

Министерство образования Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психиатрии и наркологии

КОРОЛЕВА Е.Г.

ДЕОНТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ

Учебно-методическое пособие
для студентов медико-психологического факультета, психологов, интернов,
клинических ординаторов и врачей психиатрического профиля

Гродно
ГрГМУ
2009

УДК 614.253: 616.89 (07)
ББК 51.1 (4 Бей) п я 73
К 68

Рекомендовано Центральным научно-методическим советом УО «ГрГМУ»
(протокол N от 2009 г.).

Автор: зав.кафедрой психиатрии и наркологии, д-р мед. наук,
проф. Е.Г.Королева.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. Я.Я. Гордеев.

Королева Е.Г. **Деонтология в психиатрии**. Учебно-методическое пособие для студентов медико-психологического факультета, психологов, интернов, клинических ординаторов и врачей психиатрического профиля /Е. Г. Королева - Гродно: УО «ГрГМУ», 2009. - 99 с.
ISBN 978-985-496-436-2

В данном пособии освещены вопросы медицинской этики и деонтологии, взаимоотношения медицинских работников и пациентов, понятия о психическом здоровье (норме) и патологии, вопросы о внутренней картине болезни и внутренней картине здоровья, влияние болезни на личность, психология психического здоровья. А также отражены современные проблемы социальной психиатрии: история ее развития, социальные причины психических заболеваний, значение стигматизации психически больных в обществе, вопросы реабилитации, проблемы мифов о психически больных.

Приведен Европейский план действий по охране психического здоровья.

УДК 614.253: 616.89 (07)
ББК 51.1 (4 Бей) п я 73

ISBN 978-985-496-436-2

УО «ГрГМУ», 2009

ВВЕДЕНИЕ

Деятельность по охране психического здоровья является междисциплинарной, в ней сочетаются подходы психиатрии, психологии, социологии и социальной работы.

Деонтология в психиатрии и социальная психиатрия находятся в тесной связи с целым рядом смежных дисциплин: с психиатрией и наркологией, с медицинской психологией и психотерапией, с общественными науками, с общей психологией, социологией, физиологией и в медицинских вузах является важной составной частью учебного процесса при подготовке высококвалифицированного специалиста, способного формулировать и решать задачи, находящиеся на стыке нескольких разделов естествознания.

Деонтология в психиатрии объединяет избранные разделы медицинской психологии, представлений о норме и патологии в психиатрии, вопросы медицинской этики и деонтологии, вопросы взаимоотношений в системе врач-больной, различные разделы социальной психиатрии. Она рассматривает разделы Европейского плана действий по охране психического здоровья и шаги по его реализации.

Психика по механизму и содержанию является формой отражения окружающего мира. Часто его несовершенство затрудняет социальную адаптацию лиц с психическими расстройствами. В связи с чем развитие социальной помощи приобретает все большую значимость в современной психиатрии. Это обусловлено масштабами распространенности психических расстройств и тяжестью их социальных последствий. В последние годы наблюдается увеличение количества психических расстройств, завершенных суицидов, тяжких правонарушений.

Для укрепления психического здоровья населения требуется предпринимать превентивные социальные меры, а психически больным обеспечить социальную поддержку. В модели оказания помощи психически больным, защиты их интересов, обеспечении реабилитационных программ должен стать социальный работник.

В пособии освещены теоретические вопросы вопросы социальной психиатрии: стигматизации, актуальные вопросы суицидов и парасуицидов, рассматриваются их механизмы и необходимые медицинские подходы при них.

В дополнение к изданным ранее руководствам и учебникам по психиатрии данное пособие знакомит с изменениями в социальной адаптации, к которым приводят психически заболевания.

Все эти знания будут полезны как студентам медико-психологического факультета медицинского университета, так и студентам социальных вузов, социальным работникам и организаторам медико-социальной помощи в психиатрии.

Разделы пособия соответствуют разделам типовой программы по дисциплине «Деонтология в психиатрии», которая разработана в соответствии с: образовательным стандартом специальности 1-79 01 05 Медико-психологическое дело (ОСРБ 1 – 79 01 05-2007), утвержденным Постановлением;

- типовым учебным планом специальности 1-79 01 05 Медико-психологическое дело, утвержденной Министерством образования республики Беларусь 12.02.2008 (регистрационный номер № L 79 – 002/тип.).

ЧАСТЬ I. ВВЕДЕНИЕ В ДИСЦИПЛИНУ «СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ»

ПРЕДМЕТ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И ЕЕ ЗАДАЧИ

Вопросы:

1. Определение понятия «психиатрии» и «социальная психиатрия», их цели и задачи.
2. Основные причины психических заболеваний.
3. Принципы классификации психических заболеваний.
4. Распространенность психических заболеваний.
5. Определение понятия «общественное психическое здоровье».

Психиатрия – одна из отраслей клинической медицины, изучающей психические заболевания. Ее целью является: изучение основных научных аспектов этиопатогенеза, течения и исходов психических заболеваний и решение практических лечебных вопросов, вопросов профилактики и реабилитации.

Задачами психиатрии являются:

- 1 - изучение вопросов этиологии и патогенеза психических заболеваний, их клинических проявлений, лечения и профилактики;
- 2 - проведение экспертиз: судебно-психиатрической, военной, трудовой у больных с психическими расстройствами.

Преподавание курса психиатрии преследует задачу дать студентам необходимые теоретические знания и практические навыки для распознавания болезней и оказания первичной врачебной помощи больным с расстройствами психики.

Будущий врач независимо от своей специальности должен знать, имеет ли он дело с психически здоровым или больным человеком. Если это психически больной, то следует выбрать необходимый для него вид помощи. С учетом психического состояния больного должен быть решен вопрос о форме психиатрической помощи. Помощь может быть экстренной (введение лекарств, направление в стационар и т. д.) или в форме обоснованных рекомендаций и консультаций.

Человек — существо не только биологическое, но и социальное. Ребенок, лишенный социальной среды, не может стать полноценным человеком, он не овладевает речью, не имеет представления о правилах социального поведения. Поскольку человек живет в обществе, он должен подчиняться его законам и реагировать на изменения, происходящие в социальной жизни.

Человек — существо психосоциальное. В нем нет ни одной функции, не связанной с социальными процессами. Социальные условия определяют развитие, формирование и функционирование человека. Поэтому психическое здоровье как индивида, так и нации непосредственно зависит от условий жизни общества. В зависимости от социального состояния общество может или способствовать нормальному развитию личности, сохранению психического здоровья, или оказывать патогенное воздействие на него. В свою очередь, психическое здоровье нации влияет на социально-экономическое состояние государства.

Предметом *социальной психиатрии* выступает не отдельно взятый больной, а закономерности этиопатогенеза психических расстройств в определенных социальных группах, особенности групповых психопатологических реакций и поведения в ответ на воздействие изменяющегося социума и жизнедеятельности.

Социальная психиатрия представляет собой самостоятельный раздел психиатрии, целью которой является изучение влияния факторов социальной среды на психическое здоровье.

В формулировке G.Huber(1987) социальная психиатрия представляет собой разнообразные формы и методы лечения и реабилитации психически больных (дневные и

ночные клиники, клубы пациентов, мастерские, общежития и т.п.). Кроме того, автор правомерно относит отношение общества к психически больным.

Социальная психиатрия включает в себя не только эмпирическую науку, базирующуюся на социологии, но и терапевтическую практику, главной целью которой является сохранение психического здоровья и интеграция психически больных в социум.

По мнению известного английского ученого А. Leighton, предмет социальной психиатрии определяет:

- ориентировка социальной психиатрии на общности людей;
- ориентировка социальной психиатрии на социокультурные процессы в обществе и конструктивное их использование при оказании помощи психически больным;
- ответственность в большей мере перед обществом и его институтами, нежели перед конкретным пациентом;
- привнесение клинических знаний в стратегически важные структуры социальной системы общества;
- привнесение в клиническую психиатрию знания общественных наук о поведении человека.

Швейцарский психиатр L.Ciompri рассматривает социальную психиатрию как «часть общей психиатрии, которая понимает и лечит пациента в пределах, а также вместе с его социальным окружением».

Один из лидеров немецкой социальной психиатрии K.Doerner (1995) сформулировал основные базисные принципы социальной психиатрии. Основные из них:

- социальная психиатрия предполагает равенство возможностей всех членов общества, включая и психически больных,
- психиатрические диагнозы не должны носить стигматизирующего характера,
- в основе социальной психиатрии должны лежать принципы солидарности с психически больными,
- приоритетом деятельности психиатра должна являться профилактика и реабилитация.

Предмет социальной психиатрии должен быть направлен на исследование реадaptации психически больного и его интеграцию в социальную реальность.

При этом задачами социальной психиатрии являются:

- 1) связь факторов социальной среды с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями и динамикой психических расстройств,
- 2) а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии (Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 1994).

Авторы крайне важным считают изучение роли социальных факторов во всей этиопатогенетической цепи развития психической патологии: в возникновении, клиническом оформлении, динамике, прогнозе, исходе и распространенности. К числу важнейших задач социальной психиатрии также относят:

- разработку принципов социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике, что имеет непосредственное значение для психиатрической практики;
- изучение влияния макросоциальных факторов на психическое здоровье;
- изучение влияния микросоциальных факторов на психическое здоровье;
- изучение возрастных особенностей влияния социальных факторов на психическое здоровье;
- сравнительное изучение психического здоровья и психических расстройств в различных этносах и культурах;
- изучение влияния экологических факторов на психическое здоровье;
- изучение психического здоровья и психических расстройств у представителей различных социально-профессиональных групп населения;
- изучение роли социальных факторов в формировании и течении отдельных форм психических расстройств;
- изучение психиатрических последствий чрезвычайных ситуаций;

- изучение роли социальных факторов в формировании деструктивного поведения;
- изучение роли социальных факторов формировании общественно опасного поведения психически больных;
- изучение возможностей социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психических заболеваний;
- разработка систем социальной поддержки психически больных, программ охраны и укрепления психического здоровья населения;
- изучение отношения общества к психически больным, разработка методов психиатрического просвещения населения;
- отношения общества к психически больным и проведение программ, направленных на дестигматизацию.

Основные исследовательские вопросы касаются взаимоотношений между психическими расстройствами и такими социальными переменными, как семья, работа, жилищная ситуация, принадлежность к определенному общественному классу, культурные особенности и традиции, степень развития системы медицинской помощи, которые определяют возможности профилактики и терапии.

Социальные методы воздействия терапии психически больных развиваются вместе с обществом. Все шире в психосоциальной работе прибегают к привлечению ресурсов так называемых терапевтических сообществ, в которые входят врачи, социальные работники, родственники, друзья, сослуживцы, ближайшее социальное окружение психически больных. Значение терапевтических сообществ для реабилитации психически больных столь велико, что для описания их работы используется особый термин «общественная психиатрия» (community psychiatry).

Социальная реабилитация в этом случае осуществляется не только в лечебных и социальных учреждениях — местом действия становятся семья, школа, иногда рабочее место или даже улица.

К методам социальной психиатрии относятся:

1. Методы социологических исследований, включающих в себя широкий спектр социально-демографических, социометрических, транскультуральных и ряда иных методов, направленных на выяснение причинно-следственных закономерностей психического здоровья и его нарушений.
2. Эпидемиологических исследований, определяющих распространенность психических расстройств во времени и пространстве, позволяющих объективно и корректно оценить вклад разнообразных социальных факторов в процессы формирования и течения психической патологии, определить сущность и частоту болезни в отдельных популяциях.
3. Клинико-психологических - важной проблемой социальной психиатрии ближайшего будущего должно стать включение в систему социально-психологических исследований клинической феноменологии (описательной психопатологии) - A Sims (1983).

Причины психических заболеваний до конца не выяснены. Ученые рассматривают психическую болезнь как результат расстройства деятельности головного мозга, приводящего к нарушению способности отражения и познания внешнего мира, изменению самочувствия и сознания своей личности. Нарушение мозговой деятельности может возникнуть под влиянием внешних (инфекции, интоксикации, травмы, нарушения питания мозга, психогении и т. д.) или внутренних причин, дефектов метаболизма, дегенеративных процессов, обусловленных как предрасположенностью, так и комплексом других факторов. В результате этого частично или полностью нарушается поведение и приспособление больных к условиям жизни.

Нарушения деятельности головного мозга у больных по характеру проявления и степени выраженности бывают различными и зависят от особенностей психического заболевания, формы и стадии его течения. Так, при заболеваниях, вызывающих неглубокое расстройство функции мозга, способность к отражению и познанию внешнего

мира, как правило, не нарушается, и психические отклонения у больных преимущественно проявляются в изменении самочувствия и трудности социальной адаптации.

При заболеваниях, сопровождающихся более глубоким поражением деятельности мозга, могут целиком меняться поведение и установки больного; в восприятии и осознании окружающего приобретают определяющее значение болезненные мотивы.

Первая группа заболеваний носит название пограничных расстройств, к которым относятся главным образом невроты и психопатии. Они занимают промежуточное положение между психическим здоровьем и выраженными психическими расстройствами.

Вторую группу составляют психозы (в прошлом больных с такими расстройствами называли умалишенными). Каждая из этих групп заболеваний неоднородна и включает различные заболевания, имеющие свою природу, особенности клиники и прогноза.

Дифференцированное определение состояния психически больного с учетом особенностей их заболевания имеет большое значение. Этому вопросу было посвящено много исследований, на основе которых предлагались различные *классификации* психических заболеваний. Наиболее научно обоснованной была бы классификация, построенная преимущественно по этиологическому принципу. Однако знания о происхождении большинства психических заболеваний еще недостаточны, и в целом систематика психических заболеваний строится не только на этиологическом, но и на клиническом принципе, на основе патогенеза заболевания, динамики течения и др.

Помимо этого, на систему классификации психических заболеваний оказывали влияние и общие теоретические установки, господствующие на том или ином этапе развития психиатрии. Отечественные психиатры в отличие от многих зарубежных считали возможным систематизировать психические заболевания, так же как и соматические, на основе общности этиологии, патогенеза и клиники. Это была классификация МКБ-9. Диагностическая оценка больных проводится на основе действующей общей международной или национальной классификации психических болезней.

Современная классификация основана на синдромологическом принципе – МКБ-10, которая позволяет представителям разных стран и направлений унифицировать оценку состояния пациента.

Изучение общих особенностей психических заболеваний, частных их признаков (симптомов), отдельных психопатологических состояний (комплексы симптомов — синдромы), патогенетических механизмов психопатологических расстройств является задачей общей *психопатологии*.

Исследование психологических закономерностей в формировании психических расстройств составляет предмет *патопсихологии*.

Изучение отдельных нозологических единиц в теоретическом и практическом отношении составляет предмет *частной психиатрии*.

Психиатрия как одна из крупных медицинских дисциплин включает в себя многие научные и практические проблемы. Одной из таких проблем, включающей как теоретические, так и практические аспекты, является установление *распространенности* и формы проявления психических расстройств. Данные о распространенности психических расстройств и особенностях их проявления в населении дают научно обоснованный материал для планирования психиатрической помощи, выяснения этиологически значимых факторов, а также для разработки на их основе эффективных мер профилактики.

Психические заболевания по своим проявлениям неоднородны. Оценка распространенности их отдельных форм, проявлений должна проводиться на правильной методологической основе. Отход от этого принципа приводит к ложным теоретическим и

практическим выводам. При всей важности получения надежных данных об истинной распространенности психических расстройств в населении психиатры ими, к сожалению, не располагают. Это обстоятельство зависит от ряда причин: психически больные, особенно с невыраженными формами психических расстройств, редко обращаются за помощью к врачам-психиатрам.

Причинами этого могут быть отсутствие критического отношения к своему состоянию, нежелание быть на учете у врачей-психиатров и пр. Отсутствуют четкие общепризнанные критерии отграничения ряда легких пограничных форм психических расстройств от тех состояний, которые могут быть в рамках «психической нормы». К последним могут быть отнесены отдельные характерологические особенности людей, преходящие легкие психические нарушения (субклинические проявления). В связи с этим данные о распространенности психически больных в населении, получаемые, как правило, по результатам обращения больных за стационарной или амбулаторной психиатрической помощью, отличаются большими колебаниями.

Согласно этим данным, от 10 до 20% населения нуждается в психиатрической помощи. Данные о числе больных с выраженными психическими расстройствами (психозами) значительно меньше подвержены колебаниям и составляют в среднем 1—3% от общего числа населения. Анализ данных о распространенности психических заболеваний среди населения в динамике за предшествующие годы выявляет их значительный рост. Так, по сравнению с таковыми данными в начале века современные показатели распространенности психических заболеваний возросли в несколько раз. Но было бы неправильно делать вывод о росте психических заболеваний. Известно, что выявление психически больных зависит от доступности психиатрической помощи для населения, терпимости семьи, общества к психически больным и т. д. Препятствием к обращению за психиатрической помощью служит также и сохранившееся еще среди населения предвзятое мнение о назначении психиатрии. Однако с учетом высказанных замечаний все же можно сделать общие выводы о распространенности психических заболеваний и динамике их роста за последнее время.

Приводимые зарубежными специалистами данные свидетельствуют прежде всего о значительном росте числа больных с пограничными психическими расстройствами. Эта группа психических расстройств наиболее тесно связана с условиями жизни общества, и столь высокие показатели, приводимые зарубежными специалистами, прежде всего обусловлены условиями жизни общества: эмоциональным стрессом и психическим напряжением (тревога за завтрашний день, дискриминация в некоторых странах и др.) и культивированием низменных интересов, жестокости, насилия, погоней за наживой.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ.

Вопросы:

- 1. Состояние психиатрической помощи в Древнем мире и Средние века (религиозные представления и первые научные трактаты о психических расстройствах, первые формы общественной организации психиатрической помощи).**
- 2. Гуманистические и реформаторские идеи психиатров конца XIX в. (долгаузы, приказы общественного призрения, условия «нестеснения»).**
- 3. Особенности развития социальной помощи и реабилитации психически больных в России в XX в. (Программы реабилитации. Создание терапевтической среды).**
- 4. Роль общественных организаций в обеспечении социальной помощи.**

(Модели общественной психиатрии, психосоциальная служба, частные реабилитационные центры).

5. Основные принципы обеспечения социальной помощи психически больным.

Организация социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, должна строиться в соответствии с принципами гуманизма. Описание первых шагов по оказанию помощи людям с психическими отклонениями относится к глубокой древности. Непременными частями обряда «лечения» тогда были ритмичные танцы: удары бубна, монотонные и многократно повторяемые заклинания. Кроме того, использовались одурманивающие сознание вещества и световые эффекты, т. е. приемы, которые до настоящего времени используются в традиционном гипнозе.

Приемы внушения и самовнушения как основные средства лечения использовались на протяжении многих веков. В Древней Греции и Риме поклонялись богу-целителю Асклепию и его детям: Телесфору — богу выздоровления, Гигее — богине здоровья и Панацее - богине-травнице. Для приношения им жертв и восхваления возводились богатые храмы, куда стекались со всего ближнего света паломники, больные, страждущие исцеления и иногда его, действительно, находившие. Жрецы рассказывали о случаях выздоровления парализованных, немых, слепых, указывали на росписи и барельефы на стенах храма, повествующие об этих чудесах, ниспосланных богами истинно верующим людям. И от чего бы ни произошло выздоровление: от влияния прекрасного климата, полезной при многих болезнях воды местных минеральных источников, от ванн, диеты и массажа, или же от постоянно и искусно подогреваемой веры в божественную помощь — все это приписывалось доброте и силе Асклепия, ниспосланному им свыше чуду исцеления. Ну, а если чуда не происходило, его придумывали. Гипноз выступал при этом в роли главного помощника.

На протяжении 2,5 тыс. лет светская медицина смыкалась с храмовой. Храмовая медицина обогащалась опытом и вырабатывала многие полезные приемы и способы в борьбе с болезнями. Многие века представления людей о расстройствах психической деятельности формировались на основе мистических и религиозных источников.

Естественно-научное понимание психических болезней как болезней мозга было высказано первоначально древнегреческими философами и врачами, но оно долго сосуществовало с суеверными представлениями. Так, в Древнем Риме считали, что сумасшествие насылается богами, и в некоторых случаях его рассматривали как знак избранности (например, эпилепсию называли священной болезнью).

Первые научные трактаты о сути психических нарушений и их лечении можно встретить у ранних отцов медицины — Демокрита и Гиппократов. Они же впервые заговорили о возможности наследственной передачи личностных особенностей и психических заболеваний. В Средние века в Европе психозы считались порождением дьявола. Лечение душевнобольных «изгнанием беса» проводилось священнослужителями. Однако и Средние века не были совершенно бесплодным периодом для развития психиатрии. Они дали Европе то, чего не знал древний мир, — первые формы общественной организации психиатрической помощи: во-первых, ограждение здоровой части населения от опасных душевнобольных и, во-вторых, начало организованного ухода за страждущими и призрения душевнобольных. При монастырях, куда стекались убогие и больные паломники, начали организовывать приюты для больных с соматическими и психическими заболеваниями, а монахи-знахари оказывали им посильную медицинскую помощь.

В Средние века зарождаются и первые юридические акты с перечислением мер, применяемых в отношении психически больных, в зависимости от характера и проявления болезни:

- буйных больных должны были содержать их ближайшие родственники, а при их отсутствии — приходское духовенство. Поскольку больной не может отвечать за свои

поступки, то ответственность за обеспечение безопасности больного и окружающих ложилась на опекуна;

- если родственники не желали содержать больного дома или не имели для этого материальных средств, то больного помещали в чужие семьи, и город платил за его содержание. Так возникли первые формы патронажа;

- чужестранцев эвакуировали домой или, если они не могли сказать, где живут, увозили куда-нибудь подальше за пределы города и отпускали на все четыре стороны;

- если родственники не могли сладить с возбужденным больным и он был опасен для окружающих, то его помещали в тюрьму.

Спокойные и безобидные психически больные были предоставлены сами себе и бродили по городам и деревням, собирая милостыню и находя приют у сердобольных мирян или монахов. Важно, что еще в XVI—XVII вв. призрение душевнобольных в монастырях не только обеспечивало им уход и лечение, но и побуждало их к самообслуживанию и труду.

В России призрение душевнобольных являлось делом духовной власти и, в значительной мере, было связано с благотворительными общественными формами помощи. В отличие от западных стран, где в начале Средних веков считалось, что психическое расстройство связано с «одержимостью дьяволом», и при безуспешных попытках изгнать его больных сжигали на кострах, Россия всегда отличалась более терпимым и гуманным отношением к душевнобольным.

Первые формы государственных служб по уходу за душевно больными в России появились в период правления Ивана Грозного, но основные обязанности по их призрению оставались за общественными формами попечительства вплоть до конца XVIII: Петр I издал ряд указов об организации специальных домов для умалишенных — долгаузов. Но претворение в жизнь его приказов было растянуто на многие годы, и только уже в царствование Екатерины II были учреждены долгаузы при двух монастырях. В 1771г. в Петербурге открыли больницу, которую позже назвали Обуховской, в 1776г. такой же дом был открыт в Новгороде. В Москве в 1809 г. в селе Преображенском открыто психиатрическое учреждение, которое позже получило название Преображенской больницы. Наряду с государственными формами психиатрической помощи существовали учрежденные в 1775 г. Екатериной II Приказы Общественного призрения. В основу их деятельности были положены три основных принципа:

- самостоятельность благотворительных учреждений;
- привлечение к оказанию помощи местного населения;
- обеспечение этих учреждений средствами от пожертвований.

Приказы были учреждены в каждой губернии, в их состав входили дома умалишенных, трудовые и исправительные колонии. Однако Приказы не были близки к нуждам населения, их финансирование было явно недостаточным, поэтому условия содержания больных в домах для умалишенных находились на крайне низком уровне. Состояние психиатрических больниц в западноевропейских странах в XVIII в. было еще хуже. Пациентов содержали в маленьких камерах, сырых и лишенных света и воздуха, нередко голыми, прикованными к стенам цепями. Лечение заключалось в избиении буйных, кровопусканиях, раздаче слабительных средств и водных процедурах в ваннах с ледяной водой. Для того чтобы собрать средства на содержание больных, в знаменитую английскую психиатрическую больницу — Бедлам, как в зверинец, за умеренную плату по праздникам допускалась публика — посмотреть на пациентов.

О вопиющем положении психиатрических заведений не раз докладывалось правительству и обществу и указывалось, что многие больные, лишённые всякого ухода, быстро гибнут, в то время как многие из них могли бы выздороветь и быть полезными обществу. Усилия общественности оправдались. В 1792г. в английском городке Йорке шестидесятилетний квакер Ульям Тьюк, под впечатлением увиденного в

психиатрической больнице, построил небольшую усадьбу со светлыми помещениями и окнами без решеток, с маленькими садами и двориками для прогулок больных и огородом, где спокойные больные могли заниматься полезным трудом.

Содержание больных и устройство Йоркской больницы произвело большое впечатление на русского царя Николая I, посетившего ее, и послужило развитию реабилитационного направления психиатрии в России. Позже, в 1828г., русский психиатр И. Ф. Рюль создает образцовую по тому времени больницу. Основным принципом ее работы было создание условий «нестеснения», т.е. обеспечение свободы для пациентов, создание уюта. Специально подготовленный персонал должен был обращаться с больными заботливо, ласково и учтиво, признавать в больном человеческое достоинство. В качестве терапии больных стали применяться не только диета, травы, лечебные ванны, но и прогулки в саду, досуговые занятия, посильный труд. Главной целью такого подхода было употребить все средства и меры для излечения душевнобольных, а если это невозможно, то обеспечить ему опеку. Рюль разработал «Устав», который стал первым кодексом профессионального этического поведения лиц, занимающихся оказанием помощи психически больным. Гуманное отношение к психически больным и в дальнейшем внедряли прогрессивные психиатры разных стран. В западной психиатрии во главе реабилитационного направления психиатрии, которое в последующем привело к современной концепции реабилитации психически больных, стоят француз Филипп Пинель, англичанин Джон Конолли и шотландец Джон Батти Тьюк. Филипп Пинель прославился гуманными реформами в отношении психически больных; Джон Конолли предложил в 1839 г. знаменитую концепцию «нестеснения» и написал книгу «Лечение душевнобольных без механических мер стеснения»; Джон Батти Тьюк явился создателем в 1872 г. так называемой, шотландской системы обслуживания психически больных, т.е. системы «открытых дверей».

Наиболее активно первые формы государственных служб начали развиваться в период земской медицины. Это время отмечено рядом прогрессивных преобразований в организации психиатрической помощи и признании гражданских прав душевнобольных. Увеличилось число психиатрических больниц, развивали различные формы патронажа и социальной помощи. Появились ночные и дневные приюты, ночлежные дома, открывались бесплатные столовые для обездоленных, создавались земледельческие колонии. В этот период возникают благотворительные общества и создаются фонды, предназначенные для нужд общественного призрения. 30-е годы, по мнению Д.Е.Мелехова, стали не только временем развития сети психиатрических диспансеров, но и периодом широкой новаторской работы по исследованию и развитию новых форм организации восстановительных и лечебно-трудовых учреждений, промежуточных между лечебным учреждением и обычным производством. Была создана широкая многоступенчатая сеть учреждений, занимавшихся восстановительной терапией, социальным и бытовым устройством психически больных и инвалидов.

Внестационарные формы помощи явились способом решения проблемы реабилитации весьма многочисленного контингента больных, которые находились вне стен психиатрических больниц. Для тех, кто длительное время находился в стационаре, также разрабатывались программы реабилитации. Особое значение придавалось созданию в отделении терапевтической среды, применению дифференцированных лечебных режимов, терапии занятостью, отработывались психотехнические методы работы с психически больными, страдающими выраженными формами психических заболеваний.

В 30-е годы XX в. в России, также впервые в мире, была создана система психоневрологических интернатов. Перед ними стояла задача медико-социального обслуживания инвалидов с затяжными формами психических заболеваний на поздних стадиях течения процесса при наличии выраженного дефекта психики, 30-е годы, по мнению Д.Е.Мелехова, стали не только временем развития сети психиатрических

диспансеров, но и периодом широкой новаторской работы по исследованию и развитию новых форм организации восстановительных и лечебно-трудовых учреждений, промежуточных между лечебным учреждением и обычным производством. Была создана широкая многоступенчатая сеть учреждений, занимавшихся восстановительной терапией, социальным и бытовым устройством психически больных и инвалидов.

Тем самым была решена одна из крайне острых организационных проблем психиатрии — дорогостоящий больничный коечный фонд был освобожден от больных хроников. Помимо этого решалась вторая, не менее важная задача — высвобождение трудоспособных членов семьи от тяжелых обязанностей по уходу за больными родственниками. Таким образом, развитие отечественной системы психиатрической помощи было неразрывно связано с обеспечением социально-реабилитационного ее компонента. Реабилитационная помощь в системе психиатрической службы проводилась по трем основным направлениям:

- создание лечебно-активирующего режима в психиатрических больницах;
- организация восстановительной терапии во внебольничных учреждениях (дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские, профшколы и т.д.);
- трудоустройство и организация быта пациентов в обычных и специально созданных условиях — как необходимое завершение и наиболее полная степень медицинской и социальной реабилитации для восстановления прав и положения больного и инвалида в обществе.

С начала 1990-х годов объем социореабилитационной помощи в отечественной психиатрии резко сократился. Ухудшение социально-экономических условий в прошлое десятилетие, с одной стороны, и развитие промышленных технологий, с другой, сопровождалось снижением возможностей оказания социальной помощи, организации трудовой реабилитации, сужением круга социотерапевтических мероприятий в отношении психически больных. Резко сократилось число учреждений, занимавшихся трудовой реабилитацией психически больных. Конечно, уровень и объем реабилитационной помощи, отвечающий современным требованиям, не может ограничиваться вопросами сугубо трудовой реабилитации, и она не должна быть главным элементом реабилитационного процесса. Однако отрицать значение трудовой мотивации и восстановление способностей инвалида к самообеспечению и материальной независимости нельзя. В сложившихся социально-экономических условиях в психиатрических учреждениях здравоохранения социальные работники практически отсутствуют, а число патронажных сестер и трудотерапевтов в десятки раз меньше, чем требуется.

Изменения в отечественной психиатрии, наметившиеся в последние годы, все более активное использование современных биопсихосоциальных моделей психических расстройств приводят к необходимости расширения психотерапевтической, психологической и социальной помощи в рамках единой системы охраны психического здоровья. Повышение внимания к социальным аспектам нервно-психических расстройств способствует возрастанию роли специалиста по социальной работе.

Организация социальной помощи психически больным в зарубежных странах.

Во многих странах в области психиатрии был проведен целый ряд реформ. Они заключались в организации психиатрических отделений в составе больниц общего типа, создании широкой сети различных внебольничных форм помощи — консультативных поликлиник и центров, амбулаторных отделений при территориальных и общинных центрах психического здоровья, при больницах штатов и округов, полустационаров (дневных, ночных, выходного дня), кризисной службы, различных видов защищенного жилья. Это было реализацией принципа ориентированной на сообщество помощи, а также принципа интеграции системы психиатрической помощи в существующую систему общей охраны здоровья и систему помощи через социальное обеспечение. При организации внестационарной службы большое внимание уделялось обеспечению

социореабилитационной помощи. Создавались службы психотерапии и социальной реабилитации, клубы, центры трудотерапии. Наряду с государственными учреждениями реабилитационного профиля, которые в большинстве европейских стран подчинены Министерству социальной защиты и страховым комиссиям, открывались частные службы (психологическая, психотерапевтическая, социальных работников).

Частные реабилитационные центры большее развитие получили в США и Японии. Основной акцент в их работе — трудовая и бытовая реабилитация. Учреждения за небольшую плату предоставляли пациентам комнаты для проживания и другие услуги, прививали необходимые им навыки и знания, оказывали помощь в профориентации. Это позволяло психически больным лучше адаптироваться к повседневной жизни.

Общественная психиатрия — понятие довольно емкое и не имеет однозначного определения в русском переводе. Во-первых, оно означает переход от федеральных программ и государственного финансирования к территориальным — муниципальным, штатным, общественным. Ответственность за организацию психиатрической помощи для населения определенного региона возлагается на местные органы власти. Во-вторых, под этим термином подразумевается внестационарная помощь, которая включает в себя лечебные учреждения, социальные службы, общественные организации.

В общественной психиатрии большой удельный вес отводится не медицинским учреждениям, а социальным службам, которые призваны помочь больному в любой сфере его жизни. Социальный работник становится ключевой фигурой в организации и оказании помощи психически больным. Он — главный и незаменимый специалист в процессе медико-социальной реабилитации психически больных как в стационаре, так и в обычной жизни. В психиатрических стационарах он участвует в диагностике и лечении, психосоциальной коррекции, особенно перед выпиской, в работе с родственниками, дает советы, где получить финансовую помощь, решает проблемы сохранения квартиры и рабочего места. Социальный работник освобождает пациентов от проблем, которые оказывают дополнительную психологическую нагрузку на клиента, например, заботится о его детях или домашних животных.

Психосоциальная служба является главным партнером при взаимодействии с больничными кассами, учреждениями социального обеспечения, общественными объединениями, священнослужителями. После выписки контакт с больным обязательно продолжается, больной находится на попечении и под наблюдением социального работника. В данной модели психиатрическая больница рассматривается «как звено реабилитационной цепочки, простирающейся далее внутрь сообщества». Например, кадровый состав психиатрической службы в США составляют: психиатры — 9,5%, психологи — 10,7%, социальные работники — 18,3%, медицинские сестры — 27,6%. Таким образом, социальные работники находятся на втором месте по численности после квалифицированных медицинских сестер и в 2 раза превышают количество психиатров. Кроме того, в службу входят психотерапевты по профессиональной реабилитации, трудотерапевты, социальные педагоги и др.

Организация социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, должна строиться в соответствии с принципами, отработанными многолетней практикой отечественной и зарубежной психиатрии. Основными из них являются:

- государственный характер помощи и гарантия соблюдения прав личности;
- доступность и своевременность социальной помощи и реабилитационных мероприятий;
- профилактическая направленность; ступенчатость, преемственность и комплексность оказываемой помощи;
- непрерывность и завершенность;
- ориентация на потребности индивида.

Важность развития социальных видов помощи в отечественной психиатрии в настоящее время признается на всех уровнях, от практического здравоохранения до

законодательных органов. Белорусским правительством, Министерством здравоохранения и Министерством труда и социального развития издан ряд нормативных документов, определяющих формирование отечественной социальной и социореабилитационной помощи психически больным и инвалидам.

В Гродно впервые шпиталь для презрения умалишенных был открыт в 1728 г., организованный орденом бонифратов. Их посещали врачи и церковники и существовали за счет средств благотворительных пожертвований. Он мог призывать очень ограниченное количество больных: только лица мужского пола и не более 8 человек. После упразднения монашеских орденов в 40-е гг. уже 19-го века психически больные призывались в окружной лечебнице в общих палатах с другими больными. А беспокойных отправляли в Вильно в дом умалишенных. К началу земства в 1864 г. количество психиатрических коек в Гродно было увеличено до 12. А уже в 1872 г. было специально нанято здание, где находилось уже 809 человек. В 1904 г. все душевнобольные были переведены в Вильно, а в Гродно оставалось не более 50 человек. В 1911 году западные области Белоруссии отошли к Польше и на территории Гродненской губернии не было психиатрических лечебниц. Психиатрическая лечебница была в белостокской больнице «Хороши».

Только в 1946 году была открыта психиатрическая больница в д. Бояры Гродненской области на 50 коек, которые вскоре были расширены до 350. С 2003 года эта больница перепрофилирована в стационар для лечения больных туберкулезом. В дальнейшем в 1956 году была открыта больница в д. Гайтюнишки Вороновского района до 275 коек, которая используется для длительного лечения больных с общественно опасными тенденциями и получила республиканский статус.

В психиатрической больнице «Жодишки» осуществляется принудительное лечение при постановлении суда о возможности пребывания в больнице с обычным режимом.

В 1962 году был открыт Гродненский областной психоневрологический диспансер на 50 коек, который в дальнейшем был расширен до 310 коек.

В 1985 году открыто психиатрическое отделение на 60 коек в Слонимском ПНД.

Все вышеуказанные психиатрические стационары размещались в приспособленных помещениях: зданиях при костелах, бывших усадьбах и пр.

Впервые в Гродненской области вводится в строй типовая психиатрическая больница в 1973 году в Лидском районе больница «Островля» на 550 коек.

При всех психиатрических больницах области были организованы лечебно-производственные (трудовые) мастерские - всего на 790 мест. В настоящее время их сильно сократили и остались только при больнице «Островля» на 150 мест и в Гродно на 85 мест.

