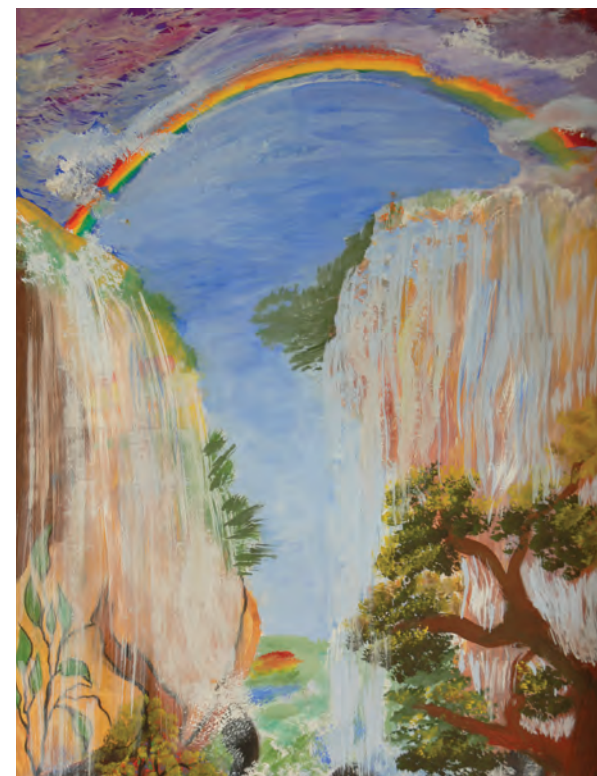


Ресурсы взаимопомощи

Местные отделения Общероссийской Общественной Организации самопомощи «**Новые возможности**» (www.nvm.org.ru) ждут Вас.

Анадырь: Евгений Леонидович Ленский 8(42722)22602; **Асбест:** Андрей Михайлович Азов asbpnd@mail.ru; **Барнаул:** Светлана Александровна Тузовская omk_akkpb@mail.ru; **Белгород:** Мария Борисовна Тужилова 8(4721)621003; **Брянск:** Владимир Александрович Симаков vlasimakov@yandex.ru; **Владикавказ:** Казбек Петрович Гагиев 8(8672) 742335; **Владимир:** Елена Борисовна Гончарова einblicke@inbox.ru; **Вологда:** Сергей Вальков sergeval@bk.ru; **Воронеж:** Татьяна Юрьевна Богданова amd@box.vsi.ru; **Горно-Алтайск:** Алевтина Семеновна Муратова 8(3882)226600; **Екатеринбург:** Виктория Алтеровна Яблоновская ekd@inbox.ru; **Иваново:** Лариса Сергеевна Додонова 8-9203431817; **Ижевск:** Марина Петровна Рябова 8(3412)594415 rkpbl@udm.net; **Иркутск:** Ирина Петровна Петрук 8-9148716725; **Казань:** Эльвира Искандеровна Мухамедшина 8(8432)381388; **Калининград:** Татьяна Юрьевна Якушева yea@kate-dv.ru; **Калуга:** Валентина Павловна Виноградова 8(4842)536892; **Кемерово:** Покормяко Валентин Иванович sva@kokpb.org; **Киров:** Юлия Станиславовна Садкова ulas.06@mail.ru; **Кострома:** Лидия Павловна Грустливая 8(4942)312895; **Краснодар:** Виктор Павлович Дробачев dvp.nalog.jurist@mail.ru; **Красноярск:** Оксана Валерьевна Батина metelica.07@mail.ru; **Курган:** Лидия Николаевна Самсонова 8-9125784736; **Курск:** Инна Игоревна Бирюкова kkpnd@yandex.ru; **Ленинградская обл.:** Павел Юрьевич Сапожников 8(81371)9240; **Гатчина:** Кира Манфредовна Гебель kgebel@mail.ru; **Лесосибирск:** Татьяна Валентиновна Леутина tatyana-v@yandex.ru; **Липецк:** Надежда Васильевна Астахова 8(4742)743035; **Москва:** Нелли Борисовна Левина levinan36@gmail.com; **Новгород:** Виктор Сергеевич Бараблин 8(8162)259116; **Нижний Новгород:** Наталья Васильевна Носова snosov@mera.ru; **Нижний Тагил:** Наталья Алексеевна Багаутдинова 8-9122259895; **Омск-70:** Наталья Николаевна Князькина nknayz@mail.ru; **Орел:** Владимир Алексеевич Евграфов 8(4862)411376; **Оренбург:** Ольга Михайловна Василенко orenops@inbox.ru; **Пермь:** Эльдар Варисович Шарофиев 8(3422)333101; **Пенза:** Любовь Александровна Шумилина 8(8412)547713; **Первоуральск:** Галина Валентиновна Махнутина gmakhnutina@yandex.ru; **Псков:** Валентина Ивановна Богданова 8(8112)460821; **Рязань:** Михаил Александрович Ландышев convallaria@bk.ru; **Ростов-на-Дону:** Любовь Анатольевна Агафонова zvetka@inbox.ru; **Самара:** Дина Тимофеевна Самыкина dr-anna1@yandex.ru; **Саратов:** Олег Георгиевич Смирнов 8(8452)282235; **Смоленск:** Ольга Николаевна Прохоренкова 8(4812)227658; **Ставрополь:** Лариса Петровна Васильева larisavasilieva@mail.ru; **Тамбов:** Марина Николаевна Полухина aeroport2008@mail.ru; **Тверь:** Наталья Вениаминовна Климок Viktor.klimok@tversu.ru; **Томск:** Елена Анатольевна Назарова male2015@mail.ru; **Тула:** Людмила Павловна Горбатенко gorbatenko.Tula.NV@yandex.ru; **Ульяновск:** Светлана Викторовна Коптева tvoya_lubov@girlmail.ru; **Черкесск:** Раиса Филипповна Смянн 8(8782)236542; **Ярославль:** Владимир Вячеславович Гаврилов inyeart@rambler.ru

Евгений Борисович Любов



Понимание шизофрении

Брошюра для пациентов и их близких

«Отважься спросить...»



Представительство «Санофи авентис» (Франция)
125009, г. Москва, ул. Тверская, 22
тел.: (495) 721 14 00; факс: (495) 721 14 11
www.sanofi-aventis.ru

RU.AMS.11.04.02

Москва, 2011

Аннотация

Брошюра отвечает на ряд вопросов. Что такое шизофрения? Каковы ее причины? Как лечат шизофрению? Как больные могут помочь себе и какова роль их близких в лечении? Как приблизить выздоровление? Обсуждены социальное функционирование и качество жизни, совладание с симптомами шизофрении, права больных и их семей. Приведены научно доказанные данные, подкрепленные опытом больных и их близких, которые развеивают предубеждение и страх, стыд и безнадежность, нередко сопровождающие семьи больных шизофренией и препятствующие выздоровлению – реальной цели современного многостороннего психиатрического лечения.

