Ильича в Клину. И именно из этого дома ее увез дед Залитиса – латыш. Залитис убежден: «если бы в доме Чайковского происходило что-то постыдное, этого нельзя было бы утаить». Видимо, все дело было в том, что «как раз в то время в США шло оправдание гомосексуализма, - говорит Залитис. В 1990-х годах эту тему начали развивать. Появились исследования искусствоведов – преимущественно, эмигрантов из СССР, которые договорились даже до того, что композитор якобы был еще и педофилом, и что он якобы покончил с собой, опасаясь публичного скандала. Однако, «ни у кого из друзей Чайковского и его близких никогда не возникало сомнений, что композитор скончался, заболев холерой в 1893 году». Возможно, идея о гомосексуальности Чайковского, да еще и подача его в неуважительном тоне (вместе с обвинениями в педофилии) была частью политической русофобской пропаганды.

Источник: Борис Асеев, Правда.ru

Литературная страница

Андрей и Ирина СНЕГИРЕВЫ: Лирика.

Представляем Андрея Геннадьевича и Ирину Михайловну Снегиревых – врачей-психиатров Областной психиатрической больницы № 12, что в пос. Микулино Городище Лотошинского

района. Давно увлекаются поэзией, их творчество широко представлены на знаменитом интернетовском сайте «Стихи.ру». Живут дружно и счастливо вместе со своими «снегирятами».



Андрей СНЕГИРЕВ

**МЫ ТАНЦЕВАЛИ
В ТИШИНЕ...**

Мы танцевали в тишине,
А музыка - она звучала
Внутри – свободно и печально.
Мы танцевали при луне.
Прижавшись, спутавшись,
сплетаясь,
Ловя мелодио движений
И в бесконечности мгновений
Над спящим миром разлетаясь.
Мы танцевали в тишине
Среди шкафов, кровати, окон,
Среди дворов и подворотен,
Рисую тени на стене.
Среди волос дождя и в лужах,
Кружась со стаей мотыльков,
Между уснувших колосков
И по узорам звездных кружев.
Мы танцевали в тишине...

**НЕТ НИ КОНЦА
И НИ НАЧАЛА...**

Нет ни конца и ни начала,
Есть переход – куда-то
дальше...
Ни тупика и ни причала...
Я просто временно уставший...
Я просто временно убитый...
Но это все уже проходит.
Я просто временно забытый
Тем, кто спешит и переходит.
Я просто временно остался
Между вчера и завтра бледным.
Стоял и плакал, и смеялся,
Когда толпу дразнили
медным...
Нет ни конца и ни начала –
Все было (где-то) изначально.
Моя душа в себя кричала
И выла тихо и печально.

В КОМАНДИРОВКЕ...

Я думал о тебе –
Сейчас, вот только-только...
Я думал о тебе...
И долгий снег кружил.
Я думал о тебе,
Наверное, раз столько,
Что может быть за это время
Пролетела жизнь.
Я думал о тебе,
Рассеянно листая
Историю какого-то юнца.
Я думал о тебе,
Бессмысленно читая
Страницу от начала до конца.
Я думал о тебе –
Сейчас, вот только-только...

**ОСЕНЬ, МНЕ НРАВИТСЯ
ОСЕНЬ**

Осень, мне нравится осень –
Шуршание листьев по ветру,
Дождливая меланхолия,
Оранжевая палитра.
Неспешно идущие люди –
Чуть-чуть и закружатся в танце...
И хочется с ветреной дамой
На улице целоваться.
И тут же заняться любовью
И через вечность расстаться.
И может быть через вечность
В осени повстречаться...
Осень, мне нравится осень...

**ЧТОБ ВСЕ
НАМ В ЖИЗНИ УДАЛОСЬ!**

Глаза – глубокие, как чаши
Густого терпкого вина
И в глубине - чертенок пляшет,
Вокруг – ресницами волна.
Смотрю и сладостно хмелею...
Я – вдрызг, я – выпитый стакан.
Еще чуть-чуть и закрывлю
И буду неприлично пьян.
Припал и не могу напиться,
А хочется, чтоб до конца...
Чтоб бултыхались сердца
В прозрачной и хмельной водице,
Чтоб пелось и душе цвелось,
Чтоб ... (все равно, что люди скажут).
Любимая, меня не связжут!
Чтоб все нам в жизни удалось!

КОЛЫБЕЛЬНАЯ ЛЮБВИ

Малыш, прикрой мои глаза
Легонько лепестками рук.
И даже если где-то вдруг
Проснется громкая гроза –
Я не услышу, я усну.
Я ночь собою обниму
И буду сладко-сладко спать.
А ты мне спой свою любовь-
Для этого не нужен слух.
Такая песня лишь для двух...
Потом и я тебе спою
С любовью – колыбельную.

А Я СКУЧАЮ ПО ТЕБЕ...

