



**ВСЕМИРНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ
СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

ПОТРЕБНОСТЬ В ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ И КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

10 ОКТЯБРЯ 2010 Г.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОГРАММА ДЕЙСТВИЙ ВСЕМИРНОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ВВЕДЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1

Хронические соматические заболевания и психические расстройства: факты, обзоры, действия

Заболевания сердечно-сосудистой системы и психические расстройства

- Факты
- Обзор
- Действия

Сахарный диабет и психические заболевания

- Факты
- Обзор
- Действия

Злокачественные опухоли и психические расстройства

- Факты
- Обзор
- Действия

Болезни органов дыхания и психические расстройства

- Факты
- Обзор

Ожирение и психические расстройства

- Факты
- Обзор

РАЗДЕЛ 2

Хронические соматические заболевания и психические расстройства: потребность в комплексном подходе к лечению

- Нет здоровья без здоровой психики. Доктор Мишель Рибо (Dr. Michelle Riba)
- Роль службы первичной медицинской помощи в облегчении доступа к медицинской помощи лиц, страдающих психическими расстройствами и хроническими соматическими заболеваниями. Доктор Габриель Ивбиджеро (Dr. Gabriel Ivbijaro)
- Психическое здоровье как экономическая категория: экономический эффект высококачественного медицинского обслуживания. Доктор Дэвид МакДейд (Dr. David McDaid)

РАЗДЕЛ 3

Рекомендации для больных и членов семей, которые осуществляют уход за больными людьми

- Формирование психической устойчивости
Методические материалы. Десять аспектов формирования психической устойчивости
- Формирование системы поддержки
Методические материалы. Формирование общественной поддержки
- Самопомощь
Методические материалы. Десять слагаемых победы над хроническим недугом
- Лица, ухаживающие за больными, и оказывающие им поддержку
Методические рекомендации. Члены семьи, ухаживающие за больным человеком. Что нужно знать о моральном и физическом переутомлении
Методические рекомендации. Хронические соматические болезни — влияние на психическую сферу. Информация для родителей, ухаживающих за больным человеком на дому и всех, кто работает с детьми и подростками

РАЗДЕЛ 4

Комплексный подход к ведению больного. Охвату подлежат целые населенные пункты

- Роль больного как потребителя информации, его семьи и окружения. Доктор Роберт М. Левин (Dr. Robert M Levin)
- Роль врачей-психиатров, и других специалистов, участвующих в реализации просветительских программ Доктор Роберт М. Левин (Dr. Robert Levin)

- Роль врачей первичного звена здравоохранения и специалистов. Профессор Майкл Кидд, доктор Патрик Кокер (Prof. Michael Kidd & Dr Patrick Coker)
- Роль правительств и неправительственных организаций. Доктор Джон Баувис, доктор Дэвид МакДейд (Dr. John Bowis), (Dr. David McDaid)

РАЗДЕЛ 5

Вопросы взаимодействия со средствами массовой информации и распространения материалов

- Всемирный день психического здоровья — заявление
- Обращение к средствам массовой информации
- Образец газетной публицистической статьи или «Письма редактору»

ПРОГРАММА ДЕЙСТВИЙ ВСЕМИРНОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

АКТИВНАЯ ПРОПАГАНДА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Всемирная федерация психического здоровья (World Federation for Mental Health, WFMH) продолжает пропаганду своего понимания окружающего мира, в котором приоритетной целью является обеспечение психического здоровья всего населения. Несмотря на все возрастающее понимание важности психиатрической помощи, службы, работающие в этой сфере, по-прежнему не получают должного внимания. Им не хватает необходимых ресурсов и полноценной поддержки.

Всемирная федерация психического здоровья (ВФПЗ) продолжает оказывать спонсорскую поддержку при проведении конференций, посвященных новым направлениям и открытиям в области психического здоровья, пропаганде охраны психического здоровья и профилактики душевных расстройств. Она также участвует в реализации проектов по конкретным направлениям (например, проектов по изучению депрессии при ВИЧ/СПИДа и сахарном диабете) и региональных проектов, координирует работу по подготовке и отмечанию Всемирного дня психического здоровья. Именно ВФПЗ выступила с инициативой об учреждении Всемирного дня психического здоровья!

В последнее время ВФПЗ активизировала свои усилия в реализации своего видения окружающего мира, выступив с инициативой о реализации программы «Активная пропаганда психического здоровья». ВФПЗ образовала стратегический союз с «Движением в поддержку всеобщего психического здоровья» (Movement for Global Mental Health, MGMH). Активность «Движения» подробно освещена в ряде публикаций в журнале The Lancet. Авторы этих статей наглядно показывают, насколько широко распространены психические заболевания в структуре общей заболеваемости, и убедительно доказывают, что определение приоритетов и привлечение внимание к проблеме лечения психических заболеваний значительно улучшит экономического и социального развитие общества. «Активная пропаганда» будет проводиться по следующим основным направлениям: «Единение», «Понимание проблем», «Права» и «Выздоровление». В настоящее время проводится работа по разработке и подготовке этой программы.

ВФПЗ планирует вести работу по следующим основным направлениям: подготовка и проведение кампании по просвещению в области психического здоровья и повышению его значимости в общественном сознании во всем мире; сотрудничество с секретариатом Содружества в преддверии специальной сессии ООН по неинфекционным болезням, намеченной на сентябрь 2011 г.; участие в работе ООН по корректировке целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия; и популяризация программы «Активная пропаганда» в традиционных и современных средствах массовой информации, в том числе с использованием Интернет-технологий.

В сентябре 2010 г. ВОЗ опубликовала доклад «Психическое здоровье и развитие», в котором убедительно обосновывается необходимость принятия во внимание состояния

психического здоровья населения при разработке политики и программ развития общества. Психическое здоровье во многом влияет на положение дел в сфере образования и производительность труда — два ключевых фактора с точки зрения перспектив развития общества. В этом году основной темой Всемирного дня психического здоровья является взаимосвязь между психическим состоянием и хроническими соматическими заболеваниями. В свете нашего представления о неинфекционных болезнях (заболеваниях сердца, сахарном диабете, злокачественных новообразованиях и болезнях органов дыхания) как о новом биче здоровья населения связь между психическим и физическим здоровьем представляется еще более тесной и очевидной. Таким образом, основная концепция заключается в следующем: нет здоровья без здоровой психики и нет развития без физического И психического здоровья.

Присоединяйтесь к нашей деятельности!

Виджей Ганджу (Vijay Ganju), Генеральный секретарь/президент
Всемирной федерации психического здоровья

ВВЕДЕНИЕ

Психические и соматические заболевания довольно часто сопутствуют друг другу. Исследования показывают, что с одной стороны у людей с тяжелыми или хроническими соматическими заболеваниями часто отмечаются сопутствующие психические расстройства. С другой стороны, больные, страдающие тяжелыми психическими нарушениями и наркоманией, имеют и соматические заболевания, которые остаются не выявленными или нелечеными. Помимо этого следует отметить, что в обществе по-прежнему бытуют предрассудки относительно психических заболеваний, а при необходимости получить медицинскую помощь большинство людей обращается прежде всего к врачу общей практики. Все эти факторы подчеркивают необходимость более тесной интеграции служб, оказывающих помощь при соматических и психических заболеваниях, особенно в целях повышения эффективности диагностики и лечения психических расстройств и наркомании в условиях оказания первичной медицинской помощи.

Всемирная федерация психического здоровья, международная общественная организация, которая работает уже в течение 62 лет и имеет консультативный статус при Организации Объединенных Наций, выступила с инициативой и разработала идею отмечаемого Всемирного дня психического здоровья. В прошлом, 2009 году, Всемирный день психического здоровья был посвящен интеграции деятельности по лечению психических заболеваний в систему первичной медицинской помощи. Основное внимание было направлено на пути улучшения возможностей диагностики и лечения психических расстройств в условиях оказания первичной медицинской помощи.

В этом году мы расширяем и уточняем концепцию «интегрированной помощи», обращаясь к проблеме взаимосвязи психических расстройств и хронических заболеваний. По сведениям Всемирной организации здравоохранения, 4 группы хронических заболеваний (заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, злокачественные новообразования и заболевания дыхательной системы) в совокупности являются причиной 60% всех случаев смерти.

За последние два десятилетия мы существенно продвинулись в понимании взаимосвязи между этими хроническими заболеваниями и психическими расстройствами. Сейчас мы знаем, что у больных, страдающих этими хроническими заболеваниями, чаще, чем в общей популяции, отмечается депрессия и тревожность. Развитие рекуррентной депрессии у лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, приводит к утяжелению соматического заболевания, усугублению его симптомов и функциональных нарушений и повышению расходов на медицинскую помощь. При сочетании психического расстройства с хроническим заболеванием страдает способность к самообслуживанию, снижается приверженность к лечению и повышается смертность.

Суть проблемы заключается в том, что во многих случаях у больных с хроническими соматическими заболеваниями развиваются психические расстройства, что приводит к

нарушению ролевых отношений, снижению или полной утрате профессиональной трудоспособности. Эти расстройства также ухудшают прогноз заболевания у больных, перенесших инсульт, страдающих патологией сердца, сахарным диабетом, ВИЧ/СПИДом, злокачественными новообразованиями и другими хроническими заболеваниями. Существует много факторов, объясняющих отсутствие должного внимания к психическим заболеваниям в подобных ситуациях. Это системные факторы, факторы, связанные с деятельностью медицинских работников и поведением. Больные и их родственники могут не распознать или неправильно распознать симптомы заболевания или стараются обойтись без медицинской помощи. Медицинские работники могут не иметь необходимой профессиональной подготовки, оборудования или условий для проведения необходимых мероприятий. На системном уровне также могут действовать определенные сдерживающие и ограничивающие факторы, связанные с недостаточным финансированием и ограничением доступности психиатрической помощи.

Тем не менее, эффективные методы лечения психических заболеваний существуют. В нашем арсенале есть необходимые способы решения этих вопросов, которые позволяют облегчить состояние больных и снизить экономические и социальные потери, связанные с этими заболеваниями. Основная проблема заключается в том что, эти способы не реализуются на практике. В этой области еще предстоит большая работа. Больным и их родственникам необходимо повысить уровень знаний о симптомах заболеваний и возможных методах лечения. Медицинским работникам, в том числе и врачам, необходимо повысить уровень профессиональной подготовки и создать лучшие условия для оказания помощи. В медицинских учебных заведениях следует более подробно изучать вопрос интегрированной помощи при психических заболеваниях. Организаторам здравоохранения, отвечающим за вопросы финансирования, следует осознать, что лечение психических расстройств позволяет снизить затраты. Кроме этого, очевидна необходимость дальнейших научных исследований.

Таким образом, стратегия намечена, и мы надеемся, что данные материалы, подготовленные Всемирной федерацией психического здоровья, во многом помогут в ее реализации.

Виджей Ганджу (Vijay Ganju), Генеральный секретарь/президент федерации

РАЗДЕЛ 1

Хронические соматические заболевания и психические расстройства: факты, обзоры, действия

В этом году ВФПЗ обращается к глобальной проблеме недиагностированных психических и эмоциональных расстройств у больных с хроническими соматическими заболеваниями и подчеркивает необходимость повышения степени объединения служб и специалистов, оказывающих помощь таким людям. Исследования Всемирной организации здравоохранения по изучению состояния здоровья населения в мире показали, что из всех рассматриваемых хронических заболеваний депрессия оказывает наибольшее отрицательное влияние на состояние здоровья человека. При сочетании депрессии с одним или несколькими хроническими заболеваниями было отмечено наиболее выраженное ухудшение показателей, отражающих состояние здоровья населения всей страны. При этом в разных странах наблюдалась примерно одинаковая ситуация.

Во всем мире хронические неинфекционные заболевания занимают сегодня первое место среди причин смерти. Доктор Годен Галеа (Gauden Galea), сотрудник ООН и ВОЗ, координатор направления «Укрепление здоровья», отмечает, что сердечнососудистые заболевания, сахарный диабет, злокачественные новообразования и болезни органов дыхания являются причиной 60% всех случаев смерти в мире, «при этом 80% из них составляют летальные исходы в беднейших странах». В отсутствие каких-либо мер в следующие десять лет число случаев преждевременной смерти, по оценкам экспертов, составит 388 миллионов. В последние годы проблемы профилактики и лечения указанных хронических заболеваний привлекают все больше внимания, что связано с влиянием этих болезней на смертность, объем привлекаемых ресурсов, качество жизни больных и на объем экономических затрат со стороны государства, системы здравоохранения и семьи больного человека.

Одним из факторов риска, связанных с наличием хронического заболевания, является его влияние на эмоциональное состояние больного и членов его семьи. Многие хронические заболевания могут существенно изменять психический и эмоциональный настрой человека. Недиагностированные психические расстройства, в свою очередь, отрицательно влияют на способность человека противостоять физическому недугу, снижают его возможности полноценно участвовать в лечении, а следовательно, препятствуют выздоровлению.

А. Кэтрин Пауэрс (A. Kathryn Powers), магистр педагогики, руководитель Центра охраны психического здоровья Управления наркологических и психиатрических служб США (SAMHSA), говорит: *«Мы знаем, что многие люди, страдающие хроническими соматическими заболеваниями, не получают никакого лечения по поводу сопутствующих психических расстройств или наркотической зависимости, что снижает шансы на излечение от каждого из них».*

В большинстве случаев необходимость научиться справляться и жить с каким-либо хроническим заболеванием становится причиной стресса, а постоянное влияние

мощных стрессовых факторов приводит к появлению тревожности и отказу от принципов здорового образа жизни. Как сами больные, так и члены их семей нередко в течение длительного времени пребывают в тревожном состоянии, вызванном опасениями относительно влияния заболевания на их жизнь. Тревожное расстройство проявляется такими физическими симптомами, как одышка, чувство стеснения в груди, дрожь, головная боль и головокружение. Помимо этого имеют место и психологические проявления тревожности: страх перед будущим, беспокойство больного по поводу того, кто будет ухаживать за ним, и как будет развиваться заболевание. От мыслей больного и его способности контролировать эмоции во многом зависит и то, как он сможет справиться с тяжелым хроническим заболеванием.

Очень часто депрессию рассматривают как нормальную реакцию на кризисную ситуацию. В связи с этим высокая частота случаев сочетания депрессии практически со всеми тяжелыми и хроническими соматическими заболеваниями не вызывает удивления. *«В общей популяции риск развития депрессии составляет 10-25% у женщин и 5-12% у мужчин, тогда как при наличии хронической патологии он существенно возрастает (до 25-33%)*»*. Научные исследования показывают, что нередко депрессия приводит к таким изменениям в организме, которые усугубляют соматическое заболевание, но и отнимает жизненные силы, необходимые для сопротивления этим изменениям. В результате формируется порочный круг, и усугубляются как физические, так и эмоциональные симптомы.

Источник:

*Web MD, «Как справиться с хроническими заболеваниями и депрессией»

<http://www.webmd.com/depression/guide/chronic-illnesses-depression>

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И ДЕПРЕССИЯ

Факты

- Депрессией страдает каждый пятый амбулаторный больной с ишемической болезнью сердца и каждый третий амбулаторный больной с застойной сердечной недостаточностью; однако, в большинстве случаев это состояние не диагностируется и больные не получают должного лечения.
- Рекуррентная депрессия (большое депрессивное расстройство, БДР) провоцирует развитие клинических проявлений ишемической болезни сердца у ранее здоровых людей и повышает риск развития сердечнососудистых осложнений у лиц с ранее диагностированной ИБС. У людей с патологией сердца депрессия может повышать риск развития кардиологических осложнений, например, инфаркта миокарда или формирования тромбов. У людей, не страдающих заболеваниями сердца, депрессия также может повышать риск развития инфаркта миокарда или ишемической болезни сердца.
- Вплоть до 15% больных с заболеваниями сердечнососудистой системы и до 20% больных, перенесших коронарное шунтирование, имеют проявления рекуррентной депрессии.
- Результаты одного исследования показали, что при сохранении депрессии у больных, перенесших инфаркт миокарда, после завершения восстановительного периода риск смерти (смертность) в течение 6 месяцев после инфаркта был повышен и составлял 17% (в сравнении с 3% в группе больных, перенесших инфаркт, но не имевших признаков депрессии).
- Негативные изменения образа жизни, связанные с депрессией (курение, чрезмерное употребление алкоголя, снижение физической активности, неполноценное питание, отсутствие поддержки окружающих) затрудняют лечение заболеваний сердца.
- Доказательства роли депрессии как фактора риска при заболеваниях сердца были настолько убедительны, что Американская кардиологическая ассоциация (American Heart Association, АНА) включила в свои рекомендации пункт о необходимости обследования всех кардиологических больных на предмет наличия у них проявлений депрессии.
- При развитии депрессии в постинфарктном периоде, особенно при наличии подобных эпизодов в анамнезе, необходимо внимательно наблюдать за больными и проводить активное лечение, так как в подобных случаях повышен риск развития кардиологических осложнений и улучшение состояния в отсутствии лечения менее вероятно.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Примерно 20% людей когда-либо в жизни переживают хотя бы один тяжелый эпизод депрессии, а в популяции больных с заболеваниями сердца этот показатель возрастает до 50%. У больных с депрессией в анамнезе риск развития заболевания сердца также повышен вдвое. «Оценка ситуации после учета остальных факторов риска показывает, что при наличии депрессии высока вероятность развития заболевания сердца», — отмечает Джеффри Ф. Шеррер (Jeffrey F. Scherrer, PhD), профессор психиатрии, научный сотрудник Вашингтонского медицинского университета и медицинского центра для ветеранов г. Сент-Луис.

Признаки депрессии часто отмечаются у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), и в этом случае риск смерти также повышен. У лиц, страдающих депрессией, но не имеющих соматических заболеваний, повышена вероятность развития в будущем инфаркта миокарда и инсульта (Glassman et al., Arch Gen Psychiatry, 2007).

Острый коронарный синдром — это и психологический, и физиологический стресс, а депрессия, которая отмечается после развития ОКС, часто рассматривается как реакция организма на этот стресс. (Glassman et al., Arch Gen Psychiatry, 2007)

Психический стресс и депрессия могут во многом повлиять на течение сердечно-сосудистого заболевания и процесс выздоровления. Доктор медицины Дин Орниш (Dean Ornish, M.D.) отмечает в своей книге «Любовь и выживание: исцеляющая сила близких отношений (точка зрения науки)» (Love and Survival: The Scientific Basis for the Healing Power of Intimacy): *«У больных с заболеванием сердца депрессия настолько же значимый фактор неизбежной смерти, как курение, ожирение или ранее перенесенный инфаркт миокарда. Из раза в раз результаты исследований свидетельствуют о том, что у одиноких людей, находящихся в подавленном состоянии и изоляции от общества риск преждевременной смерти в 3-5 раз выше, чем у людей, которые не замыкаются в себе».*

Научные исследования подтверждают наличие тесной зависимости между депрессией и повышением риск смерти или ухудшения состояния у больных с ишемической болезнью сердца:

- Среди людей с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, распространенность различных форм депрессии составляет от 40 до 65 %.
- При отсутствии инфаркта миокарда в анамнезе частота депрессии у лиц, страдающих ИБС, может достигать 18—20%.
- Рекуррентная депрессия ухудшает прогноз кардиальной патологии и повышает вероятность инвалидизации лиц, страдающих этими заболеваниями. С одной стороны, депрессивные расстройства могут усугублять симптомы сердечного заболевания, а с другой стороны могут быть ухудшать приверженность к его лечению.
- Для больных, перенесших инфаркт миокарда и страдающих рекуррентной депрессией, риск смерти в течение 6 месяцев в 3-4 раза выше по сравнению с таковым для больных без депрессивного расстройства.

Действия

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

«Архивы общей психиатрии», 2010

Результаты одного из последних исследований, проведенных в Голландии, в университете г. Тилбург, под руководством Элизабет Дж. Мартенс показали, что у кардиологических больных тревожные расстройства могут провоцировать развитие инфаркта миокарда и инсульта, а также быть фактором риска смерти. В исследовании принимали участие более 1000 больных со стабильной ишемической болезнью сердца. Участников обследовали на предмет наличия тревожного расстройства в начале исследования, а затем наблюдали в течение в среднем 5,6 лет.

За это время было зарегистрировано 371 случай сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда или другие эпизоды, которые могли быть причиной поражения сердца). У больных с генерализованным тревожным расстройством (n=106) частота этих событий составила 9,6% в год, а у остальных больных (n=900) — 6,6%. После учета ряда факторов (другие заболевания, тяжесть заболевания сердца, лекарственная терапия) исследователи пришли к выводу, что генерализованное тревожное расстройство повышает риск сердечно-сосудистых осложнений на 74%.