Брошюра обращена к пациентам с различным стажем болезни и к их близким, настроенным сообща преодолеть недуг.

Предупреждение: брошюра не заменяет врача, но служит основой для совместного обсуждения плана наилучшего лечения вместе со специалистами.

Автор: профессор Московского НИИ психиатрии и врач-консультант ОООИ «Новые возможности» *Е.Б. Любов* использовал результаты многолетних исследований отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии (руководитель – профессор *И.Я. Гурович*) и опыт выздоровления активистов общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств «Новые возможности» (председатель *Н.Б. Левина*).

На обложке: картон Надежды Хасановой «Вдохновение» (Санкт-Петербург).

Книга выпущена кружком Московского городского отделения Общероссийской общественной организации инвалидов «Новые возможности», неизменно возглавляемого профессионалом-типографом Еленой Ивановной Волковой и дипломированным психологом Алексеем Куликовым, чей опыт преодоления недуга так важен нам и похорошему «заразителен». Дмитрий Зубрев незаменим при верстке многоцветной цифровой печати.

Десять лет мы печатаем поэтические сборники, газету, с удовольствием выпускаем и читаем брошюры для самообразования пациентов и их близких. Некоторые из нас пришли в «настоящие» типографии, учатся «как все», но в свободный час обязательно приходят пообщаться, помочь новичкам. Наше типографское дело и умение развиваются.

Вместе с нашей организацией - мы растем.

Ваши «Новые возможности»

ства психиатрической помощи и усовершенствованию психиатрического законодательства.

Представители заинтересованных групп могут внести вклад в успех лечения и восстановления больных шизофренией, помощи их близким:

- Медицинские и социальные работники, работники местных центров занятости населения и социальных центров обслуживания населения.
- Государственные и местные органы власти.
- Специалисты по разработке политики в области психического здоровья и организаторы психиатрической помощи.
- Организации самопомощи пациентов и их близких.
- Благотворительные и религиозные организации.
- Фармацевтические компании могут улучшить свой «этический имидж», поддерживая распространение правдивой информации о шизофрении.

Научные исследования должны быть направлены на понимание природы шизофрении, изучение оптимальных способов скорейшей диагностики, эффективных профилактики и лечения шизофрении

Отпечатано в редакционно-издательской группе
ОООИ «Новые возможности»
Адрес редакции: 107076, Москва, ул. Потешная, д.3.
E-mail: levinan36@gmail.com
Интернет : www.nvm.org.ru
Тираж 1000 экз.

Содержание

Введение	4
Мир больного шизофренией.....	5
Течение шизофрении	13
Выздоровление при шизофрении: «торжество надежды над опытом»?.....	18
Почему я? (Что вызывает шизофрению).....	38
Время надежды	42
Как совладать с шизофренией	49
МИФЫ и ФАКТЫ о шизофрении.....	74
Главное о главном.....	79
Список знакомых и незнакомых слов.....	81
Приложения.....	92

*«Я полагаю, что живу на этом свете только один раз.
И поэтому, если я могу проявить свою доброжелательность
или сделать хорошее дело кому-либо из людей,
пусть я сделаю это сейчас, не отсрочивая и не пренебрегая.
Ибо больше такой возможности для меня не будет».*
Уильям Пенн

Введение

Научно доказанный факт: правильно информированные, обученные и ответственные пациенты, их близкие в союзе со специалистами охраны психического здоровья приближают день выздоровления даже при таких длительных расстройствах, как шизофрения. Возможно, Вы пока не справляетесь с психическими проблемами, своими или своего близкого, не знаете, как найти общий язык, как лучше помочь друг другу. Природа шизофрении, переживания больных и их близких, как правило, недостаточно понимаются ими самими и «здоровым большинством», а потому недуг вызывает страх и непонимание, хотя он, как и прочие болезни, успешно лечится.

Нужно учиться и нужно знать – большие знания не всегда большие печали.

- Узнайте больше о возможностях лечения и социально-личностного восстановления больных шизофренией.
- Держитесь за лечение, не отказывайтесь от помощи, ищите ее.
- Радуйтесь и малым подаркам жизни.
- Поставьте себе цель.
- Ищите и идите к новым возможностям жизни.
- У Вас, как и у всех, есть право на обычное счастье.

Распространенность шизофрении. Шизофрения – группа разнообразных психических расстройств, а именно, психозов. Любой человек в любой стране может ею заболеть в течение жизни с риском 1-2%, обычно в возрасте около 25 лет (мужчины заболевают раньше). Семь из каждой тысячи взрослых россиян больны шизофренией, то есть почти миллион человек. Так как не менее 80% больных живут в семьях, крыло недуга касается не менее трех миллионов наших сограждан.

Мир больного шизофренией

Психоз и здоровье. Психическое здоровье, по определению Всемирной Организации Здравоохранения, означает следующее:

- ощущение психологического благополучия;
- чувство собственного достоинства, убежденность в ценности своей личности и ценности других людей;
- способность поддерживать гармоничные взаимоотношения с внутренним миром мыслей и чувств, справляться с жизненными проблемами и осознанно идти на риск;
- умение устанавливать, развивать и поддерживать взаимно удовлетворяющие межличностные отношения;
- способность психики к исцелению после стресса.

Итак, здоровье – *состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни*, как счастье – не просто отсутствие несчастья.

Порой здоровые чувствуют, думают и поступают, как больные психозами: говорят сбивчиво, тревожны на людях, забывают, что хотели сказать, ведут себя странно. Тогда как больной шизофренией при послаблении симптомов (врач скажет: *в ремиссии*) не отличим от здорового, да и в психозе не всегда выделяется в толпе («всклопоченные волосы, горящий взгляд, громкие бессвязные выкрики» – скорее, пародия на больного неталантливого актера), помнит о еде трижды в день. Отрыв от реальности при описании психоза не означает, что больной все время пребывает в другом мире.

Проявления (врач скажет: *симптомы*) **шизофрении.** Психоз (шизофрения – типичный психоз) – проявление временного нарушения работы головного мозга в виде временных нарушений мышления, речи и поведения; размываются границы реальности и болезненного вымысла (главное проявление психоза), ослаблен самоконтроль над чувствами, затруднены взвешенные решения и общение с окружающими.

Психоз отражается на определенных взглядах больного на жизнь, на его мыслях и чувствах. Некоторые аспекты его личной жизни нарушены, отдельные переживания не имеют реального основания. Однако

выздоровевшие подчеркивают, что в психозе они оставались собой, чутко реагировали на доброе отношение к себе, верили, что волна болезни обойдется и они станут прежними. Больные шизофренией справляются с самыми причудливыми переживаниями и отчасти отстраняются от них при длительном психозе. Так, некий театральный декоратор был награжден медалью за доблестный труд, но вечерами ездил на велосипеде с Микеланджело и беседовал с Леонардо.

Поведение при регулярном приеме правильных лекарств может быть вполне правильным, ведь лечение возводит защитный вал между психозом и «Я» человека.