А я скучаю по тебе...
По волосам твоим и ласкам,
По чертенявым
твоим глазкам.
А я скучаю по тебе...
А я зову тебя во сне
И просыпаюсь, не услышав.
Мне кажется –
ты только вышла...
А я зову тебя во сне...
А я ищу тебя в толпе
Среди чужих и незнакомых,
Среди богатых и бездомных.
А я ищу тебя в толпе...
А я пишу тебе стихи –
Ты их сто раз перечитаешь...
Все будет хорошо –
ты знаешь.
А я пишу тебе стихи...

Ирина СНЕГИРЕВА

В бокале остывает чай.
Толкутся в полудреме
мысли,
Теряются, забыв о смысле.
Не шевельнуться б
невзначай,
Чтоб не спугнуть
их сонный гул,
Теплом усталости согретый,
О том, что пролетело лето,
Закончив
свой хмельной загул,
О том, что скоро-Новый Год
И распушатся снегом ели.
Забьты старые качели
(Их скоро вовсе заметет).
Под деревом на лавке кот
Клубком свернулся,
прячет ухо.
Уснула между стекол муха,
А паучок ей сеть плетет.
Мелькают, не успев сказать,
Одна, ещё одна, другая.
Пора идти. Я засыпаю.

Утро. Радость. Запах кофе.
Шустрый зайчик по картине.
По верхушкам
стройных сосен
И по робкой паутине,
Искрой - в лужице забытой,
На стекле оконной рамы.
Шепот из двери открытой,
Вскрики, хохот: «Папа! Мама!»
Сборы, поцелуи, спешка.
Кофе, сливки и печенье.
День рождался, наполняясь
Ожиданьем приключения

Дела чередой...
Их поток нескончаем.
Изредка ты
Прерываешь их чаем.
Половина – без смысла,
Но ты им отдаешься,
Каждый раз, по привычке,
Раз положено – бьешься.
Скрипит табуретка.
Холодные трубы.
Сижу по-турецки.
Задумчиво губу
Кусаю до боли,
Да только не легче.
Замерзли коленки...
И близится вечер.
И все – как обычно,
Все тихо и гладко.
Вот только душа
Выдает неполадки

Усталый вальс – на тихий блюз...
Я никуда не тороплюсь,
Ни от тебя и ни к тебе...
На старой, ржавенькой трубе
Сыграет капель перезвон,
Где я и ты, она и он
Вдвоем забылись в ритме брызг,
В движеньи вверх,
в стремленье вниз...
Бумага. Карандаш шуршал –
Вселялась в музыку душа

Вспоминая последние новости,
Я тону в череде бесконечности.
Набираюсь я взрослой суровости,
Избавляюсь
от детской беспечности.
Всё, что ценное –
сложено, спрятано.
Всё, что лишнее –
брошено в сторону.
Всё, что было когда непонятного-
В мусор,
чтоб не забыть себе голову.
Здесь всё проще
во взрослой реальности-
Вся потребность оценена голодом,
Ты не думай,
что жизнь – это таинство,
Да и просто не думай без повода



По секундам, по крохам,
От привычки усталой,
С тихим чувственным вздохом
Что-то прочь утекало...
Незаметно, без плача,
А душе – плохо, плохо!..
Запыленные числа,
Суета, суматоха...
Робко ищешь ладонью
В темноте застоялой...
И каким- то огромным
Стало вдруг одеяло

Юбилей

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

Юбиляры сентября

Чуть больше 25 лет со дня рождения

28 октября — Вера Дмитриевна ЗЮКИНА — заведующая отделением областной психиатрической больницы № 23 (Наро-Фоминск).

50 лет со дня рождения

15 октября — Михаил Станиславович КАЗАКОВ — кандидат медицинских наук, врач-психиатр Шатурской психиатрической больницы № 11

55 лет со дня рождения

21 октября — Евгений Николаевич ЮРИН — врач-психиатр Люберецкого психоневрологического диспансера

60 лет со дня рождения

5 октября — Владислав Владимирович ОНИЩЕНКО — врач психиатр-нарколог Раменского психоневрологического диспансера

19 октября – Юрий Викторович РОМАШОВ - заведующий отделением Солнечногорского психоневрологического отделения

70 лет со дня рождения

7 октября — Виктор Никифорович КАЗНАЧЕЕВ, врач-психиатр психиатрической бригады скорой медицинской помощи ЦГБ г. Химки

Юбилей предстоящие

2 ноября – заведующая отделением областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко

4 ноября – Григоров Николай Федорович – врач-психиатр областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко

5 ноября – Мамедов Мубриз Мустафа-оглы – врач-психиатр психиатрической бригады Центропункта скорой психиатрической помощи ЦМОКПБ

7 ноября – Викина Надежда Аркадьевна – заведующая психоневрологическим диспансерным отделением г. Королева