Начиная с конца 1980-х годов формируется психотерапевтическая служба: открываются психотерапевтические кабинеты при городских и районных поликлиниках. В 1996 г. на базе Гродненской районной поликлиники организуется первое в Гродно отделение пограничных состояний на 60 коек.

В дальнейшем формируются дневные стационары. В настоящее время ЛПУ Гродненской области имеет 98,5 должностей врачей-психиатров, 13,5 врачей-психологов, 5,0 специалистов 39,5 врачей-психотерапевтов, 5,0 специалистов по социальной работе.

На начало 2009 года в области на психиатрическом и психотерапевтическом учете состояло 34600 пациентов, а на наркологическом учете 36020 человек. Коечный фонд по области и г. Гродно составляет 720 коек, в том числе 30 детских коек и 150 наркологических. За 2008 год стационарным лечением было охвачено 7350 пациентов психиатрического профиля и 7350 пациентов наркологического.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Вопросы:

1. **Предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы риска развития психических заболеваний.**
2. **Биологические, социально-личностные факторы, влияющие на психическое здоровье.**
3. **«Модель стресс-буфера».**

Предрасполагающие факторы - это факторы, усиливающие восприимчивость человека к психическому заболеванию и повышающие вероятность его развития при воздействии провоцирующих факторов. Предрасполагающие факторы могут быть генетически обусловленными, биологическими, психологическими и социальными.

В настоящее время не вызывает сомнения генетическая предрасположенность таких заболеваний, как шизофрения, некоторых форм слабоумия, аффективных расстройств, эпилепсии. Увеличение частоты случаев болезни среди близких родственников было установлено для больных шизофренией, маниакально-депрессивным психозом (МДП), эпилепсией, некоторыми формами олигофрении. При генетическом анализе важно учитывать клиническую форму заболевания. В частности, наследственный риск заболевания шизофренией во многом зависит от клинической формы болезни.

Определенное предрасполагающее значение для развития психического заболевания имеют личностные особенности. Например, у тревожного по характеру, склонного к сомнениям индивида при психотравмирующем событии легче могут развиваться состояния навязчивых страхов или тревожной депрессии.

Особенности личности могут не только оказывать неспецифическое влияние на развитие психического расстройства, но и отражаться на формировании клинической картины заболевания.

Провоцирующие факторы - это факторы, вызывающие развитие заболевания. Некоторые люди с повышенной восприимчивостью к психическому расстройству тем не менее не заболевают им никогда или не болеют очень долго. Обычно провоцирующие факторы действуют неспецифично. От них зависит время начала заболевания, но не сам характер болезни. Провоцирующие факторы могут быть физическими, психологическими или социальными. К физическим факторам относятся соматические заболевания и травмы, например опухоль мозга, черепно-мозговая травма или потеря конечности. В то же время физическое повреждение и заболевание может носить характер психологической травмы и вызвать психическое заболевание (невроз).

Жизненные события могут выступать в роли как психологического фактора, так и социального (потеря работы, развод, утрата близкого, переезд на новое место жительства и т.д.).

Социально-психологические факторы находят отражение в клиническом оформлении и содержании болезненных переживаний. В последнее время получили распространение навязчивые страхи, которые связаны с реальной действительностью, — это спидофобия, радиофобия, идеи воздействия нейротропным оружием, у детей часты страхи, отражающие столь широко демонстрируемые теперь фильмы-ужасы с роботами, вампирами, привидениями, инопланетянами и т.п. Одновременно встречаются формы болезненных убеждений и страхов, которые пришли к нам из далекого прошлого — порчи, колдовства, одержимости, сглаза.

Поддерживающие факторы - от них зависит длительность заболевания после его начала. При планировании лечения и социальной работы с больным особенно важно уделить им должное внимание. Когда первоначальные предрасполагающие и провоцирующие факторы уже прекратили свое воздействие, поддерживающие факторы существуют и могут поддаваться коррекции. На ранних стадиях многие психические

заболевания приводят к вторичной деморализации и отказу от социальной активности, что, в свою очередь, продлевает первоначальное расстройство. Социальный работник должен принимать меры для коррекции этих вторичных личностных факторов и устранения социальных последствий заболевания.

| Предрасполагающие факторы | | |
|--|---|--|
| Биологические | Личностные | Социальные |
| <p>1. Генетическая предрасположенность: повышенный риск заболевания у родственников, наследственный фактор.</p> <p>2. Тип нервной системы: слабый или неустойчивый типы нервной системы.</p> <p>3. Физическое здоровье: ослабленность, старение организма.</p> | <p>1. Слабость психологических защитных механизмов: неразвитость механизмов защиты сознания от разрушительных бессознательных импульсов.</p> <p>2. Психогения: продолжительная психическая травматизация, длительные стрессы.</p> | <p>1. Семейная депривация: дефицит родительского внимания и любви, нарушенные семейные отношения.</p> <p>2. Социальная депривация: неудовлетворенность социальным положением, отсутствие социальных связей.</p> <p>3. Социальный кризис: социальные проблемы, неразвитость социальных и медицинских услуг.</p> |
| Провоцирующие факторы | | |
| Биологические | Личностные | Социальные |
| <p>1. Мозговые травмы: черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции, травмы рождения.</p> <p>2. Соматические заболевания: хронические или острые соматические заболевания.</p> | <p>1. Психологические травмы: травматическое событие в ближайшем окружении, смерть близкого, развод, насилие.</p> <p>2. Конфликты: внутриличностные и межличностные конфликты, личностный кризис</p> | <p>1. Психологические травмы: травматическое событие в социальном окружении, смерть близкого человека, развод, насилие.</p> <p>2. Социальные катастрофы: техногенные катастрофы, террористические травмы, войны, вооруженные конфликты.</p> |
| Поддерживающие факторы | | |
| Биологические | Личностные | Социальные |
| <p>1. Профилактические медицинские осмотры: ранняя диагностика нарушений психического здоровья.</p> | <p>1. Психотерапевтические программы: доступные услуги по консультированию, участие в программах срочной помощи.</p> | <p>1. Поддержка социального окружения: внимание и забота близких, социальная активность человека.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>2. Медицинское лечение: медикаментозная терапия, физиотерапия.</p> <p>3. Медицинская реабилитация: поддерживающая терапия.</p> | <p>2. Личностные ресурсы: навыки саморегуляции, саморазвития, установка на здоровье.</p> | <p>2. Сеть социальных услуг: социальные программы профилактики и реабилитации.</p> <p>3. Толерантность общества к людям с психическими нарушениями.</p> |
|---|--|---|

К **биологическим факторам**, повышающим риск возникновения психического расстройства или заболевания, относится **возраст**. В определенные возрастные периоды личность становится более уязвимой при стрессовых ситуациях. К таким периодам относятся:

- младший школьный возраст, в котором отмечается большая распространенность страхов;
- подростковый период (12 — 18 лет), для которого характерны повышенная эмоциональная чувствительность и нестабильность, нарушения поведения, в том числе с употреблением наркотиков, актами самоповреждения и попытками самоубийства;
- период инволюции — со свойственными этому возрасту личностными изменениями и снижением реактивности к воздействию психологических и социально-средовых факторов.

Возраст не только влияет на частоту развития психических расстройств, но и придает своеобразную «возрастную» окраску их проявлениям. Для детского возраста характерны страхи темноты, животных, сказочных персонажей. Психические расстройства старческого возраста (бред, галлюцинации) часто отражают переживания бытового характера — ущерба, отравления, воздействия и всевозможных ухищрений с целью «избавиться от них, стариков».

Пол также в определенной мере обуславливает частоту и характер психических расстройств. Мужчины чаще, чем женщины, страдают шизофренией, алкоголизмом, наркоманией. Но у женщин злоупотребление алкоголем и психотропными веществами быстрее приводит к развитию наркотической зависимости и заболевания протекают злокачественнее, чем у мужчин.

Мужчины и женщины по-разному реагируют на стрессовые события. Это объясняется различными социально-биологическими их характеристиками. Женщины более эмоциональны и чаще, чем мужчины, испытывают депрессии, эмоциональные нарушения.

Специфичные для женского организма биологические состояния, такие как беременность, роды, послеродовой период, климакс, несут в себе множество социальных проблем и психотравмирующих факторов. В эти периоды повышается уязвимость женщин, актуализируются социально-бытовые проблемы. Только у женщин может развиваться послеродовой психоз или депрессия со страхом за здоровье ребенка.

Инволюционные психозы чаще развиваются у женщин.

Нежелательная беременность — тяжелый стресс для девушки, и если отец будущего ребенка оставил девушку, то не исключено развитие тяжелой депрессивной реакции, в том числе с суицидальными намерениями. Женщины чаще подвергаются сексуальному насилию или жестокому обращению, результатом чего являются различные формы нарушений психического здоровья, чаще в виде депрессий. Девочки, подвергшиеся сексуальному насилию, в дальнейшем проявляют большую восприимчивость к психическим расстройствам.

Иерархия социальных ценностей у женщин и мужчин различна. Для женщины большее значение имеют семья, дети; для мужчин — его престиж, работа. Поэтому

частая причина развития невроза у женщин — неблагополучие в семье, проблемы личного плана, а у мужчин — конфликт на работе или увольнение.

Даже бредовые идеи носят отпечаток социально-половой принадлежности. Например, убийство детей — как защита их от грозящей беды или как орудие мести супругу — чаще встречается у женщин.

Женщины в большей степени склонны признавать заболевание, высказывать психологические жалобы и запоминать психопатологическую симптоматику. Мужчины склонны «забывать» свои симптомы.

Психическое здоровье имеет непосредственную связь с состоянием физического здоровья. Нарушения **соматического здоровья** могут вызвать кратковременное психическое расстройство или хроническое заболевание. Нарушения со стороны психики выявляются у 40 — 50% больных соматическими заболеваниями.

Важное влияние на психическое здоровье оказывают **социальные факторы**. Их можно подразделить на социально-средовые, социально-экономические, социально-политические, экологические.

Взаимосвязь социального слоя и психического здоровья двояка. Она позволяет определить, каким образом принадлежность к тому или иному социальному слою обуславливает возникновение психических нарушений, и в то же время помогает понять, как психическое расстройство влияет на социальный статус и профессиональную принадлежность.

Во-первых, и это подтверждается многими исследованиями, представители низов общества находятся в более токсичной, менее гигиеничной и более опасной среде, например, проживают в экологически неблагополучных районах и работают на вредных производствах. Следствием этого является целый букет заболеваний. Для проблем психического здоровья, конечно, более актуально наличие психосоциальных нагрузок и стрессов. В России представители бедных и низкостатусных слоев часто вынуждены работать в условиях незащищенной занятости и соглашаться на те виды трудоустройства, которые провоцируют психическое перенапряжение. Так, им приходится сверхурочно работать на частных предприятиях, приобретая нервно-психическую неустойчивость, работать в торговых ларьках, лишаясь нормального сна, подвергаться опасности посттравматического стресса в «горячих точках». Тот факт, что пациентами психиатрических клиник становятся чаще всего представители рабочих профессий и других низкостатусных слоев, может объясняться несколькими причинами. Одной из них является социальная дистанция и барьеры в коммуникации между психиатрами и пациентами нижних слоев. Это приводит к тому, что симптомы и поведение этих пациентов ложно интерпретируются. Следствием такого искажающего восприятия может стать присвоение ярлыка «психотического» или тяжело психически больного представителям низов общества, в то время как у высокостатусных больных в тех же случаях констатируются значительно менее тяжелые расстройства. Другая причина заключается в том, что состоятельные и образованные люди потенциально имеют больший доступ к психосоциальному и медицинскому обслуживанию, включая профилактические привилегии. Некоторые исследователи указывают на то, что они крайне редко находили тяжелую форму шизофрении у пациентов нижних социальных слоев, проходивших лечение в хороших частных клиниках, однако гораздо чаще встречали таких хронических больных в плохо оборудованных государственных больницах. Информированность представителей низов общества о профилактических мероприятиях также ниже, они больше осведомлены о клинических и терапевтических формах лечения, чем о тренингах личностного роста.

Во-вторых, необходимо осознавать, что существует обратная связь, когда психическое нездоровье становится серьезным тормозом на пути профессионального и карьерного роста, перехода на более высокую социальную ступень. Ухудшение психического здоровья в молодые годы или в ранний период профессиональной

деятельности может осложнить получение необходимой квалификации и соответственно воспрепятствовать в дальнейшем приобретению более престижной профессиональной позиции. Кроме того, определенные тенденции к наследованию психических заболеваний из поколения в поколение препятствуют выходу из низкостатусной группы. Таким образом, люди с неблагоприятной наследственной предрасположенностью перемещаются в нижние социальные слои. Все это свидетельствует о том, что социальный класс является дополнительной переменной в вопросах психического здоровья и, подобно тендеру, должен рассматриваться в качестве социальных предрасполагающих факторов, которые усложняют и ставят под сомнение традиционный взгляд на половую и классовую детерминацию психических болезней.

Из всех социальных факторов **семья** — главный. Ее влияние на состояние психического здоровья прослеживается в любом возрасте. Но особенное значение она имеет для ребенка, для формирования его характера, стереотипов поведения в различных ситуациях.

Нестабильные холодные отношения в семье, проявление жестокости в первую очередь сказываются на психическом здоровье ребенка. Это объясняется хрупкостью его психики, незрелостью эмоций и бурным реагированием на негативные события. Если ребенок не в состоянии справиться с ситуацией, у него начинают появляться поведенческие нарушения, формируется стереотипная патологическая реакция на стресс, которая в последующем, во взрослом состоянии, обернется невротическим или психопатическим развитием личности, агрессией, различными психосоматическими заболеваниями. Дефицит родительской любви нередко ведет к развитию у ребенка депрессий. Чувство незащищенности в семье и обществе часто проявляется у ребенка различными страхами, коммуникативными нарушениями, поведенческими реакциями (протест, непослушание).

Другим патогенным фактором для психического развития ребенка является ситуация социальной депривации, обусловленная разладом в семье, утратой близких людей или разлукой с ними. Социальная депривация приводит к задержке умственного развития, эмоциональным нарушениям в виде депрессий, эмоциональной холодности, снижению воли, истощаемости побудительных мотивов, повышенной внушаемости, нарушениям в сфере общения. Такие дети легко вовлекаются в антисоциальные и преступные группировки, склонны к токсикоманиям, сексуальной распущенности. Отмечено, что смерть матери или развод родителей достаточно часто провоцировали у детей развитие страхов. Утраты и проблемы в детстве повышают восприимчивость взрослого индивида к стрессам и психическим расстройствам, но не ведут непосредственно к развитию определенного психического заболевания. Тем не менее дети, проживающие в неблагополучных семьях, испытывающие неблагоприятные воздействия окружающей среды, относятся к группе риска развития психического заболевания и должны находиться в сфере внимания не только социальных работников или педагогов, но и психологов, психиатров.

Для взрослого человека семейные взаимоотношения также имеют немаловажное значение для психического здоровья. В семье с комфортным психологическим климатом, с эмоциональной поддержкой негативное влияние на личность жизненных событий смягчается. Если в семье межличностные отношения носят формальный, безразличный характер, то наблюдается дефицит в эмоциональной сфере и отсутствие поддержки в проблемных ситуациях. Семьи данного типа являются факторами риска нарушений психического здоровья.

Если в семье наблюдаются конфликтные отношения, жестокое отношение к детям или супруге, то такая семья сама становится фактором развития психических нарушений.

К социальным факторам, влияющим на психическое здоровье, можно отнести проблемы, связанные с **работой, жильем, неудовлетворенность социальным положением, социальные катастрофы и войны.**

Зарубежными исследователями было доказано, что депрессии чаще возникают у представителей среднего и низшего социальных слоев, где больше довлечет груз жизненных событий и обстоятельств.

Депрессия нередко развивается у лиц, потерявших работу. Причем безработица с большей вероятностью способствует развитию депрессии у тех, кто в прошлом уже терял работу. Даже после восстановления на работе депрессия может продолжаться в течение двух лет, особенно у лиц с неблагоприятным семейным климатом и отсутствием социальной поддержки.

Для настоящего времени характерны такие социально обусловленные патогенные факторы, как локальные войны, вооруженные конфликты, террористические акты, — они приводят к стойким нарушениям психического здоровья не только у непосредственных участников, но и у мирного населения. Человеку нелегко привыкнуть к войне — к ее опасностям и лишениям, к иной шкале жизненных ценностей и приоритетов. Психические расстройства выявляются у 60—85 % лиц, переживших столь мощные стрессогенные воздействия.

Современный период развития общества характеризуется также нарастанием противоречий между человеком и окружающей средой, что находит отражение в экологическом неблагополучии, в резком увеличении количества техногенных катастроф. Природные катаклизмы и техногенные катастрофы изменяют жизнь человека и потенцируют развитие психических расстройств. Их влияние на психическое здоровье доказано в ходе транскуртуальных исследований, при обследовании населения в экологически неблагоприятных регионах, в районах природных и техногенных катастроф. Примером может служить авария на Чернобыльской АЭС. Спустя 10 лет с момента аварии психическое состояние у 68,9 % ликвидаторов соответствовало посттравматическому стрессовому расстройству, в 42,5 % случаев имели место интеллектуально-мнестические расстройства. У каждого третьего ликвидатора был выявлен хронический алкоголизм, среди всех умерших за этот период 10% завершили жизнь самоубийством.

При экологическом неблагополучии наблюдается сосуществование психических, соматических и неврологических изменений, сопряженность экзогенных (внешних) и психогенных (личностных) реакций.

Эффективность *психической адаптации* к воздействию средовых факторов напрямую зависит от организации микросоциального взаимодействия. Социальная активность, широкий круг коммуникативных связей положительно сказываются на эмоциональном состоянии, повышают способность противостоять стрессам. Социальную поддержку обычно ищут среди близких людей — членов семьи или друзей. Такую поддержку могут оказать и коллеги по работе. В конфликтных ситуациях в семейной или производственной сфере, затруднениях в построении неформального общения сопротивляемость стрессам оказывается хуже, чем при эффективном социальном взаимодействии и наличии психологической поддержки.

Сужением круга доверительного общения можно объяснить тот факт, что у домохозяйек чаще развиваются симптомы психических расстройств, чем у работающих женщин. Наличие социальной поддержки, в том числе со стороны социальных работников, значительно снижает степень влияния негативных социально-психологических факторов, экономических трудностей (например, кратковременной потери работы). Эту модель называют моделью **стресс-буфера**. Социальная поддержка помогает сохранить положительную самооценку, оптимизм в отношении будущего, и тем самым предотвратить развитие невротических и эмоциональных реакций. Важно, чтобы степень социальной поддержки коррелировала с масштабом негативных жизненных событий.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Вопросы:

1. **Современные социальные проблемы общества (т. Г. Ammon, «стрессы социальных изменений») и основные показатели социально-психологических и экономических последствий психической заболеваемости.**
2. **Понятия «здоровья», «индивидуального здоровья» и «общественного здоровья». Понятия «профилактика», «психогигиена».**
3. **Влияние тоталитарного режима на развитие психических расстройств.**
4. **Расстройства адаптации, обусловленные социальным стрессом (понятия: аномический, диссоциальный и магифренический).**
5. **Проблема стигматизации и дискриминации в психиатрии.**

Здоровье населения, в том числе и психическое, относится к наиболее значимым социальным ценностям. Происходящая ломка сложившихся стереотипов и ценностей порождает у людей чувство обманутости, неуверенности в будущем, безысходности, апатии, разочарования и раздражения, что способствует возникновению психологических и психических расстройств.

Об ухудшении психического здоровья в последнее десятилетие свидетельствуют данные официальной статистики. В 1999 г. по сравнению с 1989 г. число лиц, впервые зарегистрированных психиатрическими службами, выросло на 35% и составило 558,9 тыс. человек, или 0,4% населения (по России). Отмечается значительный рост числа нервно-психических заболеваний, которые имеют непосредственную причинную связь с воздействием стрессовых факторов, — это неврозы, психосоматические расстройства, характерологические и патохарактерологические реакции, а также реактивные психозы, депривационное развитие личности.

В современных условиях, когда нередко возникают вооруженные конфликты, растет преступность, количество транспортных происшествий, случаются разного рода аварии, можно ожидать увеличение числа психических расстройств, обусловленных черепно-мозговыми и экстрацеребральными травмами, ожогами, интоксикациями и т. п. Неблагополучная эпидемиологическая ситуация создает угрозу более частого возникновения постинфекционных нарушений психики, тем более, что целый ряд инфекций нередко протекает с поражением нервной системы (СПИД, сифилис и др.). Отрицательные психические последствия при этом могут быть отставленными.

По данным центра социологических и политических исследований БГУ, каждая четвертая женщина в возрасте от 18 до 60 лет подвергалась физическому насилию, четыре из пятых - психологическому. 22,4% женщин испытывают экономическое насилие, 13,1% сексуальное со стороны мужа или постоянного партнера. 22,1% мужчин тоже испытывают насилие со стороны женщин: 12,5% - физическое, 5,7% мужчин — сексуальное.

В нашей стране самый высокий % социальных сирот. Всего их около 700 тыс. Из них 90% имеют живых родителей (!), 43% живут в семьях с достатком ниже прожиточного уровня, а на малообеспеченные семьи приходится половина всех детей. А в России насчитывается до 1,8 млн. беспризорных и безнадзорных детей и подростков. В 2007 г. насчитывалось 346,7 тысяч малолетних нарушителей.

В моде сексуальная распушенность: 45% девятиклассников и 48% девятиклассниц считают допустимым половые контакты. 10% аборт в стране приходится на несовершеннолетних, 140 тыс. детей инфицированы ВИЧ. Средний возраст начала употребления наркотиков за последнее десятилетие снизилось с 18 лет до 14, алкоголя — с 16 до 13, табака — с 15 до 11. Свыше 60 тыс. несовершеннолетних считаются алкоголиками.

Большой «прогресс» и рост отмечается в распространении детской порнографии и

проституции. Растет склонность подростков вступать в сомнительные объединения, секты.

Самое печальное, что ситуация в сфере нравственности детей остается практически вне контроля государства и общества.

Согласно преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «здоровье представляет собой состояние полного или достаточного физического, духовного и социального благополучия». Это определение характеризует категорию **«здоровье»**. Понятие здоровья не сводится лишь к отсутствию болезни, оно намного шире.

Психическое здоровье - понятие условное, выделяющее одну из составляющих общего здоровья человека. Психическое здоровье – это такая составляющая психики индивида, которая характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих субъективную психическую комфортность, способность к целенаправленной осмысленной деятельности, адекватные формы поведения.

Приведенное определение характеризует *индивидуальное* психическое здоровье. Оценка должна также учитывать уникальность и неповторимость каждой конкретной личности. В этом плане удачно определение немецкого психиатра G. Ammon (1982): «Психическое здоровье надо понимать не просто как статически хорошее самочувствие, а как динамически развивающееся событие. Быть психически здоровым - значит быть способным к развитию».

Наряду с понятием индивидуального психического здоровья можно условно выделить понятие *общественного* психического здоровья, представляющего собой «важнейший медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующего оптимальному уровню качества жизни людей и обеспечению национальной безопасности» (ВОЗ, 2003).

Человек становится личностью в процессе взаимодействия с миром, природой, другими людьми. Достаточно вспомнить хрестоматийный пример Маугли, чтобы понять, что стать человеком можно только лишь в обществе себе подобных.

Общественное психическое здоровье характеризуется уровнем психического здоровья популяции, распространенностью в ней психических заболеваний, алкоголизма и наркомании, умственной неполноценности, суицидов. Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала.

Изучением состояния психического здоровья населения занимается эпидемиология. *Эпидемиология* — это наука о закономерностях возникновения, распространения и течения болезней, выявляемых при популяционных исследованиях.

В то же время показатели *общественного здоровья* отражают уровень цивилизованности страны, ее экономического развития, социально-политического состояния, степени заинтересованности государства и общества в здоровье и соблюдении гражданских прав каждого его члена.

Один из наиболее полных и расширенных обзоров критериев психического здоровья представлен Н.Д.Лакосиной и Г.К.Ушаковым. В него включены:

- причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- соответствующая возрасту человека зрелость чувств;
- постоянство места проживания;
- максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности;
- гармония между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражителей;

- критический подход к обстоятельствам жизни;
- способность к самоуправлению поведением в соответствии с нормами, установившимися в различных коллективах;
- адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду);
- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах;
- способность изменять поведение в зависимости от смены жизненных ситуаций;
- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов;
- способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

Помимо решения практических лечебных вопросов, в обязанности врача, особенно гигиенического профиля, входит проведение профилактической работы. *Профилактика* играет важную роль в борьбе за психическое здоровье людей. Эффективная профилактика ведет к предупреждению не только психических заболеваний, но и различных форм соматической патологии, в происхождении которых может иметь значение эмоциональный стресс.

Большой вклад в общемедицинскую профилактику и психопрофилактику вносят общая *гигиена и психогигиена*. Эти дисциплины, разрабатывая соответствующие проблемы, дают рекомендации по укреплению физического и психического здоровья людей, что снижает риск возникновения у них различных заболеваний и способствует гармоническому развитию личности.

На общегосударственном уровне широко и активно проводятся мероприятия по устранению различных вредностей, отрицательно действующих на здоровье человека. Ведется борьба против загрязнения окружающей среды, устраняются профессиональные вредности в условиях производства и прочее. Права граждан на образование, труд, бесплатную квалифицированную медицинскую помощь и др. гарантируются конституцией и регламентированы законами. Медицинская помощь, представленная всеобъемлющей общей и специализированными службами, обеспечивает выявление, лечение больных, а также преемственность в их наблюдении.

Существует не такая уж редкая точка зрения, что психическое здоровье индивида определяется степенью его приспособления к требованиям общества.

Тоталитарная система, существовавшая в нашей стране более 70 лет, привела к тому, что многие люди были психологически деформированы. Этому способствовало планомерное и непреклонное обезличивание человека, формирование из него «винтика» государственной машины, лишение реальных прав и свобод, развитие абсолютной подчиняемости власти как некоему высшему харизматическому началу, выработка «животного» страха, поддерживаемого репрессивным аппаратом. Все это преследовало одну цель — создание «нового человека», в чем тоталитарный режим, к сожалению, немало преуспел. Итогом стало сотворение немалого числа деформированных личностей с уничтоженным собственным «Я».

Такие лица могут быть достаточно адаптированы в социальных условиях, породивших эту деформацию. Однако стремительная демократизация общества явилась для них сильнейшим психологическим потрясением, причем основным стрессовым фактором стала неожиданно пришедшая свобода. У обезличенного человека с утраченным чувством «Я» неожиданно пришедшая свобода вызывает острые чувства беспомощности, одиночества, тревоги, неизвестности.

Как заметил Э. Фромм, «свободный человек неизбежно лишен безопасности, мыслящий человек неизбежно лишен уверенности».

В результате тоталитарного режима выработалось два типа характера.

Первый тип характера отражает рецептивную ориентацию. Такая ориентация — типичный пример выработанного при социализме пассивного иждивенчества. Носители этих характерологических черт всегда и везде ищут «доброе дядю», будь то власть, непосредственное начальство, жена и т. д., которые решат за них любые проблемы,

обеспечат, дадут, помогут, спасут. Такая иждивенчески-потребительская позиция простиралась и на отношение к государству, «мудрой партии, доброму царю» (очередному генсеку).

Нарушения адаптации таких личностей зачастую достигают характера клинически оформленного психического расстройства.

Второй распространенный тип: основная посылка мышления — источник всех благ находится вовне, и забрать его надо силой. Такие люди источают зависть, цинизм, подозрительность. Стереотип их поведения — красть все: от идей до материальных ценностей. Их декомпенсация в изменившихся условиях носит характер деструктивного, зачастую антисоциального поведения.

Таким образом, второй предпосылкой ухудшения психического здоровья следует считать психологическую уязвимость значительной части людей, являющуюся следствием социально обусловленной деформации их характера.

Анализируя социальные механизмы неблагополучного состояния психического здоровья населения России в советский период, представляется также интересным обратиться к психодинамической концепции G. Ammon'a (1982), базирующейся на выдвинутых им понятиях социальной энергии и социальноэнергетического поля. По мнению автора, развитие личности, как гармоничное, так и патологическое, зависит от социальной энергии, происходящей и передающейся в результате межчеловеческих контактов. Эта энергия может быть конструктивной, деструктивной и дефицитарной, причем социально-энергетическое поле каждой личности содержит в тех или иных соотношениях все три данных компонента. Применяя концепцию G. Ammon'a, можно прийти к заключению о том, что тоталитарный период существования российского общества характеризовался накоплением и преобладанием в межчеловеческих контактах деструктивной социальной энергии, проявлявшейся подавлением личности, всевозможными ограничениями и запретами жизнедеятельности, оскорблениями и наказаниями вплоть до массовых репрессий и физического уничтожения людей. В 70-е г. в значительной степени увеличился удельный вес дефицитарной социальной энергии, проявлявшейся отсутствием реального интереса и недостаточным вниманием к личности при ее формально-минимальном обслуживании и обеспечении, предъявлением требований, касающихся только результатов полученных действий.

Таким образом, социально-энергетическое поле значительного числа людей характеризовалось высоким удельным весом деструктивных и дефицитарных элементов и соответственным снижением доли конструктивной социальной энергии, необходимой для плодотворного развития и функционирования личности. В итоге создавались необходимые условия для возникновения нарушений индивидуального психического здоровья и снижения уровня общественного психического здоровья.

Однако в реальности за прошедшие после смены режима годы общественное психическое здоровье россиян существенно ухудшилось. При этом наиболее резко (на 34,9%) возросла заболеваемость непсихотическими формами психической патологии (невротические, связанные со стрессом, соматоформные, личностные расстройства), возникновение которых в наибольшей степени связано с социальными причинами.

По данным специальных клинико-эпидемиологических исследований (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 1994; Александровский Ю.А., 1996) таких больных отмечалось 250—300 случаев на 1000 населения.

Согласно принятой ВОЗ классификации психосоциальных стрессов, в их число входят, так называемые, «стрессы социальных изменений». Под этим понятием подразумевается дистресс, связанный с радикальными и крупномасштабными переменами в жизни общества, способными вызывать дезадаптацию у отдельных людей, определенных социальных групп и даже общества в целом (социальная дезорганизация общества).

Таким образом, основными предпосылками ухудшения психического здоровья населения явились неизбежные трудности и издержки первого периода реформ, носящие характер стресса социальных изменений.

Представляется важным подробнее остановиться на **расстройстве адаптации** как наиболее распространенной форме заболеваний, вызванных социальным стрессом. В отличие от ПТСР и острой реакции на стресс, расстройство адаптации возникает в результате воздействия умеренных по силе социальных стрессов. Среди них можно выделить две группы по частоте встречаемости.

В первую группу (наиболее распространенных факторов) вошли стрессы, связанные с ухудшением материального положения вынужденной сменой места жительства, утратой работы, неприятием новых жизненных ценностей, угрозой безработицы и социальной незащищенностью.

Во вторую группу вошли такие стрессоры, как утрата веры в возможность изменения жизни к лучшему, необходимость проявления личной инициативы и ответственности, вынужденная смена профессии, криминальная обстановка в стране, утрата прежних идеалов и ценностей, нестабильность и неуверенность, сложившиеся в обществе в период его реформирования.

Углубленные клинические исследования расстройств адаптации, обусловленных социальным стрессом, позволили выделить три варианта данной патологии: **аномический, диссоциальный и магифренический**.

Аномический вариант — его название является производным от термина «аномия». Под аномией понимается социальное явление, характеризующееся разрушением всех традиционных общественных уз. По мнению Е. Durkheim, аномия вызывает у человека психическую дезадаптацию как результат утраченных целей в жизни и является одной из наиболее частых причин самоубийств.

Диссоциальный вариант расстройства адаптации возникает у лиц, премоурбидно акцентуированных по возбудимому или неустойчивому типу. Стресс социальных изменений активизировал имевшийся у них повышенный потенциал агрессии. В клиническом отношении диссоциальный вариант проявляется эмоциональными и поведенческими расстройствами в виде аффективной неустойчивости, конфликтности, эгоцентричности, снижении толерантности к психогениям и деструктивной, направленной вовне агрессии.

Хотелось бы подробнее остановиться на **магифреническом** варианте расстройства адаптации, что обусловлено его высокой распространенностью среди населения и неизвестностью во врачебных кругах. В основе этого варианта лежит впервые описанный Положим Б.С (1995 г.) **магифренический синдром (магифрения)**. Его суть заключается в специфическом нарушении сознательной психической деятельности человека, при котором в его мышлении начинают доминировать идеи и представления мистического содержания, противоречащие современным научным представлениям и не свойственные родной культуре. Таким образом, культурно-историческими предпосылками формирования и широкого распространения магифрении явились:

- стресс социальных изменений;
- тоталитарное сознание населения;
- экзистенциальный вакуум в общественном сознании.

К личностно-психологическим предпосылкам магифренического синдрома относятся:

- низкая самооценка;
- гипертрофированная потребность в самоутверждении;
- ограниченные способности к анализу и рефлексии;
- повышенная внушаемость;

-преобладание невротических механизмов психологической защиты, характеризующихся ригидной гиперкомпенсацией личностной недостаточности с фиксацией смысла жизни на одной идее;

- зависимые, истерические и тревожные акцентуации характера.

Магическое мышление на непатологическом (психологическом) уровне встречается у лиц с отсутствием признаков психического заболевания и носит характер стойкого заблуждения. Этому способствуют низкий уровень общей культуры, невысокое или одностороннее (технократическое) образование, психологическая непросвещенность, наличие в ближайшем микросоциальном окружении лиц с магическим мышлением, акцентуации характера, в особенности повышенная внушаемость, мнительность, истероидность.

Магическое мышление на клиническом уровне является психопатологическим феноменом. Нас в большей степени интересуют случаи, когда формирование магического мышления способствуют воздействия извне, к которым можно отнести манипулирование общественным сознанием. В психопатологическом отношении магифрения приобретает характер сверхценных или доминирующих идей, которые крайне трудно поддаются коррекции в силу своей высокой эмоциональной насыщенности и своего рода «срастания» с патологически измененной личностью.

Таким образом, диагностическими критериями магифрении являются:

- расстройство мышления в форме сверхценных (доминирующих, бредаподобных) идей мистического содержания;
- эмоциональная насыщенность мистических убеждений;
- полное (или почти полное) отсутствие критики к мистическим убеждениям;
- резкое сужение круга интересов в пределах доминирующей идеи, а также социальных контактов, ограничивающихся разделяющими ее лицами;
- изменение привычного жизненного стереотипа;
- отсутствие слабоумия и заболеваний психотического регистра.

Магическое мышление может быть практически единственным или основным признаком психических расстройств, связанных со стрессом.

Предупреждение массовой магифренизации населения следует расценивать как одну из важных задач охраны общественного психического здоровья.

В подтверждение можно привести гуманистическое и наполненное философским смыслом определение душевного (психического) здоровья, сформулированное выдающимся мыслителем XX в. Эрихом Фроммом: «Быть душевно здоровым — значит освободиться от инфантильных претензий и поверить в свои реальные, хотя и ограниченные силы; быть в состоянии примириться с парадоксом, состоящим в том, что каждый из нас — наиважнейшая часть Вселенной и в то же время не важнее мухи или былинки. Быть способным любить жизнь и вместе с тем без ужаса принимать смерть; переносить неопределенность в важнейших вопросах, которые ставит перед человеком жизнь, и вместе с тем быть уверенным в своих мыслях и чувствах. Уметь оставаться наедине с собой и в то же время быть единым целым с каждым собратом на этой земле, со всем живым; следовать голосу своей совести, но не потворствовать себе в самобичевании. Душевно здоровый человек — это тот, кто живет по любви, разуму и вере, кто уважает жизнь — как собственную, так и своего ближнего».

Широкое внедрение в современную практику новых методов психофармакотерапии и психотерапии, а также ускоренное развитие научно-теоретических основ психиатрии значительно улучшило эффективность лечения психически больных и сделало возможным их полноценное возвращение в общество. Однако, это лишь в незначительной степени изменило отношение общества к психически больным.

На отношение к душевно больным по-прежнему влияет страх перед непредсказуемыми и, возможно, опасными действиями лиц с психическими

расстройствами. Данный феномен получил в психиатрии название **стигматизации** психически больных.

Стигматизация — негативное выделение обществом индивида и социальной группы по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивида или представителей социальной группы.