Может быть расстроена лишь одна область реальности (только он видит «страшные картинки», слышит «голоса», которые не слышат окружающие). Снижена (обычно) энергия, они раздражительны, ведут себя необычно, как правило, уходят в себя. Не все больные шизофренией переживают подобное, но у большинства расстройства мышления, ощущений, меняется отношение к близким и социальной жизни. Ни один симптом в отдельности не указывает именно на шизофрению, но их сочетание не менее месяца при исключении других причин, в т. ч. иных психических расстройств, подскажет врачу правильный диагноз.

Симптомы шизофрении различны у разных больных и в разные периоды ее развития или затухания, но есть наиболее распространенные. У больных шизофренией обычно не один симптом.

Гамму симптомов шизофрении можно условно разделить на следующие группы.

- Нарушение связи с реальностью (психотические симптомы).
- Бедность чувств и социальная изоляция (врач скажет: *негативные симптомы*).
- Проблемы с мышлением и памятью (врач скажет: *когнитивные расстройства*).
- Изменения настроения и поведения вне связи с внешними обстоятельствами.

Изменение внешнего вида и поведения. Обычно больные вынужденно одиноки и незаметны. Больным шизофренией трудно выполнять

такие повседневные обязанности, как умывание, одевание, готовка простой пищи. В остром состоянии такой больной не может планировать день. Странные одежды указывают на внутренний мир больных, например, защиту от «лучей» (Даниил Хармс ходил годами в своеобразной чалме). К нарушениям поведения относят самоповреждения, насилие, разрушение имущества, сексуальную расторможенность. Нарушения поведения смягчаются при облегчении позитивной и негативной симптоматики. Больной смутно осознает неприемлемость своего поведения, но не понимает его последствий для других.

Психическое расстройство и насилие – близнецы в общественном сознании, во многом это происходит благодаря недобросовестным СМИ (к этой теме мы еще вернемся). Стереотип изначально агрессивного и непредсказуемого психически больного приводит к страху и избеганию со стороны «здорового большинства». Под такой образ «врага общества» легче получить деньги налогоплательщиков на укрепление высоких стен больницы, а не на программы безопасного и эффективного лечения и восстановления больных шизофренией. Обычно больные более опасны для себя, чем для окружающих, но в зоне риска, прежде всего, их близкие. *Большая часть преступников – не больна шизофренией, а большинство больных шизофренией – не преступники*, а тихие законопослушные граждане в отличие от «бытового» пьяницы. Но риск *насилия* со стороны больных шизофренией, злоупотребляющих наркотиками или спиртным (они делают агрессивными не только больных шизофренией), отказывающихся от лечения, многократно выше. Насилие в будущем вытекает из агрессии (даже в виде брани) в прошлом. **Изменения личности.** Человек становится замкнутым, странным. Появляются не свойственные ранее увлечения. Иногда это сомнительные философские или религиозные учения, уход в традиционную религию на грани фанатизма. Возникают идеи духовного самосовершенствования, оздоровления особым доморощенным образом: закаливание, питание в ущерб таким очевидным обычным делам, как умывание, уборка, помощь близким. Или, напротив, могут выступить на передний план пассивность и безразличие. Порой мягкие, как лен, мечтательные илюшеньки обломовы после приступа шизофрении становятся суховатыми и деятельными штольцами. Лишь домашние, знавшие больного с детства, отметят «сдвиг характера».

Психотические (или позитивные) симптомы – болезненное дополнение к нормальному опыту человека в виде галлюцинаций, бреда, нарушающих связь больного с реальностью. Такие симптомы обычны в активной фазе шизофрении, в норме их не должно быть. *Искажение реальности* связано с бредом и галлюцинациями. Если здоровый человек воспринимает мир, исходя из своей перспективы, у больных шизофренией особое восприятие происходящего вокруг. Мир странный, изменчив, таит угрозу, и человек теряет привычные ориентиры. Он объят тревогой, страхом, растерян, ведет себя странно, отстранен, погружен в мысли, заряжен лишь болезненной идеей, сидит «как камень» часами или, напротив, суетлив, подвижен. *Изменение чувства «Я»* – в нечетком осознании себя, как целостной, отдельной от окружающего мира личности. И в таком состоянии, особенно в начале его развития, еще можно понять переживания, как болезненные. Мир в психозе полон страха и нереальных переживаний. *Галлюцинации* – восприятие без реального источника в любой сфере чувств: выражение чрезмерно обостренных и искаженных чувств из-за неспособности мозга объяснить и реагировать правильно на поступающие сигналы. Человек слышит, видит, ощущает запах или вкус, чувствует то, чего нет в действительности. Так, необычные ощущения в теле не находят объяснений при тщательном медицинском обследовании. Наиболее часты при шизофрении слуховые галлюцинации («голоса»), когда человек слышит иногда внутри головы обсуждение его поступков, угрозы, приказы сделать что-то дурное, хотя возможны и «дружеские» советы (Сократ свои многолетние «голоса»-советчики называл «психо»). Порой ощущения полагаются «сделанными» сторонней силой, вызывают страх. *Иллюзии* – неправильное восприятие реального раздражителя (за спиной больного действительно беседуют прохожие, но вовсе не о нем; зыбкие тени на стене отнюдь не силуэты крадущихся убийц). *Бред* (нарушения мышления по содержанию) – непоколебимо ложные, порой странные или фантастические убеждения, не соответствующие среде и образованию больного и противоречащие очевидности (фактам). Он один в комнате, но в словах и мимике диктора ТВ видит некий тайный подтекст, обращенный именно к нему и не понимаемый окружающими. Мысли контролируются со стороны, рядовые события приобретают особый смысл, особую важность, люди «намекают», хотят навредить, следят (наиболее распространены идеи отношения). Красный свет светофора означает запрет, исходящий от инопланетян. Мысли открыты злоумышленникам, передаются

по радио, поступки – под контролем сторонних людей. Человека преследуют, так как он «особенный»; возможны идеи величия.

Нарушения мышления по форме проявляются неясной нелогичной речью, порой грамматически неправильной («окрошка слов»), с использованием непонятных слов (лишь особые, выдуманные слова могут объяснить необычные ощущения при психозе). Мысли сбивчивы, «скачут», обгоняют друг друга и пропадают внезапно, что проявляется сбивчивой и прерывистой речью. Часто в конкретной ситуации больной не может отделить важное от второстепенного. Аффект часто не соответствует словам. Все это препятствует продуктивному общению и приводит к вынужденной изоляции наедине со своими мало управляемыми мыслями.

Прием лекарств позволяет успешно и длительно подавлять или «отодвигать» симптомы психоза.