По мнению доктора Мартенс и ее коллег, такое повышение риска может быть обусловлено рядом факторов, а именно:

1. Тревожность может быть связана с повышением уровня так называемых гормонов «борьбы или бегства», катехоламинов, которые могут быть фактором риска сердечной патологии.
2. При сочетании ишемической болезни сердца (ИБС) с тревожным расстройством вероятность обращения больных за профилактической медицинской помощью может быть ниже, так как часть больных придерживается пассивной тактики и не сопротивляется болезни.
3. Среди больных с тревожным расстройством более частой причиной обращения за медицинской помощью могут быть симптомы сердечно-сосудистого заболевания; однако, исследователи отмечают, что такое положение не объясняет более высокой смертности в данной группе больных.
4. Кроме того, возможно влияние какого-то другого распространенного фактора, провоцирующего развитие как тревожного расстройства, так и поражения сердца.

При сочетании стабильной ишемической болезни сердца (ИБС) и генерализованного тревожного расстройства (ГТР) риск развития сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, инфаркта миокарда) и смерти выше по сравнению с таковым при изолированной ИБС. После стандартизации по другим возможным факторам риска было показано, что ГТР повышает риск сердечно-сосудистых осложнений на 74%.

По словам доктора Мартенс, *«была выявлена тесная зависимость, [...] которую нельзя объяснить тяжестью заболевания, отношением больных к своему здоровью или активностью биологических медиаторов. Эти данные имеют как научное, так и практическое значение. ГТР — распространенное состояние, и так как оно*

поддается лечению, его следует рассматривать как существенный устранимый фактор риска у больных с ИБС».

Частое сочетание

«Несмотря на то, что симптомы тревожных расстройств отмечаются у 24—31% больных с ИБС, изучению роли тревожности при ИБС посвящено относительно мало исследований, особенно в сравнении с тем, в скольких работах освящается проблема депрессии у больных с ИБС», — отмечают исследователи. «В настоящее время исследования, посвященные изучению тревожности как фактора риска развития клинических проявлений ИБС, дают противоречивые результаты» («Архив общей психиатрии», 2010).

«Ранее мы выяснили, что наличие взаимосвязи между симптомами депрессии и развитием сердечно-сосудистых осложнений объясняется тем, что больные с ИБС, страдающие депрессивным расстройством, не соблюдают принципы здорового образа жизни и, что особенно важно в данном контексте, физически недостаточно активны», — отмечает доктор Мартенс. «Участие в проведении исследования, в процессе которого мы могли бы лучше понять взаимодействие тела и разума, было для меня отличной возможностью».

Исследователи оценивали состояние 1015 амбулаторных больных со стабильной ИБС, проживавших в Сан-Франциско и участвовавших в исследовании «Heart and Soul Study», которое было посвящено изучению зависимости между наличием определенного психического расстройства и развитием сердечно-сосудистых осложнений. В период с сентября 2000 г. по декабрь 2002 г. все больные выполнили первый визит в рамках исследования, во время которого был проведен опрос, выполнены исследования крови и мочи и электрокардиограмма. Затем состояние больных контролировали до 18 марта 2009 г.

Используя компьютерную версию «Плана диагностического опроса» (Diagnostic Interview Schedule), исследователи оценивали состояние больных на предмет наличия у них проявлений ГТР в течение предыдущего года и проявлений рекуррентной депрессии (большого депрессивного расстройства, БДР) в течение предыдущего месяца. ГТР было выявлено у 106 больных (10.4%).

Наличие ГТР повышало риск развития сердечно-сосудистых осложнений

По прошествии примерно половины срока наблюдения (5,6 лет) был зарегистрирован 371 случай сердечно-сосудистых осложнений. С учетом возраста частота сердечно-сосудистых осложнений у больных с ИБС и ГТР составила 9,6% в год, а у больных без ГТР — 6,6% (отношение рисков [ОР] 1,43; 95% доверительный интервал [ДИ] 1,03—2,00; $P = .03$).

«После учета таких факторов, как демографические показатели, сопутствующие состояния, в том числе БТР, степень тяжести заболевания сердца, медикаментозная терапия, также было отмечено, что ГТР повышает риск развития сердечно-

сосудистых осложнений на 62% ($OR = 1,62$; ДИ: 1,11— 2,37; $P = .01$)), — сообщают авторы исследования.

Доктор Мартенс отмечает, что *«несмотря тщательный поиск возможных объяснений, исследователям так и не удалось ответить на вопрос, почему наличие ГТР повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений»*.

«Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что для выявления механизмов, лежащих в основе влияния ГТР на риск развития нежелательных явлений у больных с ИБС, и ответа на вопрос, какие вмешательства могут снизить этот риск, необходимо проведение дальнейшей научной работы».

В пресс-релизе сообщается, что доктор Мартин и ее коллеги, считают, что *«полученные данные важны как для клинической практики, так и для научных исследований»*, а следовательно, обследование на предмет выявления тревожных расстройств и их лечение теперь может *«считаться одним из компонентов комплексного подхода к ведению больных с ишемической болезнью сердца»*. Кроме того, исследователи указывают на необходимость подготовки и реализации научных программ, которые помогут лучше понять влияние тревожных расстройств на прогноз других заболеваний, в том числе болезней сердца, а также разработать подходы к лечению, основанные на принципах доказательной медицины.

Информация об исследовании была опубликована в выпуске журнала «Архивы общей психиатрии» за июль 2010 г (*Archives of General Psychiatry*, 2010;67:750-758) .

<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=117818>

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ДЕПРЕССИЯ

Факты

- По оценкам исследователей, депрессией страдает каждый четвертый больной с сахарным диабетом. При наличии сахарного диабета риск и частота развития депрессии повышается в два раза.
- Депрессия повышает риск смерти больных сахарным диабетом на 30%.
- С учетом данных 2000 г. о распространенности сахарного диабета в мире, количество больных диабетом, страдающих депрессией, составляет 43 миллиона человек.
- Сахарный диабет как самостоятельным является серьезной экономической проблемой. При сочетании его с депрессией затраты на оказание медицинской помощи возрастают на 50—75%.
- При сочетании сахарного диабета и депрессии оба заболевания протекают в более тяжелой форме, повышается частота случаев утраты трудоспособности и случаев обращения за медицинской помощью.
- Исследования показывают, что у молодых людей депрессия повышает риск развития сахарного диабета 2 типа более чем на 20%.
- Депрессия может быть причиной того, что больные отказываются от принципов здорового образа жизни, а именно, не соблюдают рекомендации по правильному питанию, начинают курить, злоупотреблять алкоголем. У них снижается двигательная активность и увеличивается масса тела. Все эти изменения являются факторами риска развития диабета и затрудняют достижение адекватного уровня глюкозы крови.
- Взаимосвязь между сахарным диабетом и депрессией не до конца ясна. В любом случае, является ли сочетание сахарного диабета и депрессии причиной или следствием, оно может привести к смертельному исходу. Сочетание этих заболеваний затрудняет достижение компенсации каждого из них.
- Если вы больны диабетом, попросите своего врача обследовать вас для того, чтобы выяснить, нет ли у вас депрессии. Даже если мы точно не знаем, провоцирует ли депрессия развитие диабета, мы точно знаем, что она усугубляет его течение.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

По данным Международной диабетической федерации, *«за последние два десятилетия количество людей, страдающих сахарным диабетом, во всем мире резко возросло с 30 до 230 миллионов. Это заболевание уносит миллионы жизней и ложится огромным бременем на систему здравоохранения и не позволяет ей адекватно противостоять эпидемии»*. Считается, что диабет — это одно из хронических заболеваний, при которых психологическая нагрузка на человека наиболее велика. В данном случае она связана с необходимостью постоянно соблюдать строгую диету. Для того чтобы проводимое лечение было эффективным, многие больные диабетом вынуждены кардинально изменять свой образ жизни. Нередко это оказывается сильным стрессом и приводит к негативным последствиям, что значительно ухудшает качество жизни и способность больных адаптироваться к новым жизненным обстоятельствам. Эти факторы повышают риск развития осложнений диабета (заболеваний сердца, потери зрения, инсульта, заболеваний почек, пороков развития, неврологических осложнений, а также нарушения кровообращения, которое может стать причиной ампутации).

Исследования подтверждают, что у больных диабетом часто отмечаются эмоциональные расстройства: по данным литературы, распространенность тревожных расстройств у больных диабетом почти в 3 раза, а депрессии — в 3—4 раза выше, чем в общей популяции. Сочетание этих заболеваний затрудняет достижение компенсации сахарного диабета. Как правило, такие больные начинают потреблять пищу в большем количестве, чем ранее, чаще употребляя «нездоровую» пищу. Это приводит к повышению уровня сахара в крови и усугубляет нарушения, вызванные заболеванием. Некоторые больные курят, употребляют алкогольные напитки, у них снижается двигательная активность; все эти факторы также ухудшают течение диабета.

Данные, приведенные в отчете Всемирной организации здравоохранения и Международной диабетической федерации, подчеркивают важность действий, направленных на обеспечение психологического комфорта у больных диабетом. Достижение и поддержание психологического комфорта признано одной из важных целей в практике ведения больных диабетом, так как ожидается, что это позволит снизить частоту метаболических нарушений и риск осложнений. Обучение больных принципам самостоятельного управления эмоциями может иметь важное клиническое значение, так как при наличии эмоциональных расстройств и отсутствии стремления справиться со своим заболеванием существенно усугубляется декомпенсация диабета, чаще развиваются клинические проявления, снижается приверженность больных к лечению и повышается риск осложнений. Эмоциональный стресс может усугублять течение сахарного диабета как за счет прямого влияния физиологических процессов на регуляцию углеводного обмена, так и за счет ухудшения отношения больных к своему здоровью. С другой стороны, исследования показывают, что активный настрой больного и внимательное отношение к своему здоровью существенно улучшают показатели углеводного обмена. Таким образом, на сегодняшний день убедительно доказана целесообразность эффективной антистрессовой психотерапии и реализации программ по ограничению эмоциональных нагрузок как важнейших компонентов любой тактики ведения больных сахарным диабетом.

Mental Health and Chronic Physical Illnesses

Наилучший результат лечения часто достигается при участии врачей разных специальностей, а также самого больного и его родственников: терапевт занимается лечением диабета, психиатр — диагностикой и лечением эмоциональных нарушений, специалист по семейной терапии работает с родственниками больного, а диетолог проводит обучение и дает рекомендации по поводу питания.

Действия

ДЕПРЕССИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ Американская диабетическая ассоциация

- У больных диабетом повышен риск развития депрессии.
- Декомпенсация диабета может быть причиной появления симптомов, подобных симптомам депрессии.
- При исключении причин, связанных с физическим состоянием, больного следует направлять к психиатру, в том числе для прохождения сеансов психотерапии и получения антидепрессивной терапии.

Если плохое настроение появляется время от времени, это нормально. Однако некоторые люди постоянно находятся в угнетенном состоянии. Жизнь кажется им невыносимой, они не видят никакого выхода. Сохранение такого состояния большую часть дня в течение двух и более недель является признаком выраженной депрессии.

Может ли диабет вызывать депрессию?

Большинство больных диабетом не имеют проявлений депрессии. Тем не менее, исследования показывают, что вероятность развития депрессии у этих больных выше, чем у людей, не страдающих диабетом. Однозначного ответа на вопрос о причинах такой предрасположенности нет.

Со временем может нарастать напряжение, вызванное необходимостью ежедневно выполнять весь комплекс действий, необходимых для лечения диабета. Может появиться чувство одиночества, ощущение отдаления от друзей и родственников в связи с тем, что вы вынуждены заниматься этими делами.

При развитии осложнений диабета, например неврологических осложнений, или невозможности поддержания концентрации глюкозы в крови на желаемом уровне вам может казаться, что вы теряете контроль над заболеванием. Даже напряженные отношения между вами и вашим врачом могут быть причиной подавленного и грустного настроения.

Так же, как и отрицание заболевания, депрессия может замкнуть порочный круг. Она может отрицательно повлиять ваше отношение к своему заболеванию в плане выполнения всех необходимых действий. Если вы угнетены, у вас нет жизненной активности, регулярное определение уровня сахара в крови может показаться вам слишком утомительным. Если вы настолько встревожены, что не можете четко мыслить, вам может быть трудно соблюдать диету. Более того, у вас полностью может пропасть аппетит, что, безусловно, отразится на уровне сахара.

Диагностика депрессии

Прежде всего необходимо диагностировать депрессию, а потом проводить лечение. Если в последнее время вам очень грустно, у вас плохое настроение, вы чувствуете себя несчастным, обратите внимание, нет ли у вас следующих симптомов:

- Утрата способности радоваться: вас больше не привлекает, то, от чего вы раньше испытывали удовольствие.
- Нарушение сна: вам трудно засыпать, вы часто просыпаетесь ночью, у вас повышенная сонливость, в том числе в дневное время.
- Раннее пробуждение: вы просыпаетесь раньше, чем обычно и больше не можете заснуть.
- Изменение аппетита: вы едите больше или меньше, чем обычно, в результате чего быстро теряете или набираете вес.
- Нарушение концентрации внимания: вы не можете нормально смотреть телевизор или читать, потому что вам мешают какие-то посторонние мысли или ощущения.
- Вялость: вы постоянно чувствуете себя уставшим.
- Нервозность: вы постоянно настолько возбуждены, что это проявляется в неусидчивости.
- Чувство вины: вы думаете, что «у вас всегда все получается неправильно» и что вы обуза для окружающих.
- Подавленное настроение по утрам: с утра вы чувствуете себя хуже, чем в течение всего остального дня.
- Суицидальные мысли или мысли о нанесении себе повреждений.

Если у вас присутствует три или более из этих симптомов или один или два симптома в сочетании с плохим самочувствием в течение двух или более недель, вам следует обратиться за медицинской помощью.

Помощь

Если у вас есть симптомы депрессии, не скрывайте их. Прежде всего, обсудите это со своим врачом. Возможно, что причиной развития у вас депрессии является какие-то физические изменения в организме.

Вследствие декомпенсации диабета могут появиться симптомы, сходные с симптомами депрессии. Из-за повышения или снижения уровня сахара в крови в течение дня вы можете чувствовать усталость или беспокойство. При снижении уровня сахара может обостряться чувство голода, что приводит к потреблению избыточного количества пищи. Снижение уровня сахара в ночное время может быть причиной нарушений сна. При повышении уровня сахара ночью у вас могут часто возникать позывы на мочеиспускание, вам приходится просыпаться, из-за чего вы чувствуете себя уставшим в течение дня.

Другие причины депрессии, связанные с физическим состоянием, включают:

- злоупотребление алкоголем и наркоманию,
- нарушение функции щитовидной железы,
- побочные эффекты при приеме некоторых препаратов.

Никогда не прекращайте прием препаратов, не сообщив об этом своему врачу. Врач поможет вам выяснить, является ли подавленное настроение следствием какого-либо патологического состояния в самом организме.

Лечение психических расстройств

Если в беседе с врачом вы исключаете любые физические причины такого психического состояния, вас, скорее всего, направят к соответствующему специалисту. Это может быть психиатр, специализирующаяся в области психиатрии, психолог, социальный работник, лицензированный клинический специалист по социальной работе или профессиональный консультант, с каждым из которых вы можете обсудить свои проблемы. Более того, ваш врач уже может иметь опыт совместной работы со специалистами в области психического здоровья при ведении больных диабетом.

Все эти профессионалы смогут помочь вам в преодолении депрессии. В целом, в терапии депрессии можно выделить два подхода:

1. Психотерапия и консультирование.
2. Медикаментозная терапия антидепрессантами.

Психотерапия

Опытный психотерапевт может помочь вам осознать проблемы, вызывавшие депрессию. Кроме этого, сеансы психотерапии могут помочь вам найти выход из трудной ситуации. Эта терапия может быть как кратковременной, так и длительной, и вы должны быть точно уверены, что не испытываете никакого дискомфорта при общении со своим психотерапевтом.

Медикаментозная терапия

Если вам показана медикаментозная терапия, необходимо проконсультироваться с психиатром (врачом, который имеет соответствующую подготовку для диагностики и лечения психических и эмоциональных расстройств). Если вы выбрали лекарственную терапию, обсудите с психиатром и лечащим врачом побочные эффекты препаратов, в том числе их возможное влияние на уровень сахара в крови. Обязательно выясните, будет ли у ваших врачей возможность при необходимости проконсультироваться друг с другом по поводу вашего лечения. Сочетание лекарственной терапии и психотерапии во многих случаях оказывается эффективным.

Если у вас есть симптомы депрессии, не ждите слишком долго — обращайтесь за помощью. Если ваш лечащий врач не может направить вас к психиатру, обратитесь в местную организацию психиатров, отделение психиатрии медицинского института, местные отделения организаций социальных работников, специализирующихся на проблемах психиатрии, психологам или консультантам по вопросам психического здоровья. В местном отделении Американской диабетической ассоциации вы также сможете найти консультантов, которые имеют опыт работы с больными диабетом.

Американская диабетическая ассоциация (American Diabetes Association) www.diabetes.org
Авторское право. 1995-2010, Американская диабетическая ассоциация (ADA). Все права защищены.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Факты

- Практически у половины больных со злокачественными опухолями в поздней или терминальной стадии имеют место психические расстройства, а именно депрессия, тревожные расстройства и расстройства адаптации. Однако лечение по поводу этих заболеваний получают лишь менее 50% больных.
- Среди больных со злокачественными опухолями, у которых имеются проявления депрессии, смертность выше на 25%, а среди больных, которым диагноз депрессии подтвержден, — на 30%.
- Депрессия — это тяжелое заболевание, которым страдают около 15—25% больных со злокачественными новообразованиями; при этом частота развития заболевания не зависит от пола.
- Взаимосвязь между злокачественными новообразованиями и депрессией достаточно сложна. Факторами, провоцирующими развитие депрессии, могут быть сам диагноз злокачественного новообразования, другие аспекты, связанные с наличием опухоли и ее лечением, или влияние опухоли на жизнь больного. Тем не менее, депрессия может либо появиться спонтанно, либо быть связанной с какими-то сложными жизненными ситуациями в прошлом или настоящем, которые не имеют отношения к злокачественному новообразованию (например, с потерей любимого человека).
- Злокачественные новообразования, прежде всего, рак молочной железы и рак легкого, являются второй по частоте причиной смерти больных шизофренией, у которых риск смерти от злокачественных опухолей на 50% выше, чем в общей популяции. По мнению исследователей, такие показатели, по-видимому, можно объяснить следующими причинами: 1) несвоевременной диагностикой заболевания, что связано с недостаточно внимательным отношением больных к имеющимся у них симптомам; 2) трудностью добиться у больных шизофренией эффекта даже при назначении адекватной терапии; 3) меньшей приверженностью больных к лечению.
- Правильная диагностика и лечение депрессии у больных со злокачественными новообразованиями могут улучшить качество жизни и позволить больным и их родственникам вместе полноценно прожить оставшийся период жизни. Так как больные зачастую неохотно рассказывают о симптомах депрессии, ухаживающие за ними лица должны уметь распознать это заболевание.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Приблизительно у каждого четвертого больного со злокачественным новообразованием, в том числе у взрослых, детей и подростков, в какой-то момент после выявления опухоли появляются симптомы депрессии. Это может быть недостаток сна, отсутствие интереса к жизни, тревога, раздражительность, утрата способности концентрировать внимание, а в тяжелых случаях мысли о самоубийстве; и все эти изменения приводят к ухудшению общего качества жизни. К сожалению, многие онкологические больные и члены их семей полагают, что депрессивное состояние и грустные мысли — вполне нормальные явления при таком заболевании, а иногда считают, что депрессия — «адекватное» состоянием для этих больных. Тем не менее, тяжелая депрессия никогда должна быть нормальным состоянием онкологического больного. Доктор Мишель Рибо (Michelle Riba), руководитель программы по изучению вопросов психоонкологии онкологического центра Мичиганского университета отмечает: *«Часто онкологические больные говорят мне, что им труднее справиться со своими переживаниями, вызванными наличием опухоли, чем с нарушениями физического состояния»*. Последние исследования показывают, что при отсутствии лечения психических расстройств увеличивается продолжительность и количество госпитализаций, затрудняется достижение желаемого эффекта от проводимой терапии и в итоге снижается выживаемость больных.