Стигма - 1) в древние времена клеймо, наносившееся на тело раба или преступника; 2) последствия определенного ярлыка (диагноза), проявляющиеся в предубежденном отношении общества к его носителю. Одним из первых исследователей стигматизации был американский социолог Эрвин Гоффман (1963). И. Гоффман, посвятивший изучению этого явления книгу, выделил три вида стигмы: как результат физических недостатков и телесных уродств, как результат индивидуальных недостатков характера (слабая воля, неестественные страсти, косные убеждения), куда входят также и приобретенные нарушения — алкоголизм, криминальное поведение, и как следствие родовых особенностей (расовой, этнокультурной, религиозных принадлежности). Стигму психического заболевания автор относит ко второму типу. Он полагает, что стигматизации подвергаются нежелательные особенности личности, при этом одна и та же особенность может стигматизировать одного человека и в то же время быть нормальной для другого. Люди, имеющие дело с этим индивидом не высказывают ему того уважения и почтения, которые предполагают его социальные роли и положение. И индивид отзывается на такое неприятие признанием того, что оно обосновано некоторыми его качествами.

А. Кослач (1960) выявил различные типы реакций общества на контакт с психически больными — стихийный и интеллектуализированный страх, неприятное впечатление, беспомощность, сочувствие, любознательность, а также реакции, возникающие с каждой иной болезнью. Поэтому население стремится «изолировать и отвергнуть» того, кто признан психически больным. Так, 49% канадцев считают, что психически больных следует оставлять в больницах максимально долго.

Существуют общепринятые стереотипы в восприятии душевнобольных. Двое из трех опрашиваемых утверждали, что определили бы психически больного «по глазам», «по взгляду». Многие переоценивают опасность психически больных. Статистика же показывает, что психически больные становятся преступниками не чаще, чем здоровые (около 3 %).

Скрупулезный анализ выявил те особенности психически больных, которые единодушно были признаны главными для формирования общественного мнения: непредсказуемость и безответственность. Интенсивность, с которой бывают отвергнуты больные зависит не столько от самой патологии поведения, сколько от «очевидности отклонения от поведенческих норм, принятых в данном обществе». Интересный факт — нередко люди обращают внимание не на то, насколько расстроено поведение индивида, а на информацию о имевшей место госпитализации в психиатрический стационар. Часто наблюдается резко отрицательная реакция людей на диагноз «шизофрения», при этом объективное поведение больного вообще не имеет никакого значения.

Следует учесть, что особенности стигматизации препятствуют нормальному социально-психологическому функционированию человека независимо от наличия или отсутствия у него симптомов психического расстройства. Основные направления дестигматизации см. последний раздел.

Причины и формы стигматизации психически больных и их семей.

Стереотипные представления не исчерпываются перечисленными мифами и общими представлениями, они выражаются так же в определенном отношении окружающих людей к душевно больному. Каждый из нас может задаться вопросом — что мы испытываем по отношению к психически больному человеку, встречаясь с ним в различных ситуациях. Большинство ответят, что это страх, опасение, желание уйти и отстраниться, возмущение, что такой человек разделяет вместе с ним пространство,

претендует на внимание и уважение «нормальных» людей, чем вызывает раздражение и даже злость.

Проводившиеся исследования по измерению социальной дистанции к различным группам инвалидов показывают, что дистанция к людям с психическими и умственными нарушениями максимальна. Она зависит от возраста, пола, образования, предыдущего опыта общения с психически больными испытуемых, но в целом гораздо больше, чем по отношению к инвалидам по зрению и слуху, инвалидам с нарушениями опорно-двигательного аппарата и инвалидам с детства. Нетолерантное отношение проявляется в отказе учиться в одном классе с ребенком, имеющим психические нарушения, или работать с больным в одном отделении, на одном предприятии, в нежелании вступать в контакт с ним иметь общие интересы. Стремление избежать общения с психически больными основано больше на неосознаваемом страхе, априорном неприятии и боязни возможных странностей в поведении человека с психическими расстройствами, чем на реальном негативном опыте. Шкалы социальной дистанции У. Богардуса и другие психологические опросники установок и ценностей демонстрируют очень сложный характер отношения к психически больным людям со стороны окружающих. Так, в исследовании, проведенном под руководством М. М. Кабанова, были определены три группы потребностей здоровой популяции, провоцирующих отстранение от больных.

Во-первых, это потребность в сохранении удовлетворительных условий жизни, которые психически больной человек как девиант может нарушить своим вмешательством. В этом случае ориентация на положительный, беспроблемный жизненный опыт сочетается с нетерпимостью к инаковости, девиациям.

Во-вторых, это потребность в сохранении нормального уровня психического функционирования, прежде всего когнитивного. Страх возникает вследствие веры в возможную передачу аномального хода мышления, пониженного интеллектуального уровня и нарушений мыслительных функций, характерных для психически больных.

В-третьих, это потребность в сохранении эмоциональной стабильности и опасение эмоционального срыва. Она активизируется при определенной психотической уязвимости, негативном жизненном опыте, оправдании психических расстройств и признании ведущей роли психосоциальных причин в возникновении заболеваний.

Легко заметить, что в повседневной культуре психическая болезнь становится предметом сарказма, юмора и уменьшительно-уничижительного отношения. Анекдоты, устные истории об аномальных состояниях, людях с психическими нарушениями, психиатрах и психиатрических лечебницах на самом деле призваны уменьшить страх перед необъяснимыми явлениями, которые связаны с психической болезнью.

Используя в речи такие нарицательные понятия, как «псих», «больной», «шизофреник», «крыша поехала», «психушка», «сумасшедшие», и крутя пальцем у виска, люди защищаются, преуменьшая для себя влияние разнообразных форм, в которых проявляется психическая болезнь. Вместе с тем плоды народной культуры не безобидны. Они являются предвестниками негативного отношения, которое отрицает признание человеческой личности и достоинства у душевнобольных, а также предполагает соответствующие этой позиции действия.

В связи с этим возникает необходимость анализа таких социальных конструкций, как стигма психической болезни и стигматизация психически больных. Теория стигмы тесно связана с социологической теорией ярлыков, в которой рассматриваются причины и процесс приклеивания определенных названий (ярлыков), а также социальная категоризация, т.е. отнесение к категориям, классификация отдельных индивидов в соответствии с их ярлыками. Стигма является результатом этой категоризации. Апелляция к признаку осуществляется с намерением выставить напоказ что-то плохое о моральном состоянии лица, имеющего этот знак, и таким образом оправдать враждебность. Поэтому стигма в психиатрии — это результат не столько психических и умственных недостатков, сколько последствие диагностики, т.е. присваивания

психиатрического диагноза. Общество (отдельные специалисты) вначале определяет психическую болезнь у человека, а затем согласно этому определению стигматизирует его. Конечно, проблема состоит не в узкоспециализированном диагнозе, а в предвзятом отношении большинства людей, которые не понимают многих особенностей психических заболеваний, а лишь чувствуют отличие, нетипичность его носителя.

Стигматизация представляет собой процесс, при котором отдельные черты превращаются в глобальную характеристику человека, и эта оценка носит, как правило, негативный характер. Поколебать сложившееся представление чрезвычайно сложно, так как в сознании многих людей предубежденная установка присутствует как данность. Что касается психической болезни, окружающее большинство стигматизирует как страдающих людей, так их семьи, руководствуясь мифами и причисляя их к низшим безнадежным социальным слоям.

Среди признаков, провоцирующих стигматизацию психически больных, могут быть выделены: известие о существовании психиатрического диагноза, проявления нарушений в поведении и наличие непонятных для окружающих интересов. Однако, стигматизация может происходить и при абсолютно нормальном поведении человека. Решающее значение имеет сама информация о прошлых психических расстройствах, незамедлительно вызывающая социальный барьер между обществом и индивидом. Далее могут следовать социальные ограничения, которые снижают его статус, доступ к работе и другим социально значимым видам деятельности, препятствуют самореализации человека в любви и дружбе. Естественно, что прямым и косвенным результатом стигматизации может быть ухудшение психического состояния и способности справляться с болезнью.

Многие люди еще до признания болезни всячески избегают медицинских учреждений и психиатрических экспертиз, отказываются от лечения, боясь попасть в этот замкнутый круг общественной изоляции. Тем самым у некоторых могут утяжелиться болезненные проявления. Так или иначе, у больных возникает собственное ощущение стигматизованности, явление, которое получило название *самостигматизации*. Нередко люди с психическими нарушениями принимают навязанные обществом представления о психических болезнях и себе самом как больном и опасном индивиде, усваивают стереотипы неполноценного человека, адаптируются в роли инвалида.

Таким образом, первой причиной стигматизации психически больных является готовность реагировать предвзятым образом на стигматизированного.

Вторая причина негативного отношения к душевно больным — недостаток знаний и низкая информированность населения и отдельных людей о проблемах психического здоровья. Во многих исследованиях подтвержден тот факт, что люди, обладающие более обширными знаниями о психических заболеваниях, а также опытом общения и взаимодействия с психически больными, имеют гораздо меньше предрассудков.

Третья причина стигматизации заключается в социальной допустимости предвзятости, поскольку редко кто реагирует отрицательно на проявления стигматизации. Однако, человека, страдающего психическими нарушениями, или умственно отсталого по-прежнему окружает всеобщее неприятие, подстерегает опасность бродяжничества, депривации и изоляции.

Тем не менее, положение постепенно меняется, становится очевидным, что ущемленное положение психически больных людей обусловлено не только и не столько их собственными психическими трудностями, сколько отсутствием поддерживающей социальной среды, адаптированной к их потребностям.

Принципы трансформации общественного окружения наряду с использованием всех его ресурсов, характерные для экосистемной и недискриминационной моделей, выходят сегодня на первый план и становятся все более актуальными задачами в достижении интеграции психически больных в общество. Такие формулировки целей, как «сделать инвалидов по психическому заболеванию полноценными членами

общества», «уменьшить число девиантов поведенческих проявлений, умственных и психических отклонений», уже не отвечают интеграционной идеологии. Хотя понятия нормы и патологии представляют важность, последствия иных, нетипичных форм человеческого развития и самоосуществлений уже не считаются виной самого индивида, его моральной слабостью, ущербностью его личности. Способности, потребности, интересы психически больного могут быть реализованы на том максимально возможном уровне, который доступен индивиду с психическими нарушениями, и в этом процессе помощь всего общества и каждого его члена является незаменимой.

На любом этапе комплексной деятельности по охране психического здоровья социальные факторы должны быть пересмотрены с учетом изучения роли общества, окружающей среды в диагностике, превенции, интервенции и реабилитации и, наконец защите индивидуального психического здоровья. Возможно, также следует ставить задачу таким образом — как интегрировать общество в жизнь психически больного, как сделать так, чтобы люди, социальные службы, политика заинтересовались его проблемами. Таким образом, главной целью становится изменение общественного отношения к психической болезни и душевнобольным. Препятствий на данном пути обнаруживается великое множество: неосознаваемых защитных механизмов в человеческой психике или распространения в повседневной культуре негативных социальных установок и нежелания уделять внимание на государственном уровне этой категории нуждающихся.

Процессы интеграции должны преследовать несколько принципиальных задач.

Во-первых, люди, имеющие психических заболевания и инвалидность, должны быть интегрированы в сообщество, обычные условия жизни. Именно в этом им прежде всего должна быть оказана поддержка, а не в предоставлении специализированных учреждений.

Во-вторых, необходимо сделать акцент не на последовательное прохождение нескольких реабилитационных учреждений, а на восстановительный процесс в естественной обстановке (дома, на работе, в социальном окружении).

В-третьих, интеграция не приходит сама по себе, а является результатом признания социумом людей с психическими нарушениями. Поэтому ждать, когда общество будет «готово» принять их, бессмысленно. Люди, имеющие психиатрический диагноз и здоровые индивиды должны учиться взаимодействовать друг с другом.

В-четвертых, члены семей больных нуждаются в реальной поддержке. Объединившись в непрофессиональные сообщества и используя ресурсы самопомощи, они становятся движущей силой интеграционных изменений, не уступающей по значимости профессиональным службам.

Реализация программ по антистигме может осуществляться путем проведения мероприятий по повышению уровня осведомленности населения по проблемам психического здоровья, организации информационно - образовательных школ среди отдельных социальных групп населения, работы со средствами массовой информации, а также психологической коррекции с целью дестигматизации самих больных и их родственников.

СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Вопросы:

- 1. Современные стрессогенные факторы и их последствия (алкоголизм, наркомании и др.).**
- 2. Социопатии и как они проявляются в современном обществе. Виды девиантного поведения.**

- 3. Причины и проявления саморазрушающего поведения. Понятие «суицида».**
- 4. Распространенность, факторы риска, возрастные и половые особенности суицидального поведения.**
- 5. «Синдром выгорания» («сгорания»).**
- 6. Особенности инвалидности психически больных и каково социально-экономическое значение этой проблемы.**

Стремительные социальные, экономические, культуральные и политические изменения закономерно отражаются на социальном состоянии общества и общественном здоровье. В условиях социальной напряженности и экономического кризиса происходит резкая ломка жизненных стереотипов, рушатся прежние идеалы, создается ситуация непредсказуемости, неуверенности в завтрашнем дне. Подобные изменения оказывают мощное стрессогенное воздействие на людей. Не каждая личность может быстро приспособиться к постоянно изменяющимся условиям жизни, справиться с возникающими психологическими проблемами. В силу этого создаются предпосылки для возникновения психических расстройств и социально опасных форм отклоняющегося поведения. Статистические данные показывают, что социальное неблагополучие сопровождается ростом алкоголизма, наркомании, агрессивности, проституции, явлений социального сиротства, увеличением числа самоубийств, сексуальных нарушений и психических заболеваний. В свою очередь, рост случаев психических и поведенческих отклонений приводит к социальной напряженности в обществе, росту преступности. То есть образуется порочный круг.

Сегодня пьянство, обыкновенное, бытовое, привычное для большинства, превратилось в одну из самых серьезных угроз, которые когда-либо вставали перед страной. По данным ВОЗ, когда в стране приходится более 8 л чистого алкоголя на человека в год, начинается угасание этноса. В России же выпивается от 14 до 18 л в год! Особую опасность представляет детское пьянство. За последнее десятилетие резко снизился возраст приобщения к алкоголю – с 16 до 13 лет. По данным общероссийского опроса молодежи алкогольные напитки употребляют 80,8% подростков и молодежи. Та же ВОЗ прогнозирует, что из 100 выпускников школ 2009 года до пенсии доживут 90% английских мальчиков и только 40% российских.

Алкоголизм формируется постепенно на фоне достаточно продолжительного злоупотребления спиртными напитками, всегда сопровождается многообразными социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для общества. Это связано прежде всего с психотропным действием алкоголя и вызываемым им состоянием опьянения. К таковым последствиям, в частности, относятся частота дорожно-транспортных происшествий. По данным N. Kessel and N. Walton (1967), в Англии причиной 80% автодорожных происшествий является алкогольное опьянение водителя или пешеходов. В США 2/3 случаев смерти вследствие автомобильных аварий приходится на лиц, злоупотребляющих спиртными напитками (Chafetz M.E., 1973).

В 2007 году на учете в наркологических учреждениях республики состояло 177869 человек, злоупотребляющих алкоголем или страдающих алкогольной зависимостью, что составляет 1,8 % от численности всего населения.

В период с 1970 по 2007 г. уровень заболеваемости алкоголизмом вырос в 6 раз, а уровень заболеваемости алкогольными психозами выросло в 2,9 раз. Уровень продажи пива за этот период вырос в 3 раза.

Одним из важных социальных последствий алкоголизма является его тесная связь с правонарушениями. С. Hensmann (1969) при обследовании заключенных установил, что 40% рецидивистов-правонарушителей были судимы в прошлом за совершение преступлений более 6 раз в пьяном виде. В США 1/3 всех арестов приходится на инциденты в общественных местах, участниками которых были лица в нетрезвом состоянии (Plaut F.A., 1867).

Число суицидов в состоянии алкогольного опьянения увеличилось на 47,7 % с 1979г. по 2007г. С 1980г. по 2005г. число лиц пролеченных по поводу алкогольных психозов выросло в 2,5 раза.

Стремительно растет и число лиц, страдающих наркоманией, — первичная обращаемость за психиатрической помощью больных наркоманиями за 10 лет увеличилась в 9 раз и составила в 1998 г. 35,4 на 100 тыс. населения. По экспертным данным Е.А.Кошкиной, число больных наркоманией в России в 1998 г. превышало 2 млн. человек. Особую тревогу вызывает массовое приобщение подрастающего поколения к потреблению психоактивных веществ. Ежегодно число подростков, больных наркоманией или токсикоманией, с впервые в жизни установленным диагнозом увеличивается почти на 50%. В 1998 г. в медицинских учреждениях России находилось на учете более 42 тыс. подростков, потребляющих наркотические и другие психоактивные вещества, что составляет 375,1 человека на каждые 100 тыс. подростков.

К социально обусловленным феноменам поведенческих расстройств относят **девиантное** поведение и **социопатии**. Эти состояния не тождественны психическим заболеваниям. Поэтому они относятся не столько к клинической психиатрии, сколько к социальной патологии.

Социопатии определяют как социальное безумие. Проявляется оно в целенаправленных или стихийных массовых действиях людей, направленных на разрушение ценностно-нормативных устоев общества. Также проявлением социопатии является нетерпимость к отдельным социальным кругам или национальностям.

К социально обусловленным феноменам относят **девиантное** поведение. Девиантное (отклоняющееся) поведение представляет собой устойчивое сознательное и избирательное нарушение социальных норм. При этом различают отклонения корыстного, агрессивного и социально-пассивного типа.

Крайнее проявление социально-пассивной позиции — это различные формы саморазрушающего поведения. Саморазрушающее поведение необходимо понимать широко: не только как угрозу для жизни или ущерб для здоровья, но и как поведение с пагубными последствиями для нравственного и социального развития.

Различают несколько типов **саморазрушающего поведения**.

Аdditивное поведение — это ранняя алкоголизация, злоупотребление наркотиками. Причем подростки часто не считают свое поведение выходящим за рамки нормального, не критично относятся к развитию болезненной зависимости от наркотических и психотропных средств, разрушающих психику и здоровье.

Другой тип саморазрушающего поведения — **сексуальная распущенность**. Она наносит ущерб нравственному, моральному, духовному развитию.

И наконец, третий тип — **аутоагрессия, суицидальное поведение**.

Агрессивное поведение детей в целом может быть прямым следствием отрицательных средовых, а не биологических факторов, являясь необходимым для выживания.

Аутоагрессия — это любое насильственное действие, направленное против собственной личности, в том числе нанесение самоповреждений, самоубийство.

Суицидом (самоубийством) называется всякий случай смерти, в результате намеренного лишения себя жизни. Покушение на самоубийство или суицидальная попытка (**парасуицид**) — это попытка самоубийства, не закончившаяся смертью по независящим от самоубийцы причинам, при наличии его твердого намерения покончить с собой.

Наша страна перешагнула критический рубеж давно. Показатель завершенных самоубийств за последние 5 лет колеблется в диапазоне 35 — 42 на 100 тыс. населения. Раньше полагали, что самоубийство совершают только психически больные люди. Современная концепция самоубийства рассматривает его как следствие социально-психологической дезадаптации (или кризиса) личности в условиях переживаемых ею микроконфликтов. Это один из типов поведения человека в экстремальной ситуации.

Впервые связал суицид с социальными факторами Э.Дюркгейм (1912). Он отмечал, что «число самоубийств изменяется обратно пропорционально степени интеграции религиозного, семейного и политического общества». Современные суицидологи отмечают зависимость роста суицидов от урбанизации, экономических кризисов, быстрой смены социальных и культурных норм.

Суициды являются одной из 10 основных причин смерти для всех возрастных групп населения большей части стран мира. В некоторых странах самоубийства входят в число первых трех причин смертей населения в возрасте 15 — 34 лет. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которая собирает информацию о суицидах почти в 60 странах мира каждый год 400 тыс. человек совершают самоубийство. По данным ВОЗ уровень самоубийств более 20 случаев на 100 тыс.

К индивидуальным факторам суицидального риска следует отнести характерологические особенности и содержание морально-этических норм, которыми руководствуется личность. Вероятность аутоагрессивного поведения велика у дисгармоничных личностей, при акцентуациях характера по истероидному типу или в виде эмоциональной неустойчивости, склонности к депрессивным реакциям.

Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные принципы допускают или оправдывают самоубийство при определенных условиях.

Нарушения здоровья также нередко сопровождаются повышенным суицидальным риском. В соматической практике факты проявления аутоагрессивного поведения более характерны для тяжелых или хронических соматических заболеваний. Самоубийства наблюдаются при онкологических, сердечно-сосудистых заболеваниях, при туберкулезе, бронхиальной астме, язвенной болезни, циррозе печени, в хирургической практике. Суицидальные мысли формируются на фоне соматических невротических и депрессивных состояний, сверхценных идей, характер которых во многом определяет длительность прединцидального периода.

По данным английских психиатров Г. И. Каплан и Б. Дж. Сэдок (1994), 95% лиц, совершивших суицидальные попытки, страдали психическими и поведенческими расстройствами. Депрессивные расстройства составили 80% от этой цифры, шизофрения — 10%, старческое слабоумие — 5 %. Среди пациентов, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере, суицидальный риск в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц. Суицидальный риск у лиц с психическими и поведенческими расстройствами коррелирует с клиническими проявлениями, длительностью и темпом прогрессирования заболевания. Высокий риск суицида наблюдается при реактивных депрессиях, неалкогольных токсикоманиях, психопатиях и аффективных психозах. Велика вероятность суицида при первых приступах заболевания, когда еще сохранено ядро личности и критика к состоянию и ситуации.

Больные с психозом могут совершить опасные для жизни действия без намерения покончить собой — как правило, по бредовым мотивам или подчиняясь приказам «голосов», т. е. слуховым галлюцинациям. В таких случаях речь идет не об истинном суициде, а о псевдосуициде, совершенном без критического отношения к своему поступку.

Суициды чаще совершают лица с высшим образованием. Самый высокий суицидальный риск — у представителей творческих профессий (актеров, музыкантов), а также врачей, юристов и других профессиональных групп, работа которых предполагает тесный эмоциональный контакт с людьми. Особенно «опасной», в плане суицидального поведения, является работа с психически больными.

Игромания (патологический гемблинг) представляет собой поведенческое расстройство, характеризующееся патологическим влечением к азартным играм. Значительный рост страдающих этим расстройством ставит его в ряд наиболее актуальных проблем как для здравоохранения, так и для общества в целом. Патология

развивается чаще всего в социально активном возрасте и чаще в подростковом, она начинает представлять угрозу не только для их социальной адаптации, но и для сомато-психического здоровья. В настоящее время проблема патологической зависимости по отношению к играм распространена во всех странах, где существует легализованный игорный бизнес. При отсутствии профилактики в ближайшие годы распространенность данной патологии, число заболевших игроманией будет возрастать, тем более что доходы от игорного бизнеса огромны, и игровые заведения легко доступны. Патологическое влечение можно определить как «постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных отношений и разрушение личной жизни». Обращение к игре часто связано с желанием уйти от проблем, чувством неудовлетворенности и поиск нового или снять такие проявления как чувство вины, ощущение беспомощности. Нередко оно развивается у инфантильных личностей с трудностями в пубертате. Большую роль при этом играет воспитание в неполной семье или формальный характер воспитания в полной семье, отсутствие эмоциональных привязанностей в семье, хаотичный уклад жизни без соблюдения традиций и ритуалов, алкоголизм родителей.

В связи со значительным ростом в обществе лиц пожилого и старческого возраста необходимо признать большую значимость социальных проблем в развитии психических заболеваний у данного контингента населения. Большую роль тут играют факторы микро- и макросоциальных воздействий: такие как изменение жизненной ситуации из-за ухода на пенсию, смена места проживания, потери партнера и близких, ухудшение здоровья, утрата социального положения, факторы одиночества и изоляции, присоединение соматических заболеваний и нередко физическая беспомощность.

Много проводится исследований по проблеме «жизненных событий» (life events) и их связи с психологической ранимостью стареющей личности и состоянием психического здоровья в старости.

Из психических расстройств в данном возрасте особенно часты и значимы поздние **депрессии и деменции**. Более высок риск развития депрессии среди разведенных и овдовевших. Нередко депрессиям предшествуют психотравмирующие обстоятельства. Наиболее частые из них: потеря близких, семейные конфликты и разрыв родственных отношений, резкое изменение сложившегося жизненного уклада, соматические заболевания. Подчеркивается особое значение в старости стрессовых ситуаций, связанных с невосполнимой утратой. В этиологии данных состояний лежит патогенный внутрличностный конфликт: противоречие между сохраняющимся в старости высоким уровнем притязаний и нарастающей с возрастом неспособностью соответствовать прежнему уровню функционирования.

К настоящему времени, например, установлено уже около 100 средовых факторов, в той или иной степени коррелируют с показателями распространенности болезни Альцгеймера - наиболее частой деменции позднего возраста. К таким факторам прежде всего относят уровень образования: с низким образованием чаще болеют данной деменцией. Некоторые исследователи связывают данное заболевание с воздействием электромагнитных полей, с химическими веществами, например, алюминий и органические растворители. Большое значение придается качеству и количеству социальных связей: численность друзей и близких родственников, дальность их проживания от него, тип эмоционального контакта (поверхностный или эмоциональный).

В связи со сказанным, у врачей, медицинских сестер и, как можно предполагать, у социальных работников вполне вероятно развитие психологического состояния, получившего название «**синдром выгорания**». Оно характеризуется эмоциональным истощением, уменьшением или утратой эмпатии, снижением самооценки и интереса к жизни. Развитию синдрома выгорания больше подвержены молодые, неопытные специалисты и физически ослабленные лица.

Приведенные эпидемиологические данные характеризуют масштаб проблемы. Столь значительное число лиц с расстройствами психического здоровья влечет за собой целый ряд серьезных социальных и экономических проблем. Одной из них является проблема трудоспособности психически больных.

Ухудшение социально-экономических условий в последнее десятилетие, с одной стороны, и развитие промышленных технологий, с другой, сопровождаются социально-трудовой декомпенсацией психически больных, резким снижением возможности их трудоустройства. Социальное функционирование этой категории лиц без оформления инвалидности становится невозможным. Это обстоятельство приводит к необходимости оформлять инвалидность большему числу лиц, чем прежде. С 1989 по 1998 г. число психически больных, впервые признанных инвалидами, выросло более чем на 90% и в 1999 г. составило 4,7 на 10 тыс. населения. Кроме того, 540 тыс. психически больных, находящихся в трудоспособном возрасте и не имеющих инвалидности (т.е. почти столько же, сколько инвалидов), не работают. Таким образом, общее число психически больных, не занятых трудом, составляет около одного миллиона человек. Ущерб общества от психических заболеваний не исчерпывается лишь их экономическими и социальными последствиями на макросоциальном уровне.

Приобретение психического заболевания и, как следствие, изменение социального статуса человека отражается не только на трудовой, но и на общественной деятельности (прекращение или ограничение). Трансформируются ценностные ориентиры больного, его образ жизни и общения, возникают затруднения в социально-бытовой и психологической адаптации к новым условиям. В результате этого миллионы людей оказываются отверженными и живут в пространстве отчуждения и непонимания.

Социальная дезадаптация психически больных усиливается из-за негативного или настороженного отношения к ним со стороны общества. Несмотря на меры, предусмотренные законодательством по охране прав и законных интересов психически больных, реально их дискриминация встречается в различных сферах жизни. Нередко это проявляется и в отказе оказать необходимую медицинскую или социальную помощь. Лица, состоящие на диспансерном психиатрическом учете, часто автоматически исключаются из числа подопечных Центров социального обслуживания, реабилитационных центров.

К особой стороне социальной адаптации психически больных следует отнести возможность и успешность исполнения роли супруга или родителя. Формирование собственных семей больных затруднено. Среди больных шизофренией намного больше одиноких людей, чем среди населения в целом. Это связано как с меньшей вероятностью вступить в брак, так и с неустойчивостью их семей.

Наличие в семье психически больного часто нарушает семейные взаимоотношения. Почти все те, у кого семейные отношения были нарушены, считают, что на стабильность их семей повлияла болезнь родственника.

Существование психических расстройств приводит к возникновению специфических юридических проблем. С одной стороны, психически больные в силу своего состояния могут совершать антиобщественные поступки, с другой стороны, общество нередко нарушает права больных и те не в состоянии самостоятельно отстаивать их. Велик ущерб от психических заболеваний и на уровне семей и ближайшего окружения психически больных. Качество жизни всех этих людей страдает, ухудшается материальное положение семьи, нарушаются межличностные отношения, происходит перераспределение социальных ролей в семье. Родственники психически больных обычно скрывают наличие психического заболевания у члена семьи, потому что, если это становится известным, семья подвергается социальной дискриминации.

Члены семей психически больных указывают, что их собственное здоровье существенно ухудшилось после возникновения психического расстройства у их родственника; сильнее ощущается финансовый дефицит (две трети опрошенных); резко

ограничились социальные контакты (только 30% опрошенных поддерживают отношения с друзьями и родственниками, бывают в театрах и т.д.). Часть родственников отмечает, что они не смогли реализовать себя полностью в своей профессиональной карьере из-за болезни члена семьи. Значительная часть ощущает на себе бремя ухода за больным и тяжесть ответственности за его судьбу. Родственники больных часто испытывают чувство одиночества, изолированности, подавленности (более 50%), страха за судьбу больного, особенно после своей смерти.

Все изложенное позволяет отметить, что состояние психического здоровья населения ставит перед обществом и перед социальными работниками и организаторами социальной помощи много важных и до сих пор не решенных проблем.

Наиболее тяжела инвалидность детей. Среди детей, впервые признанных инвалидами, наиболее распространены три главных класса болезней, вызывающих до 70 % случаев инвалидности. Это заболевания нервной системы и органов чувств (в основном детский церебральный паралич), врожденные аномалии и психические заболевания (в основном умственная отсталость). С увеличением возраста отмечается заметный рост психических заболеваний, ведущих к инвалидности, — от 9,5 до 45,0 на 10 тыс. детей в возрасте 0—4 года.

Установлено, что детская инвалидность в 70% случаев обусловлена причинами врожденного или наследственного характера, а также связана с патологией матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде. В последние годы у женщин отмечается увеличение осложнений в эти периоды.

Таким образом, если не произойдет улучшения в социально-экономической ситуации, то, учитывая ухудшение психического здоровья населения, а также демографические изменения (рост численности лиц старших возрастных групп, наметившуюся тенденцию к увеличению средней продолжительности жизни), можно предполагать дальнейшее увеличение числа инвалидов. В связи с этим перед обществом встает значительное число важных проблем социального и экономического характера.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Вопросы:

- 1. Понятие «реабилитации» и современное представление о социальной реабилитации (понятия «адаптации» и «реадаптации»).**
- 2. Необходимость социальной реабилитации.**
- 3. Принципы социальной реабилитации.**
- 4. Этапы реабилитации.**
- 5. Комплексный подход в реабилитации.**
- 6. Организация реабилитационного процесса (полипрофильные бригады).**
- 7. Значение гуманистической психологии в реабилитации.**
- 8. Вопросы профилактики.**

«Для успеха лечения важна не операция, а реабилитация».

Хотя основы и отдельные направления реабилитации, как уже отмечалось выше, появились гораздо раньше, в XIX в., впервые определение понятия **«реабилитация»** дано Ф. Бусом в 1903 г. В буквальном переводе термин «rehabilitation» обозначает «восстановление прав, способностей». Концепция реабилитации вначале исходила из идей так называемой физической медицины. В дальнейшем она была дополнена положениями социальной гигиены, психологии, педагогики, социологии и других

дисциплин. Поэтому стали выделять медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную реабилитацию. Современное понимание **социальной реабилитации** (в широком смысле слова) включает в себя комплекс социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и других мер, целью которых является быстрое и наиболее полное восстановление утраченных человеком функций, личного и социального статуса. Реабилитация имеет тесную взаимосвязь с восстановительным лечением и адаптацией.

Адаптация рассматривается как приспособление с использованием резервных, компенсаторных способностей. В процессе активного лечения устраняются болезненные биологические (физиологические) патологические проявления, а в процессе реабилитации идет воздействие на остаточные, способные к восстановлению функции. Не всегда в результате терапевтических усилий происходит полное восстановление здоровья и функций. Тогда необходима **реадаптация** — приспособление к жизни на новом уровне, с использованием резервных, компенсаторных способностей организма.

Основными **причинами необходимости** социальной реабилитации являются следующие. Психически больные относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. При хронических психических заболеваниях заметно нарушаются мотивационно-волевые компоненты личности, ухудшаются аналитические способности, соответственно снижается и возможность правильной оценки ситуации и моделирования адекватного поведения, снижаются также возможности самостоятельного жизнеобеспечения, создания и сохранения семьи, проявляется эмоциональная незрелость и коммуникативная неэффективность, рушатся социальные связи. Поэтому в организации психиатрической помощи особую значимость приобретает обеспечение разносторонней социальной помощи и поддержки больных, защита их социальных прав, восстановление способности жить и функционировать в обществе. Речь идет о социальной реабилитации в широком смысле слова. Концепция социальной реабилитации психически больных и инвалидов берет свое начало в англосаксонских странах, где реабилитация приобрела свое современное содержание в годы Второй мировой войны.

Реабилитация психически больных имеет свои особенности, что отличает ее от реабилитации страдающих другими заболеваниями. Эти особенности в первую очередь связаны с тем обстоятельством, что при психических заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения. Многие психические заболевания не только приводят к стойкой утрате трудоспособности и выходу на инвалидность лиц молодого возраста, но способствуют социальной изоляции больных, утрате социальных связей и многих социальных функций.

Поэтому реабилитация психически больных — это, по определению М. М. Кабанова, есть прежде всего их ресоциализация, т.е. возвращение в общество.

Принципы социальной реабилитации.

Опыт практической и научной работы с психически больными позволил определить основные принципы их социальной реабилитации. К ним относятся:

- раннее начало реабилитационных мероприятий;
- ступенчатость, преемственность и комплексность оказываемой помощи;
- непрерывность и завершенность;
- индивидуальный подход в проведении реабилитации;
- единство психосоциальных и биологических методов воздействия.

Социальная реабилитация должна проводиться на всех этапах лечения психически больного независимо от его места нахождения — будь то стационар, психоневрологический диспансер или другие лечебные или социальные учреждения. Комплекс реабилитационных мероприятий зависит от клинического состояния и сохранности социальной компетентности больного.

При выраженных психических нарушениях первостепенное значение отводится *биологической* терапии. По мере затухания остроты процесса и редукции

психопатологической симптоматики присоединяются *психосоциальные* методы воздействия. Последние, в свою очередь, имеют постепенный и нарастающий характер с переходом от одного реабилитационного мероприятия к другому.

Начальный этап реабилитации имеет целью предотвращение формирования психического дефекта, явлений «госпитализма». Своевременность и введение социотерапевтических методов работы с пациентом способствуют сокращению сроков госпитализации, предотвращают развитие иждивенческих, пассивно-потребительских стереотипов поведения.

На втором этапе реабилитации биологическая терапия обычно ограничивается «поддерживающими» дозами психотропных средств, а на первое место выступают психосоциальная коррекция и трудотерапия.

Согласно изложенной концепции, в понятие реабилитации входит необходимый комплекс мероприятий, направленных, *во-первых*, на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности; *во-вторых*, на достижение по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности на физиологическом, личностном и социальном уровне.

Реабилитация — довольно сложный процесс обучения и переобучения, в результате которого у личности создается активное отношение к своему здоровью, восстанавливается положительное отношение к жизни, обществу и семье.

Основной стратегической целью в ведении больного является повышение самосознания личности и ее социальной активности, адаптация к новым условиям жизни или возвращение к полноценному прежнему уровню социального функционирования с восстановлением семейных, трудовых и других социальных связей.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий во многом определяется возможностью проведения необходимого в каждом конкретном случае комплекса социотерапевтических приемов и осуществления полипрофессионального бригадного подхода к оказанию помощи. Система обслуживания больного должна строиться в виде «звезды» с наиболее возможным обеспечением преемственности, а не «цепочки», в которой пациент посылается из одного учреждения в другое. При необходимости оказать помощь в различных учреждениях важно обеспечить комплексный подход к удовлетворению потребностей клиента, а также единые терапевтические стратегии, согласовать во избежание конфликтов действия отдельных лиц или органов.

Длительность реабилитационного процесса определяется потребностью каждого конкретного случая — от нескольких недель до многих лет. Реабилитацию можно считать завершенной только тогда, когда личность пациента во всем многообразии ее социальных отношений достигла уровня, максимально возможного и приближенного к доболезненному.