Негативные симптомы – сниженная реакция на внешние и внутренние раздражители, они возникают еще до разгара шизофрении и выступают на передний план по минованию выраженных психотических симптомов (врач скажет: *остаточная шизофрения*); указывают на потерю того, что у здорового присутствует; они длительны и труднее поддаются лекарствам. О больных шизофренией часто говорят как об объятых «голосами» и погруженных в бред, но более стойкими и выбивающими из жизненной колеи являются негативные симптомы: больные заторможены, их эмоции теряют яркость, потеряны навыки поведения, необходимые в жизни. Эти симптомы приводят к социальной изоляции, неспособности работать и вести самостоятельную жизнь. Эмоциональное обеднение выражается мимической бедностью и скупостью движений, монотонным голосом, скупостью слов, вялостью побуждений. Больные бездеятельны, санитарно запущены, нуждаются в активации. Низка бытовая и тем более социальная активность, снижены жизненная энергия и желания, люди на вид безучастны к окружающему, к обычным удовольствиям жизни. Это не «леность характера». Больным шизофренией спокойнее и надежнее одним, они нередко погружены в свои мысли. За внешней безучастностью остается живой страдающий человек, нуждающийся в заботе и внимании. Психотические симптомы сосуществуют с негативными или усугубляют последние (больной пассивен, следуя «запрещающим

голосам»). Негативные симптомы сходны с депрессивными, побочными действиями чрезмерных доз успокаивающих лекарств. Депрессивные больные говорят о настроении как «никаком» или «скучном». В депрессии больные шизофренией делятся психотравмирующими переживаниями в отличие от равнодушно-безучастных больных с истинно уплощенным аффектом. Раннее пробуждение, отставленный сон, некая активизация к вечеру или утрами – признаки депрессии. Опасны мысли о самоубийстве (*суициде*, скажет врач). При депрессии необходимы антидепрессанты и психотерапия.

«В 8 часов утра заставляю себя встать. В тяжелом утреннем тумане сажусь в кресло и гляжу в никуда. Одна за другой сигареты. По ним отмечаю течение времени. В час дня опять в постели и сплю до трех. Возвращаюсь в кресло, курю и гляжу в никуда. В 8 вечера наступает долгожданный час, когда можно уснуть тяжелым лекарственным сном без сновидений. На завтра всё повторится, в оцепенении вереницей проходят месяцы, течение времени обозначено следующей сигаретой. Я не собираюсь покончить с собой, но жить не для чего. Надежды разрушены, будущее свелось к прогнозу обреченности. Прошлое ускользает от нее, как чужой сон. Настоящее пусто, в нем только едкий дым сигарет. Она чувствует себя живым мертвецом». *Воспоминания Патриции Диган, клинического психолога, директора программ независимой жизни инвалидов, США.*

Безделье при длительной госпитализации приводит к сходному поведению. Возможна вынужденная позиция избегания, как психологическая защита против отвержения миром здоровых.

Больные шизофренией нуждаются в поддержке и понимании, социальной активизации вне связи со стажем и степенью выраженности расстройства.

Нарушения познания (когнитивные симптомы). При шизофрении трудно выразить мысль словами, собраться с мыслями, запомнить прочитанное, принимать разумные решения, планировать повседневные дела, удерживать внимание и интерес на одном деле, осваивать новые и вернуть привычные навыки. Больные шизофренией затрудняются определить степень важности и решать повседневные ситуации. Частая проблема больного – не критичность к своему со-

стоянию и невозможность прогноза событий, например, отказа от лечения, а также рассеянность, забывчивость, неспособность воспользоваться старым багажом знаний, памятью, осваивать и применять новые навыки. Психотические симптомы, не всегда очевидная депрессия, побочные действия лекарств также нарушают внимание больных, удлиняют путь к бытовому и социально-трудовому восстановлению. Симптомы потенциально обратимы с помощью не только лекарственного лечения, но и психосоциального.

Расстройства настроения. Временами больные с трудом выражают эмоции: неадекватно гневливы, раздражительны, подавлены, безучастны или чрезмерно активны и веселы, настроение может быть неустойчивым. Эмоции могут не совпадать с мыслями и словами: говорит о преследовании демонами, заливаясь смехом, который нельзя смешивать с «нервическим смехом» здорового. Депрессия проявляется безнадежностью и беспомощностью, бессилием исправить свою жизнь, содержанием хулящих «голосов» и бредом греховности, но чаще она «не школьная» и похожа, сливается с негативными (см. выше) симптомами. Не менее 50% больных шизофренией на различных этапах болезни страдают от депрессии и ждут лечения. Риск самоубийства, тень депрессии, высок у больных шизофренией (10%). **Амбивалентность** – сосуществование противоположных мыслей, чувств, желаний, двойственность оценки происходящего. Это затрудняет принятие решения (лечиться и не лечиться). При принятии решения трудно его исполнить. **Кататонические симптомы** проявляются полной обездвиженностью больного (иногда при этом больной погружен в фантастические переживания, например, «полет на Марс» или «визит в преисподнюю»), требующей искусственного питания, или, напротив, сильнейшим двигательным возбуждением и непредсказуемой агрессией или самоповреждениями. Смягченные симптомы – в скованности, неловкости движений (не путать с побочными действиями некоторых лекарств), нежелании смотреть в глаза и боязни рукопожатия. **Физические симптомы.** Шизофрения – системная болезнь. Ее симптомы (нездоровый образ жизни: переедание или недоедание, малая подвижность) увеличивают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета.

Современное лечение может справиться с большинством симптомов, но многим больным шизофренией предстоит жить с какими-

то из симптомов годами. При малой эффективности лекарств, при ведущих негативных и/или когнитивных симптомах важно привлечь психосоциальные вмешательства и активизировать помощь любящей и обученной семьи. Возможно, потребуется лечение депрессии и коррекция побочных действий лекарств.

Течение шизофрении

Обычно симптомы шизофрении появляются исподволь, больной и его близкие не сразу понимают, что в их дом пришла беда. Молниеносное развитие шизофрении (на третью бессонную ночь) – исключение. Хроническая шизофрения течет циклически: периоды усиления симптомов (рецидивы, обострения) с сопутствующими нарушениями повседневного и социального поведения и отягощением бремени болезни перемежаются восстановлением психического состояния при послаблении симптомов (ремиссии) разной выраженности. У больных чаще (до 60%) приступообразное (эпизодическое) или волнообразное непрерывное течение. Зачастую последнее связано с нерегулярным и неправильно подобранным лечением, препятствующим «обрыву» психоза. Не менее четверти больных переносит один приступ с полным выздоровлением на всю оставшуюся жизнь, другие переживают ряд эпизодов, иногда даже их «сгущение» в определенный период времени или сосуществуют с симптомами, ведя при этом обычную жизнь на фоне продолжения лечения. При хроническом течении шизофрении не происходит полного освобождения от симптомов и необходимо многолетнее лечение, обычно лекарственное, для контроля симптомов. Полное выздоровление возможно у большинства пациентов, но его прогноз затруднен. У двух из трех выздоровевших течение шизофрении было неблагоприятное, устанавливалась инвалидность. В ряде случаев они в итоге стали «лучше», увереннее в себе, активнее социально, чем до болезни. Активный период шизофрении – 15 лет, но это «средняя температура по больнице». На смену череды приступов на передний план выступают личностно-социальные последствия шизофрении, стертые симптомы, напоминающие дебют психоза, но указывающие теперь на его естественное завершение. С годами ее активность затухает (у больных реже возникают ухудшения состояния, ремиссии все менее связаны с приемом лекарств) и недуг претерпевает обратное развитие, иногда по мере взросления. У малой части больных ухудшение после длительного периода благополучия приходится на поздний возраст.