Крайне важно разработать способы выявления психологического дискомфорта у больных со злокачественными новообразованиями, а также тактику, которая будет способствовать обращению больных за медицинской помощью в лечении имеющихся у них эмоциональных проблем, связанных с онкологическим заболеванием. Доктор Рибо подчеркивает, что *«больные и их родственники должны понимать, насколько важно сообщать врачу о своем эмоциональном состоянии и обязательно рассказывать об этом. Если вы подавлены, встревожены, растеряны, в целом недовольны собой, вам или вашим родственникам следует спросить врача о причинах такого состояния и попросить назначить соответствующее лечение. Кроме этого, важно, чтобы врачи и медицинские сестры сами спрашивали больных об их психическом состоянии, а больные не стесняясь, откровенно отвечали на эти вопросы»*.

Обследование больных со злокачественными новообразованиями на предмет выявления депрессии должно включать следующие этапы:

- тщательная оценка отношения больного к своему заболеванию;
- сбор медицинского анамнеза;
- выяснение сведений о депрессии и суицидальных попытках в анамнезе больного и его родственников;
- оценка психического состояния на момент обследования;

- оценка физического состояния;
- сбор сведений о побочных эффектах проводимого лечения и нежелательных явлениях, связанных с заболеванием;
- сбор сведений о других травмирующих факторах в жизни больного и
- сбор информации о том, на какую помощь и поддержку больной может рассчитывать.

По мнению исследователей, терапия психического заболевания у онкологических больных может во многом улучшить их соматическое состояние. Результаты исследования Стэнфордского университета, проведенного доктором медицины Дэвидом Шпигелем (David Spiegel), показали, что продолжительность жизни женщин с раком молочной железы в поздних стадиях, посещавших занятия в группе психологической поддержки, была примерно в два раза больше, чем женщин, не посещавших такие занятия. Доктор Шпигель отмечает, что терапия депрессии у больных со злокачественными новообразованиями не только позволяет снизить выраженность таких симптомов, как боль, тошнота и утомляемость, но и улучшает качество жизни и увеличивает ее продолжительность.

Очевидно, что для достижения максимально возможного результата лечение любого злокачественного новообразования должно быть комплексным. Лечащий врач, больной, его близкие друзья и родственники, от которых он получает основную поддержку, должны внимательно относиться к проблеме психического здоровья.

Действия

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ: ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ДЕПРЕССИЯ НОРМОЙ?

Мишель Б. Рибо, доктор медицины, магистр естественных наук (Michelle B. Riba, M.D., M.S.)

Повлиять на эмоциональное состояние больного со злокачественным новообразованием зачастую бывает сложнее, чем справиться с какими-то соматическими проблемами. Неудивительно, что приблизительно у 50% больных со злокачественными опухолями в какой-то период заболевания появляются отчетливые симптомы психического расстройства. По данным Института рака Даны Фарбер (Dana-Farber Cancer Institute) и бостонской больницы Бригем энд Уименс (Brigham and Women's Hospital), не менее половины больных со злокачественными новообразованиями в поздней или терминальной стадии, страдают от тревожного расстройства, депрессии или расстройства адаптации. К сожалению, лишь менее половины из них получают необходимую помощь.

Исследователи подчеркивают важность включения психиатрической помощи в план ведения таких больных, объясняя это тем, что депрессивные и тревожные расстройства могут ухудшать качество жизни даже больше, чем соматические проблемы. Кроме этого, они отмечают, что онкологи и психиатры могут проводить скрининговые обследования онкологических больных на предмет наличия у них психических расстройств и при выявлении таковых направлять больных на лечение и в группы психологической поддержки.

У онкологических больных могут иметь место следующие психические нарушения:

- расстройства адаптации,
- депрессия,
- тревожные расстройства,
- делирий,
- наркомания.

Причиной психического дискомфорта может быть:

- необходимость приема болеутоляющих средств,
- ухудшение внутреннего настроения/душевного состояния,
- семейные проблемы,
- проблемы на работе,
- финансовые трудности,
- беспокойство о детях.

Трудности диагностики и лечения:

- существующие предубеждения относительно психических заболеваний,
- необходимость включения еще одного состояния в сложный медицинский диагноз,
- ощущение некоторыми больными смущения и стыда из-за своего подавленного или тревожного состояния,
- страх, что врач займет по отношению к больному отрицательную позицию,
- возможные затруднения со стороны врачей, вызванные необходимостью обсуждать щекотливые вопросы, связанные с психическим состоянием.

Особые факторы риска развития психических расстройств у онкологических больных:

1. Вид злокачественной опухоли и ее стадия: более склонны к психическим заболеваниям больные с раком поджелудочной железы, некоторыми формами рака легкого и больные, у которых заболевание выявлено в поздней стадии.
2. Юный и старческий возраст.
3. Отсутствие семьи и адекватной поддержки и помощи.
4. Малое количество друзей и отсутствие связей с общественными и религиозными организациями.
5. Психические заболевания в анамнезе.
6. Сопутствующие соматические заболевания.

Симптомы рекуррентной депрессии:

- изменение аппетита,
- трудности при засыпании или нарушения сна,
- подавленное настроение,
- ощущение безысходности или беспомощности,
- суицидальные мысли и намерения,
- вялость,
- снижение способности испытывать удовольствие,
- снижение способности к концентрации внимания,
- психомоторное возбуждение или заторможенность.

При сохранении у больного нескольких из этих симптомов в течение как минимум двух недель следует обследовать его на предмет наличия психического расстройства.

При лечении злокачественных опухолей очень важно учитывать эмоциональное состояние больного и воздействовать на него. Первыми шагами являются скрининговое обследование и диагностика. Больные и их родственники должны понимать, насколько важно сообщать врачу о своем эмоциональном состоянии и обязательно рассказывать об этом. Важно понимать, что нельзя считать тревогу, подавленность, ощущение бессилия и другие проявления депрессии нормальными реакциями.

Если вы подавлены, встревожены, растеряны, в целом недовольны собой, вам или вашим родственникам следует спросить врача о причинах такого состояния и попросить назначить соответствующее лечение.

Кроме этого, важно, чтобы врачи и медицинские сестры сами расспрашивали больных об их психическом состоянии, а больные не стеснясь, откровенно отвечали на эти вопросы. Если у вас есть описанные симптомы, вам необходимо проконсультироваться у специалиста по проблемам психического здоровья, который имеет необходимые знания для оценки психического состояния (психиатра, психолога, социального работника и др.), выявления психических расстройств и сможет правильно составить план лечения. К разработке и реализации этого плана следует привлекать и родственников больного. Комплекс лечебных мероприятий, направленных на достижение оптимального состояния здоровья больного, будет одобрен и медико-страховыми компаниями. Внимание к психо-эмоциональным проблемам и проведение соответствующего лечения позволяет улучшить и физическое состояние онкологических больных.

Единый онкологический центр Мичиганского университета

<http://www.cancernews.com/articles/cancer&depression.htm>

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Факты

- Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) являются основной причиной инвалидизации и смерти. В мире от этих заболеваний страдают миллионы людей; в США количество больных ХОЗЛ составляет 11,4 миллиона человек.
- Двадцать процентов больных бронхиальной астмой и ХОЗЛ страдают рекуррентной депрессией и/или тревожным расстройством (генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством или фобией), что значительно выше распространенности этих расстройств в общей популяции.
- Депрессия и тревожные расстройства утяжеляют респираторные симптомы, которые отмечают сами больные, и усугубляют уже имеющиеся нарушения функций легких.
- У больных бронхиальной астмой чаще всего отмечаются паническое расстройство, панические атаки и генерализованное тревожное расстройство (ГТР).
- Развитие депрессии при заболеваниях органов дыхания затрудняет соблюдение больными плана лечения.
- Научные исследования показывают, что среди больных с ХОЗЛ, страдающих тревожными расстройствами, больше курильщиков. Особую проблему курение представляет у молодых людей, страдающих бронхиальной астмой, так как оно усугубляет симптоматику и повышает устойчивость заболевания к проводимой терапии.
- В состоянии депрессии больным с заболеваниями органов дыхания труднее внести в свою жизнь определенные изменения, которые позволяют увеличить выживаемость и повысить качество жизни.
- Результаты исследований свидетельствуют о том, что использование психотропных средств и психосоциальная поддержка больных может способствовать повышению эффективности терапии бронхиальной астмы.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Болезни органов дыхания, а именно бронхиальная астма и ХОЗЛ, во всем мире занимает второе место среди причин смерти после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Можно назвать более 40 болезней, поражающих бронхолегочную систему, большинству из которых свойственно неуклонное прогрессирование. При переходе каждой стадии болезни в последующую в жизни больных появляются новые трудности, к которым им становится все труднее и труднее адаптироваться. Из-за постепенного постоянного ухудшения легочной функции больным становится все сложнее и сложнее выполнять повседневные дела или они все больше боятся даже попытаться что-то сделать. Такое прогрессирование может отразиться и на физической активности больных, их общественной и личной жизни. Все эти изменения могут иметь серьезное влияние на психическое и эмоциональное состояние больных.

Сотрудники Австралийского пульмонологического фонда подчеркивают, что «крайне важно помочь больным лучше справляться с влиянием физических и психосоциальных стрессовых факторов. Если в план ведения больных с патологией органов дыхания не включены меры, направленные на устранение психических и эмоциональных реакций, вызванных этими заболеваниями, весьма вероятно появление таких отрицательных эмоций и чувств, как тревога, озлобленность, напряжение, разочарование, безнадежность и подавленность, которые еще больше ухудшают прогноз заболевания. Распространенность депрессии и тревожных расстройств среди больных, страдающих ХОЗЛ, составляет 40—90%, тогда как в общей популяции этот показатель равен 8—20%.

Несмотря на то, что многие специалисты и ранее отмечали зависимость между легочной патологией заболеваниями, а именно хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ), с одной стороны и депрессивными и тревожными расстройствами с другой стороны, сейчас появляется все больше доказательств того, что психические расстройства могут усугублять ХОЗЛ и увеличивать потребность в госпитализации.

«Эти данные имеют большое значение, так как они свидетельствуют о том, что депрессивные и тревожные расстройства у больных, страдающих ХОЗЛ, следует рассматривать как потенциальные клинически значимые факторы риска, а не просто как сопутствующие заболевания, вызванные ХОЗЛ, и учитывать это при подборе терапии». Таково мнение автора публикации, главного исследователя, руководителя отдела научных клинических исследований и эпидемиологии болезней органов легких университета Макгилла в Монреале, доктор медицины Жан Бурбо (Jean Bourbeau).

Изучению влияния эмоционального состояния на функцию легких у больных бронхиальной астмой были посвящены многочисленные исследования. Последние данные показывают, что психологическое состояние человека влияет на состояние дыхательных путей. Это подтверждается и больными, которые при ретроспективном анализе заболевания отмечают, что эмоциональные всплески приводили к обострению бронхиальной астмы.

Во многих случаях лечение психического расстройства приводит к улучшению общего физического состояния. Это в определенной степени способствует нормализации жизни больного, позволяет ему выполнять врачебные назначения, придерживаться необходимых изменений в образе жизни и адаптироваться к ограничению физических возможностей.

В последние годы возрос интерес к проблеме взаимного влияния заболеваний органов дыхания, депрессивных и тревожных расстройств у молодых людей. Данные как клинических, так и популяционных исследований свидетельствуют о том, что появление первых симптомов поражения органов дыхания связано с более высокой распространенностью психических расстройств у людей молодого возраста. При наличии у детей и молодых людей клинических проявлений респираторных заболеваний риск развития впоследствии психических расстройств повышен в 2—4 раза. Зависимость между заболеваниями дыхательной системы и психическими расстройствами сохраняется даже при анализе данных после учета таких факторов, как наличие ипохондрического синдрома, функциональных нарушений и курение.

Выполнение всех назначений и рекомендаций по лечению бронхиальной астмы может оказаться сложной задачей для больного, а депрессия может снизить эффективность этих действий и приверженность больных к лечению. Было показано, что при сочетании хронического заболевания и депрессии вероятность несоблюдения рекомендаций относительно медикаментозного лечения возрастает в 3 раза.

Результаты исследований свидетельствуют о возможности наличия «обратной связи» между бронхиальной астмой и депрессией. Депрессия при бронхиальной астме может быть как следствием астмы, так и ее причиной. Такая двусторонняя зависимость может привести к формированию и поддержанию порочного круга, что еще больше усугубит психические и физические нарушения.

В этом отношении надежды возлагаются на то, что лечение депрессии у больных астмой позволит свести к минимуму отрицательные проявления сочетания этих заболеваний. Наряду с тем, что лечение депрессии позволяет повысить приверженность больных к медикаментозной терапии, облегчить им выполнение врачебных назначений и рекомендаций, снизить риск смерти от бронхиальной астмы, оно также значительно улучшает качество жизни больных.

ОЖИРЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Факты

- Между ожирением и депрессивными и тревожными расстройствами существует сложная взаимосвязь.
- При депрессии и тревожных расстройствах люди часто ведут нездоровый образ жизни: неправильно питаются, курят, употребляют крепкие спиртные напитки и недостаточно двигаются. Многие из этих факторов повышают риск развития ожирения.
- Ожирение и депрессия имеют ряд общих характеристик и проявлений: нарушение сна, малоподвижный образ жизни и неконтролируемое потребление пищи. Тем не менее, эти состояния лечатся как отдельные заболевания, что приводит к неутешительным результатам. Текущий эпизод депрессии и хроническая депрессия повышают риск развития ожирения на 60%.
- Хроническое тревожное расстройство в анамнезе повышает риск развития ожирения на 30%. По данным центров по контролю заболеваемости (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), ожирение связано с развитием таких хронических заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, инсульт и деформирующий Остеоартроз. Это обстоятельство еще больше подчеркивает важность эффективной терапии ожирения.
- На протяжении всей жизни ожирение повышает риск развития рекуррентной депрессии и панического расстройства, особенно у женщин.
- Некоторые научные исследования показывают, что ожирение у подростков может быть причиной депрессии во взрослом возрасте, тогда как другие исследования свидетельствуют о том, что депрессия в подростковом периоде может быть причиной ожирения в зрелом возрасте.

ОЖИРЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

По мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире ожирение приняло характер эпидемии. По расчетам специалистов к 2020 году ожирение уверенно займет первое место среди причин смерти во всех странах.

Ожирение может провоцировать развитие таких психических нарушений, как депрессия, расстройства пищевого поведения, искаженное восприятие собственного телосложения и снижение самооценки. Осознание взаимосвязи между ожирением и психическими расстройствами, например депрессией, является важной задачей в рамках охраны общественного здоровья, так как каждое из этих заболеваний существенно увеличивает объем использования ресурсов здравоохранения во всех странах и занимает одно из первых мест в общей структуре заболеваемости.

Результаты «Шведского исследования ожирения» (Swedish Obese Subjects, SOS) показали, что при отсутствии различий по другим показателям у лиц с тяжелым ожирением клинически значимая депрессия развивается в 3-4 раза чаще, чем у людей без избыточной массы тела. В своей публикации авторы исследования, профессор Марианна Сулливан (Marianne Sullivan) и ее коллеги из шведской университетской больницы Сальгрэнска (Sahlgrenska University Hospital) отмечают, что «у лиц с ожирением депрессия, которую по степени выраженности можно было расценить как психическое заболевание, чаще отмечалась у лиц с повышенной массой тела». Отклонения количественных показателей депрессии в группе лиц с ожирением были настолько же выражены, как и у больных с хроническим болевым синдромом, или даже больше.

Нелеченая депрессия может быть как причиной, так и следствием ожирения. *«Как практикующий детский психиатр я вижу четкую зависимость между ожирением с одной стороны и депрессивными и тревожными расстройствами с другой стороны как у детей, так и у подростков»*, — говорит доктор медицины Дэвид Фасслер, детский и подростковый врач-психиатр, член правления Американской ассоциации психиатров (American Psychiatric Association, APA) из г. Берлингтон, штат Вермонт.

Результаты одного из последних исследований, проведенных в Университете Миннесоты, показали, что у детей, которых дразнили из-за избыточной массы тела, чаще формировалось искаженное восприятие собственного телосложения, снижалась самооценка и развивались симптомы депрессии. По данным исследования, 26% подростков, которых дразнили в школе и дома, сообщили, что они задумывались о совершении самоубийства, а 9% подростков совершали суицидальные попытки. Суицид занимает третье место среди причин смерти в подростковом возрасте («Зависимость между поддразниванием из-за повышенной массы тела и эмоциональным состоянием подростков», «Архивы педиатрии и подростковой медицины», август 2003 г).

Депрессия и ожирение имеют большое значение в контексте основных проблем общественного здравоохранения, и особенно важно то, что они повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. На сегодняшний день связь между депрессией и ожирением подтверждена результатами исследований. Депрессия повышает риск развития ожирения на 18%.

Исследования показывают, что между депрессией и ожирением существует взаимная зависимость; и наличие этой длительного обоюдного влияния заболеваний обязательно необходимо учитывать в клинической практике. Так как повышение массы тела может быть следствием депрессивного расстройства, врачи должны контролировать этот показатель у больных депрессией. Аналогично, у лиц с повышенной массой тела или ожирением следует следить за эмоциональным состоянием. Это позволит достичь успехов в профилактике, ранней диагностике и подборе комплексной терапии для лиц из групп риска, что в итоге снизит распространенность этих состояний.

РАЗДЕЛ 2

Хронические соматические заболевания и психические расстройства: потребность в комплексном подходе к лечению

Введение

Резюме.

На этапе оказания первичной медицинской помощи необходимо улучшить методики выявления депрессии при определенных хронических заболеваниях, например, при заболеваниях сердца и диабете. Существует несколько путей интеграции охраны психического здоровья в стратегию первичной медицинской помощи. Создание условий для совместной работы этих служб крайне необходимо, и должно рассматриваться как задача общественного здравоохранения.

Нет здоровья без здоровой психики

Появляется все больше и больше данных, свидетельствующих о необходимости улучшения диагностики и лечения психических заболеваний в условиях оказания первичной и специализированной медицинской помощи. У больных с сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями (например, диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями) депрессия проявляется как тяжелое длительное заболевание, которое ухудшает качество жизни и отношение больных к своему здоровью, ограничивает функциональные возможности организма и повышает затраты на лечение.

Сегодня врачи общей практики научились лучше распознавать депрессию и тревожные расстройства при преобладании жалоб, больше связанных с психосоциальными проблемами, нежели с физическим состоянием больного (Kirmayer и соав.). Тем не менее, жалобы на изменения в физическом состоянии зачастую бывают основными или единственными жалобами при депрессивных и тревожных расстройствах (Simon и соав. 1999). На фоне соматического заболевания терапия психотропными препаратами, малоподвижный образ жизни, изменения характера питания в современных условиях и сами психические заболевания можно рассматривать как факторы, повышающие частоту осложнений и раннюю смертность. Таким образом, крайне необходимо активно привлекать внимание к проблеме диагностики этих состояний и выявления факторов риска, разрабатывать модели совместной деятельности и проводить просветительскую деятельность. Все это позволит обеспечить постоянное лечение сложной сочетанной патологии с позиций доказательной медицины.

Последствия сочетания наиболее тяжелых соматических заболеваний (диабета и сердечно-сосудистых заболеваний) и депрессии еще больше подчеркивают важность этой интеграции. Несмотря на высокую распространенность рекуррентной депрессии у больных сахарным диабетом, это состояние зачастую не диагностируется и не лечится (примерно у двух третей больных с сочетанной патологией) (Katon 2008). У 80% больных, страдающих диабетом и депрессией, в течение 5 лет отмечается рецидив

депрессии с клиническими проявлениями. Депрессия отрицательно влияет на течение диабета: с одной стороны ухудшается отношение больных к своему заболеванию (они не соблюдают диету, нарушают схемы приема препаратов, не выполняют рекомендации по контролю уровня сахара в крови), а с другой стороны — усугубляется общий прогноз заболевания (Katon 2008).

Симптомы клинически значимой депрессии присутствуют у 30-40% больных с заболеваниями сердца (Thombs и соав., 2008). Рекуррентная депрессия (большое депрессивное расстройство, БДР) отмечается у 20% больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Даже после учета других факторов риска видно, что наличие БДР повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Депрессия провоцирует развитие сердечной патологии, увеличивает расходы на лечение, ухудшает качество жизни и в 3 раза повышает вероятность несоблюдения схем медикаментозного лечения. Тяжесть депрессивной симптоматики влияет на прогноз сердечно-сосудистого заболевания. Риск развития осложнений повышается по мере утяжеления симптоматики, независимо от того, соответствует ли состояние больных диагностическим критериям депрессивного расстройства. Депрессия снижает шансы на успешную коррекцию факторов риска сердечных заболеваний и вероятность участия больных в реабилитационных программах, повышает интенсивность использования медицинской помощи, увеличивает расходы на лечение и существенно ухудшает качество жизни.