В психиатрии всегда, особенно в эпоху развития психофармакологической помощи (60—80-е годы), преобладал клинико-биологический подход к лечению психических заболеваний. При этом недостаточно учитывались проблемы целостной личности во всех ее многообразных отношениях и связях с окружающей социальной средой.

Медицинская реабилитация психически больных направлена на полное или частичное восстановление психического и соматического здоровья или на возможное замедление развития заболевания, предупреждение обострений и рецидивов. Медицинская реабилитация является начальным звеном в системе общей реабилитации и может проходить параллельно с любыми другими видами реабилитации. К методам медицинской реабилитации относятся: фармакотерапия и лечение средствами народной медицины, диетическое питание, лечебная физкультура, методы физического воздействия (массаж, физиотерапия), санитарно-курортное лечение.

В последнее время большое значение приобретает спортивная реабилитация, которая способствует укреплению физического здоровья, улучшению психического

состояния, выработке положительных установок в повседневной жизни. Все другие формы реабилитации — психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, бытовая — проводятся наряду с медицинской реабилитацией или после нее, но всегда в прямой связи с ней.

В последние десятилетия произошла переориентация большинства профессионалов на восприятие психического заболевания как психобиосоциального явления, в развитии и формировании которого участвуют биологические, социально-средовые и психологические факторы. Причем под термином «социальное» понимают все то, что окружает человека в обществе и с чем ему приходится сталкиваться в жизни. Согласно этой концепции, в лечении и реабилитации должны в единстве использоваться психосоциальные и биологические методы воздействия. Реабилитационные усилия должны быть направлены и на организм, и на личность, и на социум.

На протяжении многих десятилетий в отношении психически больных использовалась практика содержания их в специализированных заведениях, психиатрических стационарах или интернатах. Это усугубляло свойственное больным стремление к изоляции от общества. Люди с инвалидностью, которые провели многие годы в закрытых учреждениях, утрачивают контакты с бывшими друзьями из внешнего мира, теряют навыки жизнеобеспечения. Нередко они боятся выйти из этих учреждений в обычную жизнь, не могут найти свое место среди здоровых, опасаются встречи с трудностями и неизвестностью. Нужно заранее обучить пациента жизненным навыкам — самообслуживанию в быту, езде в транспорте, общению с незнакомыми людьми, выполнению финансовых операций. Сторонники нормализованного подхода к ведению инвалидов при работе опираются не на клинические характеристики, а на сохраняемые стороны личности, персональные возможности, причем болезненные симптомы не подчеркиваются и прогноз строится максимально благоприятный и обнадеживающий. Концентрируясь на способностях, а не на дефекте хронически психически больных, социальными методами воздействия можно достичь гораздо большего в плане восстановления социального функционирования, чем при любом массивном медикаментозном лечении.

Психосоциальная реабилитация – это процесс, который открывает людям, страдающим психическими расстройствами возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе. Концепция психосоциальной реабилитации подразумевает оказание помощи вне стационарных учреждений, в естественном окружении. Практически психосоциальная реабилитация начинается с первого контакта больного с медицинской службой и продолжается до тех пор, пока не будет восстановлен его социальный и профессиональный статус. Подобный подход оправдывает себя в различных странах и является экономически более выгодным по сравнению с чисто медицинской моделью оказания психиатрической помощи.

Взаимоотношения больного со средой являются важнейшим фактором реабилитации. В понятие «социальная среда» входят семья, лица, с которыми клиент общается на работе, учебе, в часы досуга, а также врачи, социальные работники, другие больные. Характер общения и отношений психически больных с окружающими людьми во многом зависит не только от личности больного, но и от восприятия его окружением, готовности оказать помощь и поддержку. Часто в медицинской практике потребности пациентов не исследуются, а учитываются лишь возможности психиатров, которые не всегда соответствуют потребностям больного.

Вся отечественная система организации психиатрической помощи построена таким образом, что врач решает, по существу, все социальные вопросы больного, полагая (и будучи искренне убежденным в том), что он: во-первых, лучше понимает нужды больного, во-вторых, имеет на это право. В соответствии с современными подходами к проблеме лечения хронических психических заболеваний именно реабилитация должна стать тем звеном в общей структуре психиатрической помощи, которое необходимо для

реализации комплексного вмешательства. В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это крайне важно, так как позволяет задействовать сохраненные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение.

Взаимоотношения между пациентами и врачом строятся таким образом, что невольно способствуют развитию беспомощности, пассивности и зависимости больного.

Важно изменить взгляды профессионалов, чтобы они воспринимали подопечных полноценными партнерами в процессе реабилитации, полноправными гражданами, принимающими ответственные решения за свою судьбу.

Обычно клиенты принимают ту помощь и услуги, которые предлагаются. Необходимо побуждать их к активному участию в анализе своих проблем и определении способов их преодоления, переосмыслению иерархии ценностей. Все построение реабилитационных мероприятий должно быть таким, чтобы включить самого больного в лечебно-восстановительный процесс, вызвать в нем стремление к саморазвитию и самостоятельности, как можно больше привлечь к участию в восстановлении утраченных функций или социальных связей — трудовых, семейных и др.

Специалист (врач или социальный работник) должен уметь слушать и помогать выработать конструктивное видение поведения, стимулировать независимое существование больного.

В процессе реабилитации пациента учат быть готовыми к риску, брать на себя ответственность и не бояться потерпеть неудачу (в отличие от медицинского подхода, когда больного стремятся оградить от стресса).

Организация реабилитационного процесса.

В целом, основные функции реабилитации сводятся к системе мероприятий, которые включают:

- обследование;
- планирование с программирующей гибкостью;
- оказание помощи, защиты;
- связь с лечебными учреждениями, обеспечение протяженности и непрерывности;
- мониторинг (наблюдение);
- оценка эффективности реабилитационных воздействий;
- контроль за выполнением намеченной программы, получение информации о семьях и с места работы о возникающих проблемах и способах их решения;
- контакт с медицинскими службами;
- обеспечение социальной помощи;
- поиск помощников в социальной работе.

В прошлом акцент делался на трудовой терапии и реабилитации. Действовали лечебно-трудовые мастерские, в которых работало значительное количество больных, была развита внутриотделенческая трудотерапия. Изменение экономической ситуации в стране привело к практически полному разрушению системы трудовой терапии. С другой стороны, современная действительность ставит очень высокие запросы к способности пациентов жить независимо. Крайне усложнились процедуры получения документов, расчета и выплаты пенсий и пособий, изменилась система взимания коммунальных платежей, возникли совершенно новые проблемы с оформлением права собственности на жильё, другие юридические проблемы. В таких условиях и человеку, не имеющему психиатрических проблем нелегко адаптироваться, что же говорить о психически больном человеке.

В связи с этими изменениями, в российской психиатрии, начиная с 90-х годов, произошел переход от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальной модели, на которой и базируется современная реабилитация.

Биопсихосоциальная модель включает следующие этапы:

1. Медико-психиатрический (биологический);
2. Психотерапевтический (психологический);
3. Социальный.

Медико-психиатрический (биологический) этап включает в себя :

- психофармакотерапию, направленную на стабилизацию состояния больных,
- купирование выраженных поведенческих нарушений,
- назначение препаратов длительной терапии,
- биологические методы воздействия (ЭСТ, инсулинотерапия и пр.).

Обращает на себя внимание, что сочетание терапии атипичными нейролептиками с когнитивно-поведенческой психотерапией, семейной психотерапией и психосоциальной терапией более эффективно, чем терапия классическими нейролептиками в комбинации только с рациональной психотерапией.

Так как в первом случае выраженность негативных расстройств достоверно ниже, что повышает социальную адаптацию и трудоспособность пациентов.

Психотерапевтический (психологический) этап биопсихосоциальной модели.

Его основными задачами являются: предотвратить раннюю инвалидизацию, распад семьи, разрыв социальных связей, сохранить социальное функционирование пациента, помощь в преодолении чувства вины, безнадежности, неприязни. Психотерапия может потенцировать антипсихотическое действие биологических методов лечения.

Социально-психологическая реабилитация предусматривает адаптацию больных к социальному окружению, повышение самосознания путем формирования адекватного отношения к своему заболеванию и улучшению способностей к решению психологических проблем, налаживанию взаимоотношений с окружающими, в семьях, трудовых коллективах. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий. Методами социально-психологической реабилитации являются социально-психологическая коррекция, психотерапия.

Социальный этап биопсихосоциальной модели реабилитации.

В условиях перехода к оказанию помощи с опорой на сообщество особенно важно активизировать родственников пациентов, добиться их участия в лечении и реабилитации, поскольку именно на ближайшее окружение пациентов выпадает наибольшая нагрузка по лечению и уходу. Психообразовательные программы для родственников душевнобольных повышают компетентность участников программ в вопросах лечения и ухода за пациентами, способствует появлению неформальных объединений «бывших» участников программ.

Под **педагогической** реабилитацией понимают мероприятия обучающего и воспитательного характера, направленные на то, чтобы психически больной приобрел социальный опыт, овладел необходимыми умениями и навыками самообслуживания и жизненному самообеспечению, а также социальными нормами поведения.

С этой точки зрения реабилитация может рассматриваться не только как конечная цель, но и как динамический процесс, имеющий свои физиологические и психологические параметры, а также как способ видения человека — уже больного или который потенциально может заболеть.

Основными ее задачами являются:

- патронаж больных,
- трудовая реабилитация,
- участие в восстановлении социального положения больных (получение льгот, пенсий),
- социально-правовая защита.

Психосоциальная терапия направлена на совершенствование социальных навыков пациента, расширение круга восприятия и межличностного общения. Для сохранения и поддержки коммуникативных навыков, навыков самообслуживания и самостоятельного проживания служат различные тренинговые программы (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе). Установлено, что при одинаковой степени выраженности процессуального дефекта сохранность трудоспособности находится в отчетливой зависимости от уровня самосознания.

Психосоциальная приспособляемость – эффективная адаптация к социальному окружению. Адаптационные возможности пациентов, например, с шизофренией во многом определяются клинико-динамическими особенностями их заболевания и способностью к формированию компенсаторных механизмов, относительно охраняющих личность от прогрессирующего распада. Предпосылками для адаптации служат:

1. внутренние факторы (достаточно благоприятное течение заболевания),
2. внешние факторы:
 - семейные
 - социально-средовые (принадлежность к какому-либо социальному классу общества).

Накопление в течение нескольких поколений психиатрической патологии вытесняет наших пациентов в более низкие социальные слои общества. Пребывание в низших слоях само по себе замыкает порочный круг социальной дезадаптации. Принадлежность к относительно высокому социальному уровню и супружеский статус благоприятно отражается на исходе заболевания вследствие сопутствующих этому стимулирующих ожиданий окружения.

Осуществление реабилитационных программ необходимо в амбулаторных условиях, непосредственно в обществе, а также в стационарах на всех этапах постманифестного течения болезни.

Переход к биопсихосоциальной модели оказания помощи больным привел к созданию при ряде диспансеров **полипрофильных бригад**, куда входят врач-психиатр, психолог и социальный работник. Бригадное ведение больных позволяет получить более полное представление об уровне социального функционирования и качестве жизни больного. Такая форма обследования больных на дому выявляет реальные жизненные обстоятельства пациентов путем получения сведений от родственников, других лиц, контактирующих с больными.

Применяемые реабилитационные программы позволяют смягчить психопатологическую симптоматику и социально-трудовую дезадаптацию, восстановить, до некоторой степени, утраченные в результате болезни социальные связи и способность к независимому проживанию и выписывать из психиатрических больниц большие группы пациентов с затяжным течением заболевания. Однако в подавляющем большинстве случаев такие больные могут удержаться в внебольничных условиях только при постоянной помощи психиатрических служб и поддержке общества.

Одно из крупных направлений в психотерапии шизофрении представлено *гуманистической психологией* (экзистенциально-гуманистическая психотерапия, недирективная психотерапия, гештальт-терапия и др.). Одним из основных её положений является тезис об ответственности человека за то, что с ним происходит: что бы ни происходило с пациентом, ответственен за это сам пациент, и именно он способен изменить существующее положение дел.

Другим из основных постулатов гуманистической психологии является отношение к пациентам как к полноценным, заслуживающим уважения личностям и как просто к «другим». Станислав Гроф в одной из своих не столь давних работ писал: «Нынешняя психиатрия с её социально оскорбительными ярлыками, ужасными госпитальными условиями и терапевтическими процедурами создала атмосферу, в которой невозможна искренняя обратная связь». Врач и пациент как бы находятся по разные стороны баррикад. И когда стремишься перешагнуть эти «баррикады», что выражается, главным

образом, в отношении к пациенту как к полноценной, но просто другой личности, это оказывается достаточно неожиданным даже для самих пациентов. Большинство из них продолжают заученно повторять, что им нужно избавиться от страхов, «голосов» и т. п.

Эффективность психотерапевтического лечения зависит от взаимоотношений врача и пациента, от психотерапевтического альянса. Правильно построенные взаимоотношения врач - больной зависят от многих факторов, среди которых не последнее место занимают опыт и искусство врача. Психотерапия не может и не должна стоять вне клиники, а психотерапевт должен быть прежде всего грамотным клиницистом.

Часто реабилитационные мероприятия одновременно носят профилактический характер. Например, в процессе реабилитации лиц, перенесших инсульт, осуществляется профилактика повторных инсультов, усугубления сосудистых расстройств, неврологических и психопатологических нарушений в результате болезни.

Профилактику принято разделять на **первичную, вторичную и третичную**.

Первичная профилактика проводится в донологический период и направлена на предотвращение развития заболевания лиц, которые относятся к группам риска по тому или иному заболеванию. При этом обращается внимание на наследственность, условия жизни и работы, вредные привычки. С социальной точки зрения этот вид реабилитации наиболее перспективен. Экономически он более рентабелен, так как позволяет перераспределять финансы лечебной работы на профилактическую, менее дорогостоящую.

Вторичная профилактика проводится в период заболевания или в состоянии ремиссии. Ее целью является предотвращение обострений хронически текущего заболевания, снижение темпов развития патологических процессов, инвалидизации и осложнений.

Третичная профилактика адресована лицам, у которых после перенесенных заболеваний появились необратимые последствия и инвалидам. Основная профилактическая задача на данном этапе заключается в сохранении и уменьшении инвалидизирующих симптомов, в том числе и на уровне социального функционирования

МИФЫ В ПСИХИАТРИИ

Мифы и реальность психической болезни

Мифология психической болезни имеет давнюю историю. Несмотря на развитие психиатрических знаний, неадекватные представления о психических нарушениях чрезвычайно распространены в обыденном сознании и по сей день. Это показывает, насколько глубок разрыв между наукой и реальной жизнью людей, и также то, что усилия по просвещению недостаточны. В повседневности странные поведенческие проявления, характерные для некоторых психических заболеваний, преувеличиваются, искажаются и переносятся на любые нарушения психики.

Отношение к хроническим психическим заболеваниям более всего основывается на нерациональных убеждениях, отсутствии у окружающих людей верной информации, поэтому больные психическими расстройствами, такими, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, старческие психозы, оказываются наиболее уязвимыми. Следующие мифы особенно нуждаются в развенчивании.

Миф первый. *«Всего многообразия психических болезней не существует. Есть единый психоз».*

В 40-60-е годы XIX в. под влиянием взглядов В. Гризингера сложилась концепция о том, что существует некое единое психическое расстройство. Существуют серьезные доводы в пользу этой теории: нарушения аффекта часто вызывают проявления

вторичного бреда. Между шизофренией и биполярным расстройством существуют промежуточные переходные формы. Это дает повод говорить о том, что шизофрения и биполярное расстройство суть течения одного и того же заболевания. Но концепция единого психоза объединяет двух гигантов психиатрии: циклофрению и шизофрению, оставляя в стороне огромное многообразие клинических проявлений эндогенно-органических, экзогенных и реактивных психозов. Поэтому пока эта концепция рассматривается как миф.

Миф второй. *«Психических болезней не существует, а психиатрия-лженаука».*

Основоположниками учения об антипсихиатрии являются Р. Лэинг, Д. Купер, А. Эстерсон, Т. Жак. Они считают, что психическая болезнь – это вид ярлыка. На самом деле ее нет, а причины болезни лежат в социальных условиях. Болезнь требует понимания, а не медикаментозной терапии. Болезнь - переход от подлинного бытия к неподлинному: психически больным становится доступным то, что другим недоступно. «Психическая болезнь – дар и особая милость Бога». Движение антипсихиатрии закончилось в середине 70-х годов.

Миф третий. *«Такой болезни как шизофрения не существует».*

Этиология шизофрении неизвестна. Исследования на генетическом уровне не дают никаких доказательств существования шизофрении (Д. Сэтчер, США). Джеффри Мэссон пишет: «Так называемая шизофрения не истинное заболевание, а неопределенная категория, которая включает почти все поступки, мысли и чувства человека, неодобряемые другими людьми или самими так называемыми шизофрениками. Поскольку шизофрения - это термин, охватывающий почти все действия и мысли, которые не нравятся другим людям, это понятие очень трудно определить объективно».

Миф четвертый. *«Вялотекущая шизофрения – специально придуманный диагноз для борьбы с инакомыслием».*

Концепция этих форм шизофрении, впоследствии названными «вялотекущими» разрабатывалась и отечественными и зарубежными психиатрами, начиная с 30-х годов прошлого века. Но это понятие существует уже около 100 лет. Известный психиатр П. Б. Ганнушкин называл ее «шизофрения без шизофрениии». В основе ее диагностики лежат осевые симптомы: соматоформные, неврозоподобные, психопатоподобные, сверхценные образования.

Миф пятый. *«Методы лечения в психиатрии разработаны специально для того, чтобы вызвать мучения у больных и сломить их волю».*

Можно процитировать проф., А. Александровского: ...в медицине понятие гуманности приобретает особый смысл. Любую хирургическую операцию можно рассматривать как негуманную меру: человека режут, он теряет кровь, удаляют часть какого-то органа, потом он испытывает боли и пр. Любое сильнодействующее лекарство (в том числе химеотерапию при онкозаболеваниях) можно воспринимать как «отраву». Но все это делается для спасения человеческой жизни или для восстановления здоровья. Та же цель и при инсулинотерапии, ЭСТ, сульфазинотерапии - пиротерапия (в прошлом), лечение нейрореплетиками.

Миф шестой. *«Шизофрения заразна».*

Невозможно заразиться психической болезнью через общение с больным человеком или посредством пищи. Не существует флюидов или магического сглаза, которые могли бы вызвать шизофрению или другие психотические расстройства. Медицинские и другие специалисты, работают долгие годы с контингентом психически больных, сохраняя здравый рассудок и способность к восприятию реальности.

Но более достоверной причиной шизофрении является генетическая предрасположенность, до определенной степени играющая роль в возникновении болезни. Если в среднем вероятность заболевания составляет 1 — 1,5%, то для брата или сестры больного повышается до 9,6 %, а для ребенка при заболевании одного родителя —

до 12,8 %. Эти данные не являются окончательными. Много зависит от возраста, наличия болезни у других родственников, наконец, от результатов различных исследований. Нельзя говорить о неотвратимости наследственной передачи, подавляющее большинство родственников психически больных здоровы.

Профессор И. Гурович теперь категорически отрицает вирусную теорию шизофрении, которая имела место в 50-х годах прошлого века и не нашла никакого подтверждения. Может иметь место индуцированное помешательство. Для его возникновения должны быть следующие условия: тесный и длительный контакт индуктора и реципиента, это чаще близкие родственники, авторитетная и авторитарная личность индуктора, повышенная внушаемость или инфантилизм реципиента.

Миф седьмой. «Психиатры сами психически больны».

Миф восьмой. «Психически больные – изгои. На них лежит несмываемое клеймо, они опасны для общества».

Стигматизация («стигма» - греч. клеймо) – это не просто навешивание ярлыков. Отношение общества к тем или иным явлениям редко возникает совершенно стихийно, необоснованно. Оно не возникает из ничего. Явление стигматизации известны уже более 2000 лет. Прежде всего она касалась больных чумой, оспой, лепрой. На психически больных всегда лежала печать или избранности или одержимости дьяволом в средневековье. Подсознательный страх – главная причина любой стигматизации, в особенности, психической. Этот страх постоянно подкрепляется средствами массовой информации о случаях насилия, в которых участвуют психически больные люди. Особенно печальным фактом нужно признать стигматизацию психически больных врачами общемедицинской сети. По данным различных авторов, у больных, обращающихся в общемедицинскую сеть от 30 до 60% имеют психиатрические проблемы. Только услышав, что пациент состоит на учете у психиатров сначала сразу отправляют их на консультацию к психиатрам.

На самом деле только 3% истинно психически больных (шизофреники) совершают правонарушения. Наибольший удельный вес преступлений имеется у алкоголиков, наркоманов, психопатов, у перенесших травмы головного мозга, с органическими поражениями нервной системы.

Люди с психическим заболеванием в основном не агрессивны и не являются убийцами. Случаев агрессивного поведения среди них столько же, сколько среди здоровых индивидов. Однако телевидение склонно эксплуатировать образ опасных, агрессивных, жестоких, буйных психически больных, и персонажи маньяков-убийц ищутся прежде всего посреди этой категории. Как ни странно, психически больные, предстают в других ролях — тихих, спокойных, погруженных в свой внутренний мир, ежедневно достаточно успешно справляющихся со своей болезнью, ведущих обычный образ жизни. Показательные судебные процессы, в которых диагноз психически больного спасает совершившего жестокое преступление, также искажают общую картину.

Миф девятый. «В психиатрических больницах над больными издеваются, бьют, привязывают к койке».

Миф десятый. «Психические болезни неизлечимы».

В настоящее время около 15 % «истинных» психических расстройств излечимы и заканчиваются выздоровлением. Как минимум 30% из заболевших достигают хорошей ремиссии. Экзогенные и пограничные психические заболевания при проведении адекватно подобранной фармакотерапии и психотерапии успешно выздоравливают. По прогнозам ученых в XXI в. должны быть решены две важнейшие задачи в психиатрии: первая - связана с предупреждением тяжелых форм заболеваний, вторая – с высокой результативностью лечения уже развившегося психического расстройства.

Миф одиннадцатый. «Психические болезни очень редки и необычны».

Статистика, приведенная в начале этой книги, свидетельствует о том, что очень

многие люди в процессе своей жизни могут быть подвержены расстройствам характера, настроения, стрессовым расстройствам и другим нарушениям. Люди современного общества в целом принимают подобные острые, кратковременные или неявные для окружающих расстройства. Однако относительно распространения тяжелых психических заболеваний население в целом крайне не информировано. Мало кто реально представляет, что каждый человек может страдать шизофренией и что это заболевание распространено столь же широко, как и многие хронические болезни, поражающие внутренние органы. Вероятность взаимодействия с психически больными людьми также очень высока, и подобные речи являются частью нашей жизни.

Миф двенадцатый. «Психические болезни неизлечимы».

Благодаря использованию психотропных препаратов многие формы тяжелых психических расстройств успешно лечатся, и у значительной части пациентов наступает полное выздоровление. Естественно, что для другой части больных прогноз не столь благоприятен, однако современная фармакотерапия существенно ослабляет симптомы и помогает улучшить качество жизни больных и их близких. Тот факт, что человек принимает лекарства, говорит о том, что его болезнь находится под контролем; неверно думать, что прием лекарств свидетельствует лишь о тяжести заболевания и бесперспективности излечения.

Миф тринадцатый. «Шизофрения означает раздвоение личности».

Это одно из широко распространенных заблуждений относительно шизофрении, навеянное средствами массовой информации и кинофильмами. Представление о том, что при шизофрении в одном человеке существуют две личности и это является главным признаком заболевания, не соответствует реальности. Расщепление личности связано с отдельным психическим синдромом — множественным диссоциативным расстройством, причиной которого могут быть психические травмы, полученные в детском возрасте. Подобное превращение меняет человека, характер и поведение иногда до неузнаваемости. Ошибочному представлению также способствует отождествление раздвоения личности с одним из симптомов шизофрении — деперсонализацией, когда человек теряет ощущения себя, но при этом не становится другой личностью. Гораздо более частыми симптомами болезни являются галлюцинации, бред, также некоторые дополнительные признаки.

Миф четырнадцатый. «Психически больные — плохие и слабые люди».

Психическое заболевание не является наказанием за грехи, они поражают самых разных людей. Психическая болезнь — несчастье, но это такая же болезнь, как диабет, рак или порок сердца. Поэтому сам больной и его родственники не должны ни в коей мере стыдиться психического заболевания. Кроме того, психические нарушения не являются следствием слабости воли или лени, они представляют собой заболевание мозга, которое нельзя преодолеть сознательным усилием.

Миф пятнадцатый. «Люди с психическими заболеваниями — творческие гении».

Пожалуй, это один из самых живучих стереотипов, который связан с тем, что за психически больными признаются неведомые и таинственные способности, а их мышление считается столь неординарным, что может производить творения высокого художественного качества. Реальность, однако, такова, что процент талантливых личностей среди психически больных такой же, как и среди здоровых. Психическая патология не ведет к гениальности, на против, многие продукты деятельности больных могут не иметь никакого смысла, практической или эстетической ценности.

Существуют и противоположные представления, когда гениальность непременно связывается с помешательством. Выдвигаются бездоказательные мнения о том, что наличие душевных расстройств выступает необходимым компонентом таланта. Пристальное внимание к биографиям великих художников, писателей, философов, поэтов направлено на поиск причин их неординарности. Зачастую исследователи ищут

черты нарушений в мышлении, ассоциациях, картинах и стихах, настроении, суицидальном поведении и других проявлениях гениальных людей.

На основе некоторых научных и околонучных работ, в которых анализируются жизненные пути многих писателей, политиков, художников и композиторов и делаются подобные выводы, претендующие на статистическую представительность. У Винсента Ван Гога (1853—1890) — гениального голландского художника, автора сотен портретов и полотен, появились слуховые и зрительные галлюцинации и бредовые идеи отношения. Он пытался зарезать своего друга художника Гогена, потом — перерезать себе горло. В конце концов Ван Гог отрезал себе ухо, завернул его в конверт и отнес в публичный дом — к своей любовнице. А, вернувшись домой, улегся спать. Будучи помещен в психиатрическую больницу, Ван Гог продолжал слышать неясные голоса, которые предупреждали его об опасности, высказывал бредовые идеи отравления, из-за чего отказывался от пищи. В последующие три года он время от времени поступал в психиатрическую больницу и в конце концов покончил с собой.

Аномалии ищутся как в событиях жизни, так и в элементах творчества известных людей. Многие согласятся, что, судя по тягостным переживаниям и своеобразным умозаключениям, содержащимся в произведениях Ф.М.Достоевского, его книги не относятся к оздоравливающим, психотерапевтическим, укрепляющим психическое здоровье. Так или иначе, несмотря на сложность вопроса связи гениальности и умственного помешательства вряд ли уместно полагать, что талантливый человек — это человек с потенциальной психической патологией.

ЕВРОПЕЙСКИЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Финляндия, Хельсинки 12 – 15 января 2005 г.

План рассчитан для реализации в странах с различным государственным строем, разным уровнем развития экономики, разной национальной культурой и менталитетом.

Приоритетные задачи на следующее десятилетие:

- Осуществление действий, способствующих более широкому осознанию важного значения психического благополучия.
- Осуществление совместных действий, направленных на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством.
- Расширение прав и возможностей лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей и оказание им поддержки в целях привлечения их к активному участию в процессе дестигматизации.
- Разработка и внедрение комплексных, интегрированных и эффективных систем охраны психического здоровья – укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья.
- Обеспечение удовлетворения потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях.
- Признание важного значения знаний и опыта потребителей психиатрических услуг и лиц, осуществляющих уход в качестве основы для планирования и развития психиатрической службы.

Направления действий по охране психического здоровья:

1. Укрепление психического благополучия населения.
2. Обеспечение понимания важнейшей роли психического здоровья.
3. Борьба со стигматизацией и дискриминацией.

4. Поддержка мер, адаптированных к различным этапам жизни людей, связанных с повышенным риском.
5. Предупреждение проблем психического здоровья и самоубийств.
6. Обеспечение доступа лиц с психическими проблемами к высококачественной первичной медико-санитарной помощи.
7. Обеспечение возможности получения эффективной медико-социальной помощи лицами с тяжелыми психическими проблемами по месту жительства.
8. Развитие партнерского сотрудничества различных отраслей и секторов.
9. Обеспечение достаточного количества квалифицированного персонала.
10. Создание эффективной информационной системы по вопросам психического здоровья.
11. Обеспечение справедливого и адекватного финансирования.
12. Оценка эффективности и получение новых фактических данных.

1. Укрепление психического благополучия населения включает следующие задачи:

Укрепление качества жизни, которое включает:

психическое здоровье и психическое благополучие и образ жизни.

- Психическое здоровье и психическое благополучие обеспечивают:

социальное единство

производительный труд

общественное спокойствие и стабильность

рост социального капитала

экономическое развитие общества

- Разработка комплексных стратегий укрепления психического здоровья в рамках программ в области охраны психического здоровья, общественного здравоохранения, обеспечивающих укрепление психического здоровья на протяжении всей жизни.

- Проведение политики укрепления психического здоровья как объекта долгосрочных инвестиций

- Разработка соответствующих образовательных и информационных программ, рассчитанных на долгосрочную перспективу.

- Разработка и обеспечение доступа к эффективным программам родительской поддержки и просвещения, начиная с периода беременности.

- Разработка и обеспечение доступа к научно-обоснованным программам для детей и молодежи, способствующим развитию навыков и получению информации о психической устойчивости, умении управлять эмоциями и психоэмоциональном взаимодействии.

- Расширение возможности доступа лиц преклонного возраста к здоровому рациону питания и физической активности.

- Содействие развитию на уровне общины многоуровневых видов деятельности, предусматривающих проведение компаний информирования общественности и участия в этой работе служб первичной медико-санитарной помощи, учителей, священнослужителей и работников СМИ.

- Обеспечение интеграции вопросов укрепления психического здоровья в существующие общие стратегии и программы укрепления здоровья и общественного здравоохранения.

- Создание здоровых рабочих мест с помощью физической культуры, изменения режима и характера работы, перехода на более благоприятные для здоровья часы работы и здоровые стили управления.

- Поощрение потребления здоровых продуктов питания и снижение уровня потребления вредных продуктов.

- Обеспечение доступа к эффективным мерам укрепления психического здоровья для групп повышенного риска, включая лиц с психическими и физическими проблемами и лиц, осуществляющих уход.

- Разработка четких механизмов расширения прав и возможностей населения в отношении укрепления здоровья и достижения целей предупреждения заболеваемости путем повышения уровня информированности о здоровом образе жизни.

2. Обеспечение понимания важнейшей роли психического здоровья

Охрана психического здоровья - неотъемлемая часть общественного здравоохранения.

- Включение вопросов охраны психического здоровья и принятие соответствующих мер в рамках новых и уже существующих национальных стратегий и законодательных актов.
- Включение вопросов охраны психического здоровья в программы, касающиеся гигиены труда и техники безопасности.
- Проведение оценки потенциального воздействия любой новой стратегии на психическое благополучие населения до начала ее реализации и изучение полученных результатов после ее завершения.
- Уделение особого внимания относительному влиянию стратегий на людей, уже страдающих психическими проблемами и лиц, подвергающихся риску их развития.

3. Борьба со стигматизацией и дискриминацией

- Активизация действий, направленных на борьбу со стигмой и дискриминацией, подчеркивая широкую распространенность проблем психического здоровья, их в целом хороший прогноз и излечимость, а также то, что они редко сопровождаются насилием.
- Содействие внедрению или тщательному анализу законодательства в отношении прав людей с инвалидностью, с тем, чтобы они охватывали вопросы психического здоровья, обеспечивая соблюдение принципов равенства и справедливости.
- Разработка и реализация национальных, отраслевых и учрежденческих стратегий борьбы со стигматизацией и дискриминацией при трудоустройстве лиц с проблемами психического здоровья.
- Стимулирование участия населения в местных программах охраны психического здоровья за счет поддержания соответствующих инициатив неправительственных организаций.
- Разработка согласованной программы политических и законодательных мер для борьбы со стигматизацией и дискриминацией с учетом международных и региональных норм в отношении прав человека.
- Развитие конструктивного диалога со средствами массовой информации и предоставление им информации на систематической основе.
- Установление норм представительства потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, в комитетах и группах, занимающихся вопросами планирования, предоставления услуг, анализа и проверки деятельности охраны психического здоровья.
- Способствование созданию и развитию местных и национальных неправительственных организаций и организаций, управляемых самими потребителями услуг, которые представляют людей с психическими проблемами, лиц, осуществляющих за ними уход и местные сообщества, в которых они проживают.
- Содействие социальной интеграции детей и молодых людей с проблемами психического здоровья и инвалидностью в рамках существующей системы образования и профессиональной подготовки.
- Обеспечение возможностей профессионального обучения лиц с психическими проблемами и способствование адаптации рабочих мест и форм труда с учетом их конкретных потребностей в целях обеспечения возможностей их трудоустройства на конкурентной основе.

4. Поддержка мер, адаптированных к различным этапам жизни людей, связанных с повышенным риском

Дети, молодежь и пожилые люди:

Повышенный риск воздействия социальных, психологических, биологических и средовых факторов.

- Включение в стратегии охраны психического здоровья в качестве приоритетных задач вопросов охраны психического здоровья детей, подростков и пожилых людей.
- Включение в законодательство в области психического здоровья вопросов соблюдения международных прав детей, подростков и пожилых людей.
- Широкое участие молодежи и пожилых людей в процессе принятия решений.
- Особое внимание маргинальным группам населения, включая детей и пожилых людей из семей эмигрантов.
- Создание служб охраны психического здоровья, адаптированных к потребностям молодежи и пожилых людей, работающих в сотрудничестве с семьями, школами, родственниками, центрами дневного ухода.
- Развитие центров помощи лицам преклонного возраста на уровне общины в целях усиления социальной поддержки и доступа к программам помощи.
- Предоставление психиатрических услуг с учетом возрастных и гендерных особенностей службами первичной медико-санитарной помощи и специализированными учреждениями в рамках единой сети.
- Ограничение использования специальных учреждений закрытого типа и аналогичных подходов, усиливающих риск социальной изоляции для детей и пожилых людей.
- Повышение качества работы специализированных психиатрических служб путем развития или усиления их потенциала в области применения специализированных мер вмешательства.
- Справедливое распределение финансов между сопоставимыми службами здравоохранения.
- Улучшение координации деятельности организаций, участвующих в программах борьбы с алкогольной и наркотической зависимости, а также укрепление психического здоровья детей и подростков на национальном и международном уровнях.
- Повышение качества работы специализированных психиатрических служб путем обучения и найма на работу адекватного числа специалистов.

5. Предупреждение проблем психического здоровья и самоубийств

- Повышение уровня информированности общественности о распространенности, симптомах и возможностях излечения вредных для здоровья стрессовых и тревожно-депрессивных состояний, а также шизофрении.
- Реализация программ профилактики депрессий, тревожных состояний, стрессов, самоубийств, ориентированных на группы повышенного риска и разработанных с учетом их конкретных потребностей и особенностей их социально среды.
- Создание групп самопомощи, телефонных линий помощи и веб-сайтов, помогающих снизить уровень самоубийств и направленных на группы высокого риска.
- Разработка стратегий, способствующих ограничению доступности средств совершения самоубийств.
- Регулярная оценка состояния психического здоровья недавно родивших женщин силами врачей-акушеров и патронажных медицинских работников и осуществление при необходимости мер вмешательства.
- Проведение просветительской работы на дому и в семьях повышенного риска для целенаправленного содействия развитию родительских навыков, здоровых форм поведения и взаимодействия между родителями и детьми.
- Разработка научно обоснованных образовательных программ для молодежи в школах и высших учебных заведениях, касающихся самоубийств, депрессий, употребления ПАВ
- Реализация программ общественного развития в районах повышенного риска и расширение прав и возможностей неправительственных организаций, особенно представляющих интересы маргинальных групп.
- Адекватная профессиональная поддержка и предоставление услуг людям, находящимся в серьезных кризисных ситуациях и подвергающимся насилию, включая войны,

стихийные бедствия и террористические акты, в целях предупреждения посттравматических стрессовых расстройств.