Правильно подобранные и регулярные лекарства вкупе с психосоциальной работой успешно контролируют и подавляют симптомы шизофрении, снижают риск рецидивов (обострений) психоза. Даже при эффективном лечении уменьшение возможностей больных шизоф-

рений, стигма, остаточные симптомы и побочные действия лекарств препятствуют социальному выздоровлению.

Типы течения шизофрении – обычно приступообразный и непрерывный. При первом типе «светлые» промежутки (ремиссии) разной длительности чередуются с эпизодами психоза. Во втором – больной шизофренией живет с мыслью, что соседи за его стеной «облучают» его, во всех своих проблемах видит происки злых сил, подо что подводится криво-логическое обоснование; слышит постоянно «голоса» внутри головы или извне (врач скажет: *галлюциноз*). Со временем и на фоне лечения больной привыкает к болезненным переживаниям, отстраняется от них, они не влияют на его поведение вне обострения, когда отвоевывают оставленные рубежи. Виды шизофрении различают по ведущим проявлениям, например, бреда и/или галлюцинаций (параноидная, или бредовая, шизофрения) или стойких изменений личности по миновании психоза (остаточная шизофрения).

Фазы шизофрении

Три последовательные фазы шизофрении — продромальная (начальная), активная и остаточная. *Продромальная фаза* (недели-месяцы-годы). При постепенном развитии симптомов человек теряет прежние интересы, уединяется, отстраняется от близких. Он рассеян, потерян и апатичен, погружен в религию или философию, в ущерб всему прочему. Близкие могут проглядеть симптомы, полагая больного ленивым или трудным подростком. Симптомы следует обсудить с врачом. *Активная (острая) фаза*. Симптомы могут проявиться внезапно. Больные шизофренией испытывают бредовые идеи, галлюцинации, нарушены поведение и чувства. *Остаточная фаза* напоминает доболезненную. Больной потерян, рассеян и замкнут; он социально отгорожен, пассивен, часто (50%) депрессивен, его чувства маловыразительны, подавлены болезнью и побочными действиями некоторых лекарств (не проглядеть бы за «фасадом» безучастности отчаяние и безнадежность – повышающие риск суицида). Бред и галлюцинации уже не определяют поведение человека. Их усиление проявляется злобной напряженностью, большей замкнутостью, малой откровенностью. Если до первого эпизода выраженных симптомов не было отмечено, их может не быть и здесь. Остаточные симптомы усиливаются при снижении функционирования после каждого эпизода психоза

(поэтому важно снизить риск рецидивов приемом лекарств и психосоциальными мероприятиями), но чаще их выраженность выходит на плато. *Траектория течения и исходы шизофрении различны.* У одних больных эпизод сменяется полной ремиссией; у других симптомы усиливаются и ослабевают по синусоиде; у третьих болезнь как бы «застывает», а сам пациент «полуболен-полудоров».

Трудно предсказать, насколько полно выздоровеет пациент. Формы шизофрении многообразны, и часто человек в ремиссии более продуктивен в труде, чем среднестатистический здоровый. Казалось бы, безучастный ко всем и всему больной трепетно ухаживает за аквариумом, уверенный, что лишь бессловесным рыбам можно верить, чувствует отверженность со стороны людей и их нежелание его принять и понять. Страдания больных не допускают лечебной пассивности. Они же служат почвой для развития хронической шизофрении, так как препятствуют развитию у человека новых возможностей. Скептическое отношение к выздоровлению при шизофрении питает безнадежность и отчаяние больных и их близких, а терапевтический нигилизм – их врачей.

«Возобновленная рана много хуже противу новой».
Козьма Прутков

Рецидивы и обострения шизофрении. Повторные госпитализации, лечение в дневном стационаре, активизация амбулаторного лечения нужны при усилении постоянных (в обострении) или при возврате симптомов (в рецидиве) психоза. Риск рецидива меньше у женщин, при более позднем начале шизофрении, при неотягощенной психическими расстройствами семейной истории, при хорошей успеваемости и работоспособности до шизофрении, при своевременном и непрерывном лечении, а также: при бурном развитии психоза, понимании симптомов как части болезни, быстром эффекте лечения, хорошей ремиссии между приступами. Хуже прогноз при запоздалом начале лечения; малой поддержке семьи и друзей; стрессах жизни (разрыв с любимым, смена работы – порой уже вследствие болезни); высоком уровне критиканства и грубости в семье. Симптомы активизируют стрессы учебы и работы (но вынужденное безделье – не лекарство от шизофрении), семейные неурядицы; одиночество (отсутствие эмоциональной поддержки близких), употребление ПАВ,

прекращение приема лекарств, невзирая на рекомендации врача. Основная опасность острого состояния – рецидив психоза.

Как быть при возврате (рецидиве) шизофрении

Обычно рецидиву (как и дебюту шизофрении) предшествуют нарастающие симптомы. Их важно знать и не пропустить. Семьи видят мало путей унять страх, приходят в отчаяние при возврате болезни своего близкого. Но близким следует помнить, что и сам больной шизофренией обхвачен страхом в связи с угрожающими «голосами», парами «яда» в комнате и т. д. Ему требуется немедленная помощь, возможно, госпитализация.

ДА. Оставайтесь по возможности спокойными. Волнение, страх «заразительны» для больного. Уменьшите сторонние шумы: выключите телевизор, радио. Пусть посторонние покинут комнату. Говорите спокойно, ясно, коротко и медленно, обычным голосом: «Сядь, пожалуйста, и поговорим», отметьте: «Ты испуган/зол/растерян. Почему?». Избегайте порицания и указаний свысока: «Ведешь себя как ребенок» или «Поступай как сказано». Повторяйте вопросы одними и теми же словами. Обеспечьте больному безопасное пространство в комнате.