Несмотря на то, что до сих пор нет единого мнения относительно того, какие методики скринингового обследования более эффективны в той или иной группе больных, медицинское сообщество готово к использованию некоторых анкет для оценки состояния психического здоровья в клинической работе (Lichtman и соав., 2008). Таким образом, на сегодняшний день задача состоит в поиске путей формирования и поддержания мотивации к регулярному проведению (для клиницистов) и прохождению (для больных) обычного стандартного обследования, направленного на выявление симптомов психических заболеваний (депрессии, тревожных расстройств, наркомании, суицидальных намерений). Необходимо создать систему направления больных к специалистам, работающих в области охраны психического здоровья, и практические условия для ее работы. Одно из удачных решений — территориально близкое расположение служб психиатрической помощи, сотрудники которых участвуют в реализации комплекса медицинских услуг. Другие способы включают использование телефонной связи, электронной почты и программ голосового общения через Интернет (Skype). Они позволяют обеспечить связь врачей общей практики со специалистами по охране психического здоровья или коллегами из психиатрических клиник, хорошо зарекомендовавших себя в медицинских кругах.

Профессиональные контакты, совместная работа и подбор терапии на основании принципов доказательной медицины — ключевые факторы комплексного подхода. Учитывая насколько масштабна проблема интеграции, ее решение, безусловно, должно рассматриваться как задача системы общественного здравоохранения. Тем не менее, нам необходимо разработать новые способы для оценки распространенности психических расстройств, оптимальные методы их диагностики и лечения у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями.

Мишель Роба (Michelle Riba), профессор психиатрии, сотрудник отделения психиатрии Мичиганского университета, США. Адрес электронной почты: mriba@umich.edu.

Литература:

1. Kato WJ: The comorbidity of diabetes mellitus and depression. *Diabetes Journal Club*, 2008; Vol 5, No. 3, 9-16
2. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffee MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150:734-741
3. Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lesperance F, Mark DB, Sheps DS, Taylor B, Froelicher ES: Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. *Circulation* 2008; 118:0-0
4. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329-1335
5. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, Zuidersma J, Eze-Nliam C, Lima BB, Smith CG, Soderlund K, Ziegelstein RG: Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care. A systematic review. *JAMA*, 2008; 300 (18):2161-2171

Роль службы первичной медицинской помощи в облегчении доступа к медицинской помощи лиц, страдающих психическими расстройствами и хроническими соматическими заболеваниями

Доктор Габриель Ивбиджеро (Dr. Gabriel Ivbijaro)

Резюме.

Соматические заболевания часто сочетаются с психическими расстройствами. Во многих случаях при наличии соответствующих условий лечение больных с такими заболеваниями проводится в специальных учреждениях. В странах с низким и средним среднедушевым доходом служба психиатрической помощи развита очень слабо. При наличии у врачей специальной подготовки лечение и психических, и соматических заболеваний можно проводить в условиях оказания первичной медицинской помощи, что позволит повысить качество услуг, оказываемых населению.

Психические расстройства и соматические заболевания взаимосвязаны и представляют собой единую проблему. У многих больных с нарушениями психики имеют место и соматические заболевания, которые являются либо следствием проводимой терапии, либо одним из проявлений психического заболевания. Многие системы здравоохранения не в состоянии разработать и реализовать адекватный комплексный подход к лечению психических и соматических заболеваний. Зачастую психиатрическую помощь оказывают одни организации, а лечение соматического заболевания проводится в другой системе учреждений. В некоторых случаях больные получают лечение только по поводу одного из заболеваний, тогда как другое остается без внимания.

В подобных условиях лечение является неполноценным и отсутствует единая схема лечебных мероприятий. При таком подходе больные не получают необходимой комплексной терапии, что может быть причиной уменьшения продолжительности жизни и ухудшения ее качества. У многих больных, страдающих каким-либо серьезным психическим расстройством, имеются также другие хронические психические или соматические заболевания; и в этих случаях ухудшается прогноз

каждого из заболеваний.

В этом году Всемирный день психического здоровья посвящен проблеме взаимосвязи психических расстройств и хронических соматических заболеваний. Это дает нам возможность оценить состояние этой проблемы на данном этапе и рассмотреть возможные пути ее решения в будущем.

Мы уже давно осознали необходимость более детального изучения взаимосвязи между психикой и телом. В разделе переписки Британского медицинского журнала от 10 июня 1933 г. доктор С.М. Биллингтон, комментируя статью, ранее опубликованную в этом же журнале, пишет: «В течение многих лет к человеку относились к подопытным лабораторным животным. Однако нам уже давно пора осознать в своей работе, в частности при разработке гипотез о различных заболеваниях, что у наших больных очень развито духовное начало, которое оказывает огромное влияние на их физическое состояние». Доктор Биллингтон отмечал, что все практикующие врачи сталкиваются с этим очевидным фактом в своей повседневной практике и подчеркивал, что и в целом медицина должна обязательно учитывать наличие неразрывной связи между психикой и телом. Представители других медицинских школ (например, китайской, тибетской и индийской) о связи духа и тела говорят уже многие столетия.

Однако есть и те, кто считает, что психику и телу следует рассматривать отдельно. В этом случае либо подчеркивается необходимость создания такой системы здравоохранения, которая обеспечивала бы узкую специализацию и возможность сконцентрироваться на одном заболевании, либо говорится о создании лечебных учреждений, оказывающих помощь при психических и соматических заболеваниях, которые территориально не связаны друг с другом. И, по-видимому, сторонники такого подхода преуспели в разделении духа и тела.

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. «Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо» говорится о срочной необходимости реформирования службы первичной медико-санитарной помощи. Зачастую выделяемые финансовые средства направляются на поддержку специализированных учреждений, что еще больше отдаляет разум от тела. В докладе подтверждается, что концепция первичной медико-санитарной помощи, принятая в 1978 г. при подписании Алма-Атинской декларации, не теряет своей актуальности и принцип о необходимости оказания медицинской помощи всем категориям населения также остается в силе. В Декларации также подчеркивалось, что создание системы здравоохранения, в рамках которой возможно выполнение задач, поставленных перед службами первичной помощи, и достижение желаемых результатов, требует четкого руководства и разработки точной стратегии.

Как и в первые годы после подписания Алма-Атинской декларации, сейчас основное внимание все еще сконцентрировано на специализированной медицинской помощи, что приводит к отсутствию на местном уровне единой системы медицинских учреждений. При излишнем уповании на стационарные учреждения как основное место оказания медицинской помощи результаты лечения в большинстве случаев неутешительны, так как в этих учреждениях зачастую невозможно реализовать комплексный подход к ведению больных. Эта проблема особо актуальна при лечении больных с психическими расстройствами, так как у большинства из них имеется сразу

несколько сопутствующих заболеваний. Психические расстройства часто и хронические соматические заболевания часто сочетаются друг с другом.

Больные с психическими расстройствами часто попадают в поле зрения специалистов первичного звена, так как при необходимости получения медицинской помощи большинство людей прежде всего обращается именно к ним. Учреждения первичной медицинской помощи обычно расположены близко к дому, что позволяет больным легче справиться с предрассудками, связанными с этими заболеваниями (ВОЗ/Wonca, 2008). При правильной организации медицинской помощи реализуется комплексный подход к ведению таких больных.

Однако в докладе ВОЗ «Общая программа действий в области охраны психического здоровья» (2008 г.) отмечается, что несмотря на это, многие больные, страдающие психическими заболеваниями, не получают адекватной психиатрической помощи и полноценного лечения органичной патологии. В странах с высоким среднедушевым доходом на 100 000 человек приходится 10,5 врачей-психиатров и 14 психологов, в странах со средним доходом эти показатели составляют — 2,7 и 1,8, а в странах с низким доходом — всего 0,05-1,05 и 0,04-0,6 соответственно. Обеспеченность средним медицинским персоналом со специализацией в области психиатрии составляет 32,95 на 100 000 человек в странах с высоким среднедушевым доходом, 5,35 и 0,16 на 100 000 человек в странах со средним и низким доходом соответственно. Количество социальных работников в странах с высоким, средним и низким среднедушевым доходом составляет 15,7, 1,5 и 0,04 на 100 000 человек соответственно.

Эти данные свидетельствуют о недостаточности возможностей для оказания полноценной психиатрической и психологической помощи как в стационарах общего профиля, так и в специализированных учреждениях. Необходимо обеспечить население специалистами, которые могли бы заниматься лечением и психических расстройств, и соматических заболеваний; при этом услуги таких специалистов должны быть доступными, а их подготовка экономически оправданной. Наиболее доступной такая помощь может быть при работе соответствующих специалистов в учреждениях первичного звена. Starfield и коллеги (2003) также отмечают высокую распространенность сочетанной патологии в обществе и считают, что в подобных случаях тактика концентрации внимания на каком-то одном заболевании не оправдана. Врачи общей практики оказывают медико-санитарную помощь широкому контингенту населения, а следовательно, более подготовлены к работе с сочетанной патологией.

При правильной организации первичной медицинской помощи реализуется целостный подход, так как больной и специалисты, занимающиеся его лечением, хорошо знакомы друг с другом. Это позволяет снизить общие расходы на медицинскую помощь. Исследования показывают, что больные удовлетворены результатами лечения в учреждениях первичного звена. Более того, с точки зрения общественного здравоохранения эти результаты лучше результатов лечения в специализированных учреждениях, так как в условиях оказания первичной помощи имеется больше возможностей для реализации комплексной тактики ведения больных.

Во многих исследованиях было показано, что в группе больных с психическими расстройствами регистрируются более высокие показатели смертности. Вплоть до

половины больных с серьезными психическими нарушениями имеют явные проявления сопутствующей органной патологии. Примерно у 35% больных соматические заболевания остаются недиагностированными, а примерно в 20% случаев они могут быть причиной развития психического расстройства или его усугубления (Lawrence и соав. 2000, ВОЗ/Wonca 2008). Хронические психические заболевания сочетаются с бронхиальной астмой, хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ), сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца (ИБС), артритом, некоторыми формами опухолей, в том числе злокачественных новообразований, дерматологическими заболеваниями, в том числе псориазом, и некоторыми заболеваниями, связанными с курением. При развитии соматического заболевания у больного с психическими нарушениями расходы на лечение возрастают на 70%.

Авторы одного из последних европейских обзоров подчеркивают, что лечение как психических, так и физических заболеваний требует определенных финансовых затрат, а сами заболевания могут приводить к смерти больных. По приведенным оценкам, ежегодные расходы, связанные с наличием психических заболеваний, составляют около 436 миллиардов евро, что соответствует примерно 2000 евро на одну семью. Развитие органной патологии на фоне психического заболевания повышает расходы на лечение еще на 70%.

Авторы также обращают внимание на взаимное влияние физического и психического состояния человека, указывают на необходимость повышения в странах Европейского Союза доступности психиатрической и психологической помощи в условиях учреждений первичного звена и улучшение качества подготовки специалистов, работающих на этом уровне.

Многие сомневаются в том, что на этапе оказания первичной медико-социальной помощи возможно создание условий для эффективного лечения психических и соматических заболеваний. В 2008 г. Всемирная организация семейных врачей (World Organization of Family Doctors, Wonca) и ВОЗ представили данные из стран с разным уровнем среднедушевого дохода, свидетельствующие о том, что специалисты первичного звена могут успешно реализовывать комплексный подход к ведению больных с психическими заболеваниями. При этом такое лечение является экономически выгодным, а его результаты вполне удовлетворяют больных. Тем не менее, нельзя с уверенностью говорить о повсеместном соблюдении этих стандартов эффективности.

Повышение качества подготовки специалистов первичного звена, безусловно, позволяет улучшить ситуацию, но при обучении врачей общей практики необходимо обращать особое внимание на изучение и понимание взаимосвязи между психикой и физическим состоянием. В 2007 г. Всемирная организация семейных врачей и всемирная федерация психического здоровья приняли участие в программе «Преодолевая барьеры» (*Breaking through Barriers Campaign*) и провели совместное исследование во Франции, Германии, Мексики, Бразилии и Австралии. Исследователи оценивали, насколько совпадают представления врачей общей практики и больных о взаимодействии разума и тела. В исследовании приняли участие 252 взрослых больных, которые получили как минимум одно врачебное назначение в связи с

имеющейся у них депрессией, и 501 врач общей практики.

Были получены следующие результаты:

- 78% врачей согласились с утверждением о существовании зависимости между психическим и физическим состоянием.
- 85% врачей подтвердили, что осознание такой зависимости помогает им в диагностике.
- 93% врачей подтвердили, что осознание такой зависимости помогает им в работе с больными.
- 84% врачей согласились с необходимостью изучения взаимосвязи между психикой и телом в процессе обучения и подготовки.
- 62% больных, которые получили как минимум одно врачебное назначение в связи с депрессией, подтвердили, что они обсуждали вопросы взаимного влияния физического и психического состояния со своим лечащим врачом (врачом общей практики).

Больные, признававшие взаимное влияние психики и физического состояния приходили на следующий прием к лечащему врачу примерно на 68 недель раньше, чем те, кто отрицал такое влияние. Это исследование еще раз подтвердило необходимость просвещения как обычных людей, так и семейных врачей относительно зависимости между физическим и психическим состоянием.

Традиционный подход, при котором основная роль отводится специализированной помощи, не позволит нам справиться с тем объемом сочетанной патологии (психических и соматических заболеваний), который имеется в обществе. Теперь мы знаем, что эффективное лечение и улучшение прогноза и психических, и соматических заболеваний возможно в условиях оказания первичной помощи. Для более успешного решения проблемы недостаточности объема психиатрической помощи, с которой сталкивается любое общество, необходимо повсеместно продолжать работу по интеграции служб, психиатрической и психологической помощи и служб, оказывающих помощь больным с соматическими заболеваниями. Это сближение можно обеспечить только на этапе первичной медицинской помощи. Специалисты первичного звена должны эффективно взаимодействовать с узкими специалистами, работать с больными и их родственниками и разъяснить им, какую помощь они могут получить не только от врачей, но и от других людей, так как в любом сообществе всегда есть желающие помочь.

Лечение психических заболеваний эффективно только при внимании и к соматическому заболеванию или заболеваниям. С другой стороны для успешного лечения органичной патологии также необходимо заниматься и психическим заболеванием. В течение долгого времени психическое и физическое здоровье рассматривались отдельно друг от друга, что, явно, не пошло на пользу нашим больным. В 2010 г. основная тема Всемирного дня психического здоровья позволяет нам еще раз обратиться к этому вопросу и осознать, насколько связь между духовным и физическим состоянием важна для оказания максимально эффективной помощи всем больным.

Доктор Габриель Ивбиджеро (Dr. Gabriel Ivbijaro), член Королевского коллегии врачей общей практики (Великобритания), член Западноафриканской коллегии врачей (отделение психиатрии), магистр медицины, выпускник факультета планирования семьи, врач-консультант, председатель Всемирной организации семейных врачей (Wonca), член рабочей группы по проблемам психического здоровья (Великобритания). Адрес электронной почты: gabluc@aol.com.

Литература:

1. Billington CM. Mind and Body (correspondence). *British Medical Journal* 1933; June: 1026.
2. WHO. The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). World Health Organization: Geneva 2008.
3. *Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, Sept 6-12, 1978.*
4. WHO/Wonca. *Integrating mental health into primary care: a global perspective.* World Health Organisation and World Organization of Family Doctors (Wonca). 2008.
5. WHO. *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders.* WHO: Geneva, 2008.
6. Starfield B, Lemjke K, Herbert R, Pavlovich W & Anderson G. *Annals of Family Medicine.* 2005; 3(3):215.
7. Lawrence D, Holman CDJ, Jablensky AV et al. Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101: 382-388.
8. Mental Health and Physical Health Platform. *Mental and Physical Health Charter.* 2009.

Психическое здоровье как экономическая категория:

экономический эффект высококачественного медицинского обслуживания

Доктор Дэвид МакДейд (Dr. David McDaid)

Резюме

Экономические аргументы свидетельствуют в пользу комплексного подхода к охране психического и физического здоровья. Опыт стран с высоким среднедушевым доходом показывает, что комплексный подход к лечению психических и соматических заболеваний экономически выгоден. Экономия складывается из сокращения медицинских расходов; снижения уровня временной нетрудоспособности; уменьшения количества случаев досрочного выхода на пенсию; облегчения семейных обязательств по уходу за больными и сокращения расходов на социальные пособия. Снижается также риск стать бездомным и попасть в поле зрения в системы уголовного правосудия. Экономические выгоды для стран со средним и низким среднедушевым доходом требуют дополнительного изучения.

Взаимовлияние хронических соматических и психических заболеваний очевидно, но много ли нам известно о последствиях, к которым приводит их сочетание? Приводит ли оно к росту расходов на систему здравоохранения (и других расходов) применительно к условиям разных стран? Как оно влияет на состояние трудовых

ресурсов и систему образования? Способно ли замедлить прогресс на пути к достижению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия? До какой степени углубление интеграции и координация медицинских служб может исключить и (или) снизить определенные расходы? Как преодолеть барьеры на пути реализации эффективных мер?

Развернутые ответы на эти вопросы помогут политикам и органам планирования в принятии решений об оптимальном использовании имеющихся ресурсов — как в рамках системы здравоохранения, так и за ее пределами. Сегодня, когда многие страны испытывают экономический спад, демонстрация экономических выгод комплексного подхода к лечению психосоматических заболеваний приобретает особую значимость.

Разносторонняя оценка

Есть многочисленные свидетельства глубоких личностных, социальных и экономических последствий психических заболеваний. Например, в странах Европейского Союза суммарные годовые расходы при наличии у одного члена семьи хронического психического расстройства (без учета расходов, связанных с сопутствующими соматическими заболеваниями) оцениваются в сумму свыше 2000 евро на каждую европейскую семью [1]. Лишь около трети этих расходов приходится на систему здравоохранения — основная их часть связана с потерями трудовых ресурсов (временной и стойкой нетрудоспособностью, преждевременным выходом на пенсию). При этом члены семьи, в том числе дети, теряют возможность работать или учиться из-за выполнения семейных обязательств по уходу за больным родственником.

Основные личностные факторы связаны с риском быть оставленным без попечения семьи и стать бездомным или попасть в поле зрения уголовной системы. Многие факторы чреватые долговременными последствиями: например, психическое заболевание ребенка может ограничить возможности человека в зрелом возрасте. Все эти личностные, социальные и экономические факторы приобретают особую остроту в странах со средним и низким среднедушевым доходом, в которых системы социальной защиты в лучшем случае развиты минимально, а предубеждения и предрассудки в обществе весьма распространены.

Появляется все больше данных, свидетельствующих о том, что упомянутые расходы увеличиваются за счет сопутствующих соматических заболеваний. Сочетание депрессии и соматических заболеваний, по оценкам специалистов, приводит к повышению только личных затрат на медицинскую помощь до 50 % (для жителей стран с высоким доходом) [2]. В некоторых обстоятельствах расходы могут быть еще выше — например, расходы только на медицинскую помощь при диабете, осложненном депрессией, в 4,5 раза превышают расходы при диабете без осложнений [3]. Дополнительные расходы при сочетании сердечно-сосудистых заболеваний с

психическими расстройствами могут составить от 15 до 40 % [4]. Психические расстройства и заболевания опорно-двигательного аппарата наносят основной урон состоянию трудовых ресурсов страны, и сочетание заболеваний также приводит к повышению расходов [5]. Материнскую депрессию связывают с повышением уровня угрозы детскому здоровью и недостаточной вакцинацией [6]. В странах со средним и низким уровнем среднедушевого дохода психические расстройства могут снизить эффективность мер, сдерживающих распространение инфекционных болезней, таких как ВИЧ/СПИД [7] или туберкулез [8].