- Более полное понимание сотрудниками служб здравоохранения и других секторов своего отношения к проблеме самоубийств и психических заболеваний и связанных с ними предрассудков и предубеждений.
- Мониторинг состояния психического здоровья, связанного с трудовой деятельностью, путем разработки соответствующих показателей и средств контроля.
- Разработка мер охраны и укрепления психического здоровья на рабочих местах путем оценки рисков и управления стрессовыми и психосоциальными факторами, повышения квалификации персонала и уровня информированности населения.
- Привлечение к разработке и реализации программ профилактики самоубийств ведущие ведомства и организации, отвечающие за трудоустройство, образование и жилищные вопросы.

6. Обеспечение доступа лиц с проблемами психического здоровья к высококачественной первичной медико-санитарной помощи

- Беспрепятственный доступ населения к службам охраны психического здоровья в рамках учреждений первичной медико-социальной помощи.
- Создание служб первичной медико-санитарной помощи, способных обеспечить выявление и лечение психических проблем, путем увеличения численности медицинского персонала и повышения его квалификации.
- Побуждение сотрудников первичной медико-санитарной помощи к осуществлению мер укрепления психического здоровья и предупреждения его нарушений.
- Обеспечение доступа к психотропным препаратам и простым психотерапевтическим процедурам на уровне первичной медико-санитарной помощи при наиболее распространенных и тяжелых психических расстройствах, в особенности в отношении лиц с длительными и стабильными психическими расстройствами, проживающих в данной общине.
- Разработка протоколов лечения и направления в специализированные учреждения службами первичной медико-санитарной помощи, с установкой принципов надлежащей практики и четким распределением обязанностей служб первичной медико-санитарной и специализированной психиатрической помощи.
- Реализация службами первичной медико-санитарной помощи, протоколов лечения психических и поведенческих расстройств и направление лиц, страдающих ими в специализированные учреждения.
- Организация центров передового опыта и способствовать развитию в каждом регионе сетей консультационной помощи для работников здравоохранения, потребителей психиатрической помощи, лиц, осуществляющих за ними уход и СМИ.
- Предоставление психиатрических услуг в рамках других служб первичной медико-санитарной помощи, а также их оказание в больницах общего профиля.

7. Получение эффективной медико-социальной помощи лицами с тяжелыми психическими проблемами по месту жительства

- Расширение прав и возможностей потребителей психиатрических услуг и лицами, осуществляющими за ними уход в получении психиатрических услуг и общей медицинской помощи.
- Планирование и организация на уровне местных сообществ специализированных служб, укомплектованных работающими круглосуточно, 7 дней в неделю, многопрофильными бригадами медработников для оказания помощи лицам с серьезными психическими проблемами.
- Планирование и организация кризисных служб, оказывающих помощь по месту жительства и работы и позволяющие в максимальной степени предотвращать ухудшение состояния здоровья и госпитализацию.

- Оказание по месту жительства комплексной лечебной помощи (включая психотерапию и медикаментозное лечение) молодым людям с впервые возникшей психической проблемой.
- Гарантированный доступ к необходимым лекарственным средствам для лиц с психическими проблемами.
- Развитие реабилитационных служб, ориентированных на максимальную интеграцию людей в общество и учет последствий нетрудоспособности, связанной с психическими проблемами.
- Предоставление возможности получения психиатрических услуг лицам, находящимся в больницах общего профиля или местах лишения свободы.
- Предоставление лицам, осуществляющим уход, и семьям возможности оценки их эмоциональных и экономических потребностей, а также участия в программах помощи.
- Разработка образовательных программ для формирования у членов семей и лиц, осуществляющих уход, практических навыков оказания помощи и психологической адаптации.
- Проведение анализа учета экономических затрат, связанных с оказанием ухода, в программах социального обеспечения.
- Планирование и финансирование типовых программ, которые могут быть распространены в широких масштабах.
- Выявление и поддержка лидеров, пользующихся уважением среди коллег, которые могли бы возглавить процесс внедрения инноваций.
- Разработка руководства и рекомендаций по надлежащей практике и осуществление мониторинга их исполнения.
- Предоставление лицам, подлежащим принудительному лечению, юридических прав на независимое отстаивание своих интересов.

Внедрение или усиление законодательства, обеспечивающего защиту норм медицинской помощи, в частности отказ от использования негуманных и унижающих достоинство процедур и вмешательств.

- Создание инспекционных служб для более активного внедрения надлежащей практики и борьбы со случаями жестокого и пренебрежительного обращения с пациентами.

8. Развитие партнерского сотрудничества различных отраслей и секторов

- Организация комплексных лечебно-профилактических служб, направленных на удовлетворение потребностей потребителей и работающих в тесном сотрудничестве с ними.
- Организация сети сотрудничающих учреждений по предоставлению услуг в различных областях, имеющих важное значение для качества жизни: социальное обеспечение, трудоустройство, образование, правосудие, транспорт и здравоохранение.
- Возложение на персонал психиатрической службы ответственности за выявление и удовлетворение потребностей потребителей услуг в отношении повседневной деятельности посредством принятия прямых мер или путем координации услуг, представляемых другими службами.
- Организация обучения персонала других родственных служб по вопросам относящимся к специфическим потребностям и правам лиц с психическими проблемами.
- Выявление и устранение финансовых и бюрократических препятствий, мешающих развитию сотрудничества, в том числе на правительственном уровне.

9. Обеспечение достаточного количества квалифицированного персонала.

10. Создание эффективной информационной системы по вопросам психического здоровья

- Разработка или усиление национальной системы эпиднадзора, основанной на международно-стандартизированных, гармонизированных и сопоставимых показателях и системах сбора данных.

- Мониторинг достижения местных, национальных и международных целей улучшения психического здоровья и повышения уровня благополучия населения.
- Разработка новых показателей, а также методов сбора данных для получения новой информации в области укрепления здоровья, в том числе психического, профилактики и лечения психических расстройств.
- Оказание поддержки проведению в рамках Европейского региона ВОЗ популяционных исследований психического здоровья с использованием согласованной методологии.
- Измерение базовых показателей частоты и распространенности ключевых психических состояний, включая факторы риска, среди населения и в группах риска.
- Мониторинг существующих программ, служб и систем охраны психического здоровья.
- Оказание поддержки разработке интегрированной системы базы данных в масштабах Европейского региона ВОЗ.
- Оказание поддержки распространению информации о воздействии надлежащей политики и практики на национальном и международном уровнях.

11. Обеспечение справедливого и адекватного финансирования.

12. Оценка эффективности и получение новых фактических данных.

ЧАСТЬ II. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

Вопросы к теме:

1. Причины роста роли медицинской этики в здравоохранении.
2. Медицинская этика, три ее основные раздела.
3. Понятие этики, как учения о морали.
4. Понятие «деонтологии», ее психологические аспекты.
5. Психологические реакции больного.
6. Понятие «гуманизма» в медицине.
7. Здоровье, как свобода деятельности человека.
8. Оценочный подход в медицине.
9. Психосоматические взаимоотношений.

В современных условиях медицина играет исключительно важную социальную роль. На период до 2000 года отмечена необходимость усиления профилактической направленности здравоохранения, повышения качества медицинского обслуживания. Для успешного решения этих задач необходимо не только дальнейшее совершенствование профессиональной подготовки врачей, но и постоянное его моральное и культурное воспитание. Деонтологические проблемы далеко выходят за пределы взаимоотношений врача и больного, приобретая большое общественное значение.

Возросший уровень образования населения в современном обществе, развитие сети здравоохранения и другие медико-социальные факторы привели к более широкому общению врача и больного. Нравственно-психологические результаты такого общения играют исключительно важную роль в состоянии больного человека.

Понятие «милосердие» в настоящее время считается почему-то устаревшим. Но без этого качества врач, как личность, не может состояться. Важное значение в нравственном плане имеют новые открытия в области медицины, использование современной техники, применение сложных лечебно-диагностических методов исследования.

Медицина, в отличие от других наук, тесно связана с судьбой человека, его здоровьем и жизнью, отсюда вытекают и особые нравственные качества врача. Наиболее полно они определяются понятием «гуманизма». Без гуманизма медицина теряет право на свое существование, ибо ее научные принципы в таком случае вступают в противоречие с основной ее целью - служить человеку. Гуманизм составляет этическую основу медицины, ее мораль, а этика является теорией морали.

Медицинская деонтология регламентирует деятельность врача под углом зрения интересов больного. Сюда входят вопросы, связанные с лечебной тактикой, взаимоотношениями врача и больного, понятием о врачебной тайне, коллегиальности врачей и т.п.

При проведении исследований на людях интересы науки не должны преобладать над соображениями о благополучии испытуемых. Это требование содержится в Декларации, принятой на XVIII сессии Всемирной ассамблеи в Хельсинки (Финляндия) в 1964 г. и пересмотренной в Токио в 1975г.

Очевидно, что деятельность врача должна строиться на глубоком понимании законов природной и социальной жизни человека. Истинное внимание врача к больному должно строиться на научных знаниях. Быть гуманным к людям, к больному - это дело не только сердца, но и разума

Профессиональная мораль врача подчинена целям охраны здоровья и жизни человека. Отсюда известный этический принцип врачевания: «Non posse» - не навреди.

Врачебная этика - это часть общей этики, которую можно определить как науку о нравственных ценностях поступков и поведения врача в сфере его деятельности.

Врачебная этика включает в себя совокупность норм поведения и морали, предопределяет чувство профессионального долга, чести совести и достоинства врача. Г.И. Царегородцев считает, что она представляет собой «совокупность принципов регулирования и норм поведения медиков, обусловленных особенностями их практической деятельности, положением и ролью в обществе».

Медицинская психология рассматривает человека и в процессе труда, и в условиях семейно-бытовых отношений, и в связи с природной средой. Психотерапия реализуется прежде всего в процессе взаимодействия врача и больного. Она имеет своей задачей «восстановить силу и уравновешенность основных нервных процессов коры и подкорки и обеих сигнальных систем в деятельности целостного организма» - К.К.Платонов, 1962.

Этика медицинских работников включает в себе богатое гуманистическое содержание, она, как никакая другая область моральных отношений, наполнена чувством высшей человечности. Физическое и психическое здоровье является личной и общественной ценностью и должно «...быть принимаемо за верховную цель развития человека» - Н.А.Добролюбов. Специфика профессиональной мед.техники вытекает из того факта, что моральные принципы, человеческие ценности в медицине непосредственно вплетаются в те средства и приемы, которые использует данная наука для лечения и предупреждения болезней. Вот почему наука и этика, научное познание и моральная оценка, истина и добро получают в медицине наивысшее развитие. Объективно-истинное познание закономерностей природной и социальной жизни человека, соединенное с этической оценкой об определении моральной цели - путь по которому должна идти медицинская наука в борьбе за здоровье человека.

Нет другой такой профессии, которую можно было бы сравнить по мере ответственности за здоровье и судьбу больного человека, как профессию врача. Тот, кто получал это звание, добровольно брал на себя обязанность безукоризненно выполнять эти нормы в течении жизни.

С развитием общества менялось положение врача в нем, возрастал его престиж и авторитет, столь необходимые для осуществления профессиональной деятельности.

В известном индийском трактате «Аюрведа» («Наука и жизнь») - VI в. до н.э.: врач должен был обладать высокими моральными и физическими качествами, проявлять к своим пациентам сострадание, быть терпеливым и спокойным, никогда не терять самообладания. Существовали также правила поведения врача по отношению к умирающему и его родственникам.

Важным считалось соблюдение врачебной тайны, врач обязан был «свято чтить семейные тайны».

В древнекитайской медицине были отражены глубокое гуманистическое понимание и определены основные правила для врача:

- необходимость внушать больному уверенность в выздоровлении;
- индивидуальный подход к заболевшему с учетом его характерологических особенностей;
- «уметь удержать сердце в груди» - правильно реагировать на различные жизненные ситуации;
- медицина не может спасти от смерти, но в состоянии продлить жизнь и укрепить государство и народы (т.е. профилактическая роль медицины).

Еще Гиппократ уделял большое внимание нравственному облику врача: «Клятва», «О враче», «О благоприятном поведении», «Об искусстве».

Он предлагал направлять на излечение больного усилия не только врача, но и всех окружающих. Гуманизм медицины Гиппократа заключается в том, что она служила каждому больному, независимо от его социального положения. Он создал свод законов для многих поколений врачей. «Клятва Гиппократа» - величайший памятник врачебной этики.

Победа над болезнью возможна только при условии единства врача и больного. Авицена (таджикский врач Ибн-Сина) придавал большое значение необходимости успокоить больного, снять чувство страха, поднять его настроение.

По мнению Н.Г.Чернышевского, труд врача, сохраняя или восстанавливая здоровье человека, является самым производительным, т.к. он помогает сберечь обществу те силы, которые погибли бы без его забот.

Подвиг, самопожертвование, служение долгу расценивалось в отечественной медицине как норма поведения врача.

Теперь часто бизнес превалирует над долгом. Врачебная мораль неизбежно отражает господствующие производственные отношения, политику, идеологию.

Деонтология - понятие более узкое, чем мед.этика и методологическое понятие и имеет дело с выполнением мед.персоналом морального долга перед больными, обществом и коллегами. Эта сфера должного, т.е. «разного рода требования, обязанности, распоряжения, поручения и т.д., которые определяют кем должен быть человек и что он должен делать» (В.Момов, 1975). Проблема врачебного долга органически связана не только с убежденностью, но и с высокой мерой ответственности.

Весь этот нравственный комплекс принято определять термином «деонтология», происходящим от греческого «deon», - долг и «logos» - учение.

Т.о. деонтология - это учение о долге врача, совокупность этических норм, необходимых ему для выполнения своих профессиональных обязанностей. Это практическое воплощение морально-этических принципов в деятельности как врачей, так и среднего, младшего медперсонала. Она направлена на создание максимально благоприятных условий для эффективного лечения больных. Содержание слова «деонтология» было впервые раскрыто в 30-х годах прошлого столетия английским философом И.Бентамом в книге «Деонтология, или наука о морали».

Разработка вопросов деонтологии не случайно началась с хирургии. Это та сфера медицины, в которой с одной стороны легко поддаться «технизму», а с другой - «агрессивности».

В настоящее время выделяют общую деонтологию (общеетическое, исторический и социальный план) и частную, освещающую специфические особенности конкретной клинической дисциплины (хирургия, терапия, педиатрии и т.д.)

Технический прогресс представляет врачу возможность активно вмешиваться в природу человека, что связано с риском нанести ему вред. Возникает ситуация морального конфликта.

Все более сложными и опосредованными становятся в современных условиях технизации и специализации медицины связи между врачом и больным. Создаются возможности для обесценивания личностного подхода к больному. Всемирная организация здравоохранения обращает на это внимание, указывая, что смыслом существования медицины был и остается больной и что не следует уходить от восприятия больного как единого целого.

Профессия врача - одна из наиболее сложных профессий, имеет совершенно неповторимые морально-этические особенности, обусловленные ее спецификой.

А.Моруа в статье «О призвании врача»: «Медицинская наука станет еще точнее, ее оснащение приумножится, но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранит свое место в медицине, врач классического типа - тот, чьим призванием остается человеческое общение».

Нужно не только соблюдать такие этические категории как долг, совесть, справедливость, любовь к человеку, но и понимать людей, обладать знаниями в области психологии. Без этого не может быть и речи об эффективности деонтологического воздействия на больного.

Перед врачом в каждом конкретном случае возникают задачи, для решения которых необходимо самостоятельное мышление и умение предусматривать последствия своих действий.

Творческий характер труда врача обусловлен индивидуальными особенностями как пациентов и их родственников, так и самого врача, с его личными качествами, опытом и авторитетом. Одни и те же приемы деонтологического воздействия, эффективные у одного врача, могут быть совершенно неприемлемыми для другого. В этом состоит один из главнейших психологических аспектов деятельности врача. На подлинно творческий труд способен не каждый.

Гуманизм вытекает из самой сущности этой профессии и глубокого чувства уважения и любви к людям, ибо невозможно любить свою профессию не любя человека.

Стать хорошим врачом без любви к своему труду невозможно. Врач равнодушный к больному, к людям, глухой к общественным проблемам - большое социальное и профессиональное зло, за которое дорого платит общество. Ведь в процессе лечения врач не только применяет различные медицинские методы, но и воздействует на больного собственной личностью. Истинность врачебного признания определяется умением отождествлять себя с больным, понимать и чувствовать то, что мучает человека.

При этом психология присутствует везде, даже там, где кажется, что ее нет.

Возникновение ряда болезней (как психогенных, так и соматических) и их излечение самым непосредственным образом связаны с особенностями личности, а иногда даже определяются этими особенностями.

Врач должен рассматривать объективные ощущения больного как реальные факторы, уловить переживания, понять и оценить их, искать их причины, поддерживать их положительные стороны и использовать их для содействия больного при обследовании и лечении.

Говоря об индивидуальности личности, мы имеем в виду неповторимое сочетание ее психологических качеств, включающих характер, темперамент, мотивы поведения, социальный опыт. Личность - это прежде всего конкретный человек со своими достоинствами и недостатками.

При позитивной установке больной точно выполняет указания врача, его поведение определяется положительным отношением к медицине вообще и к врачу, который его лечит, в частности, а установка может быть и негативной.

При составлении психологического портрета личности врач должен уметь видеть и оценивать ее в динамике психической деятельности, в различных проявлениях ее темперамента и характера.

Важно, чтобы врач знал отношение больного к болезни и избирал соответствующий психологический подход, предупреждая тем самым возможность возникновения ятрогении.

И.М.Сеченов считал, что любая болезнь изменяет психологию человека. Каждое заболевание оказывает влияние не только на физическое состояние, но и психику больного, отражается на его положении в семье, обществе, на работе.

Какой бы болезнью ни страдал человек, она непременно накладывает отпечаток на всю его личность в целом.

Для больных с различными заболеваниями внутренних органов свойственны специфические эмоциональные реакции. Для расстройства деятельности сердца характерно чувство страх, нарушения функции печени - состояние гневной раздражительности, расстройства желудка - безразличие или даже отвращение к окружающему и др. Эти реакции осложняют клиническую картину заболевания и его течение. По-видимому прав был Р.Роллан, сказав, что «кто никогда не болел, тот не познал себя целиком».

Одни невнимательны к своему здоровью, другие преувеличивают жалобы. У тревожно-мнительных лиц даже незначительное заболевание вызывает крайне тяжелые

страдания. Иногда он не в состоянии логически мыслить, неадекватно оценивает деятельность окружающих. Представления его вытекают исключительно из ощущений, вызываемых болезненным состоянием: головная боль - опухоль мозга, боль в желудке - рак, сердцебиение - инфаркт.

У С.П.Боткина те же самые лекарства и по тому же самому поводу, оказываясь недействительными в руках других врачей, делали чудеса в его руках.

Весь медицинский персонал должен помогать больному, сокращая тревожное ожидание, ослабляя страх перед болью, способствуя устранению сопутствующих невротических реакций.

Немаловажную роль в психическом состоянии больного играет и само пребывание в стационаре, особенно излишне длительное. Оно ни в коей мере не способствует его успешному выздоровлению: оно ограничивает больного, лишает его привычных домашних условий, общения с близкими. Кроме того, контакт с другими больными невольно индуцирует его, неблагоприятно сказывается на его эмоциональном состоянии. Особенно тягостны в больнице вечера и ночи.

При медико-психологическом исследовании необходимо учитывать с одной стороны, влияние патофизиологических процессов на характер субъективно-психологических реакций больного, с другой - воздействие субъективных особенностей личности на ее объективное состояние. С другой стороны состояние больного оказывает влияние на врача (эмоции, моральные установки, эмоции больного), что в свою очередь не проходит бесследно для больного. Иначе говоря, отношения в системе «врач-больной» носит взаимообусловленный характер. В них проявляются их интеллектуальные способности и нравственные установки.

Необходимо учитывать, что неизмеримо возрос культурный уровень пациентов, в связи с чем эти взаимоотношения усложнились.

При встрече с больным врач прежде всего сталкивается не с заболеванием, а с его отражением в психике больного. И.В.Давыдовский: «к врачу приходит не болезнь, а больной человек».

Способность покорить и подчинить себе душу больного может не каждый, а лишь человек мыслящий, вдумчивый, умеющий сочетать данные объективного и субъективного обследования.

Все достижения техники в медицине не снимают и не могут снять необходимости исследовать личность больного. Француз писатель А.Моруа: «медицину нельзя разрубить на два куска - лабораторию и клинику, точно также как нельзя отделить медицину тела от медицины души». Некоторые врачи «забывают» даже взглянуть в лицо своего пациента.

Медицина была и будет медициной личности. Древнеиндийская мудрость гласит: «врач для больного и отец, и мать, и друг, и наставник». Но быть таким врачом нелегко. Чувство врачебного такта - величайшее оружие врача. Настоящий врач испытывает потребность делать людям добро и находит в этом свое личное счастье.

Ценностное отношение в медицине включает в себя субъективный момент, поскольку оценка исходит от человека и связана с особенностями его бытия и сознания. «Природа сознательной жизни организована таким образом, что я отвечаю радостью на все, что я переживаю, как имеющее известную ценность, и чем моя воля побуждается к соответствующим стремлениям» - Л.С.Выготский, 1970.

Пластичность, гибкость, большая возможность адаптационных механизмов, достаточно широкий диапазон генетически обусловленных реакций и неповторимость индивидов, наличие в человеческом мозге энергетических ресурсов, обеспечивающих активную жизнедеятельность при встрече с новыми условиями - все это и многое другое имеет не переходящее значение для формирования образа жизни. В этом ценность человека как биологическая, так и социальная.

Поэтому «наряду с исследованием объективных закономерностей, наряду с исследованием собственно научных проблем в медицине, в то же время решаются проблемы деонтологического, проблемы ценностного порядка» - А.Я.Иванюшкин, 1977.

«Нормальное состояние является некоторой зоной, границы которой подвижны, а подчас и расплывчаты. Одним из наиболее глубоких определений нормы для живых, технических и социальных систем является определение ее как функционального оптимума, такое толкование нормы плодотворно не только в биологии и медицине, но и в целом комплексе других наук» - А.А.Корольков, В.В.Петленко, 1977.

Ценностная ориентация в медицине обусловлена тем, что здоровье людей является высшим благом. Однако достижение этого блага требует значительного напряжения сил и энергии как со стороны медицинских работников, так и со стороны каждого человека.

Понимают индивидуальное, групповое и общественное здоровье. Последнее оценивается комплексом демографических показателей - рождаемостью, смертностью, уровнем физического развития, заболеваемостью, средней продолжительностью жизни, а также с помощью социально-биологических исследований. Следовательно, в оценке общественного здоровья учитываются многие показатели, которые отражают в той или иной степени гуманистические стороны социальной системы.

Нормальность личности - это не только ее приспособленность к среде и согласованность ее структурных элементов. Нормальная личность проявляется биосоциальной активностью в труде, общении и познании. Нормальная личность характеризуется высоким уровнем адаптации, проявляет относительную самостоятельность, все уровни ее жизнедеятельности находятся в гармоническом сочетании и оптимальном согласовании, наконец, нормальная личность выражает полноту включенности ее в различные формы активной социальной деятельности.

Психотерапевт встречается с оценкой разнообразных жизненных позиций личности, ее сложных психоэмоциональных взаимоотношений.

Оценочно-терапевтический анализ психической жизнедеятельности может быть реализован как в общесоциальном, так и в морально-этическом плане, поскольку речь идет об осуществлении таких способов мышления и поведения, которые характеризуются гармоничностью, доброжелательностью, богатством чувств, здоровой нравственной атмосферой.

Деонтология как бы собственная философия медицины, выполняет роль мировоззренческого руководства в медицинском деле.

Ценность человеческой бытия в реальной жизни имеет различные грани, стороны, оттенки. Не переходящей ценностью человека и общества является физическое и психическое здоровье.

При оценочном (анксиологическом) подходе в медицине важно учитывать мотивационные личностные моменты, раскрывающие отношение человека к своему здоровью. Это отношение может выражаться не только в форме определенного гигиенически-практического поведения людей, но и в виде психологического настроения, мнений, суждений и быть адекватным или неадекватным. Оценочное отношение людей к своему здоровью зависит от пола, возраста, уровня образования, профессии и других факторов. Практика показывает, что ценность здоровья большинство людей сознает только тогда, когда оно находится под серьезной угрозой или почти утрачено. В очень большой степени здоровье зависит от самого человека.

Очевидно, что здоровому образу жизни надо учить, здесь необходимы не только благоприятные материальные условия, но и проведение воспитательных мероприятий с учетом морально-личностных ориентаций.

Здоровье - это свобода деятельности человека. Болезнь препятствует, сдерживает проявление свободы жизнедеятельности человека. Г.Гегель считал, что в период болезни человек теряет «способность быть доступным действию чуждой силы, попадает под ее власть». В период болезни человек становится ограниченно свободным как в

общественном, так и в личном плане. Болезнь накладывает отпечаток на характер внешней и внутренней жизни людей. «Болезнь - это ужасные муки и страдания природы» - Л.Фейербах. Они связаны с потерей существенно значимых индивидуальных и общественных связей личности, поэтому-то свобода (свобода творчества, выбора, инициативы и др.) становится урезанной, неполной, сфера ее проявления сужается и в известной мере искажается. Именно в этом смысле надо «понимать определение болезни К.Марксом как «стесненной в своей свободе жизни».

Выражая гармоничность в отправлениях психофизиологических функций, здоровье само в свою очередь служит основой для достижения гармонии во взаимоотношениях человека с природой и обществом. С помощью внутренних механизмов человек может подавлять или стимулировать те или иные жизненные процессы, что указывает на качественно новый уровень саморегуляции и самоконтроля у человека.

К.Маркс указывал, что «...человек свободен не вследствие отрицательной силы избегать того или другого, а вследствие положительной силы проявлять свою истинную индивидуальность...» Утверждение этой положительной силы может происходить в условиях, когда человек физически и психически здоров, когда он может проявлять себя как целостная личность.

«Человек, страдающий из-за дефицитности своей природной основы, пытается сформировать соответствующие защитные механизмы, найти другие средства, чтобы преодолеть соответствующие противоречия» - А.Ф.Полис, 1982.

Т.о., если с одной стороны, физиологические нарушения организма ограничивают свободу, то с другой стороны, свобода социальной жизни ведет к ограничению и ликвидации заболеваний.

Врачу безразличны индивидуальные особенности личности, ибо они могут в зависимости от конкретных условий или способствовать излечению больного, или осложнять течение болезни. Следует считаться с биологическими свойствами людей, а также с особенностями окружающей природной среды.

«Когда речь идет о физических и душевных способностях, о работоспособности, о здоровье, долголетии, темпераменте, о личностном поведении в быту, нужно учитывать и биологические моменты, в том числе данные медицинской генетики и т.д.» - П.И.Федосеев, 1982. Кроме того, врач должен четко представлять себе, что формирование и проявление всех психических свойств индивида неотделимы от жизни коллектива, от тех или иных форм социального общения. С этой стороны медицинская психология примыкает к общественным дисциплинам, используя их достижения при изучении собственных проблем.

Психоэмоциональные реакции, направленные на поиск выхода из трудных жизненных ситуаций, органически включают в себя органические и биологические ориентации индивида. Только энергичная целеустремленная психоэмоциональная деятельность несет в себе тот положительный заряд, который необходим для преодоления стрессовых конфликтных ситуаций.

Принципы морали оказывают воздействие на человеческий организм не непосредственно, а через общий духовный психоэмоциональный мир личности. Психические эмоции, воздействующие на соматическую сферу, представляют собой особый тип информации. Психическая информация рассматривается как процесс, который пускает в ход, направляет и регулирует физиологические процессы в человеческом организме. Источником такой информации могут быть как внешние, так и внутренние изменения, происходящие на различных уровнях (биологическом, психическом, социальном) жизнедеятельности организма.

Воздействию психического на соматические в отличие от воздействий физико-химических агентов свойственна специфика. Психическое, его регуляторная функция характеризуется всеобщностью влияния на физиологические отправления организма. Неслучайно в этой связи высказываются мнения о том, что одной из предпосылок

возникновения «психосоматических» направлений являлось стремление преодолеть узколокалистическое понимание сущности человеческих заболеваний в пользу целостной и общей медицины.

«Влияние психического на соматическое, рассматриваемое в причинно-следственном плане, представляет собой, таким образом, воздействие информационных процессов высшего уровня на соматическую сферу. Это, несомненно, особый класс воздействий, качественно отличающийся от таких воздействий, как влияние на соматическую сферу химических вредностей, радиоактивного излучения или инфекционного агента» - Д.И.Дубровский, 1971.

Каким образом психическая информация как причина вызывает изменения в нейроэндокринных процессах? Каков по своей природе механизм этой информации? Ответ на этот вопрос дает теория нервизма И.П.Павлова. Это теория раскрыла значение и разнообразие проявлений центральной нервной регуляции и показала своеобразие этих проявлений в условиях высших форм нервной деятельности. С этой точки зрения соматическое и психическое включается в единый рефлекторный процесс деятельности мозга. Так усвоение и действие психоэмоциональной информации, являющейся, например, результатом воздействия психогенных моральных факторов, осуществляется на основе нейродинамического комплекса и тех психофизиологических импульсов, которые идут от мозговых центров по нейроэндокринным путям к отдельным органам и подсистемам организма.

«Психическое - это своеобразное проявления деятельности организма, сущность которого заключается в отражении необходимых для организма условий его существования и саморегуляции функций организма при посредстве этого отражения» - Г.И.Царегородцев, Г.Х. Шингаров, 1973.

Механизм психосоматического воздействия основан на принципе причинно-следственной обусловленности, на генетической зависимости ряда феноменов в смысле порождения одним другого. Психическое есть свойство материального процесса в мозгу.

«В этой причинно-следственной зависимости психического и соматического следствие превращается в причину, психическое становится материальным фактором, источником материальных изменений в организме» - В.Н.Мясищев, 1969.

Вполне естественно поэтому, что в профилактике сердечно-сосудистой патология, в создании скажем, условий для снижения артериального давления и ликвидации напряженных состояний большое значение имеет проведение психогигиенических профилактических мероприятий на основе формирования гуманных, коллективистских форм общения.

Клинические исследования показывают активное влияние психики не только на деятельность сердца, но и на слизистую оболочку желудка, его секреторную и моторную способность.

Известно, что страх, оскорбление и многие иные факторы морального характера могут стать даже причиной физической гибели людей (В.Т.Ефимов, 1982). Преодоление страха, устранение других моральных факторов становится важнейшим условием повышения физической надежности человека.

А.Бомбара в своей книге «За бортом по своей воле» пишет: «Я изучил наиболее известные случаи, когда люди выживали в самых отчаянных условиях. Я убедился, что моральный фактор играет в этом решающую роль».

«Только приняв целостное определение саморазвивающейся системы (организм-среда) можно понять, как психические процессы-сигналы могут оказывать существенное влияние на соматические функции организма» - Царегородцев, Шингаров. С учетом этого положения можно понять саморегулирующую деятельность воли, психики, эмоциональных переживаний человека.

ВЛИЯНИЕ БОЛЕЗНИ НА ЛИЧНОСТЬ

Вопросы к теме:

1. Особенности современного больного.
2. Изменения личности при хронических заболеваниях, отношение к болезни.
3. Типы реакций на болезнь и их причины.
4. ВКБ (аутопластическая картина болезни), условия ее формирования.
5. Рава и обязанности больного.
6. Возрастные аспекты заболеваний (старческий и детский возраст).

Болезнь обнажает все стороны жизни человека. Самый факт осознания «Я болен!» изменяет взаимоотношения с окружающими, самооценку и поведение заболевшего. Соматическое или психическое заболевание представляет собой сложнейшую цепь взаимно связанных звеньев: особенности реактивности и адаптационных механизмов, нейро-гуморальная и нейро-эндокринная регуляция, обменные процессы, психогенные воздействия, свойства личности, ее реакции и особенности социальной среды. В результате заболевания нередко переоцениваются ценности, меняется отношение к жизни, работе, к родственникам, к себе самому. Больной страдает не только физически, но и болеет душой.

Современный терапевтический больной отличается следующими особенностями:

- 1 - наличие нескольких заболеваний одновременно (полиморбидность);
- 2 - высокая частота неврозов;
- 3 - большое количество аллергозов;
- 4 - ожирение;
- 5 - хронические очаговые инфекции;
- 6 - атипичность и стертость клинических проявлений ряда заболеваний;
- 7 - высокий удельный вес кардиальной патологии и онкозаболеваний;
- 8 - все возрастающее число неотложных состояний;
- 9 - рост лекарственной зависимости и патологии.

Характерной чертой хронических заболеваний является их необратимость, вторичные дефекты, осложнения, неполноценность индивида. Можно выделить 2 группы хронических заболеваний:

- 1 - длительные, требующие ограничений (например, диабет, печеночные болезни и т.д.).
- 2 - со смертельным исходом, напр., опухоли.

Болезнь, ставшая хронической, становится и составной частью личности, встраивается в нее: все мысли сопряжены с болезнью, делаются эгоистичными, окружающие события их интересуют мало, и все связывают со своей болезнью и прогнозом. Сильно преувеличивается значение всего этого. Становятся:

- вспыльчивыми ко всем здоровым;
- обидчивыми;
- завистливыми.

Некоторые оценивают симптомы болезни как «достижение» - т.к. это форма существования больного. Даже отчет времени начинается с момента заболевания.

Наиболее важными реакциями личности являются:

1. Регрессия;
2. Положительное развитие личности (духовный рост).

Отношение к болезни складывается из:

1. Осознания болезни,
2. Переживания, связанного с болезнью,
3. Поведения в ходе болезни.

Для больных с различными заболеваниями внутренних органов свойственны специфические эмоциональные реакции. Так, для расстройств деятельности сердца характерно чувство страха, для нарушений функции печени – безразличие или даже отвращение к окружающему, а иногда раздражительность, для заболеваний желудка – раздражительность, конфликтность, брюзгливость. Эти реакции осложняют клиническую картину заболевания и его течение. В зависимости от типа личности реакции на заболевание могут быть разными.

Необходимо, чтобы врач знал отношение больного к болезни и избирал соответствующий психологический подход.

Одни усиливают, преувеличивают симптоматику – агавируют. Некоторые из корыстных соображений могут вообще придумывать себе симптомы – симулируют.

Третьи всеми силами скрывают болезненные проявления – диссимилируют свое заболевание.

М. Э. Телешевская (1978) различает 6 типов реакции на болезнь:

- 1 – астенический, проявляющийся в форме повышенной истощаемости, слабодушия, плаксивости, вялости;
- 2 – депрессивный, характеризующийся чувством тревоги, тоски, растерянности, потерей надежды на выздоровление, отсутствием побуждений к преодолению болезни, чувством безысходности и смирения;
- 3 – ипохондрический, характеризующийся «жизнью в болезни», которая подчиняет себе все интересы и желания человека;
- 4 – тревожно-мнительный, проявляющийся недоверием к назначениям врача, поиском лечебных средств в медицинской литературе или у окружающих; у них легко формируются разные фобии: канцерофобия, страх венерических заболеваний и др.;
- 5 – истероформный, характеризующийся быстрой сменой настроения: то плачут, хватаются за пульс, ощупывают грудь, живот, заявляют, что они умирают. Могут довольно быстро успокоиться и переключать свое внимание на внешние факторы. В семье и на работе много говорят о своем состоянии, красочно описывают свои страдания. У некоторых есть склонность к фантазированию и появляются все новые подробности их болезни, и сами начинают верить в их достоверность. Мимика выражает «муки» и «страдания». Постоянно жалуются на непонимание и недостаточность внимания со стороны близких;
- 6 – вытеснение болезни, при которой больные игнорируют заболевание, не желают лечиться. Нередко это бывает у медиков.

Н. Д. Лакосина объясняет реакции личности на заболевание следующими факторами:

- 1 – остротой и особенностями течения болезни,
- 2- представлениями об этом заболевании самого больного,
- 3 – характером психотерапевтических или других воздействий,
- 4 – отношением к болезни родственников и окружающих.

У каждого больного формируется свое видение развившегося у него заболевания: его причин, его тяжести, его основных проявлений и исхода. Внутренняя картина болезни (ВКБ) или еще ее называют аутопластической картиной болезни, в сущности является картиной субъективного восприятия ее больным. ВКБ имеет следующие стороны (или составляющие):

- сензетивную (локальные боли и расстройства),
- эмоциональную (страх, тревога, надежда),
- волевую (усилия справиться с болезнью, с обследованием и лечением),
- рациональную, информативную (знание о болезни и ее оценка),

В ВКБ велика и сложна связь между субъективными переживаниями и объективными данными, и порой она далеко не является прямой.