НЕТ. «Не нависайте» над больным и не стойте слишком близко. Не повышайте голоса. Если больной не слышит Вас, возможно, из-за «помех» психоза, привлечите его внимание. Не критикуйте его. Не смотрите ему долго прямо в глаза. Не закрывайте за собой дверь. Не обсуждайте с другими его поведение в его присутствии. При агрессии нет времени для спокойных бесед или совета врача. Звоните немедленно по известным Вам телефонам дежурному психиатру, в милицию (никогда не «грози́те» больному шизофренией вызовом психиатра или милиции для остратки). Ваш близкий может причинить вред себе и Вам под влиянием приказывающих «голосов», иных внутренних переживаний. Обезопасьте себя и его. Выйдите из комнаты, запирайтесь в своей. При опасности для больного (помогает опыт) – обеспечьте наблюдение за ним, пока Вы звоните. Объясните коротко и ясно, в чем именно опасность (пытается повеситься, грозит ножом), что он лечится у психиатра и нуждается в немедленной помощи. К сожалению, милиционеры мало обучены общению с психически больными, не допускайте насилия с их стороны по отношению к больному. Луч-

ший вариант – милиционер в квартире до приезда неотложной психиатрической помощи. Желательна добровольная госпитализация. Постарайтесь объяснить близкому суть госпитализации, ее временный характер. Многие больные воспринимают помещение в больницу как «защиту». Иные спустя годы вспоминают, как их волочили санитары на глазах любопытствующих соседей. Предложите больному поехать вместе или выбрать ему сопровождающего, вызывающего доверие. В больнице выясните имя врача в приемном покое, какое лечение назначено (не довольствуйтесь ответом: «какое нужно»). В выборе лекарства помогут положительный и отрицательный опыт прежнего лечения. Не забудьте случаи агрессии и попытки самоубийства близкого в прошлом: каждая попытка причинить вред себе или окружающим многократно облегчает выполнение последующих. Отказ сотрудничать с врачом и от лечения влечет недобровольную госпитализацию опасного для себя и окружающих больного шизофренией и временно ограничивает его права в участии выбора лечения. Если Вы – официальный опекун больного, согласие на госпитализацию требуется от Вас, но больной может посылно участвовать в выборе лечения.

Важно загодя подготовить *план действий в кризисной ситуации* (пусть он Вам и не пригодится): имейте под рукой необходимые SOS-телефоны: милиции, лечащего врача, дежурного психиатра, доброго соседа, надежного близкого, всех, кого можно побеспокоить в любое время. Пусть лечащий врач объяснит Вам процедуру недобровольной госпитализации. Решите, кто посидит с Вашими маленькими детьми, пожилым отцом, пока Вы будете заняты больным. Выясните в отделении милиции, как они могут помочь. Подготовьте список вещей, которые понадобятся в больнице на первое время.

Выздоровление при шизофрении: «торжество надежды над опытом»?¹

*«Невозможно – это всего лишь громкое слово,
за которым прячутся маленькие люди.
Невозможное – это не факт. Это только мнение.
Невозможное – это не приговор. Это вызов.
Невозможное – это шанс проявить себя.
Невозможное – это не навсегда. Невозможное возможно».*
Милорад Павич

«Этим летом познакомилась с молодым человеком, он предложил переехать к нему, а вскоре пожениться, что мы и сделали той же осенью. Я снова, может быть, впервые обрела семью. Мама и Папа, так зову свекровь и свекра, выделили комнату и прописали меня. Устроилась швеей в ателье, чему безумно рада, неплохо зарабатываю. Несмотря ни на что, жизнь сложилась хорошо: дом, семья, работа, что еще нужно женщине». *Светлана Юрьевна Клипова, 33 года, Нижний Тагил.*

Выздоровление кажется простым и самоочевидным, желаемым течением событий («Приди, я жду тебя, здоровья дар благой...»). А. Пушкин). Выздоровление при шизофрении представляется разным больному, его близким и профессионалам. Позиции имеют много схожего, и их сближение важно для улучшения состояния больного как объединяющая и ведущая к сотрудничеству цель. *Медицинское определение* традиционно: это исход шизофрении, указывающий на отсутствие или легкую выраженность ее симптомов и «нормальное» социально-трудовое восстановление человека в течение как минимум двух лет. Выздоровевший полностью или частично занят обычными делами: учится, работает (возможно, как доброволец) соответственно возрасту и условиям жизни. Независимая жизнь, осмысленная и наполненная, учитывающая ограничения расстройства, означает самообслуживание и самоконтроль лечения, теплые семейные отношения, разумные расходы, общепринятые (вне клубов для пациентов) досуги; гибкость принятия решения в условиях стресса или при изменении повседневного уклада; удовлетворенность жизнью; самооценка и устойчивое самоопределение; выполнение роли защитника своих прав, доброго

¹ Узнав, что приятель женился сразу после смерти злой жены, писатель С. Джонсон произнес эти слова, ставшие крылатыми далеко за кругом брачного интереса.

соседа, избирателя, наконец. Если выздоровление – «возврат к норме» или «исцеление», то не у всех больных есть такой шанс. Определение выздоровления допускает «некоторое» снижение уровня социально-трудового функционирования больного уже в первом эпизоде психоза. Неквалифицированная работа для бывшего студента свидетельствует о снижении его уровня приспособления, часто на фоне примиренности с судьбой, но для никогда не работавшего из-за ранней болезни – первый успех.

Выздоровливает человек (Петр Петрович, наш Коля или соседская Светочка), с симптомами шизофрении, а не среднестатистический «шизофреник». У каждого больного свой набор симптомов, меняющийся на различных этапах развития и затухания шизофрении, и свой арсенал внутренних и внешних ресурсов для выздоровления. В центре шизофрении – человек на пересечении болезни, особенностей личности (интересы, увлечения, желания) и внешних обстоятельств (лечение, семья, друзья, социальная поддержка). Современное лечение обращено к сильным сторонам человека и его окружения, а слабые пытается усилить. Выздоровевшие рассказывают, что им помогли упорство в достижении цели (преодолеть болезнь) и неиссякаемая надежда на лучшее, даже в разгаре психоза.

*«В каждой профессии есть область не достигнутого,
в которой человек может совершенствоваться».*
Ирвин Ялом

Психиатр нового типа (приглядитесь, их больше, чем Вы думаете):

- понимает выздоровление как многотрудный процесс, а не как результат «бури и натиска»;
- признает и поддерживает ресурсы личности пациента;
- допускает разные взгляды на психическое расстройство, методы его лечения, помощи и пути выздоровления;
- способен к самоанализу, уважительно общается и хорошо относится к пациенту и его близким;
- понимает и активно защищает их права;
- знает, как уменьшить влияние дискриминации и социального неприятия больного и его семьи;
- учитывает особенности культуры больных («болезнь: страдание или вина?»);

- всесторонне знаком с ресурсами помощи по месту жительства больного (не только аптека, но и социальные службы, центр занятости населения, местное отделение общества самопомощи) и активно помогает больным получить к ним доступ;
- привлекает семью к помощи.

Навыки, знания, авторитет, самоотверженность профессионалов развивают идеи выздоровления. Профессионал (психиатр, социальный работник), работающий на выздоровление пациента, надеется на хороший результат общих усилий; уважительно слушает Вас и проникается Вашими нуждами; учитывает Ваше мнение при выборе, оценке результатов лечения («ничего без нас»), учете побочных действий лекарств; поддерживает Вас при разрешении не только психиатрических проблем. Роль психиатра меняется от всезнающего «отца» или «доброего начальника» (уже неплохо) к наставнику и другу пациента, у которого ему и самому не грех поучиться как у «эксперта на основании опыта болезни». Психиатр становится проводником, инструктором и экспертом оценки помощи наряду с пациентом.