Дополнительные расходы зависят от многих факторов. Психические расстройства могут приводить к тому, что больные не будут соблюдать рекомендации врача и план лечения соматических заболеваний. Люди, страдающие психическими расстройствами, неохотно обращаются в службу первой медицинской помощи и другие учреждения здравоохранения, опасаясь получить клеймо душевнобольного. Врачи службы как первой медицинской, так и специализированной помощи могут не заметить психического расстройства, а специалисты-психиатры не всегда в состоянии выявить соматическое заболевание. Да и внутри самой системы здравоохранения существуют организационные барьеры между службой охраны психического здоровья и терапевтической службой, которые мешают выработке единого, комплексного подхода к лечению больного [8].

Использование экономических аргументов для побуждения к действию

Стимулирование инвестиций в решение проблем комплексного лечения психосоматических заболеваний является ключевой задачей. Необходимо представить не только сведения об эффективности потенциальных действий, но и сопоставить затраты на их реализацию с экономией, которая может быть получена от улучшения здоровья. Многие меры по улучшению профилактики и (или) лечения психических заболеваний признаны экономически эффективными даже в странах со средним и низким уровнем среднедушевого дохода, располагающих весьма ограниченными ресурсами [9]. Акцентирование внимания на расходах, связанных с потенциально сопутствующими соматическими заболеваниями (развитие которых можно предупредить), послужит дополнительным стимулом для инвестиций в развитие и реализацию таких мер в любых экономических условиях.

Увеличение инвестиций в систему здравоохранения может принести экономическую отдачу и в других секторах народного хозяйства — например, за счет более полного использования трудовых ресурсов, что способствует росту общенациональной производительности труда и, соответственно, повышению подоходного налога. Поэтому очень важно обращаться к политикам, работодателям и другим влиятельным людям, не ограничиваясь рамками системы здравоохранения.

Необходимо также обратить внимание на экономическую эффективность действий,

которые способны сдерживать развитие и (или) предотвращать возникновение сопутствующих психических расстройств у больных хроническими соматическими заболеваниями. В частности, накопление доказательной базы в странах со средним и низким уровнем среднедушевого дохода может послужить мощным аргументом для международных спонсоров и организаций, оказывающих финансовую помощь, в пользу того, что сохранение психического здоровья может служить эффективным дополнительным инструментом в борьбе с распространением инфекционных заболеваний. В странах с высоким уровнем среднедушевого дохода можно определить экономически эффективные меры. Существуют исследования по вопросам распознавания и лечения депрессии у больных хроническими соматическими заболеваниями, например исследование комплексного поэтапного лечения диабета с сопутствующей депрессией в США [10]. Важно оценить экономическую эффективность такого подхода в других экономических условиях.

Регулярное наблюдение за состоянием физического здоровья людей, страдающих психическими расстройствами — в сочетании с мерами по оздоровлению — также требует увеличения инвестиций. Ключ к финансовой оценке такого подхода состоит в глубоком понимании факторов, влияющих на освоение инвестиций. С помощью исследований можно, например, оценить роль финансовых и других стимулов в организации регулярного наблюдения за состоянием физического здоровья в рамках первичной медицинской помощи, а также побуждения людей к ведению здорового образа жизни.

В целом, экономическая основа деятельности весьма перспективна. Теперь необходимо накапливать доказательную базу о действенности и стоимости различных методов в различных обстоятельствах: это поможет найти дополнительные аргументы в пользу комплексного подхода к решению проблем психосоматических заболеваний.

Дэвид МакДейд (David McDaid), научный сотрудник Лондонской школы экономических и политических наук (Великобритания). Электронный адрес: d.mcdaid@lse.ac.uk

Литература:

1. McDaid D (ed). *Bridging the gap between physical and mental health*. Brussels: Mental and Physical Health Platform, 2009
2. Chisholm D. et al. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry*. 2003. 183: p. 121-31
3. Egede L, Zheng D, K. Simpson. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (3): 464-470.
4. Rutledge T et al. Depression and cardiovascular health care costs among women with suspected myocardial ischemia: prospective results from the WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation) Study. *Journal of the American College of Cardiology* 2009; 53(2):176-183
5. Bevan S et al. Fit for work. *Musculoskeletal disorders in the European workforce*. London: Work Foundation, 2009.
6. Rahman A et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study.

- Archives of General Psychiatry* 2004 , 61, 946–952
7. Freeman M et al. Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187:1-3
 8. Husain, M O et al. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2008: 4:4
 9. Hyman S et al. Mental Disorders. *In Disease Control Priorities in Developing Countries* (2nd Edition): 605-626. New York: Oxford University Press, 2006.
 10. Katon W et al. Long-Term Effects on Medical Costs of Improving Depression Outcomes in Patients With Depression and Diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31(6):1155-1159.

РАЗДЕЛ 3

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ, КОТОРЫЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ

Часть 1. Формирование психической устойчивости

При любых жизненных переменах и трудностях, в том числе и при развитии болезни, человек проходит период приспособления; больной изучает свое заболевание и адаптируется к новым условиям. Некоторые оправляются быстро: проходят курс лечения и возвращаются к нормальной жизни. Другие выздоравливают с трудом. Формирование психической устойчивости является важным компонентом сохранения достойного качества жизни. Это не всегда происходит автоматически, некоторым людям приходится учиться психической устойчивости. В сообщении Американской психологической ассоциации (American Psychological Association) утверждается: *«Психическая устойчивость — это не талант, которым наделены только некоторые люди. Это сочетание поведенческих навыков, мыслительной активности и практических действий, которые можно освоить и развить...».*

В своей публикации «Обретение психологического контроля над хроническим недугом» доктор философии Виджей П. Шарма (Dr Vijai P. Sharma, PhD) дает ценный совет: *«Если уж болезнь стала вашим пожизненным спутником, то чем серьезнее вы настроены на борьбу с ней, тем выше будет качество вашей жизни. Независимо от того, чем вы страдаете: артритом, диабетом, заболеванием сердца, раком, эмфиземой или другой хронической болезнью, — вы можете повлиять на свою судьбу. Вы можете научиться быть более активным в жизни, лучше сопротивляться недугу, контролировать последствия болезни и вести полноценную жизнь.»*

Чем больше вы узнаете о своей болезни, тем успешнее сможете бороться с ней. Соберите все доступные сведения о своем заболевании. Это поможет вам определить дальнейшие действия, чтобы свести к минимуму свою беспомощность и возможные осложнения. Станьте активным участником собственного лечения и реабилитации, помогите доктору поставить вас на ноги.

Задайте себе следующие вопросы и, если возможно, запишите ответы. Чем можно улучшить или ухудшить мое состояние?

- 1. Что должны делать я и члены моей семьи при обострении симптомов?*
- 2. По каким признакам можно определить необходимость профессиональной (неотложной) помощи?*
- 3. Чего я могу ожидать от медицинских специалистов и что могу сделать сам?»*

(<http://www.mindpub.com/topic16.htm>)

Чаще всего психическая устойчивость является сочетанием природных способностей и приобретенных навыков поведения, но формирование такой устойчивости возможно и под влиянием внешних факторов, таких как поддержка общественных организаций и доверительные отношения с медицинскими работниками. Ангела Л. Картер (Angela L. Carter) в своей статье «Психическая устойчивость: есть ли у вас силы для выздоровления?» определяет общественную поддержку как контакты с друзьями, членами семьи или общественными организациями, которые оказывают человеку помощь в различных формах.

Чтобы справиться с психическими и эмоциональными проблемами при хронической болезни, необходим реалистичный, но позитивный подход. Может показаться невероятным, что возможно приспособиться к изменившимся условиям и надеяться на лучшее, но это вполне достижимо. Недавние исследования больных с почечной недостаточностью, которые еженедельно проходили по несколько процедур диализа, показали, что их настроение и удовлетворенность жизнью не отличаются от тех же показателей у здоровых людей из контрольной группы.

Квалифицированный психолог может помочь вам сформировать психическую устойчивость, необходимую для преодоления трудностей, связанных с хроническим заболеванием. Работая в контакте с вашим терапевтом и другими специалистами, психолог поможет разработать методику борьбы с недугом, которая не только повысит эффективность вашего лечения, но и поможет вам найти свое место в жизни, невзирая на физические ограничения.

Вот некоторые советы, которые могут пригодиться в борьбе с хроническими недугами.

1. **Общайтесь.** Установите и поддерживайте добрые отношения с друзьями и родственниками. Многие организации здравоохранения оказывают спонсорскую помощь группам поддержки, которые состоят из людей со сходными проблемами. Такие группы не только помогают человеку поддерживать ощущение внутреннего комфорта, но и позволяют ему самому бескорыстно помогать окружающим.
2. **Берегите себя.** Не позволяйте тяжелым мыслям о болезни отнять у вас полноценное питание, отдых, физическую активность и чувство юмора.
3. **Старайтесь по-прежнему выполнять все повседневные дела:** работайте, занимайтесь домашними заботами и хобби — успевайте везде. Это придаст вам ощущение стабильности среди хаоса и неопределенности, вызванных вашей болезнью.

Развитие психической устойчивости у молодых людей

Хотя продолжительность жизни молодых людей с хроническими заболеваниями в последнее время существенно увеличилась, психологической работе с молодежью и членами их семей уделяется недостаточно внимания. Слишком часто внимание направлено только на основное заболевание и общее состояние здоровья подростков, а о гармоничном развитии личности речь не идет. Однако специалисты сферы

здравоохранения занимают ключевые позиции с точки зрения комплексного воздействия на последствия психосоматических расстройств: ведь они находятся в постоянном контакте с молодыми людьми, страдающими хроническими недугами.

Исследования, проводимые среди психически устойчивых молодых людей и членов их семей, помогают выработать методику обеспечения полноценной жизни. У молодых людей, страдающих хроническими заболеваниями и инвалидов, а также членов их семей вдвое повышен риск психических расстройств (Gortmaker, Walker, Weitzman, & Sobol, 1990; Lavigne & Faier-Routman, 1992). Это подчеркивает важность интеграции стратегий по охране психического здоровья в существующую систему медицинского обслуживания этих групп населения. Кроме того, обслуживание молодых людей, которым требуется особая медицинская помощь, необходимо проводить с учетом семейных обстоятельств, ведь семья играет важнейшую роль в развитии личности молодого человека и берет на себя повседневную заботу о нем. Клиницисты должны заботиться о поддержании здоровой атмосферы в семье и избегать недооценки семейной среды (например, устанавливая жесткую программу лечения или принимая волевые решения без учета семейных интересов).

Ниже приведены рекомендации по разработке тактики лечения, способствующей формированию психической устойчивости у молодых людей, страдающих хроническими заболеваниями, и членов их семей.

1. Участие молодых людей и членов их семей в реализации плана лечения

Несомненно, сами молодые люди и члены их семей играют решающую роль в повседневной борьбе с хроническими недугами. Лечащие врачи должны учитывать влияние хронических болезней на повседневную жизнь семьи и разрабатывать реалистичные лечебные планы. Затруднения возникают, если при разработке тактики лечения не учитывается социальное положение семьи молодого человека. Лечебные планы следует составлять так, чтобы по возможности не нарушать нормальное течение семейной жизни и способствовать гармоничному развитию молодого человека. Лечащий врач должен помнить о членах семьи даже тогда, когда они не присутствуют на приеме. Сведения о семье можно получить, например, от самого подростка. Цель сбора этих сведений состоит в том, чтобы составить мнение о положении молодого человека в семье и его внутрисемейных отношениях.

2. Разработка тактики лечения с учетом достоинств и способностей молодого человека

Определение достоинств и способностей молодого человека, страдающего хроническим заболеванием, позволяет лечащему врачу разработать план лечения с

использованием внутренних ресурсов пациента. Кроме того, четкое понимание своих достоинств и недостатков поможет самому юноше построить реальные планы на будущее в отношении профессиональной карьеры, образования и образа жизни. И наоборот, медицинское обслуживание, основанное только на учете недостатков, может ограничить потенциал молодого человека (особенно если финансирование медицинской помощи основано на демонстрации усугубления нарушений разной степени).

3. Учет естественных потребностей в развитии молодого человека и семьи в целом

При встрече с лечащим врачом внимание, как правило, сосредоточивается на соматическом заболевании, вопросы же душевного здоровья обычно игнорируются. У молодых людей, страдающих хроническими заболеваниями, и их здоровых сверстников больше общего, чем различий, поэтому при работе с ними следует соблюдать все принципы охраны здоровья молодежи. Молодым людям, страдающим хроническими заболеваниями, необходимо комплексное обслуживание: забота о здоровье в целом и лечение телесного недуга. Кроме того, родителям и другим членам семьи, которые занимаются уходом за больным, необходимо искать новые способы борьбы с хроническим заболеванием по мере взросления подростка. Лечащий врач может облегчить этот переход за счет продуманного информирования и инструктирования больного (начиная с раннего возраста) по вопросам развития во время приемов. План лечения необходимо периодически пересматривать на предмет его соответствия этапам развития и способностям молодого человека. Тактику лечения необходимо разрабатывать с учетом изменений при развитии больного, чтобы способствовать полноценной жизни молодых людей и членов их семей.

Литература:

Garwick, A., & Millar, H. (1995). Promoting Resilience in Youth with Chronic Conditions & Their Families. Maternal & Child Health Bureau. Health Resources & Services Administration. U.S. Public Health Service.

Методические материалы

Десять аспектов формирования психической устойчивости

Американская психологическая ассоциация
<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>

Общайтесь. Важно поддерживать добрые отношения с членами семьи, друзьями и окружающими людьми. Помощь и поддержка людей, которые заботятся о вас и могут выслушать вас, повышает психическую устойчивость. Некоторые люди считают, что участие в деятельности общественных и религиозных организаций, других общественных групп помогает получить социальную поддержку и вернуть утраченные надежды. Помогая другим в трудную минуту, человек и сам получает пользу.

Старайтесь не рассматривать серьезные проблемы как непреодолимые обстоятельства. Вы не можете повлиять на то, что время от времени происходят крайне неприятные события, но вы можете изменить свое отношение к ним и реакцию на них. Попробуйте не заикливаться на настоящем: возможно, в будущем обстоятельства сложатся более благоприятно. Обращайте внимание на малейшие признаки улучшения в процессе выхода из сложной ситуации.

Примиритесь с изменившимися обстоятельствами: это часть вашей жизни. Некоторые цели становятся недостижимыми вследствие неблагоприятного стечения обстоятельств. Примирившись с непреодолимыми фактами, вы сможете сосредоточиться на том, что вам по плечу.

Двигайтесь к цели. Поставьте перед собой реальные цели. Регулярно делайте – пусть малые – шаги к достижению намеченных целей. Вместо того чтобы стремиться к недостижимому, спросите себя: *«Что я могу предпринять сегодня, чтобы продвинуться в намеченном направлении?»*

Действуйте решительно. Воздействуйте на неблагоприятную ситуацию всеми силами. Действуйте решительно: это лучше, чем самоустраняться от проблем и стрессов в надежде на то, что они исчезнут сами собой.

Попытайтесь отыскать в себе скрытые возможности. Нередко, переживая утраты, люди многое узнают о самих себе и выходят из тяжких испытаний с новыми силами. Многие, пройдя трагедии и невзгоды, отмечают укрепление родственных связей, ощущение прилива сил даже при повышенной ранимости; у них возрастает

самооценка, они развиваются духовно и начинают еще больше ценить жизнь.

Поддерживайте свой положительный образ в собственных глазах. Развивая в себе уверенность в том, что вы способны преодолевать трудности и доверяя собственной интуиции, вы способствуете повышению психической устойчивости.

Мыслите широко. Сталкиваясь с самыми неприятными событиями, попробуйте осмыслить стрессовую ситуацию в расширенном контексте, с учетом отдаленной перспективы. Не делайте из мухи слона.

Надейтесь на лучшее. Оптимистичный взгляд на жизнь поможет вам поддерживать веру в лучшее. Старайтесь не переживать из-за своих страхов, попробуйте представить себе реализацию ваших желаний.

Берегите себя. Уважайте собственные потребности и чувства. Делайте то, что вам нравится и помогает отдохнуть и успокоиться. Регулярно выполняйте физические упражнения. Заботясь о себе, вы поддерживаете тело и дух в готовности к ситуациям, которые требуют психической устойчивости.

Дополнительные факторы, повышающие психическую устойчивость. Некоторые люди пишут заметки, в которых излагают сокровенные мысли и переживания, связанные с пережитыми травмами и другими стрессовыми событиями. Размышления и духовный рост помогают людям установить связи и обрести утраченные надежды.

Главное — определить способы, наиболее приемлемые для вас, и встроить их в личную методику формирования психологической устойчивости.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ, КОТОРЫЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ

Часть 2. Формирование системы поддержки

Первое, что нужно сделать больному после выявления хронического заболевания — найти поддержку и научиться справляться со своей болезнью. Конечно, окружающие поддержат его эмоционально и физически, но главная защита и опора больного — это он сам. Активно участвуя в лечении болезни и выстраивая вокруг себя систему поддержки, можно создать прочную основу для движения вперед. Чтобы помочь таким больным, нужно подумать об изменениях в системе здравоохранения и общественных организациях. Это позволит поддерживать больных, которые сами активно борются со своей болезнью.

Одна из новых программ, которой в последнее время уделяется повышенное внимание — это планы формирования «систем поддержки с элементами самопомощи». Институт медицинской помощи, ориентированной на участие пациентов и их семей (Institute for Patient and Family Centered Care) (<http://www.ipfcc.org/advance/topics/selfmgmt.html>) описывает поддержку с элементами самопомощи как *«образовательные и другие ресурсы для поддержки больных хроническими заболеваниями, призванные помочь им обрести уверенность в собственных силах и знания для победы над болезнью. Лечащие врачи должны принимать решения о медицинской помощи, тесно взаимодействуя с самими пациентами и членами их семей. Для людей, страдающих хроническими заболеваниями, это означает, что, помимо лечения и выполнения медицинских предписаний, необходимо менять и привычный образ жизни. Для лечащих врачей это означает, что план лечения необходимо разрабатывать в тесном контакте с пациентами и членами их семей.*

Комплексная поддержка с элементами самопомощи смещает ориентацию медицинской помощи: на смену традиционной модели, в которой активность исходит от лечащего врача или системы здравоохранения, приходит модель, в которой центром активности становится пациент и его семья. Между пациентами, их семьями и лечащим врачом устанавливаются связи, основанные на взаимоуважении. Здесь все уважают опыт друг друга, открыто делятся информацией, формируют общее понимание целей, приоритетов, ценностей и потребностей самого больного и его семьи, а также возможностей лечения, предлагаемых доказательной медициной. Все вместе составляют план лечения, который будет реализовываться как в клинических, так и в домашних условиях».

Еще один важный аспект — формирование благоприятной среды: работа служб социальной поддержки, участие членов семьи и других окружающих людей. Исследования показывают, что без надежной поддержки многие люди не в состоянии справиться со своими болезнями: ухудшается общее состояние, появляются

осложнения, учащаются госпитализации, — а это сопровождается ростом расходов как для самого больного, так и для государственной системы. Одно из экономически эффективных средств поддержки — организация групп взаимопомощи. Участие в работе таких групп ободряет больных, дает им возможность общаться со своими «товарищами по несчастью» и без стеснения делиться мыслями по любым жизненным вопросам. Такие группы очень полезны и для членов семьи больного.

В 2006 году Калифорнийский фонд здравоохранения опубликовал документ с описанием семи моделей успешного формирования систем взаимной поддержки для людей, страдающих хроническими заболеваниями. Документ размещен в Интернете по следующему адресу:

www.familydocs.org/files/Building%20Peer%20Support%20Programs%20CHCF.pdf

Каждому важно найти свой путь: найти отзывчивых людей, которые помогут больному, проявляя внимание к его индивидуальным особенностям и потребностям. Иногда эти обязанности берут на себя члены семьи, в других случаях помощь можно получить из других источников: групп взаимопомощи, от друзей, общественных групп, блогов и Интернет-сайтов. Важно выбрать то, что будет полезно именно вам и поможет справиться с недугом.

Методические материалы

Формирование общественной поддержки Центр охраны психического здоровья США

Изучите общественные ресурсы. Нет ли поблизости группы поддержки для людей с подобными проблемами? В большинстве местных газет, в радио- и телепередачах публикуются графики мероприятий общественных организаций. Может быть, местная больница, служба социальной помощи или отдел здравоохранения могут предложить что-нибудь полезное для вас в создавшемся положении? Возможно, в местной библиотеке есть книги о вашем заболевании: попросите работника библиотеки помочь вам в поиске информации.

Центр охраны психического здоровья США опубликовал «Пособие по борьбе с болезнью и выздоровлению», в которое включена листовка «Формирование общественной поддержки», некоторые выдержки из которой приведены ниже. Эта листовка посвящена вопросам укрепления общественной поддержки для людей, которые в ней нуждаются. Полностью пособие и листовку можно прочитать, посетив Интернет-сайт упомянутой организации.