Аутопластическая картина болезни может быть обусловлена следующими причинами:

- характером заболевания (острым, хроническим, сильными болями, ограничением подвижности, косметическими дефектами и пр.),
- обстоятельствами, которые сопутствуют заболеванию (возникшие проблемы и неуверенность в будущем, изменения в домашней обстановке и взаимоотношениях и пр.),
- преморбидные особенности личности (характер, возраст, социальное положение, предыдущие заболевания и т.п.).

Нередко болезнь переживается амбивалентно, т.к. кроме отрицательных сторон, она иногда дает и положительные, вытекающие из тех выгод, которые дает заболевание.

Иногда возникает культ болезни – это может стать социальным явлением и тесно связано с отношением к болезни окружающей больного микросреды.

Например, в Германии считается недопустимым в обществе вести разговоры о болезнях. У нас же это общепринятая манера светских разговоров.

Следует помнить, что между тяжестью заболевания и количеством жалоб пациента нередко бывает обратная связь: когда заболевание принимает наиболее тяжелый органический характер уменьшается число функциональных жалоб и наоборот, чем тяжелее заболевание, тем больше и тем красочнее жалобы.

Каждый больной, вступая в статус больного, приобретает определенные права и имеет свои обязанности. Каждый заболевший имеет право:

- получать квалифицированную, своевременную и (в нашей стране) бесплатную медицинскую помощь;
- на материальное обеспечение в случае болезни или инвалидности;
- на свободу воли и право выбора (метода лечения, обследования, врача). В 1977 году Всемирный конгресс психиатров принял «Декларацию об этике в психиатрии», согласно которой лечение не может назначаться без согласия больного, кроме тех случаев, когда больной не имеет возможности выразить свое желание или представляет угрозу для окружающих;
- со свободой воли тесно связано и право на получение необходимой информации, согласно культурному и социальному уровню пациента.

К каждому больному необходимо относиться с достаточным уважением и вниманием, недопустим тон командования, помыкания и унижения, как со стороны врачей, так среднего и младшего медперсонала.

С другой стороны пациенты также должны иметь свои моральные обязанности по отношению к врачам и мед.персоналу:

- они обязаны внимательно относиться к своему здоровью и принимать все меры по его сохранению и укреплению. Большие средства из общественных фондов направлены на профилактику заболеваний: охрану окружающей среды, физкультуру, спорт, создание системы всеобщей диспансеризации, медицинской пропаганды;
- основная обязанность пациента - сообщать всю правду о своей болезни, быть готовым продуктивно сотрудничать с врачом. Нарушением этики является сокрытие важных аспектов заболевания, например, алкоголизация, наркомании и др.эксцессы;
- соблюдение предписываемого врачом режима лечения, диеты, поведения, отказ от вредных привычек и т.п.;
- больной должен быть вежлив и тактичен с помогающими ему людьми, обязан проявлять к ним благодарность и уважение;
- больной имеет целый ряд моральных обязательств по отношению к другим больным в лечебном учреждении. Ни в коем случае не должен заниматься самолечением, а тем более давать советы другим, не пытаться трактовать процедуры, анализы, назначения другим пациентам. Такие действия могут привести к вредным последствиям и несет название - эгротогении - патологического влияния больных друг на друга.

Особый контингент пациентов представляют собой дети. Они крайне чувствительны ко всем обстоятельствам, сопутствующим заболеванию. Причинами, вызывающими значительные изменения в психике ребенка являются:

- в зависимости от формы заболевания: гипоксия, интоксикация, аллергия, рефлекторное (болевое) воздействие;
- отрыв от семьи, школы, друзей;
- новые раздражители стационара: обследования, лечебные процедуры, режим и пр.;
- индуцирование родителями.

В результате у детей могут легко формироваться патологические черты личности: эгоцентрические, иждивенческие, истероидные, ипохондрические и др.

Во время болезни ярче начинают выступать дефекты воспитания и характера. Могут развиваться сдвиги и в результате фармакотерапии: как психологические (психотравмирующие), так и химические. Дети до 7 лет легко истощаемы, т.к. клетки мозга и психика интенсивно развиваются. Надо учитывать, что больному ребенку необходим режим, соответствующий более раннему возрасту, в силу его ослабленности. Для создания ребенку хорошего настроения необходимы разнообразные впечатления и частый контакт со взрослыми. В то же время дети привязываются к обстановке и следует избегать переводов в другие палаты, содержать в боксах и изоляторах, необходимо расширять показания и возраст госпитализации с матерями. Но и не создавать избирательного отношения к каким-то детям, выделять «любимчиков».

Всеми мерами надо избегать насилия. Желательно создавать в палатах группы по возрасту и интересам.

В больницах должна быть хорошо налажена воспитательная работа. Игра всегда является очень важным элементом в воспитании детей, а для дошкольников особенно важны коллективные игры. Надо помнить, что дети очень любят рисовать - это не только отвлекает их от болезненных переживаний, но и может являться психотерапевтическим воздействием. Через рисунок легче понять ребенка, в нем он выражает свое настроение, отношение, переживания, фантазии - т.е. его внутренний мир. Рисунок - это душа ребенка, перенесенная на бумагу. Очень важно и чтение «поддерживающей», «стимулирующей» литературы.

При этом следует помнить, что у детей может быстро наступать пресыщение одним видом занятия. Важное значение имеет правильный подбор игрушек, игр и занятий.

Дети, особенно больные, нуждаются в большем сочувствии, участии, любви. Недопустим резкий или раздраженный тон в отношении детей. Замечание сделанное тихим, спокойным, уверенным тоном оказывает значительно больший эффект.

Опытный педиатр знает, что доверие ребенка легко утратить, если его обмануть, например, успокоив обещаниями, которые потом не выполняются. Ко всяким процедурам и неприятному лечению нужна психологическая подготовка, а не обман.

Важное место в деонтологии детского возраста занимает профилактика и психотерапия. Психотерапия соматически больных детей неотъемлемая часть всего комплекса лечебных мероприятий.

У ребенка нельзя рассчитывать на сознательное преодоление страха или боли, на волевое усилие. Это накладывает на медицинских работников особую ответственность в тщательном продумывании степени необходимости той или иной манипуляции или процедуры. Нельзя допустить осведомления ребенка об опасности исхода, тяжести заболевания. Но нельзя этого скрывать от родителей. Следовательно, большая разъяснительная и психологическая работа должна проводиться с родителями. Дети многое воспринимают через родителей, в том числе и отношение к своему заболеванию.

Неправильные, неэтичные действия мед. работника могут способствовать развитию явления ГОСПИТАЛИЗМА. У детей он ведет к отставанию в физическом развитии: нарастание массы тела, вялость, неподвижность, задержка роста и др., а также психического развития: обеднение эмоциональных реакций, речевая скудность, отупение.

Одной из важнейших демографических особенностей XX в. является старения населения многих стран мира. Это приводит к изменению структуры заболеваемости, необходимости изучения течения и лечения болезней этого возраста, повышение трудоспособности пожилых людей. Привлечение пенсионеров к труду и различным формам общественной деятельности благотворно сказывается на их здоровье, длительно поддерживает жизненный тонус. Следует помнить, что гетеротропность (выраженность процессов старения) неодинакова для различных органов и даже для разных структур одного и того же органа. Так, атрофия тимуса у человека начинается в возрасте 13-15 лет, половых желез в климактерическом периоде, а некоторые функции гипофиза сохраняются до глубокой старости. Одной из основных закономерностей старения организма является снижение его адаптационно-регуляторных возможностей, т.е. его надежности. Нередко нарастает психическая ригидность, консерватизм, отрицательное отношение ко всему новому, может страдать критика и самооценка. С развитием атеросклероза может быть связана перестройка в эмоциональной сфере. Нарушается в целом подвижность нервных процессов (И. П. Павлов).

Хотя нередко случаи, когда уровень психической активности до глубокой старости сохраняется на высоком уровне, оставаясь стабильным в условиях существенных изменений в других органах и тканях. И, несмотря на общепринятое мнение о заострении и как бы упрощении черт в старости (обидчивость, эгоцентризм, ипохондричность, ослабление аффективной жизни), многие до глубокой старости сохраняют свои индивидуальные черты.

Отношение врача к лечению пожилых и престарелых людей - всегда очень точный и чувствительный показатель его этического потенциала, деонтологических позиций, моральных качеств, гуманизма, великодушия, общего этического стиля.

Некоторым врачам, особенно молодым, кажутся непонятными и даже неэтичными претензии пожилого человека на активное лечение и желание быть полностью здоровым, хорошо себя чувствовать и вести еще активный образ жизни во всех отношениях. Часто на эти запросы следует ответ: «Омолодить мы вас не можем», «Вам уже не 20 лет».

Врачу необходимо проявлять внимание и уважение к определенным привычкам, бытовому, гигиеническому стереотипу старого человека, помочь облегчить многие «специфические бытовые затруднения» в больнице, помнить о том, как трудно пожилым людям в больнице менять свои стереотипы.

Хорошие результаты каких-то исследований должны обязательно сообщаться больным - это хороший компонент «мотивированного обнадеживания», останавливаться на благоприятных прогностических данных, не устанавливать заранее точных сроков выписки.

Успокаивающие и обнадеживающие оценки следует индивидуализировать и согласовывать с реальной обстановкой и здравым смыслом, соблюдать разумную меру и не применять повышенного оптимистического настраивания пациентов. Не всегда следует «золотить пилюлю». Сообщение неприятной информации должно быть правильно преподнесено. Надо уметь «правильно расставить акценты». Отказывая больному, надо подумать какую можете предложить замену. При выписке необходимо точное инструктирование с предписанием режима, диеты, лекарственной терапии.

Пожилые и старые люди похожи на детей - они обидчивы, слезливы, словоохотливы, «заостряются» многие черты. В преклонном возрасте заболевания намного чаще хронические, текут вяло. Особенности лечения престарелых больных:

1. Нельзя мощными медикаментами срывать установившуюся компенсацию.

2. Поменьше инвазивных методов: ангиографии, зондирование вен, активных физиопроцедур.
3. Основа старения - дегидратация, отсюда основа терапии - гидротерапия, дезинтоксикация, улучшение микроциркуляции - в капиллярах 80% крови всего организма. Из множества заболеваний лечить главное.
4. Строгая индивидуальность лечения. Назначать лекарства, нормализующие реактивность и обменные процессы.
5. Соблюдение пищевого, водного и солевого рациона - для профилактики интоксикации от медикаментов, перерывы в приеме лекарств.

Диагностика - чрезвычайно трудная, почти всегда нетиповая задача, не имеющая однозначного решения. Иной раз задача вообще не имеет решения. «Век живи, век учись». Самая известная болезнь может поставить врача в тупик, каждый больной болеет своей болезнью.

Надо помнить, что каждый больной может обладать необычными реакциями, свойствами организма или течением болезни.

1/3 больных, обращающихся к врачу страдает не соматическими заболеваниями, а неврозами. Некоторые называют 60% - эмоциональных, а не физических переживаний.

Даже, если обнаруживается органическое заболевание, то не всегда клиническая картина обусловлена только этим заболеванием. И при любом неврозе - можно найти органическое заболевание. «Часто гораздо важнее знать не то, что на R-грамме, а то что у больного в голове».

Наиболее частая ситуация - наслоение невротических расстройств на соматическое заболевание. Клиническая картина оказывается смешанной, необычной, не укладывающейся в обычные рамки - сложность дифференциального диагноза. Они часто «непонятные». Врач начинающий писал: «В первую же неделю обнаружил, что большинство пациентов страдало от заболеваний, совершенно неизвестных медицинской науке».

«Важнее показать больному, что вы сочувствуете ему, а не только стараетесь расширить его спастические артерии любой ценой».

Приемы диагностики невротических расстройств:

1. Надо помнить о том, что может быть такое расстройство, диагноз должен быть полным и сбалансированным.
2. Слишком подробный и обстоятельный рассказ.
3. Неопределенность и расплывчатость жалоб.
4. Многодневные, длительные боли.
5. Когда жалоб очень много и разнообразны (хотя такую симптоматику могут дать и рассеянный склероз, и красная волчанка, узелковый периартериит, и др.).

БОЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКАЯ СРЕДА

Вопросы к теме:

1. **Вопросы общения и коммуникации, проблемы общения.**
2. **Понятие «коллектива», «группы», «коллегиальность».**
3. **Виды режимов в отделении.**
4. **Средний медицинский персонал, «сестрогении».**
5. **Явление «госпитализма», причины сопротивления выписке.**
6. **Вопросы реабилитации.**

Встреча с врачом: в стационаре, поликлинике, дома - один из важных моментов искусства врачевания. Врачевание во многом является искусством. Врач должен владеть

мастерством актера. О правде врача говорят: «один говорит правду, другие имеют такт». Больной - это не третья койка от окна, а личность, с фамилией, инициалами и отчеством и своими индивидуальными особенностями. Надо быть внимательным при употреблении терминов. «Как вы можете меня выписать, когда вчера у меня развилось везикулярное дыхание». Надо строго контролировать свои жесты, мимику, слова.

Необходимость в создании адекватного вещественного окружения определяется тем, что это увеличивает степень уединенности, комфорта и внимания к пациенту.

Приветствие пациентов способом, приемлемым по культурным нормам в соответствии с их возрастом, полом и т.д. будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства и поощрять их к участию в беседе.

Врачи должны постоянно контролировать количество используемых ими жаргонных слов и выражений с тем, чтобы избежать этого (фраза «У Вас аппендицит» является вполне подходящей для значительного большинства взрослых пациентов, но никак не для детей и т.д.); врачи должны также постоянно контролировать степень сложности языка, который они используют для своих объяснений.

Врачи должны вместе с пациентом выяснить, в чем именно заключается его ожидания от настоящей консультации, а также избегать преждевременных выводов о причинах, которые привели пациента к врачу.

Врачу следует прояснить значение того, что говорит пациент, как говорит и значение тех сигналов, которые воспринимает врач от невербального общения, чтобы быть уверенным в том, что он понимает пациента полностью.

Необходимо предоставить рациональные обоснования того, почему надо изменить свое поведение.

Произвести «подгонку» лечения к индивидуальным особенностям жизненного стиля пациента.

Следует противодействовать преградам, стоящим на пути изменения поведения.

Привести примеры, которые могут служить ролевыми моделями.

Предоставить возможность для повторного пересказа деталей состояния.

Дать обратную связь - как вы оцениваете то, что вам сообщили, используя поведение пациента.

Проблемы общения - сложный многоплановый процесс установления контактов между людьми: обмен информацией, восприятие и понимание, оценка другого человека. Межличностное общение это чаще всего диалоговое, неременный компонент профессиональной медицинской деятельности. Врач нередко и по праву называется педагогом и воспитателем. При общении малознакомых людей первое впечатление складывается нередко на основе ограниченной информации о нем и существенное значение имеет интерпретация путем отождествления или сопоставления с собой (идентификация), размышление за другого (социально-психологическая рефлексия), стремление воспроизвести эмоциональный мир его переживаний (эмпатия), распространение на другого известных характеристик (стереотипизация).

Различные средства коммуникативного процесса - жесты, мимика, интонация, «контакт глазами», речь. Важное значение имеет взаиморасположение собеседников, поза. Нельзя вселять слишком большой оптимизм, чтобы мобилизовать на борьбу с болезнью. Нужно кроме того «войти в положение» больного. Культура чувств неотделима от общей культуры, интеллигентности - это необходимое условие формирования личности медика.

Работа в коллективе способствует развитию общественного сознания, создает условия для коллегиального решения.

Чтобы коллектив мог работать как единое целое, необходима согласованность усилий всех его участников, особенно в первичных коллективах и малых группах, из которых состоит коллектив. Группа представляет собой целостную структуру со своими определенными качествами. Малые группы (микрогруппы) подразделяются на формальные и неформальные. Первые - это структурные подразделения, вторые строятся

на основе личных отношений. Микрогруппы могут быть положительно или отрицательно настроены к коллективу в целом и к администрации. Именно в малых группах развиваются те социально-психологические процессы, от которых зависит самочувствие каждого отдельного человека и всего коллектива в целом. Микроклимат в коллективе напрямую зависит от психологической совместимости его членов.

Коллегиальность умножает силы коллектива. Также могут создаваться микрогруппы и в коллективе пациентов. Важное значение может иметь эгзотогения - отрицательное взаимовлияние больных друг на друга (проф. С.С.Либих).

Во время болезни отчетливо выявляются дефекты воспитания и характера. Могут быть сдвиги и в результате фармакотерапии: как психотравмирующие, так и химические.

У взрослых:

- нельзя вместе с другими больными класть тяжело больных (напр. бронхиальной астмой, пневмонией). Есть пациенты с легко истощаемой нервной системой - к ним, всем недовольным - должна быть терпимость, внимание, но и не идти у них на поводу;
- несовместимы больные с резким различием в состоянии тяжести болезни, психологически несовместимые, пожилые и молодые, иногда разной культуры, интеллекта, запросов, с порочными привычками, невоспитанностью, разным темпераментом;
- необходимы трудотерапия, эстетотерапия, библиотерапия, препятствующие самокопанию, уходу в себя.

Важная деонтологическая задача - уменьшить влияние больничного режима на пациента. Режим, как и диету необходимо назначать индивидуально, общих режимов существовать не должно. Необходимо сочетать охранительное значение режима со стимулирующим. Лечебный режим представляет собой организацию образа жизни пациента, способствующую скорейшему и наиболее полному его выздоровлению.

Элементами **лечебно-охранительного режима** являются:

- 1) устранение всех неблагоприятных факторов обстановки;
- 2) борьба с болью и страхом боли;
- 3) отвлечение больного от ухода в болезнь;
- 4) обеспечение максимальных условий для физиологического сна и отдыха;
- 5) четкое соблюдение правил внутреннего распорядка.

Важнейшим элементом лечебно-охранительного режима является строгое соблюдение психотерапевтических принципов общения медицинского персонала с больными.

Активирующий лечебный режим:

- 1) мероприятия, обеспечивающие тренировку, сохранение и восстановление нарушенных функций;
- 2) меры по формированию у больного положительно эмоциональной настроенности на активную и сознательную борьбу с болезнью и преодоление трудностей.

В психиатрических стационарах существуют специальные виды режимов:

- 1) ограничительный,
- 2) наблюдательный,
- 3) режим дифференцированного наблюдения,
- 4) режим открытых дверей.

Важна роль окружающей обстановки, внешнего вида врачей и персонала, цветовая гамма отделения, доступность радио, телевиденья, газет и журналов. Стационар заменяет на какое-то время дом.

Медицинская эстетика является неотъемлемой частью механизма действия всех лечебных факторов по принципу условного рефлекса. Освещение палат, мебель, уголки отдыха, растения, аквариум. В детских отделениях - хорошо разрисованные стены. Надбитая посуда, несвежие скатерти, отсутствие вилок и ножей и т.д. не должно иметь место. И у медперсонала должны быть уютные места, хорошая одежда, не слишком модная, без сильных запахов (запаха табака, алкоголя) - для пациентов. Необходимы культурные развлечения, отвлекающие внимание от недугов.

Медицинская документация - это система учетно-отчетных документов, используемых в здравоохранении. Документы первичного учета: история болезни, карта амбулаторного больного, история родов, история развития ребенка, листок нетрудоспособности, бланки лабораторных анализов. Отчетные документы: отчет врача, кабинета, отделений, ЛПУ, города, района, области, министерства. Их правильное ведение и использование имеет деонтологическое значение.

Важная особенность медицинских сестер в том, что сестра (в отличие от врача) постоянно находится около больного, ее отношение и влияние на больного действует постоянно. Психология этой деятельности - одна из важных проблем работы с больными. Невозможно провести резкую границу между физическим уходом за больным и психологическим воздействием на него в этот период.

Очень важен стиль работы сестры: не только что она делает, но и как.

Большой минус и частое явление - механическое, автоматическое выполнение сестрами своих обязанностей.

Заботливость, влияние и любовь сестры к больным проявляется в их нежности, ласковости, терпении и вежливости. Очень важный фактор - доверие больных, что порождает у них чувство безопасности, снятие напряжения, страха, тревоги. Усиливает доверие и умение хранить тайны больных, проявлять уважение к больному, что начинается с формы обращения к нему.

От мед.сестры врач получает необходимую информацию об изменениях в состоянии больного, о его реакциях на лечение, они осуществляют уход, выполнение терапевтических процедур. Не понимая этого, врач может допустить диагностическую ошибку. От профессиональных ошибок сестер надо отличать их небрежность в работе, безразличие, бездушие.

Вред, который могут причинить сестры больным называют "соррогениями". Их основные причины: недостаточное внимание к больным, недостаточная общая культура, амбициозность, переоценка своей личности, желание "показать себя", дача советов и рекомендаций, трактовка данных анализов и обследований.

И. Харди (1981) выделяет несколько вариантов поведения мед. сестры:

- 1) практический тип - точность и строгость в работе (могут будить больного, чтобы дать лекарство в положенное время),
- 2) артистический тип - без чувства меры стараются произвести впечатление на больных,
- 3) нервный тип - обидчивые, раздражительные,
- 4) мужской тип - склонны к деспотичности, агрессивности,
- 5) материнский тип - наиболее благоприятный,
- 6) сестры-специалистки - в диагностических кабинетах, часто считают себя выше других и могут вызвать ятрогении.

Самое главное право больного - получить квалифицированную, своевременную и бесплатную медицинскую помощь. Реализация "права на здоровье" состоит в заботе государства об охране окружающей среды, обеспечение населения физкультурой и спортом, создание системы всеобщей диспансеризации.

Больной имеет право на свободу воли и право выбора метода лечения. Со свободой воли тесно связано право на получение необходимой информации о болезни. Постоянно

ставится у нас вопрос о праве выбора врача. Также больной имеет право на материальное обеспечение в случае болезни и потери трудоспособности.

Но у больного имеются и свои обязанности. Он обязан внимательно относиться к своему здоровью и принимать все меры к его укреплению и сохранению. Основная обязанность - сотрудничать с мед. работниками, правдиво сообщать все интересующие их сведения о болезни, соблюдение предписываемого врачом лечения и режима. Быть вежливым и тактичным к мед. персоналу. Имеются обязательства по отношению к окружающим его больным. Это все этические нормы пациента.

Госпитализм - это неблагоприятное воздействие больничной среды, в первую очередь психологических условий среды, на психическое и физическое состояние больного. Нередко длительное пребывание в стационаре буквально инвалидизирует человека в психологическом смысле.

Особенно это может сказываться на пациентах детского возраста. У детей госпитализм чаще называют депривацией, которая может приводить даже к состоянию регресса как в психическом, так и в физическом плане.

Вредом госпитализма является: развитие "иждивенческой" психологии. Не все заболевания должны лечиться в стационарах. Нельзя занимать койки, необходимые для более нуждающихся в этом больных. Госпитальное лечение - самое дорогостоящее лечение.

Профилактикой госпитализма является:

- 1) "завоевание" пациента для помощи при лечении и обследовании;
- 2) максимальная его занятость в отделении,
- 3) определенное место в жизни отделения, движения и реабилитация.

Очень важны мед. учреждения по типу "семьи" (Австрия, Чехословакия).

Явление госпитализма используется в более широком смысле, чем его ввел в 1945г. Р.Шпитц - вредном воздействии больничной обстановки на больных, особенно у детей при отрыве их от матери. Больница навязывает чуждый ритм жизни (рано ложиться и рано вставать), отрыв от семьи, от работы, от привычного окружения, и, особенно это выражено при постельном режиме.

Происходит регресс личности. Очень вредно необоснованно длительное назначение постельного режима, выписка.

Очень важно в больнице групповое воздействие коллектива медиков на больного. Важны беседы сестер в палатах. Необходимо видеть, что означает среда и личностные факторы в их единстве в деле лечения больных.

Лечебное учреждение должно стать истинным домом здоровья.

Спротивление выписке возникает по следующим причинам:

1. Страх перед возвратом болезни - это зависимость от больницы. Тут опасность адинамии, ятрогении, опасность слишком активной терапии, внутрибольничной инфекции, невротических реакций.
2. Чрезмерные надежды на стац. лечение.
3. В больнице лучше условия, чем дома.
4. Корыстные соображения - накопление пенсии.

Надо помнить, что госпитальное лечение - самое дорогое лечение. Готовить к выписке надо с первых дней поступления, поэтому в истории должна быть психологическая характеристика больного. Важно не испытывать неприязни к больному, сделать его из спорщика внимательным слушателем.

Очень важна этика госпитализации, где все действия и жесты должны быть продуманы, особенно для пожилых и детей. Важна этика проведения диагностических процедур, обследования - у детей уподобить игре. Любая лечебная процедура имеет несколько граней: организационную, методическую, техническую, этико-психологическую. При информации больного не допускать неточностей, язык должен

быть простым и понятным. Необходимо соблюдать эстетику раздачи лекарств. Прием только в присутствии сестры. Не назначать много лекарств - полипрагмазия. Есть препараты, в которых больные верят: в/в глюкоза, витамины. Мед.сестра не имеет права «проговориться» о диагнозе, результатах исследования. Положительно могут влиять больные выздоравливающие, уже перенесшие процедуры, обследование, операции.

У нас в стране **реабилитация** - это система государственных, медицинских, профессиональных, психологических и педагогических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных к общественно-полезному труду.

"Реабилитация - это не только профилактика, лечение и восстановление, это прежде всего новый подход к больному человеку" (М. М. Кабанов).

Задача реабилитации заключается в том, чтобы с помощью сохранившихся способностей и функций поврежденного болезнью органа, путем использования его функций приспособить больного к прежним или изменившимся условиям труда и быта.

Принято выделять две формы компенсации: высокий уровень - активное преодоление дефекта и низкий уровень - приспособление к дефекту.

Цели реабилитации могут быть связаны как с общими психологическими проблемами, так и со специфическими, характерными для данной конкретной болезни. Важнейшие принципы реабилитации:

- 1) принцип партнерства,
- 2) принцип разносторонности усилий,
- 3) принцип единства биологических и психосоциальных воздействий,
- 4) принцип ступенчатости (М.М. Кабанов).

Главным объектом психологического воздействия в реабилитационном процессе становятся отношения, установки, потребности, а также социальное функционирование пациента.

Знание психологических факторов болезни - одно из важнейших условий успешной социально-трудовой реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности с ишемической болезнью сердца, распространенность которой постоянно возрастает.

Больные с ишемической болезнью сердца с отрицающим отношением к болезни (анозогностическим ее восприятием) нередко слишком рано, вопреки рекомендациям врача, возвращаются на работу после перенесенного инфаркта миокарда, игнорируют ограничения, накладываемые болезнью, расплачиваясь за это тяжелыми последствиями вплоть до летального исхода. В то же время почти 50% больных не возвращается к трудовой деятельности после инф

аркта миокарда при наличии ипохондрического и панического отношения к болезни, из-за страха, что выход на работу «опасен для сердца».

По убеждению подавляющего большинства специалистов, один критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости лечения (показатели которого в катамнезе резко изменяются), в дополнение к нему предлагается ряд других критериев.

ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫЙ ХАРАКТЕР СИСТЕМЫ «ВРАЧ-БОЛЬНОЙ»

Вопросы к теме:

1. Система «врач-больной», «образ собеседника».
2. Особенности ведения беседы с больными, модели взаимодействия.

3. Основные принципы ведения беседы с больным.
4. Различия в точке зрения врача и больного.
5. Причины обращения к врачу.
6. Особенности сбора анамнеза.

Любая болезнь - стресс, дезорганизующий личность и организм. Она меняет его жизненные планы. Врач всегда оказывает сильное влияние на больного и может лишь выбирать: влиять ли на пользу или во вред больному.

Новые условия жизни, создаваемые болезнью, вынуждают человека часто отказываться от ранее выработанных стереотипов, от сложившегося образа жизни. А всякая ломка требует новых психических усилий, подчас за пределами для данного человека. Это нередко сопровождается болезненной перестройкой механизмов защиты.

В этих условиях всякое нарушение деонтологических правил воспринимается значительно острее. Любить больного человека - значит внушить ему веру в себя и надежду на выздоровление.

Психосоциальная структура каждого человека выступает как синтез многообразных биосоциальных сторон, где общее, особенное и единичное находятся в диалектическом единстве.

Врач и больной представляет собой целую систему «врач-больной», имеющую свои закономерности и свою динамику. Она состоит как бы из двух частей:

1. Больного:

- влияние патофизиологических процессов на характер субъективно-психологической реакции больного;
- субъективные особенности личности, которые могут сказываться на объективном ее состоянии.

2. Врача:

- его эмоции,
- его моральные установки,
- его мысли по отношению к больному, которые не могут не влиять в свою очередь на пациента.

Т.е. эти отношения носят взаимообусловленный характер. В них проявляются разные стороны жизнедеятельности, как врача, так и больного, их интеллектуальные особенности и нравственные взгляды.

При физикальном обследовании врач входит в непосредственный контакт с больным и физически влияет на него. Больной должен чувствовать, что его обследовали добросовестно и обстоятельно, что избавит врача от лишних жалоб.

Надо помнить, что и сам процесс обследования пациента является началом терапевтического воздействия. Необходимо выполнять только обязательный минимум обследований.

Своеобразное создание "образа собеседника" включает два уровня:

- 1 - уровень вчувствования в психическое состояние другого человека,
- 2 - уровень разумных оценок.

В этом органическое единство чувственного и рационального в психотерапевтическом влиянии на пациента.

Понятие "условной выгоды болезни" включает получение психологических и социальных преимуществ, льгот, удовлетворение своих желаний и потребностей. Это процесс, часто происходящий на бессознательном уровне, отсюда и сопротивление "отнятию" полученного благодаря болезни.

Важно в повседневной рутинной работе не забывать, какое впечатление мы производим на больного. Необходимо создать для него комфортную и доброжелательную атмосферу. Многие зависят от организации лечебного процесса. Вести себя по отношению к больному врачу нужно сдержанно, терпеливо, не поддаваться на

провокации и не провоцировать самому, стараться завоевать доверие больного. Избегать стереотипности в беседе и поведении. Принимать больного таким, какой он есть.

Планы врача в отношении лечения и выздоровления больного должны соотноситься с планом больного.

Тем не менее точка зрения врача и больного на его заболевание могут существенно различаться:

1. Врач, прежде всего, ищет объективные признаки заболевания, а для больного в центре стоят его субъективные личные ощущения и переживания, вызванные болезнью. Врач обязан внимательно отнестись к субъективным жалобам и понять их природу, должен уловить, какие реальные факторы лежат в основе этих жалоб, найти их объективные или субъективные, психологические причины, определить возможность их положительного использования при обследовании и лечении.

2. Врач часто заинтересован в как можно более полном обследовании больного, а больной стремится нередко избежать лишних, особенно травмирующих обследований.

3. Врачу важно более точно поставить диагноз, а пациенту - как можно раньше начать лечение и эффективнее лечиться.

4. Нередко могут расходиться т. зрения и в отношении вида и формы проведения лечения, а также - проводить его стационарно или амбулаторно. Отсутствие должного контакта может привести к полному несовпадению этих точек зрения и соответственно не соблюдению больным того плана лечения, который был предложен врачом.

Причины обращения к врачу бывают весьма различными:

1. Трудная, горестная, одинокая жизнь; беседа приносит утешение - необходимый рецепт на лекарства - только предлог.

2. Доказать окружающим, что они тяжело больны, уйти от трудностей жизни; часто в основе лежит тяжелый жизненный конфликт.

Особенности поведения на приеме:

1. Бывают очень медлительные - надо выяснить не гипотиреоз ли это, или депрессия, а не раздражаться.

2. Обстоятельность и дотошность. Часто это говорит о тревоге, боится своей болезни.

3. Избавиться от болезни - сверхценная идея. Задача врача - уменьшить значимость болезни в глазах больного, привить спокойное отношение, может быть скоро появятся новые средства лечения его болезни. Наоборот, слишком словоохотливы - тут лучше перейти к обстоятельному физикальному обследованию, что вызовет доверие у больного.

4. Есть капризные больные - это может быть страх, тревога, возбуждение - надо показать, что он попал в надежные руки.

5. Есть озлобленные, депрессивные, грубые, испробовавшие лечение у всех врачей - надо относиться к этому, как к симптому заболевания.

Встреча с врачом в стационаре, поликлинике, дома - одно из важных событий в жизни пациента. Врачевание во многом является искусством. Больной - это «не третья койка от окна», а личность с фамилией, именем и отчеством, со своими индивидуальными особенностями. Нельзя забывать, что при контакте с врачом больной с первых минут также оценивает врача, как и врач больного. Для больного - врач уникальная личность, которой он вверяет свое благополучие и свою жизнь.

Беседа с больным - это не просто разговор двух людей, он должен вестись по определенным правилам. В беседе врача с больным должны соблюдаться следующие условия:

- Никогда нельзя допускать, чтобы больной чувствовал, что вы торопитесь и у вас на приеме еще 30 человек. Вы должны 2-3 минуты дать больному свободно выговариваться и лишь затем попытаться направить беседу. При этом больной должен

почувствовать, что вы прерываете его монолог именно потому, что вас интересуют определенные аспекты его состояния, а не потому что вам некогда.

- Можно использовать прием переключения монолога на диалог, особенно с мнительными, ипохондричными и обстоятельными пациентами
- Даже в условиях насыщенного приема или большой занятости можно 3-4 минуты уделить элементарному ориентировочному обследованию: осмотр склер, конъюнктив, пальпация щитовидной железы, лимфоузлов, пальпация живота, пульса, измерение АД, проверка наличия отеков, щитовидной железы, лимфоузлов, языка. Акад. М. С. Вовси говорил, что чтобы услышать сердечный шум ему достаточно 2-3х сек., но он всегда слушает не менее 30 сек.
- Вопросы, задаваемые больным должны быть простыми и ясными, предлагаться на языке пациента.
- Сообщаемый диагноз должен быть разъяснен, сообщаться в простой форме без использования непонятных терминов. Надо помнить, что многие медицинские термины звучат устрашающе и имеют зловещий характер. Следует говорить не «астма», а «бронхит с астматическим компонентом». После беседы с врачом один пациент спрашивает: «как вы можете меня выписывать, когда у меня развилось везикулярное дыхание».

Необходимо смягчить правду милосердием, но нельзя и кривить душой. Это будет стимулировать волю к борьбе и выздоровлению. Не использовать «обидных» диагнозов, например «истерия», лучше заменить «нервное переутомление».
- Не надо высказывать предварительных предположительных диагнозов.
- Не вычитывать медицинскую документацию больного прежде, чем сами осмотрите пациента и составите свое представление о состоянии.
- Никогда не осуждайте ошибки предыдущих врачей, тем самым вы дискредитируете самого себя.
- Врачам-интернистам необходимо задать несколько вопросов о личной жизни и об обстоятельствах жизни пациентов. Необходимо составить представление о личности пациента и его проблемах: одиночество, неудачный брак, потеря близкого человека, серьезные конфликты на работе или в семье. Горе или тоска могут вызывать не только острую реакцию, но и в течении длительного времени изменять гормональный фон, расстраивать иммунную защиту, способствовать раннему прогрессированию атеросклероза и т.д. Мы не можем изолировать больного от жизненных обстоятельств, но можем снять преувеличенные страхи, ободрить и все это не менее важно, чем, например, дать В-блокатор.
- Врач для беседы с пациентами должен выработать у себя эмпатию- сопереживание психологическому состоянию другого человека. И в то же время - уравновешенность врача гармонизирует состояние больного.
- Врач должен разъяснить больному пути и задачи предстоящего обследования и лечения, как на ближайший, так и на более отдаленный период, что может предупредить реакции пациента на «затянувшееся» обследование или «малоэффективное» лечение.
- Очень важно при повторных беседах обращать внимание пациента на прогностически благоприятные признаки, смягчение симптоматики.

Должны быть продуманы интонация, манеры и жесты в беседе с пациентом, помня, что каждая встреча содержит психотерапевтическое воздействие. Надо помнить, что «вокальный» жест часто имеет не меньшее значение, чем смысловая сторона беседы. Врач должен строго контролировать свою мимику, жесты и слова.

Познание больным своего заболевания с помощью врача и существующих перспектив выхода из болезни способствует успешности лечения. Это наиболее

перспективный путь создания (для врача любой специальности) у пациента новых доминант, оказывающих оздоравливающее влияние.

Врач должен обладать эмоциональной и интеллектуальной гибкостью, смелостью решений и верой в свои возможности. Никакое поведение больного не должно мешать лечению. Вера и убежденность врача передается и пациенту. Врачам нередко приходится работать в экстремальных условиях, в ситуациях риска, требующих мобилизации физических и волевых сил.