10 ноября – Столяров Александр Александрович – врач-психиатр областной психиатрической больницы № 22 (Химки)

14 ноября - Подорога Инна Евгеньевна –

врач-психиатр Щелковского психоневрологического диспансера

18 ноября – Мешкова Людмила Витальевна – врач-психиатр Ногинской психиатрической больницы № 25

24 ноября – Востриков Валентин Яковлевич – врач-психиатр областной психиатрической больницы № 5 (Хотьково)

26 ноября – Алифьева Римма Алексеевна – врач психиатр-нарколог психоневрологического кабинета Шаховской ЦРБ

26 ноября – Булыкова Лариса Дмитриевна – врач-психиатр детский психоневрологического диспансерного отделения г. Воскресенска

30 ноября — Счастливецва Нина Семеновна – врач-психиатр областной психиатрической больницы № 2 им. Яковенко.

Уголок юбиляра

Берегите психиатров!

У всех врачей отмечаются высокие показатели распространенности стресса, депрессии и злоупотребления психоактивными веществами. Но здоровье особенно страдает у психиатров. У них ниже производительность труда, они чаще болеют и рано выходят на пенсию. Среди них достоверно выше смертность по сравнению с другими врачами, особенно вследствие ишемической болезни сердца, травм и отравления, а также рака толстой кишки. У психиатров самый высокий показатель неудовлетворенности профессией и самая высокая частота случаев депрессии. Психиатры чаще злоупотребляют алкоголем и другими психоактивными веществами и у них более высокий процент дисциплинарных взысканий, наложенных за это. Процесс старения психиатров может сопровождаться проблемами в когнитивной сфере. Почему у психиатров хуже психическое здоровье? В этом неповинна большая рабочая нагрузка. Для психиатров существенно другое - эмоциональное опустошение, связанное с работой: их труд в психологическом плане более тяжелый, чем у других врачей, а отношение общественности к психическому заболеванию и, возможно, к самим психиатрам усугубляет ощущение изоляции. Есть и индивидуальные причины. Возможно, что некоторые психиатры были предрасположены к расстройствам до того, как выбрали специальность. Особенно психиатры-женщины. Психиатров отличают и особенности их личности: они более открытые, покладистые и менее добросовестные. Меньшая добросовестность в сочетании с более выраженной невротизацией, возможно, способствуют тому, что еще со студенческих лет им труднее заниматься медициной.. Это может привести также к неправомерному сексуальному поведению, но может вызывать и ощущение отвержения клиентами, которые редко бывают благодарными. Кроме того, нередко возникает чувство отвержения общественностью и коллегами, которые не всегда должным образом оценивают сложный, трудный и ответственный характер работы психиатра. Еще одной возможной причиной возникновения нарушений психического здоровья у психиатров является то, что они не обращаются за медицинской помощью и не получают адекватного лечения — результат, который подтвердили на разных континентах. Что можно предпринять? Что касается проблем у врачей, то их вряд ли их можно успешно разрешить. Один из простых способов - обеспечить им дополнительную поддержку в случае значимых событий, жалоб и дисциплинарных взысканий, а особенно - когда пациент умирает вследствие суицида.

Источник: *Advances in Psychiatric Treatment* 2007; vol. 13, 161–168

Чтобы не стареть, надо влюбляться. А еще читать нашу газету и посылать в нее заметки.

По мере старения в мозге человека происходит сокращение его объема и снижение активности. Считается, что регулярные упражнения, требующие концентрации памяти и внимания, например чтение или разгадывание кроссвордов, могут замедлить этот процесс, а также, возможно, снизить риск развития старческого слабоумия. Американские исследователи обнаружили, что пользование Интернетом в не меньшей мере улучшает деятельность мозга, по меньшей мере у людей среднего и пожилого возраста, путем стимуляции мозговых центров, ответственных за принятие решений и сложные рассуждения. Результаты исследования, отчет о котором опубликован в *American Journal of Geriatric Psychiatry*, свидетельствуют о том, что посещение Интернета вызывает активацию областей мозга, контролирующих память, язык, чтение и зрение. Вдобавок к этому при поиске в Интернете активируются мозговые центры, ответственные за сложные рассуждения и принятие решений, какую из предложенных ссылок выбрать для получения необходимых данных. При чтении книг подобной активности не возникает и активации соответствующих областей мозга не происходит. По словам исполнительного директора Фонда исследований

болезни Альцгеймера Ребекки Вуд, полученные данные позволяют рекомендовать для снижения риска деменции частое пользование Интернетом.

Итальянские учёные из университета Павии обнаружили, что когда человек находится в состоянии влюбленности, у него повышается уровень т.н. фактора роста нервов. Оказывается, что романтические любовные отношения связаны с изменениями в крови уровня нейротрофинов, что препятствует гибели нейронов и даже способствует их росту.

Источник: laylinegenomics.com, laylinegenomics.com, www.medportal.ru.