Понятие «общественная поддержка» включает в себя отношения, основанные на благородстве, духовном взаимообогащении и взаимопомощи. Отношения можно назвать «поддерживающими» в том случае, если они ориентированы на позитивный настрой и сопряжены с минимумом конфликтов и вражды. Расхождения во взглядах естественны при любых отношениях: время от времени возможны разногласия и оказании поддержки другому человеку. Однако при поддерживающих отношениях разногласия успешно разрешаются мирным путем.

Общественная поддержка может исходить из отношений с самыми разными людьми, включая родственников, друзей, супругов, сверстников, любимых людей, коллег, членов религиозных и других духовных групп, одноклассников, практикующих психотерапевтов и психиатров и членов групп взаимопомощи. Система общественной поддержки во многом зависит от особенностей культурной среды.

У каждого человека собственное мнение о том, какие отношения можно считать поддерживающими. Кроме того, каждый человек по-своему оценивает свои потребности в таких отношениях, удовлетворенность их объемом и качеством. Следующие вопросы помогут оценить значимость общественной поддержки в вашей жизни.

1. Кто поддерживает вас в жизни?

2. Какие действия этих людей вы считаете поддерживающими?
3. Какими аспектами отношений вы удовлетворены?
4. Что бы вам хотелось изменить в этих отношениях?
5. Каким образом вы сами поддерживаете окружающих?
6. Удовлетворены ли вы той поддержкой, которую оказываете окружающим?
7. Хотелось бы вам более прочной общественной поддержки?

Укрепление общественной поддержки

Многие люди заинтересованы в укреплении общественной поддержки и улучшении своих отношений с окружающими. Для этого используются следующие основные методы.

1. Можно увеличить количество людей, с которыми вы общаетесь.
2. Можно улучшить качество отношений с теми людьми, с которыми вы уже поддерживаете постоянные отношения.

Многие успешно сочетают оба метода.

Подходящие места для знакомства

Знакомиться с людьми можно где угодно. Будьте всегда готовы — ведь встреча с интересным человеком может произойти в любом месте, в любое время. Людей можно встретить повсюду, но существуют некоторые места, в которых знакомства завязываются особенно легко. Это общественные места, где люди собираются для того, чтобы отдохнуть, развлечься, заняться чем-то интересным или обсудить деловые вопросы, а также различные мероприятия. Это могут быть:

- общественные организации (библиотеки, гражданские ассоциации);
- школа, класс;
- группы поддержки;
- место работы;
- места, в которых люди собираются для религиозных обрядов или духовных занятий (церкви, синагоги, храмы, мечети и пр.);
- неформальные клубы по интересам;
- спортивные залы и клубы (такие заведения организуют молодежные христианские организации, например Ассоциация молодых христиан, YMCA, и Ассоциация молодых христианок, YWCA);
- парки;
- музеи;
- концертные залы;
- специальные группы по интересам, объединяющие людей с общими политическими взглядами, хобби и спортивными пристрастиями; сторонников охраны природы и любителей определенных видов досуга;

- книжные магазины, кафе;
- программы и мероприятия, организуемые добровольцами.

Как завязать разговор

Чтобы познакомиться с человеком или ближе узнать его, полезно уметь завязать разговор. Чтобы начать и поддерживать приятную беседу, необходимо обладать некоторыми навыками. Например, это способность выбрать человека, которому разговор будет интересен; умение рассказывать увлекательные вещи и проявление симпатии к собеседнику.

Ниже приведено несколько полезных советов по ведению беседы.

- **Обращайтесь к человеку, который ничем не занят.**

Вступать в беседу с человеком следует только в том случае, если он явно ничем не занят. Если человек поглощен каким-либо занятием, вряд ли он станет отвлекаться на разговор с вами.

- **Выберите интересную тему.**

Тема беседы может быть связана с занятием, которое предшествовало разговору. Например, если вы находитесь в картинной галерее, можно завязать разговор о рассматриваемых полотнах. Можно выбрать и другие темы, например, поговорить о погоде, последних политических или спортивных событиях. Если вы не знакомы, сначала представьтесь. Однако прежде чем представиться, следует подумать о продолжении разговора.

- **Смотрите собеседнику в лицо.**

Зрительный контакт во время разговора очень важен: глядя на собеседника, вы показываете, что вам интересны его слова. Если вам неудобно смотреть прямо в глаза, направьте взгляд на переносицу или лоб.

- **Улыбайтесь и кивайте головой в знак того, что вы внимательно слушаете.**

Человек охотно продолжает беседу, если он видит, что вы внимательно слушаете и проявляете интерес к тому, что он говорит. Проявление интереса к словам собеседника показывает, что вы не намерены занимать в диалоге доминирующую позицию, а напротив — готовы оценить высказывания другого человека и ознакомиться с его точкой зрения.

- **Поддерживайте разговор, прислушиваясь к словам собеседника.**

Задавая вопросы, связанные с высказываниями собеседника, и отвечая на его комментарии, вы показываете заинтересованность в продолжении разговора. Если человек явно не хочет разговаривать, подумайте о смене темы или вежливо завершите разговор.

- **Старайтесь не сообщать глубоко личные подробности.**

Знакомясь с кем-либо, старайтесь не сообщать интимные подробности своей частной жизни. Преждевременное упоминание таких сведений в разговоре может поставить собеседника в неловкое положение и затруднить налаживание контактов

с ним. О личной жизни можно поговорить позже, когда вы узнаете друг друга лучше.

Пути сближения с людьми

Многие люди, испытывая потребность в сближении с окружающими, стремятся налаживать с ними теплые дружеские отношения. По-настоящему благородными можно назвать такие взаимоотношения, при которых каждый человек бескорыстно заботится о благе другого. Чтобы сблизиться с человеком, вам предстоит открыть ему свой внутренний мир и быть готовым к тому, что он откроется вам в ответ. Очень важна готовность прийти на помощь близкому человеку.

Краткое изложение основных аспектов формирования общественной поддержки

- Под общественной поддержкой подразумевается установление позитивных, бескорыстных дружеских отношений с окружающими.
- Взаимоотношения с окружающими составляют важную часть человеческой жизни.
- Поддерживающие отношения помогают ослабить стресс, снижают вероятность развития рецидивов.
- Общественную поддержку можно укрепить, расширяя круг знакомств и совершенствуя качество существующих связей.
- Существует немало мест, в которых можно познакомиться с интересными людьми.
- Чтобы завязать разговор: обратитесь к незанятому человеку, выберите интересную тему для беседы; проявляйте интерес к высказываниям собеседника.
- Проявляя интерес к человеку, вы сможете установить с ним более близкие отношения.
- Чтобы установить более близкие отношения, старайтесь быть оптимистом, задавайте деликатные вопросы, чтобы узнать что-то о человеке и постепенно рассказывайте ему о себе.
- Чтобы сблизиться с человеком, нужно понять его точку зрения, делать что-нибудь вместе, идти на компромиссы и быть готовым прийти на помощь в трудную минуту.
- Близкие отношения связаны с постепенным повышением доверия друг к другу и раскрытия со временем все более интимных подробностей о себе.
- Выбирайте такую систему поддержки с учетом своих личностных особенностей.

Источник:

Центр охраны психического здоровья.

<http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/illness/workbook/handout4.asp>

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ, КОТОРЫЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ

Часть 3. Самопомощь

В большинстве случаев основная часть повседневной деятельности, направленной на борьбу с хроническим заболеванием, ложится тяжким грузом на самого пациента и его семью. Рост числа людей, страдающих хроническими болезнями, и нехватка врачей, способных оказать им адекватную помощь, наталкивают на мысль о том, что изучение средств самопомощи во многих случаях способно сберечь пациентам жизнь.

Самопомощь: этот термин в последнее время все чаще употребляется для того, чтобы описать самостоятельные решения и действия больных и членов их семей, направленные на поддержание или улучшение общего состояния пациентов. Самопомощь может быть направлена на некоторые аспекты состояния больного, для изменения которых нужен более индивидуальный подход (боль, утомление, прием медикаментов), а также на реализацию рекомендаций по здоровому образу жизни (изменение рациона, физическая активность, ослабление стресса).

Однако система поддержки с элементами самопомощи не ограничивается традиционным обучением пациента. Она включает в себя методы развития устойчивых навыков самостоятельного решения задач, повышения самооценки и укрепляет способность больного ориентироваться в сложной ситуации. Все это помогает ослабить стресс и напряжение у всех людей, вовлеченных в процесс борьбы с недугом. Кроме того, новый подход подразумевает и изменения в системе первичной медицинской помощи. Врачи общей практики могут оказывать больному поддержку в оказании самопомощи путем налаживания более тесного взаимодействия для того, чтобы выяснить, какие проблемы существуют с точки зрения больного. Кроме этого, необходимо предоставлять больному информацию (в личных беседах или с помощью доступных общественных ресурсов). Обучение пациентов обычно проводится профессиональными сотрудниками службы здравоохранения; обучение основам и расширение знаний о способах самопомощи могут проводить как медицинские работники, так и сотрудники службы поддержки, руководители групп взаимопомощи и представители других систем общественной поддержки.

Углубляя знания о своей болезни, человек учится лучше контролировать ситуацию, обретает власть над недугом, совершенствует навыки поведения в сложных обстоятельствах, укрепляет душевное равновесие. Знание позволяет человеку управлять своей жизнью.

Вот четыре важнейших урока, которые необходимо усвоить человеку, страдающему хроническим заболеванием.

1. Недуг серьезен. До сих пор есть больные, которые склонны считать свое заболевание «не очень тяжелой формой диабета». Если они не осознают всю серьезность ситуации, то никогда не добьются улучшения здоровья.

2. В создавшейся ситуации без самопомощи не обойтись. Любое решение, которое пациент принимает в течение дня — выбирает ли он еду или способ передвижения (пешком, на автобусе и др.) — отражается на состоянии его здоровья. Человеку необходимо внушить, что именно *ему* принадлежит решающая роль в борьбе с заболеванием.

3. Возможен выбор. Очень редко существует единственный способ борьбы с болезнью. Например, для больных диабетом лечение может заключаться в соблюдении диеты и режима физических нагрузок, приеме пероральных препаратов, выполнении инъекций инсулина и т. п. Пациенты должны понимать, в чем заключаются различные варианты медицинской помощи; взвешивать достоинства и недостатки каждого способа следует индивидуально. Только сам пациент может решить, компенсируются ли затраты преимуществами.

4. Изменить образ жизни можно. Очень редко случается так, что пациент, покидая кабинет врача, немедленно начинает применять все рекомендованные показания. В реальности необходимые перемены происходят в несколько этапов. Больного следует убедить в том, что радикально изменить образ жизни можно, но не сразу. Для этого необходимо ставить четкие цели и добиваться их выполнения. Попутно человек многое узнает о самом себе.

Американская академия семейных врачей: <http://www.aafp.org/fpm/20000300/47help.html>

Методические материалы

ДЕСЯТЬ СЛАГАЕМЫХ ПОБЕДЫ НАД ХРОНИЧЕСКИМ НЕДУГОМ

Синтия Перкинс, магистр педагогики (Cynthia Perkins, M.Ed)

Сопrotивляться болезни означает брать на себя ответственность за свои действия, бороться и жить в полную силу, насколько это возможно в сложившейся ситуации. Такое поведение позволяет человеку повысить качество своей жизни, справиться с ощущениями беспомощности и безнадежности, развить уверенность в себе и поднять самооценку.

Борьба с болезнью состоит из многих этапов, и эти этапы для разных людей в разное время могут существенно различаться. Но существует несколько непреложных понятий, справедливых для любой тактики лечения, независимо от диагноза.

Эти понятия можно сформулировать следующим образом.

1. Правильное питание

«Скажи мне, что ты ешь — и я скажу, кто ты». Пищевые пристрастия оказывают глубокое влияние на психическое и телесное здоровье. Соблюдение здоровой диеты необходимо для оптимальной жизнедеятельности и лечения. В зависимости от диагноза, возможно, потребуется введение в рацион новых продуктов или исключение некоторых любимых продуктов и блюд.

По крайней мере, вам придется исключить сахар, кофеин, рафинированные продукты, вредные жиры и заменить все это полезными продуктами: овощами, цельным зерном, орехами и семенами, фруктами, свежим или замороженным мясом животных и птицы. Из рациона следует по возможности исключить продукты, содержащие химические вещества и токсины, которые в обычной пище встречаются нередко (пестициды, гербициды, добавки, красители и консерванты).

Невозможно излечить организм человека, потребляющего нездоровую пищу: такой организм никогда не будет работать в полную силу.

2. Физическая активность

Физическая нагрузка необходима для здоровья ума, души и тела. При выполнении физических упражнений в организме выделяются собственные эндорфины, которые поднимают настроение и служат превосходным болеутоляющим средством.

Кроме снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний, формирования здорового костно-мышечного аппарата и поддержания оптимальной массы тела, физическая активность способствует избавлению от депрессии, страха, стрессов и беспокойства, подъему самооценки и повышению уверенности в себе.

Регулярные упражнения способствуют повышению активности человека, делают его более энергичным, обеспечивают крепкий глубокий сон, улучшают работу внутренних

органов и укрепляют иммунную систему.

3. Духовный рост

Духовная пища для человека важна не меньше, чем полноценное питание. Научитесь расти и развиваться духовно. Стремитесь постичь значимость и ценность своей жизни как гражданина Вселенной. Пренебрежение духовным развитием приводит к депрессии и потере смысла жизни.

Йога, медитация, молитвы, общение с природой, музыка, живопись, сочинительство, прогулки или глубокомысленные беседы — все это можно рассматривать как источники духовной пищи.

4. Активность в борьбе за собственное здоровье

Вы должны стать основным защитником своего здоровья. Вместо пассивного выполнения предписаний врача вы должны стать его помощником и партнером.

Вы живете в своем теле круглые сутки, поэтому лучше всех знаете особенности влияния болезни и лечебных процедур на вашу жизнь.

Активно участвуйте в выборе методов лечения. Исследуйте все доступные средства и представьте врачу свои варианты.

5. Общение

Честное открытое общение с лечащим врачом, друзьями, членами семьи и другими людьми очень важно для вашего психического и телесного здоровья, а также для укрепления ваших взаимоотношений. Если ваш врач будет знать мельчайшие подробности о симптомах вашей болезни и последствиях лечебного воздействия, он сможет разработать для вас максимально эффективный курс лечения.

Наиболее полно потребности человека удовлетворяются в обстановке полного взаимопонимания, — а это достигается только в процессе общения. Общение предотвращает недоразумения и способствует доверительным отношениям.

6. Самообразование

Изучите все доступные материалы о своей болезни и доступных мерах противодействия. Проконсультируйтесь по поводу вашего заболевания с терапевтом, диетологом, представителями нетрадиционной медицины и другими людьми, страдающими таким же заболеванием.

Посетите библиотеку или книжный магазин и прочитайте все доступные материалы по интересующей вас теме; проведите поиск в Интернете. Создайте максимально полную картину своего заболевания с учетом всех его аспектов, чтобы в любой ситуации делать осознанный выбор.

Самопознание восстанавливает ощущение личного контроля над ситуацией.

7. Умеренность

Расставляйте приоритеты, соразмеряя время и силы. Разделите свои задачи и действия на простые и сложные и расположите их в порядке приоритетности.

Делайте в первую очередь самое важное или то, что не терпит отлагательства; остальное можно сделать позже, если представится возможность. Выделите в долгосрочных глобальных целях несколько краткосрочных и менее масштабных. Двигайтесь к своей цели мелкими шагами, а не пытайтесь ее достичь одним скачком.

Обязательно отдыхайте, если это вам необходимо; позвольте себе оставить некоторые дела незавершенными.

Приспосабливайтесь, учитывайте свои возможности. Позвольте себе восстановиться после выполнения изматывающей работы.

8. Чувство юмора и хорошее настроение

Чувство юмора и хорошее настроение положительно влияют на душевное состояние и иммунную систему, помогают взглянуть на вещи свежим взглядом и избавиться от негативных мыслей. Они улучшают настроение, облегчают жизнь и делают ее более привлекательной. Старайтесь ежедневно получать порцию юмора и хорошего настроения.

Всегда имейте под рукой занятные цитаты, зарисовки с натуры или анекдоты и почаще обращайтесь к ним. Если у вас есть доступ в Интернет, можно подписаться на рассылку цитат и анекдотов дня, которая будет приходить по электронной почте. Можно смотреть комедийные фильмы, читать комиксы, увлекательные журналы и книги.

9. Поддержание связей с близкими

В любви и поддержке нуждается каждый, а для хронических больных это особенно важно. Дружеская поддержка помогает примириться с недугом, приспособиться к нему и бороться с ним; ради близких отношений стоит жить. Нет ничего приятнее, чем любить и быть любимым.

Естественно, хроническая болезнь накладывает отпечаток напряженности на близкие отношения и может даже разрушить их, если вовремя не спохватиться. Необходимо осознанно прикладывать усилия к тому, чтобы поддерживать отношения. Подумайте о том, кого из близких людей вы цените наиболее высоко, и поберегите свое время для них. Не стесняйтесь открыто выражать свои чувства.

Поговорите прямо и честно о влиянии, которое болезнь может оказать на ваши отношения. Вполне естественно стремление людей щадить чувства друг друга, избегая таких разговоров; однако страх перед сложным объяснением, постепенно подтачивая отношения, может разрушить их совсем. Старайтесь окружить себя надежными отзывчивыми друзьями.

10. Ослабление стресса

Жизнь полна стрессов, и не в наших силах это изменить. Но необходимо ежедневно стараться ослабить влияние стрессовых факторов, ведь ваши физические и психические возможности и без того подточены болезнью.

Если возможно, передайте особо ответственные и сложные обязанности окружающим вас здоровым людям. При необходимости сократите продолжительность деловых и дружеских встреч. Уделяйте время успокаивающим, эмоционально расслабляющим занятиям (массаж, медитация, молитвы, физические упражнения).

Не позволяйте втянуть себя в бешеную и бесплодную погоню за успехом, пытайтесь оправдать ожидания окружающих. Подавляющая часть общества живет в неправильном, «нездоровом» ритме.

Живите легко, наслаждайтесь простыми жизненными радостями.

Магистр педагогики Синтия Перкинс (Cynthia Perkins, M.Ed.), консультант по комплексному подходу к охране здоровья. Она помогает людям, страдающим хроническими заболеваниями и болевым синдромом, жить более полноценной жизнью. Синтия — автор книги «Живите полноценной жизнью: новаторские методы борьбы с хроническими заболеваниями» (Living Life to the Fullest: Creative Coping Strategies for Managing Chronic Illness). Более подробно об авторе можно узнать, посетив ее Интернет-сайт: <http://www.holistichelp.net/>.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ, КОТОРЫЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ

Часть 4. Лица, ухаживающие за больными, и оказывающие им поддержку

Если у близкого и любимого человека выявили рак, сахарный диабет или другое угрожающее жизни заболевание, окружающих может охватить отчаяние и ощущение полной беспомощности, однако этим чувствам поддаваться нельзя.

Научные исследования показывают, что члены семьи и друзья могут сыграть весьма значительную роль и помочь человеку справиться с серьезной болезнью. Больной, страдающий тяжелым хроническим заболеванием, должен чувствовать всестороннюю и искреннюю заботу о себе. Крайне важно, как окружающие ведут себя по отношению к больному.

Ниже представлены некоторые рекомендации, которые больные и их родственники могут взять на вооружение, чтобы ощутить поддержку со стороны окружающих или эту поддержку оказать.

- Исключите секреты внутри семьи. Откровенность всегда была и остается наилучшей позицией. Часто мы стараемся защитить близких людей от неприятных известий, но сохранение в тайне от остальных членов семьи тяжелой болезни может сыграть злую шутку. С близкими родственниками нужно говорить прямо и открыто.
- Не забывайте о детях. Понимание ситуации ребенком всегда ограничено, но ему будет очень приятно, когда с ним делятся, рассказывают о важных вещах, происходящих вокруг него. Ребенок может принять причину развития болезни у отца или матери на свой счет. Ведите себя открыто и честно, дайте понять маленькому человеку, что он свободно может задавать интересующие его вопросы. Это несколько успокоит его. Помните, что больному человеку ребенок может дать много радости и тепла.
- Разбирайтесь в людях. Помните, что не все люди на земле должны знать о вашей болезни или страдании вашего близкого родственника. Тщательно выбирайте тех, с кем можно поделиться информацией. Одни отношения достойны развития, другие так и останутся краткими. Вам важно почувствовать, что, поделившись с человеком наболевшим, вы получите поддержку и это придаст вам дополнительные силы.
- Четко представляйте себе, какую помощь могут оказать члены семьи и друзья. Людям хочется ощущать собственную полезность. Не стесняйтесь обращаться за помощью, например, незазорно попросить приготовить еду

или попросить подвезти ребенка в школу и т.п.