Одной из основных целей беседы с пациентом является сбор анамнеза. Виднейшие отечественные врачи придавали огромное значение процессу выяснения субъективного и объективного анамнеза. Известный русский терапевт Г.А.Захарьин называл это «снятием медицинского портрета». Анамнез - это управляемый разговор. Правильно собрать анамнез нелегко. У пациента должно создаваться впечатление непринужденной беседы. При этом врачу необходимо оценить серьезность жалоб, манеру их предъявления. Важно суметь отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая больного недоверием, помочь вспомнить, не внушая. Следует избегать ничего не значащих пустых слов в разговоре. Уметь незаметно направлять разговор, не давать уходить в сторону, на несущественные подробности, посторонние темы. Здесь необходима изобретательность и творческое отношение. Лурия подчеркивал, что в процессе ознакомления с анамнезом перед врачом должна встать внутренняя картина болезни больного с его ощущениями и страданиями как физического, так и психического порядка. При этом следует иметь в виду, что уже сам процесс расспроса и исследования является не только процессом распознавания для врача, но и началом терапевтического лечения для пациента.

Анамнез может быть субъективным и объективным.

Субъективный анамнез - это та информация, которая получена от больного. Его недостатки:

- 1) анозогнозия,
- 2) недооценка тяжести своего состояния,
- 3) безболевые и субклинические формы заболевания.

Объективный анамнез получают от родственников, коллег и т.п. Его недостатки:

- 1) не видна внутренняя картина болезни,
- 2) могут иметь свою концепцию болезни,
- 3) могут иметь свой интерес скрыть или усугубить симптомы. Сбор анамнеза не безразличная для больного процедура.

Основные модели взаимодействия врача и больного:

- модель руководства,
- модель партнерства,
- контрактная модель.

В современном обществе эти взаимоотношения усложнились из-за развития сети здравоохранения, усложнившихся лечебно - диагностических методов обследования, высокой технизации медицины.

Психология страдающего, являясь закономерным вариантом духовного склада здоровой личности, характеризуется двумя элементами:

- непосредственным страданием, т.е. болезненными ощущениями физического порядка (боль и т.п.) или психического (чувство тоски, страха и т.п.);
- психической реакцией на основные проявления данной болезни.

Влияние на психику больного, а через нее на организм включает следующие моменты: внешнее воздействие (слова или действия врача, окружающей обстановки, произведений искусства и т.п.), центральное звено (возникновение образа, сопровождающееся чувствами, волевыми и мыслительными импульсами), и ответная

реакция больного. Все внешние и внутренние воздействия на психологию больного преломляются через призму биологических, психических и социальных его особенностей.

В диалектическом противоречивом взаимодействии врача и больного следует прежде всего учитывать, «что каждый пациент психотерапевтической клиники - это сложнейшая саморегулирующаяся многоуровневая система (в социальном, психологическом и физиологическом смысле) с рядом индивидуальных личностных особенностей.

В медицинской и психотерапевтической практике необходимо учитывать принцип конкретного анализа, который следует понимать в методологическом аспекте как единство общего, особенного и единичного. Психика человека, его болезнь, окружающая среда и методы воздействия должны рассматриваться врачом как единственно многообразных по своей глубине и степени общности отношений. В психической структуре человека отражены общие биологические и социальные свойства, являющиеся результатом природной и общественной организации. Но общее в психике человека не существует отдельно от особенных биологических и социальных связей (типа высшей н.д. нации, класса, коллектива и т.п.) Наконец, в психическом облике человека имеются индивидуальные черты его социально-биологической организации, являющейся содержанием данного конкретного человека выступает синтез многообразных биосоциальных сторон, где общее, особенное и единичное находятся в диалектическом единстве.

ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Вопросы к теме:

- 1. Подход к «трудным», умирающим больным, к больному-врачу.**
- 2. Взаимодействие с родственниками больных.**
- 3. Роль обходов в лечебном процессе и психотерапевтическая роль обследований.**
- 4. Психология назначения лекарства.**
- 5. «Фаркофилы» и «фармакофобы».**
- 6. «Плацебо».**
- 7. Причины отказа от лечения.**

Следует помнить, что внешнее спокойствие больного может быть всего лишь маской, скрывающей его испуг, отчаяние, тоску. Необходимо отметить суетливость, тревожность, возбужденность пациента и другие внешние признаки внутреннего состояния, этих молчаливых призывов о помощи. Необходимо заметить этот душевный дискомфорт.

Нередко назначают излишние диеты. Выявлено, что никакая диета при той же язве желудка не имеет самостоятельного значения. Надо помнить, что любые слишком большие ограничения не только тягостны психологически, но и не безопасны для здоровья. Любые ограничения накладываются очень осторожно и как можно на меньшие сроки.

Случается, что некоторые больные вызывают у врача неприязнь, раздражение. Необходимо развивать в себе интерес, любопытство к любому больному. Надо помнить, что многие больные приходят лишь за больничным листом, одинокие - просто пообщаться.

«Трудные больные» - это капризные, обидчивые, вечно недовольные, болезненно на все реагирующие, не ценящие труда мед. работников, наносящие им незаслуженные обиды. К ним надо относиться с терпением и пониманием. Необходимо помнить, что чаще всего - трудные больные являются действительно больными и нередко тяжело больными людьми.

Известна реакция психиатра П.Б. Ганнушкина на «тяжелого» психопата: «Нет, вы только посмотрите какой психопат! Золото, а не психопат!». Следует непредвзято и наблюдательно отметить в истории болезни пациента все эти качества. Если пациент встретит спокойный, истинно профессиональный прием, то он это оценит и поймет любой отказ или обрыв разговора.

Особенно внимательного отношения требуют заболевшие коллеги. Расспрашивать их необходимо особенно тщательно, не следует применять профессиональный язык в общении. Однажды, заболевший профессор спрашивал своего лечащего доктора как ему принимать данное лекарство, до или после еды. Назначать лечение ему необходимо, как и любому другому пациенту, тщательно расписывая условия его применения. Также все рекомендации давать подробно и четко, не говоря «ну, вы сами знаете, как лечиться». Лечащий врач не должен « совеща́ться » с ним по поводу обследования и лечения, а говорить уверенным тоном со знанием дела, не идти у него на поводу.

Все рекомендации делать как "простому" больному. Тут особенно велика опасность "ятрогений". Нельзя устраивать с больным "консилиум" по поводу его заболевания, не рассуждать (краткость, четкость, немногословность, вескость суждений), не делать того, чего больной-врач не просит (комментарии обследования, диагноза). Быть особенно осторожным при серьезном диагнозе и прогнозе, которые должны быть скрыты, причем сообщение об этом должно быть тщательно продумано (в том числе и ответы на возможные вопросы) и аргументировано. Врачу в роли больного всегда труднее, чем простому больному (знание симптомов, прогноза и т.д.).

Понятие «ухоженного» больного в большой мере включает понятие «психологической ухоженности». Необходим рост общей культуры врача. Врач не должен подавлять волю и желания больного, его свободу личности. Гегель: «В благозвучности голоса можно с уверенностью распознать красоту души говорящего, а в грубости его голоса - грубость чувств ему присущих».

Особого внимания заслуживает подход к умирающим больным, поведение и тактика врача с ними. В каждой фазе болезни больные сохраняют надежду на благоприятный исход. Многие панически боятся смерти. Древнеримский философ говорил, что смерть предстоит всему: «она закон, а не кара».

Надо помнить, что естественная смерть - явление крайне редкое, большая часть людей умирают от заболеваний, т.е. своего рода «незаконной» насильственной смертью, когда инстинкт жизни еще сохранен и организм ведет борьбу с болезнью. Поэтому никогда нельзя констатировать абсолютную безнадежность состояния и нет права способствовать сокращению времени его жизни. Врачам известны множество случаев «чудесного исцеления».

С умирающими, неизлечимыми больными особенно сложно работать. Многие врачи пытаются избегать их, уделяют меньше внимания, реже подходят, меньше времени беседуют на обходах. Необходимо никогда не считать борьбу проигранной. Постоянно внушать больному надежду своим поведением и отношением к нему. Обращать внимание на малейшую положительную динамику или симптом. Необходимо прерывать или менять лечение, при длительном его назначении.

Умирующие больные не всегда страдают от боли, но чаще - от одиночества. Не надо смотреть на обходе на него жалостливыми, испуганными, виноватыми глазами, он такой же больной, как и другие. Но ему особенно нужна помощь не только медицинская, но и психологическая. Умирующих не следует избегать, к нему следует подходить не реже, а чаще, чем к другим больным, задавать обычные вопросы об аппетите, об отправлениях, у его постели спрашивать сестру выполнены ли все назначения, как он их переносит. Отметить любые положительные явления или просто отсутствие ухудшения, подбодрить: «разве я уделял бы вам столько времени, если бы вы были безнадежны?» Все это успокаивает больного. Даже если больной находится в состоянии оглушения, необходимо его осматривать, подходить к нему.

Особой психологической проблемой является общение с родственниками больных. Психология родственников при контакте с врачом может быть обусловлена:

- 1 - их личностными особенностями,
- 2 - сформирована особенностями их прежней жизни,
- 3 - их актуальным отношением к больному.

Нередко они могут быть больше обеспокоены состоянием больного, чем сам пациент. Их интерес сосредоточен только на том, чтобы больной как можно скорее поправился. Их сведения могут определяться разговорами их ближайшего окружения, противоречивыми сведениями как о болезни, так и о мед. персонале, мед. учреждении, полученные при беседе с другими посетителями. Усиленное «давление» на врача может происходить из их «нечистой совести» по отношению к больному. Старания родственников могут привести к созданию неправильных отношений между больным и врачом. Родственники могут при пациенте проявлять свое недовольство врачом, лечением, говорить, что пациент «не перенесет операцию», «не выдержит такого лечения», в мельчайших подробностях разбирают с больным признаки его заболевания, «закармливают» больных, мешают соблюдать режим диеты и лечения. Бестактные родственники начинают задавать вопросы типа «почему ты так плохо выглядишь?» или «что с тобой сделали?», рассказывают о конфликтах дома или на работе, засыпают проблемами и заданиями с работы. Врач должен замечать и знать взаимоотношения больного с родственниками и как последние влияют на состояние их пациента. Иногда следует ограничить общение с некоторыми родственниками.

Нередко родственники предъявляют врачу самые высокие требования, не прощая ему малейшей ошибки, которые прощают многим, в том числе и себе. К сожалению нередко и сам врач не желает устанавливать этот контакт.

При контакте врача с родственниками беседа должна носить целенаправленный характер: получить как можно более полную и объективную информацию о пациенте и сделать родственника союзником в борьбе с болезнью. Необходимо знать, что ждет пациента после выписки дома. Ведущая роль во взаимоотношениях «врач-родственник» должна принадлежать врачу.

Родственники нередко представляют самую уязвимую, самую беспокойную сторону лечебного процесса. Им следует сообщать только самые главные и самые проверенные сведения о больном.

Не всегда легко добиться сотрудничества с ними, положительного отношения к лечению. Сложность диагностики, тяжесть течения нередко создают негативную психологическую установку. Приходится затратить немало сил, времени, терпения, выдержки, чтобы сделать их своими единомышленниками, чтобы обеспечить пациенту необходимые условия для лечения и последующего правильного лечебно-оздоровительного периода.

Особое значение проблема «врач-родственник» приобретает в случае смерти больного. Говорить о ней всегда трудно. Нельзя сообщать этого по телефону, необходимо встретиться с родственниками, затратить на это определенное время и не должно быть к смерти профессионального привыкания.

Больные всегда ждут обхода и волнуются, так как ожидают от руководителя обхода важного для себя решения, проявления участия, сочувствия, поддержки. Нельзя сравнить обход с обычными посещениями палат лечащими врачами и зав. отделением. Во время обхода больные внимательным образом следят за каждым словом врача, жестом, мимикой, интересуются своим диагнозом, лечением, возможной операцией. Неосторожное слово, взгляд, жест, выражение лица могут породить у больного новые сомнения, опасения. К обходу нужно тщательно готовиться, обдумывая, как и что кому говорить. Не забывать о внешнем виде, настроении, манере держаться.

Степень общения с больным должна определяться диагнозом, его состоянием, характером, запросами, ожиданиями, требованиями. Это можно определить до начала

обхода. Г.А. Захарьин подчеркивал, что редко, когда тяжелые больные не находились в угнетенном состоянии. Относиться к другим следует так, как ты бы хотел, чтобы относились к тебе. Одним больше говорить (ободряюще и оптимистично), других - больше слушать (терпеливо и участливо). "Смятение врача - гибельно" - говорили врачи древности. Некоторые мероприятия, обсуждения, выводы, рекомендации делаются после обхода, без больных.

Существует специальный вид врачебного обхода - занятия со студентами в палате.

В современных условиях врачебный обход может быть сохранен только для общего ознакомления с состоянием больных и как необходимый ритуал больничного режима, который больные ждут.

Расспрос. При тяжелом состоянии должен быть минимальным. Вопросы должны ставиться так, чтобы получить в сведениях не только данные о наличии симптомов, но и об отсутствии их. Можно построить расспрос в форме рассказа (монолог) или беседы (диалог). Уточнить характер указываемых больным нарушений - например, "плохая память" у студента, старика, при депрессии. Всегда помнить, что больной - страдающая личность. Расспрашивать следует в отсутствии близких. Врач активно спрашивает и активно слушает. Помнить, что сбор анамнеза не только исследование, но и воздействие на психику больного: не обманывать больных; имеет значение характер и порядок вопросов.

Объективное обследование (осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация) могут оказывать на больного психотерапевтическое воздействие. Больной должен чувствовать, что его обследовали основательно, внимательно и всесторонне. Закончив обследование, кратко сообщить больному результаты и предварительное заключение (осторожно!).

Врач должен всегда заботиться о психологической приемлемости обследований и лечения. Лекарства необходимо назначать скупно и осмотрительно, при этом убедив больного в необходимости назначенного и отсутствии вреда по сравнению с вредом, причиняемым болезнью. При длительном течении заболевания необходимо что-то из назначений менять или на какое-то время прерывать. При повторных встречах обязательно расспрашивать о действии назначенного лечения. Назначения должны делаться четко. Нельзя говорить «принимайте это лекарство два или три раза в день, все равно до или после еды, пока не поможет». Не должно быть полифармакотерапии.

Схему действия лекарства можно определить как формулу: общее действие = прямое действие+действие плацебо. Лекарство необходимо назначать так, чтобы оно действовало не только фармакологически, но и деонтологически.

Неправильные действия врача при назначении лекарства можно разбить на следующие группы:

- 1 - небрежность и поверхностность обследования перед назначением,
- 2 - необоснованность назначения вследствие незнания действия лекарства или в результате непродуманной тактики,
- 3 - неправильная методика применения препарата. Существуют пациенты - фармакофобы, для которых любое лекарство - это "яд", и фармакофилы, переоценивающие медикаментозную терапию. Надо помнить, что среди больных появились настоящие лекарственные гурманы, особенно к транквилизаторам, алкоголю, наркотическим препаратам.

Неспецифическое психическое действие лекарств известно еще с древних времен. Особенно очевидным это стало со времени применения «плацебо» (лат. «пустышка») - это метод, разработанный в 30-х годах нашего столетия, чтобы точно измерять лечебное воздействие отдельных лекарств. Тут очень важны особенности личности больного, отношения между врачом и больным. Часто вред от лечения бывает при несистематическом приеме больными лекарств.

Эффект плацебо включает в себя:

- 1 - действие первосигнальных раздражителей (окраска, величина, вкус, запах);

2 - вторично-сигнальных словесных импульсов. "Отрицательный эффект плацебо" может быть при приеме слишком известных "затертых" или уже принимавшихся больным лекарств. "Токсическое" действие плацебо может быть у невротиков: тошнота, рвота, понос.

Врачи чаще занимаются диагностикой с большим интересом, чем лечением. Забывается, что для пациента, наоборот, главное-лечение и обследование - это задержка лечения. При длительном обследовании теряется доверие к врачу. Врач должен стремиться лечить "cito,tuto et jucunde" (быстро, безопасно и приятно).

Существующий стандарт приема лекарств: «по 1 таб. 3 раза в день» - застарелый штамп. Некоторые заболевания требуют поддерживать стабильную концентрацию лекарства в крови (пневмония). Частота и доза зависят от:

- 1 - индивидуальных особенностей фармакокинетики и фармакодинамики препарата,
- 2 - характера, стадии, течения патологического процесса.

У некоторых прием лекарств - становится привычкой, у других вызывает токсикоманию.

| Токсикомания | Привычка |
|---|--|
| Страсть, потребность в лекарстве | Необходимость для улучшения самочувствия |
| Необходимость в повышении дозы | Возможно, но необязательно |
| Физическая и психическая зависимость | Только психическая |
| Вредное воздействие на личность и коллектив | Вредное воздействие больше на индивида |

Оба явления называют депенденцией от лекарств (зависимость). Врач должен сообщать больному о возможных побочных действиях лекарств, но в такой мере, в какой считает необходимым. Большой вред от самолечения больных. Обязательно сотрудничество с врачом. Это зависит и от тяжести недуга - как его ощущает больной. Вред может быть и от назначения множества лекарств и от назначенного лечения.

Поводом отказа от лекарств является:

1. Воздействие предрассудков и суеверий.
2. Для достижения какой-то цели: попасть в больницу, продлить стац. лечение, получить инвалидность, продлить вредные привычки (алкоголизм, наркомания).
3. Психическое заболевание (бред и т.д.).
4. При деменции и других изменениях личности.
5. Легкомысленное отношение.
6. Из-за фантазий.
7. Боязнь отравиться.
8. Из самоутверждения здоровья.
9. Религиозные соображения.

В последние годы доказана целесообразность регулярного многолетнего приема лекарств, при ряде заболеваний. Но многие пациенты принимают их нерегулярно. Многие требуют самые лучшие и дорогие лекарства, по любому поводу вызывают «скорую помощь». Часто не критическое восприятие услышанного, прочитанного про лечение, чтение популяризирующей литературы. Винят врача, что болезнь затягивается, принимает хроническое течение. Больной не может быть всегда прав и не имеет право быть грубым, прибегать к угрозам. Их требования должны соответствовать возможностям медицины и общества. Должны быть иерархия приема врачей, ассистентов, доцентов, профессоров. Хотя надо помнить, что «благо больного - высший закон (для врача) - древнее положение.

Пациент должен уважать врача, помогать ему, беречь его душевное состояние, здоровье. Каждый должен выполнять свой долг.

РОЛЬ ВРАЧА В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Вопросы к теме:

1. Творческая и диагностическая деятельность врача.
2. Авторитет врача. Вопросы коллегальности.
3. Особенности врачебного мышления. Врачебная интуиция.
4. Основные типы взаимоотношений врача и больного.
5. Структура беседы с пациентом.
6. Специфические и неспецифические лечебные факторы, условия создания контакта.
7. Врачебные ошибки, ятрогении.

Культура поведения врача измеряется не количеством полученной информации, она предполагают творческую деятельность, а там, где творчество, там и искусство.

Встреча с врачом: в стационаре, поликлинике, дома - один из важных моментов искусства врачевания. Врачевание во многом является искусством. Врач должен владеть мастерством актера.

Эвтаназия - в 10 штатах США вышел закон о праве на смерть. Они пишут особое заявление. А в ряде стран в ФРГ, Польше - уголовно наказуема даже передозировка обезболивающего. Сложные вопросы об отключении аппаратуры.

Медицинский работник должен выделяться среди остальных людей своей культурой, сдержанностью, воспитанностью. Особенно важным является уважение к больному человеку.

Авиценна: врач должен обладать глазом сокола, руками девушки, мудростью змеи, сердцем льва.

М.Я.Мудров говорил, что врач должен влиять на пациентов и воспитывать их примером собственной личности - в его руках участь целой жизни человека.

Н.И.Пирогов: «Быть человеком среди людей», учиться быть врачом - значит учиться быть человеком.

Гиппократ: Если есть несколько врачей, из которых один лечит травами, другой - ножом, а третий – словом - прежде всего обратитесь к тому, кто лечит словом.

В устах умелого врача слово лечит, а в устах неумелого - ранит. Надо знать, что, когда и кому говорить. При этом надо учитывать психологические особенности личности больного, его состояние, диагноз заболевания. Большое значение имеет интонация, через которую передаются нюансы наших мыслей и чувств. Врач, говорящий монотонно, невнятно с трудом находит контакт с больным и родственниками.

Открыто травмирующие выражения: «надо срочно лечь в больницу», «ну, и попотели мы над вашей операцией, голубчик», «как же вы можете заснуть, если у вас давление 200/100», «такая молодая, а такая больная», «ваше сердце старше вас»; на массаже - «протяните ноги», «у вас же нет вен», «ваше положение очень серьезно», «ваше заболевание почти неизлечимо в наше время», «вам придется болеть долго», «сосуды склерозированы, аорта расширена, пожили бабушка и хватит», и т.п.

В связи с распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний и онкологических, надо особенно осторожно подбирать слова, чтобы не вызвать нежелательных аналогий. Мало кто из молодых врачей умеет завязать и поддержать беседу с больным.

Необходимо постоянно помнить то, что говорил о врачах Адлер: "метод лечения должен быть в нас самих". Задача врача - освободить личность человека с тем, чтобы она могла развиваться свободно, своим независимым путем, приводя в действие как можно больше скрытых в ней возможностей. А.Ф.Билибин: " Медицина истинного врача больше, чем профессия. Она - стиль его жизни." По мнению видного англ. психиатра М. Балинта: "Врач уже сам по себе является лечебным средством, необходимо только принимать во

внимание "дозировку" и "побочное действие" его личности». В древности один хороший врач стоил нескольких искусных воинов. Врач должен обладать специальными знаниями, причем глубокими, но многие ставят на первое место еще и человеческие качества. "Где есть любовь к людям, там есть и любовь к врачебному искусству". В.Вересаев писал, что врач может обладать громадным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, но все это останется бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного. Даже великие люди при развитии заболевания иногда любят подчиняться. "Моих прежних врачей лечил я, а он (врач Швенингер) лечит меня" (Бисмарк)". Слова учат, а пример заставляет подражать" (Латинская поговорка). Ум, энергия и талант позволяют врачу трудиться творчески и в диагностике, и в лечении больных.

Распространенно ошибочное представление: чтобы распознать болезнь и лечить людей, достаточно обладать необходимыми знаниями. На самом деле этого недостаточно. Необходим элемент творчества, а базисом, на котором развивается творчество, является культура во всем ее многообразии.

Если врач не сумеет или не захочет отдать своему делу не только знания, но и все силы, свое сердце, настоящего врача из него не получится. Нужно не только соблюдать такие этические категории как долг, совесть, справедливость, любовь к человеку, но и понимать людей, обладать знаниями в области психологии. Без этого не может быть и речи об эффективности деонтологического воздействия на больного. Перед врачом в каждом конкретном случае возникают задачи, для решения которых необходимо самостоятельное мышление и умение предусматривать последствия своих действий.

Каждому врачу в процессе его врачебной деятельности приходится решать три задачи: постановка диагноза, выбор терапии, восстановление нарушенного здоровья. Какими бы современными не были технические средства, для врача начинается процесс проникновения в сущность заболевания с органов чувств. Прежде, чем применять технические средства, врач обязан с помощью собственных «приборов» и «аппаратов», своими органами чувств тщательно обследовать больного.

Для того, чтобы видеть всесторонне и безошибочно, необходимо не просто смотреть, а обладать видением художника. Скажем видеть цвет в связи с анатомическим субстратом - необходимое условие деятельности клинициста.

Важно «слышать», понимать влияние звуков на больного. При раздражении слуховых рецепторов всегда обнаруживаются закономерные изменения ритма сердечных сокращений и глубины дыхания, колебания кровяного давления, сдвиги в обменных процессах. Звук воспринимается комплексно, не только слуховыми органами, а и кожей, органами дыхания, сердцем. Задушевная беседа или «хорошая оркестровка» служат своего рода оптимизатором жизнедеятельности человека и показателем адекватности для него тех или иных процессов, происходящих в окружающей среде. Некоторый дискомфорт может возникнуть и при исчезновении из окружающей среды привычных для нас шумов. Экспериментальные данные показывают значение силы, ритма, тембра звучания речи и ее влияние на отправление тех или иных функций организма. От выбора врачом необходимого для данной ситуации тона во многом зависит настроение больного.

Авторитет у каждого врача свой. Накапливается он постепенно как результат своей медицинской и человеческой деятельности. Еще до первой встречи больной знает о враче больше, чем он о больном - часть авторитета. В первой встрече все важно: манера держаться, общение с больным, мимика, интонации голоса, жесты, внешний вид, разговоры с коллегами. Доверие вызывает спокойный, гармоничный и уверенный в себе врач. Всегда ценится больными и коллегами чувство ответственности, умение владеть собой, чувство юмора, оптимизм, решительность, хладнокровие, критическое отношение и скромность. Но не надменность, тщеславие, жадность и зависть. Авторитет - результат лечебной деятельности + мнение окружающих.

Вряд ли надо доказывать, что в таком гуманном деле, как врачевание, хорошие товарищеские взаимоотношения в коллективе крайне необходимы.

В лечебном коллективе каждый работник имеет свое место, свои обязанности, свой круг деятельности. Традиционную иерархию, консервативный строй отношений между медработниками часто подвергают критике. Современная медицинская наука, будучи чрезвычайно развитой и узко специализированной, все более требует коллективной работы. Это, в свою очередь, требует четкости взаимодействия и взаимоотношений в коллективе. Сейчас уже нет ни в одной области медицины специалиста, разбирающегося “во всем”.

Взаимоотношения врача с коллегами и всем медицинским коллективом требует от него больших знаний и подготовки, культуры поведения и выдержки, воспитания и самовоспитания. Это важный и трудный раздел медицинской этики.

Нередко возникают трения между “старыми” и “молодыми” врачами. “Соревнование” между врачами одного поколения в знаниях, профессионализме, завоевании авторитета у больных часто принимает нездоровый характер, приводя к трениям, спорам, конфликтам. В психиатрических учреждениях общеизвестно, что напряженность отношений между членами коллектива ведет к возникновению беспокойства у больных, даже к ухудшению их состояния.

Важными качествами каждого врача должны быть доброжелательность по отношению к коллегам, доступность для контактов, готовность обратиться к другим врачам и, напротив, прийти на помощь словом и делом своим коллегам. “Тот друг, кто в трудном деле поможет делом”. Но доброжелательность - это не бесконечный либерализм и всепрощение. Доброжелательность должна сочетаться со справедливостью, максимальной требовательностью и строгостью соответственно вине (если она доказана) своего коллеги. Недопустимым является пренебрежительное или высокомерное отношение к коллегам, амбициозность, самодовольство врача. Исключительно вредной характерологической чертой врача является завистливость.

Врач должен обладать интуитивным мышлением. Оно включает в себя способность мысленного манипулирования идеями и образами, оно позволяет выйти за пределы отдельных деталей болезни и в хаотической совокупности симптомов «увидеть» принцип, придающий им гармоническую стройность, при отсутствии необходимых логических средств для ее доказательств. Роль интуиции как способна непосредственной ускоренной реакции и оценки особенно значительна в критических лечебных ситуациях. Интуиция здесь как бы сокращает «поле» поиска. Уступая логическому знанию в доказательности и достоверности, интуитивное знание в целом превосходит его в целом ряде случаев по целостной оценке проблемной ситуации и очевидной ясности диктуемых ею решений.

Интуиция (лат. “созерцание”) - усмотрение, видение с помощью зрения. Использование интуиции объясняется рядом причин:

- 1) отсутствием необходимых знаний о причинах и механизме развития болезней,
- 2) необходимостью безотлагательной помощи больному без длительного раздумья,
- 3) многочисленностью вариантов течения одного заболевания у разных больных.

Физиологические механизмы интуиции:

- 1) раздражители по аналогии: близкой и отдаленной,
- 2) раздражители косвенные, не имеющие непосредственного отношения к проблеме,
- 3) слабые неспецифические раздражители.

Особое значение интуиции в деятельности врача связано еще и с тем, что он постоянно находится в состоянии «вхождения» в личность пациента, которое требует особой остроты видения и максимальной мобилизации всех, в том числе и подсознательных, ресурсов психики. Хотя логически построенный диагноз может быть более надежен, чем интуитивный.

Врачебное мышление имеет свои особенности. Его специфика состоит в том, что оно более наглядно и предметно, чем у математика или физика. Мышление врача

психологично и деонтологично, оно всегда наполнено ценностными установками. Необходимо воспитание у врача деонтологического мышления, отражающего многообразие жизни больного.

Врачебное мышление должно носить творческий характер. «Любое исследование больного - это всегда поиск, а поиск есть всегда начало научного интереса, ибо искать, вскрывать закономерности наблюдаемых явлений, процессов, фактов - основная задача науки» - В.М.Сырнев, С.Я.Чикин, 1971. В акте профессионального творчества врач должен проявить такие качества как воображение, способность с его помощью проникнуть в духовный и физический мир больного человека, без творчества и развитого воображения лечебная деятельность лишается многих нравственных и культурных ценностей, столь необходимых в диагностике.

Особенность мышления врача состоит в возможности предусматривать последствия своих действий. Большинство врачебных ошибок происходит не из-за недостаточного количества фактов или обследований, а из-за дефектов врачебного мышления, клинической логики.

Чтобы этого не происходило, нужна постоянная работа, практика, наблюдения, чтение, высокая требовательность к себе. Клиническое мышление у постели больного сначала направлено на распознавание болезни, а затем - на выбор и применение терапии, динамический контроль лечения вплоть до излечения или, во всяком случае, до получения максимального лечебного эффекта. Результат лечения - это венец, итог всей врачебной деятельности, это реальная помощь врача больному. Мыслящий врач в борьбе с болезнью должен искать и готовить союзника в лице самого больного.

Качество деятельности врача определяется не только его квалификацией, но предполагает творческую деятельность. Чтобы распознать болезнь и лечить людей, недостаточно только одних знаний. Каждый конкретный случай ставит перед врачом новую задачу. Творческий характер труда врача обусловлен индивидуальными особенностями как пациентов, так и самого врача. Деятельность врача - это постоянно творчески преобразующая деятельность, особенно врача-психотерапевта.

Объем и качество работы врача определяется тремя его свойствами:

- 1 - существующим уровнем медицинских знаний,
- 2 - индивидуальными качествами, его квалификацией, способностями применять эти знания на практике,
- 3 - условиями, в которых он практикует.

Необходимо самовоспитание врачебных качеств:

- 1) Постоянный рост информированности, но кроме эрудиции постоянно укреплять и воспитывать врачебное мышление, клиническую логику (особенно для диагностического и лечебного процесса).
 - 2) Должен овладеть всеми необходимыми мануальными навыками, доведя их до совершенства.
 - 3) Воспитание необходимых качеств врача: аккуратность, педантизм во всем, что касается больного, наблюдательность, зоркость.
 - 4) Уровень психологизма - устанавливать глубокий психологический контакт с больным, уметь управлять больным.
 - 5) Воспитывать у себя чувство нового, инициативности и энергии во внедрение нового, творческое начало в работе, обобщение приобретенного опыта.
- Компетентность врача - один из центральных параметров оценки качеств врача.
- 6) Врачебная совесть, врачебный долг, деонтологический потенциал.

Когда у акад.И.А.Кассирского новый аспирант спросил: «Когда я должен приходиться и когда уходить», он ответил: «Вы можете уходить прямо сейчас и никогда больше не приходиться».

Древние китайские мудрецы говорили, что знания, которые не совершенствуются, не используются, убывают с каждым днем. Врача, который не заглядывает в книгу надо опасаться больше болезни.

Особенно опасны трафаретность и предвзятость, когда патогенетически не связанные между собой симптомы искусственно подгоняются под наиболее импонирующий диагноз.

В процессе диагностирования врач имеет дело с субъективными данными: жалобами, ощущениями, настроениями больного. С другой стороны необходимо учитывать, что эта информация обладает и чертами объективного - она обладает объективной лечебной ценностью. Необходимо учитывать диалектической единство и различие субъективного и объективного, их относительность и взаимные переходы. Деление способов лечения и обследования больного на субъективные и объективные с методологической точки зрения не является абсолютным. Ведь любое восприятие фактов с помощью чувств или с помощью инструментария одновременно является субъективным по форме и объективным по содержанию.

Оцените ваши способности слушать эмпатически на основании ответов на следующие вопросы. В чем заключалась мысль собеседника? Действительно ли вы поняли больного, когда закончился разговор? Не нарушали ли вы репликами ход мыслей друг друга? Что привлекло ваше внимание: содержание или чувства собеседника? Использовали ли вы уточняющие вопросы, перефразирование, отражение чувств, резюмирование? Потеряли ли вы мысль собеседника? Адекватно ли ваше выражение эмпатии? Легко ли вам это дается? Когда вы выражали эмпатию: было ли это чье-то горе или по случаю радости?

Различают два типа взаимоотношений врача и больного:

- 1 - авторитарно-директивная позиция врача, что приводит к пассивности больного,
- 2 - "принцип партнерства", уважение к личности пациента, эмпатическое отношение.

Особенность структуры беседы в целом зависит от поставленных задач. Однако есть общие элементы:

- 1 - установление психологической атмосферы доверия и откровенности,
- 2 - предоставление необходимой и понятной для больного информации,
- 3 - обсуждение динамики проявлений болезни и каких-либо проблем пациента,
- 4 - подведение итогов, обозначение намеченной задачи лечения с подчеркиванием важной роли участия в ней самого больного.

В зависимости от характера патологического процесса и терапевтических задач, на первый план могут выступать неспецифические факторы лечения: деонтологический подход, создание благоприятной атмосферы в общении, и специфические - целенаправленное регулирование и использование психотерапевтического или другого воздействия.

Важными условиями создания контакта являются следующие аспекты:

- 1 - познавательный аспект беседы - врач является важным источником сведений для пациента,
- 2 - эмоциональный аспект - врач - человек, которому доверяется самое важное и интимное,
- 3 - самоконтроль врача - обратная связь не только на реакцию больного, но и на свою собственную.

Личность терапевта - это орудие его труда и она имеет важное значение в эффективности его работы. У больных всегда имеется образ "идеального" врача, с которым вы постоянно сравниваете себя.

Трудно переоценить силу слова. Словом можно вызвать не только функциональные изменения в организме, но и убить человека в буквальном смысле слова. Слово может обладать огромным психотерапевтическим воздействием, и слово может вызвать тяжелую ятрогению. Притча Эзопа о языке (принести самое прекрасное и самое ужасное).

Термин «ятрогении», получил особое распространение после статьи Бумке (1925) «Врач как причина душевных расстройств», и означает психогенное заболевание или невроз, возникший в результате неблагоприятного воздействия на психику пациента поведения врача или других медицинских работников.

Понятие "святой лжи", когда целительная ложь лучше правды. Это акт гуманности. Необходимо помнить, что словом можно вызвать не только функциональные изменения в организме, но и убить человека.

Поводом развития иатрогений служат: ошибочный диагноз, неумелое толкование сущности заболевания, развязный тон, неуместные шутки, чересчур откровенные выпады, недостатки санитарно-просветительной работы.

И.А. Кассирский дает классификацию ятрогений в зависимости от причин:

- прямое травмирование неумелым подходом;
- не прямое травмирование литературой - связанное с личностными свойствами пациента;
- неправильное проведение инструментального обследования.

Карсинский понимает под ятрогенными болезнями как органические, так и функциональные заболевания, непосредственной причиной которых являются действия врача. Тут понимается и неправильное инструментальное обследование и ошибочное введение лекарств. Но осложнения в результате врачебных ошибок нельзя относить к ятрогениям.

В работе с детьми необходимо учитывать возможность воздействия на ребенка через мать.

Ятрогении в чистом виде встречаются в детской практике реже, чем у взрослых. Р.А.Лурия считает причиной психогенных ятрогений у детей привитие преувеличенных представлений о своей болезни при неправильном поведении врача. «Негативная психотерапия» особенно тяжело отражается на переживаниях и состоянии ребенка.

У значительной части детей болезненные процедуры могут вызвать навязчивые страхи и неврозы, т.к. это для них тяжелая психотравма.

Часто они порождены запугиванием детей больницей, врачами. Поэтому возможно при ожидании тяжелой процедуры следует применять премедитацию седативными и успокаивающими. Развитие ятрогении может быть связано с назначением врачом слишком щадящего ограничивающего режима. Или при слишком пристальном внимании врача при обследовании, например, к сердцу (начинается сердцебиение, боли).