Кандидат в президенты Королевского общества психиатров (Великобритания), выдвигая себя на этот пост, в краткой автобиографии отметил перенесенный психоз. Доверив ему высокую должность, члены общества признали особенную ценность личного опыта наряду с профессиональными навыками и подготовкой.

Психиатрические службы нового типа обращены к личности больного. Индивидуализированная помощь и обращение к ресурсам вне психиатрической системы позволяют избежать эффекта «гетто»; вовлекают пациента в планирование, использование и оценку, в самоопределение. Программы реабилитации, поддерживаемого жилья, психосоциальных клубов (но чувствовать себя комфортно среди «таких же, как я» – только первый шаг к обычной жизни) и ведения случая – подчеркивают ценность выбора и партнерства.

*«Первейшая обязанность врача внушать больному
оптимизм и веру в выздоровление».
Франсуа Рабле*

Выздоровевшие вспоминают первый визит к психиатру, искреннее участие, предложение помощи, лечения и заботы (и наоборот, встреча с равнодушным психиатром, унижающие достоинство человека условия лечения, *неприемлемые* именно для данного человека побочные действия лекарства приводят к недоверию относительно *любой* профессиональной помощи на долгие годы). **Можно выздороветь даже при сохранившейся болезни:** выздоровление происходит на фоне сохраняющихся симптомов. Спустя 15-25 лет половина больных шизофренией значительно улучшается или выздоравливает. Среди выздоровевших по строгим медицинским меркам (не менее 5 лет полного социального восстановления и/или роста при отсутствии выраженных симптомов, требующих лекарственного или нелекарственного лечения) более половины были в свое время инвалидами, врачи говорили об их плохом прогнозе. Они возвращаются к труду или учебе, хорошо относятся к семье (их новые спутники жизни не замечают у них «странностей», многие не знают об их болезни в прошлом) и друзьям. Случаи «позднего выздоровления» (описанные и до эры нейролептиков), изменение течения давней шизофрении к лучшему также питают оптимизм.

Внезапно улучшившийся давний больничный больной, молчавший годами, с интересом спрашивал у санитарки, как ее внучке живется замужем. Лет за пять до этого та обсуждала семейные дела в присутствии этого больного, отрешенного, неподвижного, как валун.

Возвращение психического здоровья при искоренении шизофрении – стратегическая цель психиатрии как отрасли медицины, но *полное* выздоровление более типично для острых физических болезней (насморк), а возврат к доболезненному состоянию маловероятен для большинства больных сахарным диабетом или рассеянным склерозом. Читая эти строки, Вы стали уже не теми, кем были в начале абзаца: человек и все живое меняется непрерывно. Так, шизофрения уже на доболезненной фазе меняет поведение человека, его самооценку, отдаляет от близких, прерывает карьеру, стигматизирует, искажает мировоззрение развивающейся личности. Опыт психоза не будет ни-

когда забыт – он внедрен в новую жизнь, но уже не определяет ее.

Выздоровление человека при любой затянувшейся болезни – путь положительного приспособления к остаточным симптомам при сохранении уязвимости (как при сращении остающейся хрупкой кости), позволяющего жить насыщенной социальной жизнью, возможно, при сторонней (семейной) поддержке. Отрицание шанса на выздоровление питает терапевтический нигилизм профессионалов и «затягивает» болезнь при капитуляции перед ней больных шизофренией. Понятия «адаптация» и «компенсация» полезны для оценки степени *совладания* человека с нарушениями психики. *Адаптация* – приспособление личности к изменяющимся условиям и требованиям жизни. Человек «смирняется» с новым болезненным положением, «мирно сосуществует» с симптомами. Он работает, общается с близкими «как все», испытывая воздействие «голосов», к которым критичен (торопится к врачу при их обострении), «голоса» не сказываются на его поведении (это его «частное дело»). *Компенсация* – состояние полного или частичного возмещения нарушения психических функций, когда утраченные (подавленные, возможно, временно) психические функции замещены приемлемыми для личности, то есть речь идет об *активном преодолении* «дефекта» (так скажет врач, хотя не думает о нем как о чем-то незыблемом и стремится его уменьшить). Здесь основные черты характера человека задействованы в полной мере. Противоположностью *дефекта* (продолжительного нарушения любой психической функции, например, внимания) выступают *выздоровление* как восстановление утраченных за время психоза психических возможностей или, напротив, *затягивание* (врач скажет: *хронификация*) шизофрении, когда преобладает, например, постоянный бред. При всех сценариях развития шизофрении важны позиция пациента и его окружения, выбор *многостороннего* лечения. Важно, чтобы человек не «смирился» раньше времени, не свыкся с ролью пожизненного инвалида (многим эта роль уютна и удобна). «*Дефект*» (*отрешенность от жизни, раскаянность, замкнутость*) во многом определен защитной оболочкой человека от неприятия его миром здоровых, его «*выученной беспомощностью*». Врач, социальные работники, специалисты по трудовой экспертизе, добровольцы общества самопомощи вместе с пациентом и его близкими выявляют резервы компенсации больного, мотивируют его движение вперед (когда так манит безделье в теплой постели) «не перегибая палку». Не зря занимающиеся восстановлением специ-

алисты (реабилитологи) сравнивают больного с «плясуном на канате в свинцовых башмаках». Потребуешь от него чересчур много – возможно обострение психоза, протест и отказ от продолжения усилий. Оставляешь его в покое – потакаешь болезни. Для ряда пациентов участие в клубах, экскурсии и общение с «такими же», как они – уже серьезный шаг вперед из домашнего лазарета или очереди больниц, и большего они не ждут от судьбы. Но смирение с собой и обстоятельствами для иных – ложный путь, их ждут новые подвиги, во имя себя (нельзя, не любя себя, любить окружающих) и своих близких. Человек устроен так, что сознательно или подсознательно ищет возможность исправить, преодолеть свое несовершенство. *Отрицательный путь компенсации* приводит к тому, что человек уходит в болезнь, добровольно, как в монастырь. При *положительной компенсации* больные стремятся отобразить свой внутренний мир, перемены настроения и свое видение мира. Через позитивную компенсацию (активную работу над собой) можно выйти на более высокий уровень адаптации. Учась и оступаясь, лечась и улущая лечение, меняя требования к себе и окружающим.