В то же время, во многих ситуациях на ухаживающий персонал и близких, находящихся рядом в трудный период жизни, нельзя смотреть только как на источник эмоциональной поддержки или дополнение к доктору. Часто от них зависят и физический уход, и создание настроения, и решение денежных вопросов члена семьи, который по причине болезни не способен себя обслуживать. Понятно, что больному с выявленной тяжелой органной патологией обычно уделяется максимальное внимание, и очень часто родственники и/или нанятые для ухода работники сталкиваются с необходимостью самостоятельно решать новые проблемы или реагировать на изменение обстановки.

Тяжелая болезнь у одного из членов семьи способна повлиять на домашний уклад посредством множества факторов.

- Ежедневный ход вещей меняется, потому что ограниченные возможности заболевшего и проводимое лечение обычно требуют, чтобы члены семьи были свободны и чаще находились рядом.
- Работу по уходу приходится делить. Это дает всем домашним ощущение участия в судьбе дорогого человека и помогает избежать переутомления одного из них.
- Близкие могут испытывать большие эмоциональные нагрузки, чувство вины, озлобленности, уныния, страха, беспокойства, и подавленности. Все это — не что иное, как варианты нормальной реакции на стресс. В семье полезно делиться своими переживаниями.
- С учетом ограничений, накладываемых болезнью, человек обычно пытается найти пути, делающие его по возможности менее зависимым от посторонней помощи.
- Несмотря на болезнь родственника, чтобы поддерживать ощущение «нормального» течения жизни, другим членам семьи часто приходится прикладывать немалые усилия. Это положительно сказывается на больном, помогает ему больше интегрироваться в семейную жизнь. Можно рассчитывать также на сглаживание свойственного человеку с ограниченными возможностями ощущения вины за трудности, перед которыми болезнь поставила семью.

(Американская ассоциация брака и семейной терапии (American Association of Marriage & Family Therapy) - http://www.therapistlocator.net/families/Consumer_Updates/ChronicIllness.asp)

Ясно, что лица, ухаживающие за больными, нередко испытывают не меньшие эмоциональные нагрузки, чем те, у кого диагностировано тяжелое заболевание. В связи с этим очень важно подумать о первых, помочь создать более развитую систему поддержки, способную обеспечить условия, чтобы те, кто работает с хроническими больными, имели возможность заняться и собственным здоровьем, сохранить физические и эмоциональные силы сколь долго это необходимо. Нагрузки на ухаживающего могут стать избыточными, привести к переутомлению и срыву, практически вывести его из строя. Условия его деятельности чрезвычайно стрессовые. Таким людям важно оказать всю необходимую помощь, чтобы больной не лишился качественного ухода.

Президент правления Всемирной федерации, на себе испытавший роль человека, ухаживающего за больным родственником в семье, Тони Фаук (Tony Fowke) придерживается изложенной точки зрения и добавляет: «Все в мире знают, что стресс способен привести к душевному расстройству, а человек, ухаживающий за тяжелым больным, очень часто находится в стрессовом состоянии. Если это продолжается слишком долго, то в идеале вмешиваться в ситуацию надо еще до того, как произойдет психический срыв, чтобы человек не отказался от выполнения своих благородных обязанностей. Один из способов — предоставить ему передышку, «период отдыха». Легче, если есть кто-то с кем можно разделить выполнение обязанностей, близкий в той или иной мере родственник или знакомый больного. В отсутствие такой возможности альтернативой может послужить краткое пребывание больного в медицинском или аналогичного рода заведении. К сожалению, ухаживающий за тяжело больным чаще всего оказывается в ситуации, когда передышка в любой форме нереальна. В этом случае приходится искать способы справиться со стрессовыми нагрузками.

Методические рекомендации

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ, УХАЖИВАЮЩИЕ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЕЛОВЕКОМ. ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О МОРАЛЬНОМ И ФИЗИЧЕСКОМ ПЕРЕУТОМЛЕНИИ

Забота о нуждающемся в опеке члене семьи — бесконечно давнее проявление доброты, любви и знак теплого отношения. Поскольку продолжительность жизни растет, а медицина демонстрирует все более значительные успехи, гораздо больше людей становятся участниками процесса, который именуется «забота о ближнем». Кто-то заботится о другом человеке, за кем-то ухаживают, а кто-то и оказывает помощь, и получает ее.

К сожалению, забота о другом человеке иногда становится тяжелой ношей, если у вас нет достаточной поддержки. Когда ухаживаешь за больным, приходится переживать много стрессов: это изменение семейного уклада, отвлечение от обычных занятий по дому, дополнительная финансовая нагрузка и просто огромное количество работы. Отдача от ухода за тяжело больным — если об этом вообще уместно говорить, — неощутима и отдалена во времени, и часто нет никакой надежды на благоприятный исход.

К типичным настораживающим признакам крайнего переутомления человека, осуществляющего уход, относятся следующие:

- вы уже не настолько энергичный человек, как раньше;
- кажется, что от окружающих к вам прилипает любая простуда;
- вы постоянно чувствуете крайнюю усталость, даже после
- вы пренебрегаете своими потребностями, потому что крайне заняты или уже вовсе не думаете о них;
- ваша жизнь изменилась и теперь полностью подчинена заботе о больном, но удовлетворение от того, что вы делаете, незначительное;
- у вас не получается расслабиться, даже если есть кому заменить вас на время;
- вас все больше и больше раздражает человек, за которым вы ухаживаете;
- вам кажется, что перейдены все пределы; вас охватывает чувство беспомощности и безнадежности.

Если вы оказались в ситуации, когда приходится заниматься уходом за тяжело

больным человеком, кажется, что позаботиться о себе уже не представляется возможным, но вы должны поклясться себе, что найдете время. Без такого решения вам не хватит ни душевных, ни физических сил справиться со стрессом и напряжением, с которыми приходится сталкиваться ухаживающему. Каждый день обязательно находите возможность отдохнуть и заняться чем-то приятным. Тогда вы сможете лучше ухаживать за больным.

Советы о том, как позаботиться о себе.

- Включайте в дневной распорядок приятные для вас занятия, даже если есть ощущение, что в данный момент без него вы можете обойтись. Послушайте музыку, поработайте в огороде, займитесь любимым делом. Не важно, что именно вы будете делать — главное, чтобы вам это нравилось.
- Побалуйте себя. Примите теплую ванну. Зажгите свечи. Выкройте время для маникюра или массажа.
- Позаботьтесь о полноценности и сбалансированности своего рациона, чтобы обеспечить организм всем необходимым. Выделите время для физической нагрузки, пусть даже для небольшой прогулки пешком. Сделайте все возможное, чтобы ночной сон был не меньше 7 часов.
- Лучшее лекарство — смех. Купите книгу с легким сюжетом или возьмите на прокат диск с комедией. Постарайтесь увидеть что-то веселое в повседневной жизни.
- Ведите дневник. Записывайте свои мысли и чувства. Это помогает разглядеть перспективу происходящего и лишний раз излить душу.
- Постарайтесь наладить телефонный контакт с другими членами семьи, другом, волонтером из церкви или домом престарелых для того, чтобы кто-то звонил вам каждый день и спрашивался, все ли в порядке. Этот человек может держать в курсе событий других родственников, сообщать им о ваших нуждах.
- Постарайтесь выделить время для того, чтобы сходить куда-нибудь после обеда или вечером. Найдите друзей или родственников, способных помочь, позволить вам на некоторое время выйти из дома. Если отлучиться на время иногда не удастся, приглашайте друзей к себе. Выпейте с ними чаю или кофе. Вам важно общаться с другими людьми.

Методические рекомендации

ХРОНИЧЕСКИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ — ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКУЮ СФЕРУ. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, УХАЖИВАЮЩИХ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЕЛОВЕКОМ НА ДОМУ И ВСЕХ, КТО РАБОТАЕТ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ

Королевская коллегия психиатров (Великобритания) (Royal College of Psychiatrists)

Введение

Дети с тяжелыми хроническими недугами в два раза чаще страдают от эмоциональных сбоев и нарушений поведенческих реакций. Особенно характерно такое положение вещей при физических страданиях, затрагивающих головной мозг, например, при эпилепсии и церебральном параличе.

Почему психические расстройства столь часты?

С развитием тяжелого заболевания и инвалидностью ребенка у всех членов семьи, особенно у родителей, появляется масса проблем и забот. В такой ситуации множество факторов могут стать причиной стресса. Больной ребенок испытывает намного больше психологических ударов, чем любой здоровый. Большинство детей в определенный момент начинают осознавать собственное положение, и это делает их несчастными. Порой чувства все больше и больше усугубляются. Если это происходит, появляются дополнительные проблемы с физическим здоровьем и в результате жизнь еще больше осложняется, что отражается и на поведении ребенка.

Как все это сказывается на ребенке и семье?

После установления диагноза потенциально тяжелой хронической болезни как родителям, так и ребенку приходится мириться с этим.

Долговременные эффекты

Больной ребенок очень сильно ограничен в возможности приобретать повседневные навыки, развивать интересы и увлечения. Также почти всегда появляются проблемы с обучением.

- Ваш ребенок может очень сильно скучать по школе, и сам процесс усвоения знаний может быть затруднен.
- Обязательно поддерживайте связь с учителем. Не исключено, что ребенку потребуется дополнительная помощь в школе.

- Ребенок, конечно, заметит свое отличие от других, и, скорее всего, будет очень переживать по этому поводу.
- Некоторые дети впадают в состояние депрессии.
- Иногда ребенок оказывается в ситуации, когда его запугивают.

Родители склонны переусердствовать, оберегая больного ребенка. Вам труднее сказать «нет» в тех случаях, когда «нет» прозвучало бы в обычной жизни. Стоит указать, что это мешает адекватно контролировать маленького человека. Для вас труднее решиться на то, чтобы он сталкивался с детскими жизненными трудностями и падениями.

Иногда трудно и неудобно обращаться к разным врачам и другим специалистам, участвующим в лечении болезни. Для любого человека это очень непростая психологическая задача.

В некоторых семьях братья и сестры начинают чувствовать себя обделенными. Они могут стесняться из-за своего брата или сестры или чувствовать ответственность за них. Дети могут пропускать школу и отвлекаться от общественной жизни, подвергаться запугиванию и терять друзей.

Как помочь в этих случаях

Очень важно учитывать следующее: несмотря на то, что хроническая болезнь осложняет очень многое, большинство детей и семьи справляются с трудностями и только в редких случаях возникают серьезные проблемы.

- Добейтесь максимального приближения своей жизни к нормальной.
- Открыто обсуждайте с ребенком его проблемы.
- Как можно меньше ограничивайте ребенка.
- Помогайте ему в общении с детьми его возраста.
- Способствуйте тому, чтобы ребенок был как можно менее зависим от посторонней помощи.
- Познакомьтесь с другими семьями с похожими проблемами.
- Обращайтесь за помощью, если чувствуете неспособность справиться с ситуацией.

Можно сделать многое, чтобы не возникало новых сложностей. Родители, которые понимают эмоциональное влияние болезни на ребенка и на других членов семьи, легко

и на ранней стадии выявляют проблемы и вовремя предпринимают соответствующие меры.

Где я могу получить помощь?

Очень важно знать о возможности получить помощь и поддержку. Кроме поддержки родственников и друзей, попробуйте:

- зайти на сайт, посвященный семье (www.cafamily.org.uk);
- обратиться к семейному врачу;
- связаться с группами волонтеров;
- обратиться в социальные службы;
- контактировать со школой;
- познакомиться с человеком, занимающимся патронажем;
- обратиться к школьной медицинской сестре.

Если у вашего ребенка обнаружатся признаки эмоциональных или поведенческих нарушений, семейный врач организует консультацию с детским психиатром. Возможно, специалист объяснит, что некоторые виды работ по дому оказывают положительное влияние в таких случаях. Нельзя забывать о помощи, которую готовы оказать другие специалисты, работающие с больными детьми. Все это поможет справиться с проблемами, которые возникают в процессе лечения, и обеспечить эффективность совместных усилий.

О данном информационном листке

Это информационный листок из серии, выпущенной для родителей, учителей и подростков под общим заголовком «*Психическое здоровье и развитие ребенка*» (*Mental Health and Growing Up*). Цель выпуска таких листовок состоит в том, чтобы предоставить современную информацию практической направленности о трудностях, связанных с психическими аспектами (нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах, психические болезни) в процессе воспитания детей и подростков. В данном информационном листке основное внимание обращено на влияние длительно существующей соматической патологии на психическое здоровье молодых людей, а также изложены советы, касающиеся распознавания проблем такого рода и необходимых действий.

Литература:

- Carr, A. (ed.) (2000) *'What Works with Children and Adolescents?'* — *A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families*. London: Brunner-Routledge.
- Rutter, M. & Taylor, E. (eds) (2002) *'Child and Adolescent Psychiatry'* (4th edn). London: Blackwell.
- Scott, A., Shaw, M. & Joughin, C. (eds) (2001) *'Finding the Evidence'* — *A Gateway to the Literature in Child and Adolescent Mental Health* (2nd edn). London: Gaskell.

@ [2004] Royal College of Psychiatrists

<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/mentalhealthandgrowingup/27chronicphysicalillness.aspx>

РАЗДЕЛ 4

Комплексный подход к ведению больного. Охвату подлежат целые населенные пункты

Последние научные достижения в медико-биологической сфере позволяют понять, каковы прямые связи во взаимодействии тела и разума, влияние их на здоровье и болезнь. Теперь стало очевидным, что нельзя говорить только о том, что физиологические и патологические явления сопутствуют друг другу. В развитии болезни проявляется первичное взаимовлияние тела и психической деятельности. С точки зрения клиники, системы здравоохранения, самых больных такого рода зависимость порождает дополнительные вопросы. Теперь мы должны применить новое знание к жизни больных и к содержанию той медицинской помощи, которую они получают. Чем больше мы узнаем, тем больше приходится делать. В первую очередь нужно донести понимание имеющих решающее значение далеко идущих взаимодействий между болезненными изменениями в организме и психике до больных, ухаживающих за ними людей и общества в целом.

Один из конкретных подходов в рамках тезиса, выбранного за основу в этом году, — программа Всемирного дня психического здоровья. Обучающие и просто просветительские программы дают возможность обратиться к людям, страдающим психическими расстройствами, и к тем, кто их лечит и ухаживает за ними. Именно по этой причине нам необходимо интегрировать концептуальные точки зрения на болезнь и пограничные состояния. Упомянутые программы помогут собрать вместе всех заинтересованных лиц, специалистов разного профиля и представителей системы оказания медицинской помощи.

Роль больного как потребителя информации, его семьи и окружения

Доктор Роберт М. Левин, доктор медицины, магистр здравоохранения (Robert M. Levin, MD, MPH)

Резюме.

Известно, что один из важных аспектов в работе — санитарное просвещение по вопросам физических и психических нарушений. Для реализации данной задачи существует много возможностей в сфере разработки образовательных программ. Проведение Всемирного дня психического здоровья позволит охватить как население на местах, так и обучить медицинских работников.

Перед общей аудиторией должна быть раскрыта проблема взаимозависимости соматической и психической патологии. Важно, чтобы люди поняли, например то, как депрессия и тревожные расстройства влияют на типичные параметры качества жизни; приобрели более широкие представления о скрытых факторах риска, в том числе о взаимосвязи тревожных расстройств с артериальной гипертензией. Профилактические меры актуальны даже в отношении «совершенно здоровых» лиц, не страдающих никакими острыми или хроническими болезнями. Среди таких мер скрининг и просвещение, которые касаются слабо выраженных, но значительных влияний психических расстройств на физическое благополучие и продолжительность жизни человека.

Планы по реализации программ и мероприятий

При разработке конкретных программ для проведения Всемирного дня психического здоровья можно рассматривать ряд возможностей осветить взаимное влияние психической и соматической патологии, а также собрать вместе заинтересованных в данной проблеме слушателей. Учитывая то, что круг обсуждаемых вопросов чрезвычайно широк, расстановка акцентов в теме и состав аудитории будет зависеть от места проведения мероприятий и особенностей популяции.

Роль больного, семьи и окружающих людей

Один из путей в реализации идеи Всемирного дня психического здоровья состоит в том, чтобы рассказать больным с психическими отклонениями, членам их семей и другим заинтересованным лицам о сопряженном с психической патологией повышенном риске развития соматических болезней. Сюда относятся сценарии, предусматривающие обсуждение изменений жизненного уклада, обращение в местные медицинские учреждения, непосредственно к врачам, а также рассказ о непсихиатрических побочных эффектах лекарственных препаратов, применяемым в психиатрии.

Программы для больных, членов их семей и ассоциаций социальной помощи психическим больным могут предусматривать проведение открытых столов и диспутов силами как психиатров, так и специалистов в общеклинических сферах, в том числе с участием среднего медицинского персонала и диетологов. Список тем может включать следующие: правильное питание; влияние на организм лития, антидепрессантов, антипсихотических средств, нормотимиков; опасности, связанные с употреблением

алкоголя, курением и болезнями, передаваемыми половым путем; важность регулярных врачебных осмотров; порядок оказания медицинской помощи в данном населенном пункте. Сюда же можно отнести изложение основных представлений о соматических заболеваниях, наиболее часто сочетающихся с психическими расстройствами (сахарном диабете, артериальной гипертензии, легочной патологии) и способов их выявления.

Еще одно эффективное средство распространения нужной информации — Интернет. В тех местах, где доступна всемирная сеть, программы, подготовленные для сети, позволяют рассказать о медицинских проблемах тем, кто не может получить информацию обычным путем в аудитории или слишком смущен возможностью появления на публичной встрече, посвященной психическим болезням. Интернет в состоянии помочь и пожилым людям. Например, в Китае среди людей пожилого возраста становятся популярными предназначенные для них Интернет-сайты. Во многих странах число пожилых людей увеличивается, многие из них не в состоянии выйти из дома или не имеют возможности контактировать с местными организациями. В таких условиях Интернет может стать активным проводником информации именно для этой категории населения.

Роль врачей-психиатров, и других специалистов, участвующих в реализации просветительских программ

Организации, работающие в сфере охраны психического здоровья, могут организовывать для своих сотрудников курсы, посвященные проблеме соматической патологии у пациентов психиатрического профиля. Особенно будут полезны курсы для персонала без медицинского образования (социальные работники, координаторы), потому что часто практически только через них осуществляется контакт больного с клиническими службами, и на них лежит координация всех мероприятий, которые предпринимаются вне психиатрической сферы.

Эти курсы могут проводить врачи, медсестры, специалисты по питанию и фармацевты. Они могут рассказать об актуальных аспектах клиники, указать на особенно характерные признаки болезней и помочь сориентироваться в том, куда в случае необходимости направить больного в данном регионе.

В перечень тем могут входить следующие: соматические болезни, характерные для пациентов психиатрического профиля; соматические проявления и неврологические симптомы, обусловленные воздействием лекарств, которые назначают психиатры, —

потливость, сухость во рту, акатизия, тремор и т.п.; вопросы, касающиеся рациона питания, нарко- и токсикомании, незащищенного секса; риски, обусловленные приемом лекарств во время беременности и кормления грудью.

Доктор Роберт Левин (Dr. Robert Levin), Гарвардская медицинская школа, 2004 WMHDAY

Роль врачей первичного звена здравоохранения и специалистов

Профессор Майкл Кидд (Prof. Michael Kidd) и доктор Патрик Кокер (Dr. Patrick Coker)

Врачи, работающие в сфере как первичной, так и специализированной медицинской помощи, хорошо осведомлены о взаимосвязи между физическим состоянием своих больных и их психическим здоровьем.

На примере многих наших пациентов мы знаем о том, как соматические болезни сказываются на психической сфере. Чаще всего речь идет о депрессии у больных с хроническими болезнями, такими, как злокачественные новообразования, болезни сердца, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция и туберкулез. Хорошо известно также, каким образом психическая патология способна влиять на физическое состояние больных. Это особенно сильно отражается на пациентах с расстройствами интеллекта и другой хронической психической патологией.