Аствацатуров писал о необходимости «психической асептики» при постановке диагноза. Важный вопрос говорить ли больному всю правду? Кому-то ложь во спасение нужна, чтобы не прибавлять лишних страданий. Целительная ложь иногда лучше правды, даже вопреки очевидным фактам человек верит в спасение. При этом он ищет не правду, а надежду. В таком состоянии возникают серьезные личностные изменения, начинают действовать особые механизмы психологической защиты. Правда врача не существует ради правды. Она должна служить жизни, быть лекарством, а не ядом. Это акт гуманности.

Независимо от желания врача слово становится важнейшим фактором в психогенезе отдельных симптомов сложнейшей внутренней картины болезни, оказывая огромное влияние не только на отношение больного к своей болезни, но и на течение всего заболевания. То, что полезно больному, то правда!

Врачебная эрология - системный анализ врачебных ошибок. Часто простые клинко-патологоанатомические сопоставления бывают бессистемными и поверхностными. Важно использовать систему изучения диагностических ошибок. Большинство ошибок часто происходит не из-за недостаточного количества фактов или обследований, а из-за дефектов врачебного мышления, клинической логики.

Круг диагностических ошибок в поликлиническом отделении часто обусловлен деонтологическими изъянами в подготовке и поведении врача - в 70 % всех ошибок.

Преступления, предусмотренные уголовным законодательством: не оказание помощи больному, незаконное производство аборта, халатное, небрежное отношение, незаконное врачевание и другие профессиональные преступления.

Лучшим средством профилактики таких нарушений является любовь к профессии и больному.

Исторические данные об ответственности за правонарушение, классификация о профессиональных нарушениях мед.работников, умышленные правонарушения (кроме указанных выше: недопустимые эксперименты на людях, выдача подложных мед.документов, нарушения правила борьбы с эпидемиями, нарушения правил хранения и отпуска наркотиков, сильно действующих и ядовитых лекарств, неосторожные действия мед.работников (недостаточное обследование, небрежный уход, особенно за детьми, несвоевременная или неосуществленная госпитализация и преждевременная выписка, плохая подготовка и небрежное выполнение операций и др.лечебных процедур).

Врач должен получить согласие больного или его родственников, на оперативное вмешательство, если оно нужно по жизненным показаниям.

Обязательным элементом разных сторон всякого правонарушения являются противоправное (неправильное) действие (бездействие), вред для больного, необходимая причинная связь между неправильным действием (бездействием) и вредом и умысел или неосторожность (вина) в действиях медицинского персонала.

Проступки мед.работников бывают гражданские, административные, дисциплинарные.

Врачебные ошибки - добросовестные заблуждения врача, основанные либо на несовершенстве современной науки и ее методов исследования, либо на особом течении заболеваний у определенного больного, либо на этических нормах.

Согласно римскому праву к ошибкам врача относили и неопытность, и неосторожность врача, и неоказание больному мед. помощи.

По мнению юриста И.Ф.Крылова нарушение врачебных профессиональных обязанностей можно подразделить на:

- нарушения технические (при операциях, ошибки в пользовании медтехникой, передозировка лекарств и др);
- нарушения диагностические (не распознавание или ошибочное распознавание).

Кроме того, ошибки могут быть объективными и субъективными. Необходим во врачебной практике постоянный и своевременный анализ ошибок. К трудно поддающимся юридическим оценкам, но не менее опасным относятся нарушения врачами "врачебной тайны". Под врачебной тайной понимается: сведения, полученные от больного или его родственников, которые врач не должен разглашать, и сведения о больном, которые врач не должен сообщать больному.

Но соблюдение врачебной тайны возможно только в том случае, если это не угрожает интересам окружающих.

Важен вопрос и о допустимой осведомленности больных о своем состоянии, В каждом отдельном случае он должен решаться индивидуально. Чаще больные все же хотят услышать не правду, а утешительные прогнозы и в этом им нельзя отказывать. Известный терапевт С. П. Боткин говорил в таком случае о «святой лжи» по отношению к больным.

КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Особенно скупы в законодательных актах, регламентирующих его выполнение, освещены этические и морально-правовые аспекты некоторых современных направлений медицины, как-то: трансплантация органов и других анатомических материалов, воспроизводство человека, медико-биологические эксперименты на человеке; а проблемы эвтаназии, генной инженерии и клонирования вообще были обойдены молчанием. Данное упущение нельзя расценить как незначительное. В условиях монополизации медицины государством и недостаточным ее финансированием, шаткость нравственных норм чревата нарушениями одного из древнейших и основополагающих принципов врачевания - «не навреди».

Кроме того, недавнее прошлое медицины пестрит случаями злоупотребления психиатрией в политических целях, причастности врачей к практике пыток и проведения смертных казней. Это лишний раз заставляет акцентировать внимание на этике как критерии гуманного и безопасного применения научных знаний.

Призванные служить на благо человеку, научные знания могут быть причиной негативных последствий, а иногда прямо способствуют совершению зла. Грустная и вместе с тем актуальная цитата из Экклезиаста: «...во многот мудрости много печали; и кто умножает познание, умножает скорбь»(1, 18) - может быть осмыслена и как утверждение слабости человека перед открывавшимися ему тайнами естества, как неумение ими правильно воспользоваться во благо себе и ближнему.

Поэтому, с позиции этики, объективная оценка практического применения знаний, полученных благодаря достижениям медико-биологических наук, должна основываться на сложившихся веками общечеловеческих нормах морали, отдающих приоритет достоинству человеческой личности.

Соглашение о лечении, таким образом, становится неким заключительным союзом между двумя лицами против общего врага, - болезни.

В качестве первого предписания практической мудрости в медицинском плане я рассматриваю признание особенного характера ситуации лечения и, прежде всего, самого пациента. Эта особенность предполагает незаместимость одного лица другим, что исключает, среди прочего, воспроизводство через клонирование того же самого индивида; разнообразие человеческих личностей лежит в основании того, что лечат не вид, не разновидность, но каждый раз - уникальный экземпляр рода человеческого. Второе предписание подчеркивает нераздельность личности; уход осуществляется не за многочисленными органами, но за больным, если можно так выразиться, взятым целостно; данное предписание противостоит фрагментации, которую навязывает и разнообразие болезней, и их локализация в теле, и соответствующая специализация знаний и компетенций; противостоит также и другому разделению: между биологическим, психологическим и социальным. Третье предписание добавляет к идеям незаместимости и нераздельности, более рефлексивную идею - самоуважение. Это предписание говорит о большем, чем долг уважения к другому; оно стремится уравновесить односторонний характер уважения, идущего от одного лица к другому, через признание собственной ценности этим другим. Иное дело самоуважение; ситуация лечения, особенно в больничных условиях, избыточно способствует скатыванию больного к зависимым положениям, а лечащий персонал - к поведению, ранящему и унижающему достоинство больного.

Решающее основание здесь в том, что человеческое тело одновременно является и плотью живой личности, и объектом научного изучения природы.. Конфликты возникают главным образом в тех или иных исследованиях человеческого тела, где вмешивается экспериментирование, а ставкой является сознательное и добровольное участие пациентов; в этом отношении развитие превентивной медицины усилило давление объективирующих техник на медицину, практикуемую как искусство.

Это правило предполагает, что пациента не просто информируют, а привлекают к добровольному участию в эксперименте, даже, если он посвящен только исследованию.

Решающим, в конечном счете, является понятие здоровья - как личного, так и общего. А оно неотделимо от того, что мы думаем - или пытаемся не думать - об отношениях между жизнью и смертью, рождением и страданием, полом и идентичностью, самим собой и другим.

Речь о том, что плодотворная врачебная практика предполагает знание (и строгое соблюдение) долга практикующего врача по отношению к пациенту и к человеческому сообществу в целом.

Этика и деонтология - понятия пересекающиеся, но не совпадающие. Они всегда были очень тесно взаимосвязаны.

Кодекс деонтологии во Франции излагается в виде декрета. Его принятие в 1995 году учло новые законодательные постановления, определяющие медицинскую помощь при воспроизведении потомства, опыты на человеке, трансплантацию органов и тканей человеческого организма, а также эпидемиологические проблемы.

Статья 1.

Врач, находясь на службе здоровья индивида и здравоохранения в целом, выполняет миссию с уважением к человеческой жизни, личности и ее достоинству.

Обязательное уважение к личности не прекращается и после смерти пациента.

Миссии врача, который совмещает две этики: этику здравоохранения, по своей природе коллективную, и этику личности, по природе индивидуалистическую.

Статья 2.

Врач должен во всех случаях соблюдать принципы нравственности, честности и обязательной преданности делу медицины.

Статья 3.

Профессиональная тайна, соблюдаемая в интересах пациентов, вменена в обязанности каждому врачу на условиях, установленных законом.

Тайна включает все то, что дошло до сведения врача в результате его профессиональной деятельности, то есть не только то, что ему было сообщено, но и то, что он видел, слышал или понимал.

Гарантия тайны является одной из основ веры больных в своего врача.

Тайна охватывает все то, что дошло до сведения врача в процессе его профессиональной деятельности, то есть «не только то, что было доверено, но также и то, что он видел, слышал, понимал».

Статья 4.

Врач не может ни под каким видом отчуждать свою профессиональную независимость.

Всякая зависимость во врачебном решении достойна морального осуждения: она не должна оплачиваться ценой профессиональной независимости.

Статья 5.

Врач должен уважать право каждого человека свободно выбирать себе врача. Он обязан помогать ему в осуществлении этого права.

Статья 6.

Врач должен выслушивать, осматривать, консультировать или лечить с одинаковой добросовестностью всех людей, каким бы ни было их происхождение, нравы, семейное положение, принадлежность или непринадлежность к той или иной этической группе, национальности или определенной религии, их состояние и уровень здоровья, их регистрация и чувства, которые он может испытывать по отношению к ним. Он должен оказывать им помощь при всех обстоятельствах. И не должен никогда отказываться от корректного и внимательного отношения к осматриваемому лицу.

Статья 7.

В границах, обозначенных законом, врач свободен в своих предписаниях, наиболее соответствующих, по его мнению, в данном случае.

Он должен, не пренебрегая при этом своим долгом оказания моральной помощи, ограничить предписания и свои действия тем, что является необходимым для качества, безопасности и эффективности врачебного ухода.

Он должен принимать в расчет преимущества, недостатки и последствия различных исследований и возможных лечебных мероприятий.

Статья 8.

Каждый врач, оказавшийся возле больного или раненого, находящегося в опасности, или информированный о том, что больной или раненый находится в опасности, должен оказать ему помощь или обеспечить необходимый врачебный уход.

Статья 9.

Каждый врач должен поддерживать и совершенствовать свои познания; он должен принимать все необходимые меры для активного участия в непрерывном образовании.

Каждый врач участвует в оценке профессиональной практики.

Тяжелее всего для больного иметь невежественного врача. Невежественный врач неизбежно будет нечестным врачом.

Статья 10.

Врач должен поддерживать предпринимаемые правомочными властями усилия, направленные на защиту здоровья и санитарное просвещение.

Статья 11.

Если врач принимает участие в информировании общественности санитарно-просветительского или образовательного характера, то, каковы бы ни были средства оповещения, он должен пользоваться только подтвержденными данными, проявлять осмотрительность и заботиться о последствиях своих слов обществе, остерегаясь при этом любых поступков рекламного характера, будь то в свою личную пользу, или в пользу учреждений, где он работает или которым содействие, или в пользу дела, не приносящего общественной пользы.

Статья 12.

Если врач оглашает в медицинских кругах недостаточно проверенный новый диагностический или лечебный метод, то он обязан сопровождать свое сообщение необходимыми оговорками. Он не должен делать подобного оглашения для немедицинской общественности.

Статья 13.

Врачам запрещается, за исключением особых случаев в предусмотренных законом обстоятельствах, распространять с целью дохода лекарства, устройства или продукты, оказывающие воздействие на здоровье.

Им запрещается распространять медикаменты, не имеющие разрешения к применению.

Статья 14.

Выдача тенденциозного либо недостоверного заключения или справки запрещена.

Статья 15.

Запрещается оказывать какое бы то ни было содействие любому, кто занимается незаконной медицинской деятельностью.

Статья 16.

Любой врач должен воздерживаться, даже не находясь при исполнении обязанностей своей профессии, от любого действия, подрывающего к ней уважение.

Статья 17.

С того момента, как врач согласился ответить на обращение, он обязывается лично обеспечить пациенту добросовестную, самоотверженную, основанную на достижениях

науки медицинскую помощь, обращаясь, при необходимости, к помощи других компетентных лиц.

Статья 18.

Врач обязан всегда с максимальным тщанием ставить диагноз, затрачивая на это необходимое время и пользуясь в полной мере возможностями наиболее подходящих научных методов, а при необходимости обращаясь за соответствующей помощью.

Статья 19.

Врач обязан формулировать свои предписания со всей необходимой ясностью, следить за их понятностью для больного и его окружения и прилагать настойчивость, чтобы добиться от них правильного выполнения предписанного.

Статья 20.

Во всех случаях следует стремиться получить согласие лица, подвергающегося обследованию или лечению.

Если больной, состояние которого позволяет ему выразить свою волю, отказывается от предложенного ему обследования или лечения, то врач обязан согласиться с этим отказом, сообщив перед этим больному о его последствиях.

Статья 21.

Во всех случаях врач должен стараться облегчить страдания своего больного, морально поддерживать его и избегать всякой неразумной настойчивости при обследовании или лечении.

Статья 22.

Врач должен находиться рядом с умирающим до последних мгновений его жизни, обеспечить соответствующими мерами лечения и ухода возможный уровень завершающей жизни, оберегать достоинство больного и утешить его окружение.

Он не имеет право умышленно причинять смерть.

Борьба с болью в какой бы то ни было стадии болезни должна стать одной из главных забот медиков.

Статья 23.

Врач не может предлагать больным или их окружению в качестве полезных или безопасных средств обманчивые или недостаточно проверенные лекарства или процедуры.

Статья 24.

Врач не должен позволять себе в проводимых им обследованиях или вмешательствах, а равно в предписываемом им лечении подвергнуть больного неоправданному риску.

Статья 25.

Никакое калечащее вмешательство недопустимо без очень серьезных медицинских причин, без предупреждения об этом заинтересованного лица и без его согласия, за исключением неотложных случаев или невозможности вышеперечисленного.

Статья 26.

Врач не может оставлять своих больных в случае общей опасности, за исключением случая выполнения категорического приказа компетентного органа власти, в соответствии с законом.

Статья 27.

Врач не должен вмешиваться без профессиональных причин в дела семьи или в личную жизнь своих пациентов.

Статья 28.

Медицинские работники должны поддерживать между собой отношения собратьев по профессии.

Врач, у которого возникли разногласия с коллегой, должен искать пути их устранения, в случае необходимости - через посредничество департаментского совета профессиональной Ассоциации.

Врачи должны помогать друг другу в случае неудачи.

Статья 29.

Исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей является персональным; каждый врач несет ответственность за свои решения и действия.

Статья 30.

Любой врач, как правило, имеет полномочия выполнять все действия по диагностике, профилактике и лечению. Но он не должен, кроме возникновения исключительных обстоятельств, ни предпринимать или продолжать лечение, ни давать рекомендации в областях, которые выходят за рамки его знаний, опыта и имеющихся у него возможностей.

ПСИХОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ.

Вопросы к занятиям:

1. **Определение понятия «общение» (коммуникации), фазы общения, процессы, происходящие в процессе общения.**
2. **Функции речевого общения и параметры процесса общения.**
3. **Специфика коммуникативных систем и их частные функции.**
4. **Виды отношений при общении. Коммуникации в медицине.**
5. **Коммуникационные навыки. Структура диалога.**
6. **Коммуникационные группы населения.**

В широком смысле общение - всякий эпизод взаимодействия двух и более людей. А. Н. ЛЕОНТЬЕВ (1975) писал: «общение - намеренное влияние (взаимовлияние) и воздействие на поведение, состояние, установки, уровень активности и деятельности партнера. Функциональная значимость общения заключается в том, что оно служит установлению общности между людьми, регулирует их совместную деятельность, является инструментом познания мира и общества, основой самосознания человека и его самоопределения.

Во время общения происходят следующие процессы:

- положительная эмоциональная связь и эмоциональное переживание, которые возникают тогда, когда их установки и ожидания в отношении друг друга реализуются в процессе общения;
- формирование карты мира, стремление согласовать свой внутренний мир с миром собеседника или группы и, наоборот;
- формирование собственного «Я», исходя из мнения о себе окружающих с раннего детства, что является направлением и стимулом развития личности, своей «отдельности» от других, исходя из чего формируется самооценка;
- изменение человека в процессе общения (естественное или направленное) с передачей новых знаний, навыков поведения, ролей;
- совместная работа является узловым моментом общения и во многом зависит от лидера, от социальных, политических, государственных установок.

Виды отношений при общении могут быть в форме:

- дружеской корпорации (доверие друг другу, помощь)
- антагонистического соперничества (каждый стремится доказать свое превосходство)
- дружеское соревнование (здоровое соперничество)

В последние годы широкое признание получила точка зрения о том, что подготовку в области коммуникационных навыков и других навыков взаимоотношений необходимо включать в программу обучения медицинской школы.

Holte (1990) описал навык коммуникации как наиболее важный навык в работе практических врачей, работающих в первичном звене медицинской помощи.

Хорошие коммуникации врач-пациент были описаны в качестве краеугольного камня хорошей медицинской практики. Это может быть также подтверждено результатами исследований, в которых было обнаружено, что 60-80 % диагностических решений принимаются на основании информации, полученной только лишь в ходе медицинского интервью; такая же пропорция отмечается и при принятии терапевтических решений. Основой же медицинского интервью являются коммуникации, а само по себе медицинское интервью служит основой всей медицинской практики.

Эффективность лечения зависит не только от правильности диагноза, но также и от согласия пациента с планом лечения. Нежелание следовать назначенному лечению было описано в качестве наиболее серьезной проблемы в медицине.

Эффективные коммуникации дают врачам возможность передавать пациентам адекватную медицинскую информацию и мотивировать их следовать более здоровому стилю жизни, повышая таким образом роль врача в укреплении здоровья и профилактике болезни.

Есть ряд указаний о том, что хорошие коммуникации врач-пациент могут оказать существенное влияние на результаты лечения в смысле функционального состояния пациента и его субъективной оценки своего здоровья так же, как и на результат мероприятий психологического плана.

Эдинбургская Декларация Всемирной Федерации по Медицинскому Образованию (1998) устанавливает, что каждый отдельный пациент может ожидать в лице врача встретить человека, подготовленного в качестве внимательного слушателя, тщательного наблюдателя, эффективного клинициста, а также человека, обладающего высокой восприимчивостью в сфере общения.

Было документально подтверждено, что плохие коммуникации со стороны врача являются главным фактором, ведущим к неудовлетворенности пациента и его родственников проводимым лечением. Обнаружено, что пациенты были в меньшей степени удовлетворены врачом, когда последние доминировали в интервью путем того, что говорили больше, чем больной, или когда эмоциональный фон характеризовался доминированием врача. Это может иметь связь с изменением ожиданий пациента по поводу роли врача, так как люди хотят видеть себя более активными участниками в заботах о своем собственном здоровье.

Тренировка в коммуникационных навыках помогает врачам действовать более эффективно в особо «чувствительных» аспектах взаимоотношений врач-пациент, которые часто встречаются в практике. Тем не менее, обычно коммуникативные навыки не включаются в программу медицинского обучения. Например, необходимость сообщить пациенту, что неизлечимо болен, необходимость сказать родственникам больного, что тот должен умереть, либо другие примеры сообщения плохих известий требуют определенных умений со стороны врача.

Эффективные коммуникации особенно важны в условиях крайне ограниченного количества времени для медицинских консультаций. Эта разновидность навыков, которым обучаются в ходе тренинга коммуникационных умений, могут помочь врачу более эффективно справляться с постановкой дифференциального диагноза, выработать адекватный план лечения и передать его пациенту в имеющийся для этого ограниченный промежуток времени. В условиях очень напряженного приема пациентов или в амбулаторных учреждениях (поликлинике) внедрение эффективных коммуникаций необходимо рассматривать как очень серьезный фактор и как стратегию, призванную облегчить эти трудности.

Simpson et al. (1991) указывали, что исследования, проведенные во многих странах подтверждают тот факт, что серьезные коммуникационные трудности встречаются в клинической практике повсеместно.

Данные находки весьма существенны, принимая во внимание тот факт, что как сообщалось ранее, плохие коммуникационные навыки влекут за собой негативные последствия в области медицинских, психосоциальных и экономических аспектов здравоохранения.

Поскольку в медицине все более и более доминируют передовые технологии - возникает все большая опасность отдаления врача от больных. Медицинское обучение новым технологиям может в настоящее время способствовать процессу «притупления» эмоций врачей, отвлекая их внимание на техническую сторону диагностики и лечения и оказать вредное влияние на способность врачей эффективно общаться со своими пациентами. Helfer (1970) обнаружил, что студенты-медики старших курсов гораздо чаще, чем неопытные студенты, избегали эмоциональных аспектов случая, использовали медицинский жаргон и игнорировали важные сигналы пациента.

Способность к общению является базовым человеческим навыком. Как и в отношении любого другого навыка, некоторые люди обнаруживают здесь больший природный талант, чем остальные. Тем не менее, эти навыки могут и должны быть развиты. Показано, что правильное обучение в области коммуникационных навыков развивает способность к общению и у самих тренеров.

Базовые коммуникационные навыки:

- Интерперсональные навыки взаимоотношений врач-пациент.
- Навыки сбора информации.
- Навыки передачи информации пациенту и его образования.

Продвинутые коммуникационные навыки:

- Навыки для мотивации пациента быть приверженным плану лечения.
- Другие варианты применения базовых коммуникационных навыков в специфических ситуациях.

Врач должен уметь:

- создавать адекватное вещественное окружение, которое определяется тем, что это увеличивает степень уединенности, комфорта и внимания к пациенту.

- уметь приветствовать пациентов способом, приемлемым по культурным нормам в соответствии с их возрастом, полом и др., что будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства и поощрять пациентов к участию в беседе.

- отчетливо сигнализировать о том, что все его внимание сосредоточено на пациенте и путем посылки сигналов, обозначающих, что информация принимается и контакт должен быть продолжен (возможно только взглядом).

Эти составные части являются сердцевиной интерперсональных навыков. Их нельзя с легкостью подделать, и если врачи лишены этого, то таких врачей нельзя быстро научить тому, как выполнять эти вещи способом, который позволил бы их развивать.

Для врачей очень важно также постоянно контролировать использование потенциально устрашающих слов.

Навыки невербального общения, такие как контакт взглядом, физическая дистанция и выражение лица должны находиться под постоянным контролем.

Важно, чтобы пациент мог чувствовать, что врач ясно понимает его нужды и готов к тому, чтобы работать вместе с пациентом для их удовлетворения.

В дополнение к навыкам создания вещественной обстановки, начала и продолжения интервью, столь же важным является и способ его завершения.

Открытые вопросы особенно полезны, когда пациентов просят описать их проблемы; в начале консультации им необходимо предоставить возможность сделать это с самыми минимальными попытками вмешиваться в их изложение.

Необходимо вместе с пациентом выяснить, в чем именно заключается его ожидания от настоящей консультации, а также избегать преждевременных выводов о причинах, которые привели пациента к врачу.

Следует прояснить значение того, что говорит пациент, как и значение тех сигналов, которые воспринимает врач от невербального общения, чтобы быть уверенным в том, что он (она) понимает пациента полностью.

Следует ясно просигнализировать пациенту, используя слова-метки, такие как: «Здесь есть три вещи, о которых нам следует подумать...»

Содержание диалога:

Предоставление рациональных обоснований того, почему надо изменить поведение.

«Подгонка» лечения к индивидуальным особенностям жизненного стиля пациента.

Противодействие преградам, стоящим на пути изменения поведения.

Приведение примеров, которые могут служить ролевыми моделями.

Предоставление возможностей для повторного пересказа деталей режима лечения.

Обратная связь (позитивное подкрепление конструктивных изменений в поведении, достигнутых со времени пережитых консультаций).

Понимание того, как пациент объясняет свою болезнь, и учет этих выражений при общении с ним.

Важно, как минимум, иметь представление о проблемах, требующих более сложных коммуникационных навыков, а также о потенциальных возможностях дальнейшего развития эффективных коммуникаций.

1. Специальные группы населения:

- с языковыми и культурными сложностями;
- работа с семьями или парами

2. Специальные группы расстройств:

- инвалиды (слепые, глухие, больные с параплегией и т.д.)
- умственно отсталые
- хронические больные
- больные в терминальных состояниях
- депрессивные и/ или суицидальные пациенты
- СПИД
- хроническая боль
- нарушения речи
- проблемы зависимости от психоактивных веществ
- соматоформных расстройства
- невротические расстройства

3. Специальные проблемы, связанные с личностью:

- не сотрудничающие пациенты
- враждебные пациенты
- сверхзависимые пациенты
- «заторможенные» пациенты
- пациенты сверхоборонительной позиции

4. Специальные клинические ситуации:

- передача плохих известий
- работа в «сенситивных зонах» (сексуальной и т.д.)
- телефонный контакт
- подготовка к болезненным и представляющим опасность диагностическим и/ или лечебным процедурам (например, вагинальное обследование, хирургические вмешательства).
- когда надо говорить о пациенте с другими людьми (например, родственниками)
- очень короткий контакт

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойко, О.В. Охрана психического здоровья / О.В. Бойко. - М., 2004. - 265 с.
2. Виленский, О.Г. Психиатрия. Социальные аспекты / О.Г. Виленский. - М., 2002.
3. Грандо, А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология / А.А. Грандо. - Киев, 1988.
4. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. - Минск, 2006. - 476 с.
5. Завилянский, И.Я. Врач и больной / И.Я. Завилянский. - Киев, 1964.
6. Зозуля, Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии / Т.В. Зозуля. - М., 2001. - 221 с.
7. Иванец, Н.Н. Человек и лекарство / Н.Н. Иванец. - М., 1995.
8. Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. - СПб., 1998.
9. Коломинский, Я.Л. Психология взаимоотношений в малых группах / Я.Л. Коломинский // Учебн. пособ. для вузов. - Мн., 2000.
10. Королева, Е.Г. Медицинская психология / Е.Г. Королева // Курс лекций. - Гродно, 2004. - 243 с.
11. Лисицын, Ю.П. Медицина и гуманизм / Ю.П. Лисицын. - М., 1984.
12. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. - М., 1977.
13. Магазаник, Н.А. Искусство общения с больными / Н.А. Магазаник. - М., 1991.
14. Медицина, этика и деонтология / Под редакцией Г.В.Морозова. - М., 1983.
15. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. - М., 1987.
16. Обухов, С.Г. Психиатрия / С.Г. Обухов // Учебное пособие. - М., 2007.- 346 с.
17. Холстов, Е.И.. Социальная реабилитация / Е.И. Холстов, Н.Ф.Дементьева.. - М., 2002.
18. Александровский, Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы / Ю.А. Александровский. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. - 112 с.
19. Алтухов, Н.И. Зависимость от компьютерной виртуальной реальности / Н.И.Алтухов, К.Ю.Галкин // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000.- С.285-286.
20. Бурова, В.А. Механизмы формирования интернет-зависимости / В.А. Бурова., В.И Есаулов // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000.-С.290-291.
21. Берн, Э. Лидер и группа / пер.с англ. Э.Берн.- Е/Б, 2000.
22. Бехтерева, Н.П. Здоровый и больной мозг человека / Н.П. Бехтерева. - Л., 1980.

23. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов // Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - М., 2001.
24. Виленский, О.Г. Психиатрия. Социальные аспекты / О.Г. Виленский. — М., 2002.
25. Виткин, Дж. Женщина и стресс / Дж. Виткин. — СПб., 1995.
26. Гуманистический подход к охране здоровья / Пер. с англ. под редакцией К.В. Григорьева. — М., 1998.
27. Вулис, Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью / Р. Вулис // Руководство для членов семей, друзей и социальных работников. — М., 1998.
28. Габиани, А.А. Наркомания: горькие плоды сладкой жизни / А.А Габиани // Социологические исследования.- 1987. № 1. - С. 48-53.
29. Гоголева, А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. - М.: Моск.псих.-соц. Ин-т.-Воронеж: НПО МОДЭК. - 2002. - 240 с.
30. Головаха, Е.И. Социальное безумие: история, теория и современная практика / Е.И Головаха, Н.В.Панина. - К.:Абрис, 1994. – 168 с.
31. Гурович, И.Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. № 3.
32. Гурович, И.Я. Общественно ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на сообщество) / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова // Социальная и этническая психиатрия. — 2003. № 1.
33. Гурович, И.Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией / И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. № 3.
34. Зайцева, М.И. Методы шкалирования при измерении установки / М.И. Зайцева. // Социальные исследования. Вып. 5. — М., 1970.
35. Доненко, И.Е. Реабилитация больных шизофренией в рамках модели «Клубный Дом» / И.Е. Доненко, Н.Г. Шашкова, Т.С. Вещутина // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. № 1.
36. Кабанов, М.М. Психиатрия и общество / М.М Кабанов //Социальная психиатрия: фундаментальные и прикладные исследования. - Л.,1990. - С. 15-24.
37. Красик, Е.Д. Психическое здоровье общества и реабилитация психически больных / Е.Д Красик // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. - № 1. - С. 63-67.
38. Краснов, В.Н. Экологическая психиатрия: методология, предмет исследования и ближайшие практические задачи / В.Н.Краснов // Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. - С. 158-160.

39. Кунце, Г. (Kunze H.) Этнические аспекты психиатрической помощи в общинной психиатрии / Г.Кунце (Kunze H.) // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. - М., 1995. - С. 109-112.
40. Козьяков, С.Б. Развитие новых психосоциальных технологий в психиатрической службе / С.Б. Козьяков, А.П. Поташева, Л.Б. Борисова, Н.В. Симоненко // Социальная и клиническая психиатрия.— 2001. № 4.
41. Кольцов, А.П. Психосоциальная реабилитация в стационаре и диспансере / А.П. Кольцов, М.А. Ландышев, А.В. Трушин // Социальная и клиническая психиатрия.- 2001. № 4.
42. Котельников, В.П. От Гиппократа до наших дней / В.П. Котельников. - М., 1987.
43. Кабанов, М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия.. - 2001. № 1.
44. Клиническая психология в социальной работе / Под ред. Б.А. Маршинина. — М., 2002. № 4.
45. Коцюбинский, А.П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, В.В. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. № 3.
46. Левин, К. Разрешение социальных конфликтов:пер.с англ. /К. Левин.- СПб., 2000.
47. Лидеман, Р.Р. За гранью психического здоровья / Р.Р. Лидеман. - М., 1992.
48. Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни.— М., 1997.
49. Медицинская психология / Под ред. Ф.М.Гайдука // Учебное пособие. - Мн., 2001.
50. Орлов, А. Н. Культура общения врача / А.Н. Орлов. - Красноярск, 1986.
51. Орел, Н.А. Психологические механизмы влияния тоталитарных групп на личность: профилактика и преодоление зависимости / Н.А Орел // Контроль сознания и методы подавления личности: Хрестоматия. - Минск, 2001.- С. 413-443.
52. Рыбаков, Ф.Е Душевные расстройства в связи с последними политическими событиями / Ф.Е Рыбаков. - М., 1906. - 22 с.
53. Рубинштейн, С.Л. Принципы и пути развития психологии / С.Л. Рубинштейн. - М, 1959.
54. Сушков, И. Психология взаимоотношений / И. Сушков. - М., 1999.
55. Семке, В.Я. Экологическая психиатрия / В.Я Семке // Социальная и клиническая психиатрия. Т.2 - 1992. Вып. 3. С. 5-13.
56. Сидоров, П.И. Психический терроризм - нелетальное оружие массового поражения / П.И. Сидоров // Российский психиатрический журнал. - 2005. № 3. С.2 8-34.

57. Сидоров, П.И. Психическое здоровье населения и стратегии развития психиатрии Востока и Запада / П.И. Сидоров // Экология человека.- 2001. № 4. С. 8-12.
58. Семке, В.Я. Умейте властвовать собой, или Беседы о здоровой и больной личности / В.Я. Семке. — Новосибирск, 1991.
59. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. - Л., 1984.
60. Углов, Ф.Г. Под белой мантией / Ф.Г. Углов./ - М., 1984.
61. Фуллер Торн, Э. Шизофрения: Книга в помощь врачам, пациентам членам их семей / Э. Фуллер Торн.— СПб., 1997.
62. Бондаренко, Н. Деятельность Клубного Дома г. Киева как форма общинной психиатрии / Н. Бондаренко. // Отечественный журнал социальной работы.— 2002. № 1.
63. Шамов, И. А. Врач и больной / И.А. Шамов. - М., 1986.
64. Этико-психологические проблемы медицины. - М.,1978.
65. Ястребов, В. С. Реализация программ ВОЗ в области охраны психического здоровья / В.С. Ястребов // Экология человека. — 2001. № 4.
66. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Закон РФ. - М., 1993.
67. Фирсов, М.В. Теория социальной работы / М.В. Фирсов, Е.Г. Студенова. — М., 2001.
68. Штайнкамп, Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство / Г. Штайнкамп // Журнал социологии и социальной антропологии. — 1999. Т. 2. № 1(5).
69. Панкратов, В.Н. Саморегуляция психического здоровья / В.Н. Панкратов / Практическое руководство. — М., 2001.
70. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Под ред. К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вулф / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гу-шанского. — М., 1999.
71. Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. — М., 1997.
72. Шувалов, А. В. Проблемы развития службы психологического здоровья в системе дополнительного образования детей / А.В. Шувалов // Вопросы психологии. — 2001. № 6.
73. Women and mental health. Ed. by Dora Kohen. — London and Philadelphia, 2000.
74. Бойко, О. Социальная работа с женщинами в Швеции: Женская группа «Герда» / О. Бойко // Гендерно-чувствительная социальная работа: Образование и практика. — Саратов, 2002.
75. Гуманистический подход к охране здоровья / Отв. ред. Н. Берковитц / Пер. с англ. под ред. К. В. Григорьева. — М., 1998.

76. Фоненко, И.Е. Реабилитация больных шизофренией в рамках модели «Клубный Дом» / И.Е. Фоненко, Н.Г. Шашкова, Т.С. Вещугина // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. № 1.
77. Клиническая психология в социальной работе / Под ред. Б.А. Маршнина.— М., 2002.
78. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмукле. – М., 1999.
79. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / Под ред. Г.Фрайбергер, Г.К.Розе, Э.Вулфа / Пер. с нем. И.Я.Сапожником, Э.Л. Гушанского. — М., 1999.
80. Рамон, Ш. Подходы к деинституциализации: Западная и Восточная Европа, социальная политика, социальная работа и родственные дисциплины // Взаимосвязь социальной работы и социальной политики / Под ред. Ш. Рамон. — М., 1997.
81. Холостова, Е.И. Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева // Учебное пособие. — М., 2002.
82. Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи. Резолюция 46/119. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 18 февраля 1992 г. по докладу Третьего комитета (А/46/721) // Международное право в документах. — М., 2000.
83. Лэнг, Р. Расколотое «Я» / Р. Лэнг. — М., 1999.
84. Bogardus E.S. Analyzing changer in public opinion. E.S. Bogardus. // Journal of applied ociology. - 1925.- Vol. 9.
85. Bogardus E. S. Measuring social distance. E. S. Bogardus. // Journal of applied sociology. — 925.- Vol. 9.
86. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Touchstone ooks, 1986.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|---------|
| Введение | 3 стр. |
| ЧАСТЬ 1. Введение в дисциплину «Социальная психиатрия» | |
| 1. Предмет социальной психиатрии и ее задачи | 4 стр. |
| 2. История развития психиатрической и социальной помощи | 8 стр. |
| 3. Факторы, влияющие на психическое здоровье | 15 стр. |
| 4. Социальная значимость психического здоровья | 21 стр. |
| 5. Социально обусловленные психические расстройства | 30 стр. |
| 6. Социальная реабилитация психически больных | 36 стр. |
| 7. Мифы в психиатрии | 43 стр. |
| 8. Европейский план действий по охране психического здоровья | 47 стр. |
| ЧАСТЬ 2. Медицинская этика и деонтология | |
| 1. Врачебная этика и деонтология | 54 стр. |
| 2. Влияние болезни на личность | 62 стр. |
| 3. Больной и медицинская среда | 67 стр. |
| 4. Взаимообусловленный характер системы «врач-больной» | 72 стр. |
| 5. Психология лечебного процесса | 77 стр. |
| 6. Роль врача в лечебном процессе | 82 стр. |
| 7. Кодекс медицинской деонтологии. | 89 стр. |
| 8. Психология общения. | 93 стр. |
| 8. Список литературы | 97 стр. |