В совместной публикации, подготовленной сотрудниками Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Всемирной организации семейных врачей (Wonca) еще раз подчеркивается важность интеграции служб психиатрической помощи в систему первичной медико-санитарной помощи. Кроме этого, авторы утверждают, что это наиболее реальный способ обеспечения всех нуждающихся психиатрической помощью. Внедрение служб, работающих в сфере охраны психического здоровья, действительно очень важно для практической деятельности врачей как в системе первичной, так и специализированной помощи.

Эти действия необходимы для расширения представлений населения о психических расстройствах и изменения отношения людей к психическому здоровью. Это должно привлечь внимание общественности к проблеме психического здоровья.

Чтобы проводимая работа выливалась в конкретные результаты, необходимо соблюдать принцип «приобретение знаний — тренировка». Акцент нужно сделать на

первостепенном значении того, что отражает соотношение параметров психического состояния больного со стадией его хронического соматического заболевания. Сюда же относятся обучение и отработка навыков нашими студентами и молодыми врачами. Кроме того, это должно стать частью непрерывного последиplomного профессионального образования всех медицинских работников.

Наряду с упомянутым в каждой стране возникает необходимость в освещении роли ведущих клиницистов и психиатров, которые ставят во главу угла комплексный подход, предусматривающий у любого конкретного больного лечение не только психического расстройства, но и соматических болезней.

Стремление воплотить намеченные планы в жизнь должно подстегнуть активность национальных и местных руководящих органов. Актуально также объединить их усилия и поддержать реформу системы, которая отвечает за материальное обеспечение. Цель в гарантии того, что забота о проблемах психического здоровья людей будет интегрирована в систему лечения обычных болезней у людей, которые обращаются в учреждения здравоохранения первичного звена и к специалистам.

Чтобы проводимые мероприятия были действенными, придется подумать об увеличении финансирования на проведение дальнейших научных исследований. Последние должны расширить доказательную базу, затрагивающую пути, посредством которых забота о психическом здоровье могла бы эффективно интегрироваться в повседневную работу по ведению больных с тяжелыми хроническими болезнями. Научные разработки призваны, кроме прочего, ответить на вопрос о влиянии психического здоровья на физическое состояние человека, качество его жизни.

Майкл Кидд (Michael Kidd) — внештатный администратор Wonca; Университет Флиндерс, Австралия. Электронный адрес: Michael.kidd@flinders.edu.au.

Патрик Кокер (Patrick Coker) — президент Западноафриканской коллегии врачей, Нигерия. Электронный адрес: patcoker@hotmail.com.

Литература:

WHO/Wonca. Integrating mental health into primary care: a global perspective. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). 2008.

Роль правительств и неправительственных организаций

Доктор Джон Баувис, кавалер ордена Орден Британской империи (Dr. John Bowis, OBE), доктор Дэвид МакДейд (Dr. David McDauid)

Резюме.

Государственные органы должны разработать такую политику, которая бы отвечала главным потребностям системы охраны здоровья граждан. При этом забота о психиатрических больных не должна рассматриваться вне взаимосвязи с лечением соматической патологии. Неправительственные организации различных направлений деятельности призваны, объединяя усилия, настаивать на координации этих двух направлений.

В поддержку действий, как государственных органов, так и неправительственных организаций, можно привести много аргументов, указывающих на низкий уровень психического здоровья наций. Примерно 450 миллионов человек в мире страдает неврологическими и психическими расстройствами; у 121 миллиона наблюдается депрессия — у 3 из каждых 100 человек в год. Ежегодно совершается 1 миллион самоубийств и 10 миллионов попыток самоубийств. В то время как трое из нас, когда мы посещаем врача первичного звена здравоохранения, возможно, имеет расстройство в психической сфере, правильный диагноз устанавливается только у 1 из 6. Не настало ли время, когда ответственные за серьезные решения чиновники придали бы вполне заслуженный приоритет тем проблемам, которые относятся к психиатрии и психическому здоровью в целом?

В наших силах, обратить внимание на возможность того, что на нас начнут показывать пальцем, опекать, презирать, бояться (в большей или меньшей мере), унижать — в обществе, в семье, на работе, в игре, и даже в медицинских и социальных учреждениях. Безусловно, сейчас как раз тот момент, когда мы должны гарантировать людям с психическими расстройствами уважение, сочувствие и заботу, которые, не колеблясь, всегда предоставляются больным с «обычными» болезнями. Как можно в этом сомневаться?

Пока эти аргументы не будут восприняты как в достаточной мере убедительные, нельзя рассчитывать на снижение риска развития органной патологии (которую можно предотвратить) у психических больных. В политике и на практике на опасность возникновения таких ситуаций слишком долго закрывали глаза, их игнорировали, даже когда влияние на продолжительность жизни при сопутствующих друг другу физических и психических болезнях казалось неоспоримым. Люди недобрали много лет жизни, которые они могли бы прожить. Большого можно было бы добиться также и в заботе о психическом здоровье больных с хронической патологией (страдающих раком, сахарным диабетом, поражениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем). Не настало ли время сделать хоть что-нибудь в противодействии развитию сочетанной патологии, соматической и психической?

Как государственные, так и неправительственные учреждения, должны не только способствовать людям в понимании того, что представляют собой психические нарушения, учитывать великое значение помощи и поддержки, которые делают человека в меньшей степени зависимым от других, но и проинформировать о риске развития органической патологии у больных с психическими отклонениями. Населению также следует понимать, что люди с хроническими соматическими болезнями в большей мере подвержены развитию нарушений в психической сфере.

Что касается заинтересованных служб. Врачи, осуществляющие первичный прием больных, находятся на самом переднем крае в решении проблем, связанных с комплексной патологией, когда страдает и физическое, и психическое здоровье человека. У них наиболее выгодное положение, однако, разработка оптимальных подходов к рассматриваемой ситуации требует максимально доверительных отношений с больными, более тесного сотрудничества с коллегами, социальными работниками, членами семей, соответствующими учреждениями, неправительственными организациями, промышленностью и наукой. Опять-таки, не настало ли время, когда уникальный опыт и навыки, которые получает врач, имея дело с больными, страдающими одновременно психической и органической патологией, обязательно будет учитываться при разработке плана лечения конкретного больного и в организации работы заинтересованных служб?

Не наглядный ли это экономический феномен для правительств, понуждающий их к действию? Состояние мировых экономик таково, что в современных условиях развиваются две противодействующие друг другу тенденции. С одной стороны, все больше граждан рискует попасть в категорию больных с психическими отклонениями, особенно с депрессивными состояниями. С другой, на бюджет систем здравоохранения оказывает давление груз личностных или государственных экономических проблем. Больше всего подвержен таким влияниям бюджет, отпускаемый на психиатрию. Теоретически в одном лишь Европейском Союзе в экономическом выражении посредством более рационально организованной постоянной и комплексной заботы о лицах, у которых возможно развитие органической и психической патологии одновременно, может быть сэкономлено более 50 млн. евро в год.

Правительства уже начали предпринимать определенные шаги, направленные на устранение негативных явлений, уменьшение числа самоубийств. Расширяются и поддерживаются реформы, направленные на улучшение психического здоровья граждан, повышение психологического благополучия. Выпуск в свет Европейским Союзом такого документа, как «European Pact for Mental Health and Wellbeing» («Европейский пакт о психическом здоровье и благополучии граждан»), относится к примерам подхода с расстановкой акцентов и определением приоритетных действий,

рассчитанных на людей всех возрастов. Важно, опираясь на эти инициативы, построить добротное здание и приступить к реальным действиям, которые помогут предотвратить или, по крайней мере, ослабить, негативные влияния, обусловленные развитием у людей сочетанной, соматической и психической, патологии.

Управленческие структуры на государственном и региональном уровнях могли бы учесть экономические и медицинские выгоды, которые дает профилактика указанного сочетания болезней. С их стороны целесообразно было бы выявить направления в работе, повышающей осведомленность в данной проблеме специалистов первичного звена здравоохранения; определить, что может потребоваться для обучения и создания учебников с соответствующей тематикой. Возможны также инициативы внутри системы, направленные на проведение более качественного глобального мониторинга потребностей больных. Целесообразно подумать, как лучше наладить связь между профессионалами, которые занимаются органичной и психической патологией, чтобы добиться согласованности в их действиях. Неправительственные организации, представляющие интересы людей с нарушениями психики и больных с хронической органичной патологией, должны подумать об обеспечении большей согласованности в работе, планировании своих действий. Речь также должна идти о помощи медикам всех специальностей в поиске взаимопонимания в подходах к рассматриваемой проблеме.

Нам ясно, с какими проблемами придется иметь дело. С точки зрения общечеловеческой, социальной и экономической потери от одного лишь низкого уровня психического здоровья существенны. Последствия много хуже, когда фоном выступает плохое физическое здоровье. Для тех, кто определяет политику, уже пора не только обещать реформу системы, поддерживающей психическое здоровье, но и искать способы, чтобы рационально направить инвестиции на профилактику психических расстройств у больных с хроническими болезнями, ослабление негативных влияний. Лица с развившейся психической патологией начинают относиться к наиболее уязвимым категориям населения. Их надежды обращены к правительству и неправительственным организациям. Люди ожидают от них действий, которые защитили бы наряду с психически больными больных «обычной» хронической соматической патологией. Больше нет никого, на кого они могли бы рассчитывать. Не настало ли время прекратить усугубление их ситуации?

Джон Баувис (John Bowis) — бывший член Британского парламента и Европарламента, министр Великобритании по вопросам здравоохранения и психического здоровья. Электронный адрес: johnbowis@aol.com.

Дэвид МакДейд (David McDavid) — сотрудник Лондонской школы экономических и политических наук (Великобритания). Электронный адрес: d.mcdaid@lse.ac.uk.

Заклучение

Оптимальное ведение больных заставляет объединить две разные концепции, касающиеся понятий «здоровье» и «болезнь», а также привлечь людей и специалистов различных направлений, оказывающих медицинскую помощь. Как в лечении, так и в профилактике болезней, нам необходимо преодолеть понятное желание соматические и психиатрические болезни обособить, рассматривать их вне взаимосвязи. ВОЗ предоставляет возможность подняться на более высокий уровень, бросить взгляд одновременно на всех действующих лиц: больного, клинициста, систему здравоохранения и население в целом. Мы можем рассказать людям и врачам о взаимном влиянии физических болезней и психических расстройств и попытаться скоординировать и интегрировать существующие системы оказания медицинской помощи.

РАЗДЕЛ 5

Вопросы взаимодействия со средствами массовой информации и распространения материалов

Чтобы привлечь больше публики на мероприятия в рамках Всемирного дня психического здоровья, Всемирная федерация психического здоровья прибегла к примерным пресс-релизам, выпускам для других средств массовой информации, официальному заявлению 2010 и распространению информации о «Марше за психическое здоровье».

Наилучший способ сделать аудиторию наиболее многочисленной и вооружиться мощными инструментами пропаганды — использовать соответствующие публикации в средствах массовой информации, создать основную группу участников и заручиться поддержкой других, демонстрируя солидарность.

Далее в этом разделе представлены:

- заявление в преддверии Всемирного дня психического здоровья;
- примерное обращение к средствам массовой информации;
- образец статьи «Письмо редактору».

Всемирный день психического здоровья — заявление

Принимая во внимание, что тяжелые хронические болезни — сердечно-сосудистые, злокачественные опухоли, болезни системы дыхания, сахарный диабет — обуславливают 60% смертности в мире, а среди самых бедных слоев населения — 80%...

Принимая во внимание, что хроническая органная патология неизбежно осложняет жизнь человек, а его психоэмоциональное благополучие и способность восстанавливаться относятся к наиболее значимым факторам, определяющим качество жизни в процессе борьбы с болезнью...

Принимая во внимание, что устранение депрессии, страхов и других психических отклонений, которые накладываются на течение хронической органной патологии, повышает качество жизни, улучшает исходы болезней, снижает смертность и медицинские материальные затраты...

Принимая во внимание, что мы видим будущее как интегрированную систему охраны здоровья, предусматривающую согласованную работу врачей и других специалистов, связанных с медициной, оказывающих очень высокого качества ориентированную на больного помощь...

... а также принимая во внимание, что Всемирная федерация психического здоровья провозгласила для проведения Всемирного дня психического здоровья тезис «Психическое здоровье и хронические соматические заболевания — потребность в последовательном и комплексном подходе к лечению», и она призывает повысить доступность качественного лечения в учреждениях первичного звена здравоохранения и условий для больных, страдающих наряду с психической и соматической патологией...

Я, _____, _____ (НАЗВАНИЕ АГЕНСТВА, ОРГАНИЗАЦИИ, МИНИСТЕРСТВА) _____ НАСТОЯЩИМ ОБЪЯВЛЯЮ 10 ОКТЯБРЯ «ВСЕМИРНЫМ ДНЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» _____ ГОРОД/СТРАНА _____ и призываю все правительственные и неправительственные организации, агентства работать в содружестве с выбранными и назначенными официальными лицами в том направлении, чтобы люди узнали и восприняли тот факт, что психические болезни существуют, и люди живут с ними; чтобы наступили организационные изменения, и в результате повысилось качество диагностики, лечения и получили поддержку службы для тех, кто в них нуждается и обращается через медиков первичного звена здравоохранения; чтобы уменьшилось влияние негативных факторов и дискриминация, очень уж часто встающих барьером перед людьми, которые стремятся воспользоваться этими службами и получить разностороннюю помощь.

И ДАЛЬШЕ БУДУ ПОБУЖДАТЬ ВСЕХ ГРАЖДАН присоединяться и поддерживать местные, государственные/муниципальные и общенациональные неправительственные организации, которые осуществляют свою деятельность, ставя во всех населенных пунктах страны во главу угла психическое здоровье людей.

Мы, объединившись вместе, добьемся благоприятного психологического климата там, где живем, и наше население будет психически здоровым.

Подпись _____

Название _____

Министерство/Организация/Агентство _____

Дата _____

**ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ 2010.
ОБРАЩЕНИЕ К СРЕДСТВАМ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ**

Для немедленного опубликования

Проведением 18-го Ежегодного Всемирного дня психического здоровья мы обращаем внимание на психическое здоровье и хроническую органическую патологию

В качестве главного тезиса Всемирного дня психического здоровья в этом году Всемирная федерация психического здоровья выбрала призыв реализовать комплексный подход в лечении людей, страдающих одновременно хронической соматической и психической патологией. Ежегодное событие, которое во всем мире проводится 10 октября, в этот раз ориентировано на тесную взаимосвязь депрессий с тяжелыми хроническими болезнями.

Хронические органические болезни длительностью более 4 мес. влияют на многое. Они обычно требуют тщательно подобранного пожизненного лечения, а иногда также курсов интенсивной терапии. Четыре вида патологии — сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, злокачественные опухоли и поражения бронхолегочной системы — составляют группу главных причин развития инвалидности, и согласно мировой статистике определяют 60% смертности.

Усложняют лечебные подходы и дополнительно снижают качество жизни другие нарушения в организме, которые часто сопутствуют хроническим соматическим болезням. К нарушениям такого рода относятся депрессии. Они чрезвычайно сильно влияют на человека. Один из часто наблюдаемых вариантов — большая депрессия — тяжелое состояние, которое имеет очень серьезные последствия. Исследования показывают, что с депрессией повышается вероятность развития соматических болезней и, наоборот, некоторые хронические болезни сопряжены с риском появления депрессии.

Органические и психические болезни не всегда идут рука об руку, но сочетание их достаточно частое, чтобы специалисты-медики обратили на это особое внимание. В большинстве случаев речь идет о сердечно-сосудистых болезнях, сахарном диабете, злокачественных опухолях и поражениях системы органов дыхания.

Психические расстройства поддаются лечению. Комплексный подход к терапии может помочь людям с сочетанной патологией эффективно бороться как с психическими нарушениями, так и с соматическими болезнями во взаимосвязи одного с другим. Всемирная организация здравоохранения рекомендует уже в рамках первичного звена здравоохранения подключать заботу о психическом состоянии человека. Это положительно скажется на соотношении стоимость/эффективность и удачно впишется в общий план ведения больного, уменьшит вредные влияния и устраняет дискриминацию больных. Всегда должна быть предусмотрена возможность в случае необходимости проконсультировать больного со специалистом.

Всемирная федерация психического здоровья была основана в Лондоне в 1948 г. В 1992 г. фонд учредил Всемирный день психического здоровья. Цель мероприятия — реализовать возможность ежегодно доводить до сведения заинтересованных лиц актуальную информацию и улучшать жизнь людей. Это единственная ежегодная глобальная кампания, в ходе которой освещаются специальные аспекты психического здоровья и психической патологии.

Всемирная федерация психического здоровья предлагает местным, национальным и региональным властям и организациям наполнить Всемирный день психического здоровья 10 октября событиями и программами, в которых внимание будет акцентировано на следующей проблеме: «Психические расстройства и хронические соматические болезни — необходимость в постоянном внимании и комплексном подходе к лечению». Материалы для поведения кампании, подготовленные Всемирной федерацией, можно загрузить с Интернет-страницы по адресу (www.wfmh.org).

ОБРАЗЕЦ ГАЗЕТНОЙ ПУБЛИЦИСТИЧЕСКОЙ СТАТЬИ ИЛИ «ПИСЬМА РЕДАКТОРУ»

Ведение больного с хроническим соматическим заболеванием должно включать аспекты, касающиеся его психического состояния

В медицинской службе сформировался глубокий провал — недостаточная забота о психологическом состоянии больного, который страдает хроническим органическим заболеванием. Такому больному необходима полноценная медицинская помощь, когда патология рассматривается в комплексе. Психические расстройства часто сочетаются с хроническими соматическими болезнями, и они должны учитываться как часть общего подхода к ведению больных. Сплошь и рядом психические нарушения развиваются на почве соматических болезней, и, наоборот, психически больные особенно подвержены риску возникновения органической патологии.

Каждый год Всемирная федерация психического здоровья подбирает актуальную тему для проведения публичной просветительской кампании, сориентированной на Всемирный день психического здоровья (10 октября). В этом году на повестке дня тезис «Психическое здоровье и хронические органические болезни человека — потребность в последовательном и комплексном подходе».

Доказано наличие взаимосвязи между депрессией и хроническими органическими заболеваниями, такими, как сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, злокачественные новообразования и патология бронхолегочной системы. Отнюдь не у всех больных, страдающих соматическими болезнями, страдает также и психическая сфера, но данное сочетание возможно, и этот факт в повседневной работе необходимо всегда иметь в виду.

В исследованиях показано, что люди с тяжелыми соматическими болезнями подвержены повышенному риску развития депрессии. С другой стороны, у больных с симптомами депрессии больше вероятность развития сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета и легочных болезней. К тому же, прогноз может резко ухудшиться именно из-за нелеченной депрессии, когда больной не сможет выполнять данные ему назначения. Так, например, при сахарном диабете депрессия без лечения резко повышает вероятность развития тяжелых осложнений.

Человек с длительно текущей соматической болезнью вынужден следовать непростой схеме лечения, которая еще больше усложняется с развитием депрессии. Тяжелая

форма последней в еще большей степени снижает качество жизни. Большим недостатком оказывается неспособность врача реализовать комплексный подход в ведении больного, учесть имеющуюся у него не только соматическую, но и психическую патологию, которая, между тем, хорошо поддается лечению.

Всемирная организация здравоохранения и Международная ассоциация семейных врачей указывают, что благодаря соответствующей подготовке и правильному планированию работы врачи первичного звена здравоохранения смогут решать вопросы, касающиеся соматических и психических болезней, когда они протекают одновременно. Это уже налажено в системах организации медицинской помощи в ряде стран. При необходимости любого больного всегда можно проконсультировать с узким специалистом, то есть психиатром. Всемирная федерация психического здоровья намерена использовать свою просветительскую кампанию этого года с той целью, чтобы лишний раз обратить внимание медиков, а также больных вместе с членами их семей на необходимость комплексного подхода при наличии соматической и психической патологии одновременно. При составлении планов функционирования соответствующих служб государственные структуры и местные органы здравоохранения должны обратить самое пристальное внимание на важность такого подхода.



WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH
12940 HARBOR DRIVE
SUITE 101
WOODBIDGE, VA 22192

PHONE: 703.494.6515, FAX: 703.494.6518
WEBSITE: WWW.WFMH.ORG

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ — ОФИЦИАЛЬНО ЗАРЕГИСТРИРОВАННАЯ МАРКА
ВСЕМИРНОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