Обращенное к больному и его близким определение выздоровления означает глубинный уникальный процесс изменения ценностей, чувств, навыков и/или ролей личности, полную и продуктивную социальную жизнь, работу и обучение при ограниченных болезнью возможностях и сохранении остаточных симптомов. *Выздоровление означает развитие нового смысла и цели жизни человека.* Это способ плодотворной жизни при определенных ограничениях болезни (поэтому инвалид – не человек, беспомощный во всем). Отсутствие симптомов и возвращение к доболезненному состоянию (нужно ли вернуться к нему заболевшему подростком?) не обязательно. Люди реализуют свои возможности, активно меняют судьбу, стремясь к лучшей жизни, преодолевая трудности, набивая на многотрудном пути шишки, приобретая опыт. Хотя рецидивы и повторные госпитализации – важные уроки («без лекарств мне не обойтись»), они снижают качество жизни человека, результаты последующего лечения. Лучше учиться на чужом опыте и ошибках (более 90% бросивших лекарства больных в активном периоде возвращаются в больницы в ближайшие два года). Суть выздоровления смещена в духовную сферу: не быть «нормальным» («как все»), но стать глубже, раскрыть свой потенциал через осмысление недуга и школу страдания (в нем, как и во всем

сущем, есть смысл), преображение. Человек развивает измененное (вряд ли обогащенное) недугом «Я», лучше понимает себя в мире людей, открывает в себе сильные стороны и возможности дальнейшего роста, учится управлять сначала болезнью, а затем и своей судьбой. Выздоровление возможно при гибкости ежедневного совладания с недугом и радостью от малых достижений обычной жизни («Муравьиная философия», – говорит одна из активистов группы самопомощи «Новых возможностей») в противовес отчаянию.

Если «благополучие» и «болезнь» строго не связаны, понятны слова больного «я в порядке, но бред при мне» (герой фильма «Игры разума», пройдя через муки болезни и побочных действий неправильно подобранных лекарств, в ладу с лечением успешно читает лекции, но в отдалении живут его галлюцинаторные образы).

Выздоровление как образ жизни, установка, путь решения повседневных проблем включает приобретение или возвращение сторон жизни здоровых. Сам больной – защитник своих прав и интересов. Многие выздоровевшие рассматривают как поворотный пункт тот момент, когда они активно и ответственно стали решать свои проблемы и справляться со стрессом повседневной жизни. Выздоровление включает много шагов (этапов), поэтому оно становится не планируемым, непредсказуемым и личностно окрашенным странствием, процессом, имеющим решающий перелом после тупика деморализующего страдания и парализующего волю отчаяния (смертный грех, между прочим). Но и при недобровольном или принудительном лечении возможен возврат контроля над своей жизнью. Поворот к выздоровлению возникает и неожиданно, чаще, к сожалению, после бесед с другими пациентами или значимыми людьми (например, духовником), чем с профессионалами. Перелом переживается как возврат своего «Я», взятие ответственности за себя с приливом оптимизма, принятием прошлого и настоящего, но не смирением. Осмысление опыта психоза возвращает уверенность в своих силах, а опыт страдания повышает и уровень духовности («Иго мое – благо мое»). Таким образом, выздоровление зависит от сплава самопомощи и сотрудничества. Не ожидая излечения только от лекарств (их польза не отрицается), *помогите лечению*. «Выздоровление – не дар врачей, а ответственность всех нас... Мы должны верить в свои способности изменить жизнь; не должны надеяться, что другие все сделают за нас. Мы должны верить

в свои силы, отказаться быть больными». Нередко пациенты опрометчиво полагают, что выздоровление гораздо больше зависит от самопомощи и сотрудничества, чем от лечения: «Выздоровление – это не подарок от врачей, а ответственность всех нас... Мы должны начать верить в собственные способности изменить нашу жизнь; мы не должны надеяться на то, что другие все будут делать за нас. Мы должны начать это делать для себя сами. Мы должны верить в свои силы, отказаться быть больными, чтобы суметь начать процесс выздоровления». При риске принять выздоровление как результат веры («верьте – и обрящете»), трудно выздороветь без надежды в его возможность.

«Самое важное и ценное в жизни связано с работой по восстановлению себя. Самое ценное дело, которое я выполняю каждый день, – постоянная верность моему пути восстановления. Это моя работа. Если я выполняю ее, всё остальное тоже встает на свое место». *Патриция Диган, клинический психолог, директор программ по независимому проживанию инвалидов, США.*

Выздоровление как «путешествие» личности, порой по буеракам и ухабам, но при поддержке и ускорении следующих внутренних и внешних условий.

Внутренние меняют человека: а) надежда на выздоровление; б) «отстранение» от болезни и совладание с симптомами; в) взятие ответственности на себя с преодолением бессилия и зависимости; г) восстановление социальных связей.

Внешние условия: опыт, политика и практика: а) защита прав человека как борьба со стигмой и дискриминацией больных (в обществе самопомощи говорят о личности с психическими проблемами или опытом, но не о пациентах или больных, что имеет пассивно-страдательный смысл); б) обращенные к выздоровлению психиатрические службы поощряют рост личности больного, его внутренних резервов, развивают ответственность за результат лечения с учетом личностно значимых целей, рассматривают пациента уважаемым и значимым сотрудником в общем деле; внимательны к его приоритетам и интересам, наделяют «полномочиями». Психиатрия в трудном положении – ей тоже предстоит выздороветь. Следует передать больному право участвовать в своей судьбе, начиная с выбора подходящего лечения,

самоконтроля болезни (например, при выявлении ранних симптомов рецидива или избегании стресса). Пациенты лично ответственны (еще Гиппократ указывал на права и обязанности пациентов при выздоровлении) за выбор пути выздоровления. Они определяют, контролируют, преодолевают препятствия на его пути. «Уполномочивание на дело» сопряжено с вовлечением в полезную, по сегодняшним силам, активность, повышающую самооценку, тесно связанную с восстановлением контроля над своей жизнью. Вера в человека с психическими проблемами (не пациента, буквально означающего «страдающего»), даже если он не может (пока) поверить в себя, – ключевое условие выздоровления. При выздоровлении зона ответственности за результат лечения смещается от всевидящего врача к пациенту и его близким.

Выздоровливающий – не покорный обстоятельствам «хроник», усредненный «случай болезни», но цельная личность с предпочтениями, целями и потребностями на уникальном социальном, семейном фоне, равноправный и необходимый член междисциплинарной бригады, а не статичный реципиент плана лечения. Идея выздоровления охватывает непрерывный ряд больных от «тяжелых» до выздоравливающих. «Ярлык» тяжело больного в психиатрии более стигматизирует, чем в общей медицине, но такой больной нуждается в опеке: «независимая жизнь» при отказе от помощи оборачивается опытом заброшенности, бездомности, «правами» жертвы болезни. Важно развитие системы внебольничной поддержки (патронаж на дому) для более тяжелых больных и «реабилитационной среды» для выздоравливающих. Психиатрическая помощь, направленная на выздоровление, обеспечивает независимость больного через систему поддержки служб и его семьи; облегчает симптомы и развивает его социальные связи; укрепляет сильные стороны его личности.

Пассивное следование условиям лекарственной и/или психосоциальной программы не приводит к выздоровлению, поэтому такие программы должны быть гибкими (например, упрощение схемы приема лекарства или частичная занятость) и соответствовать предпочтениям пациента, способствовать его личностному росту. Многие пути ведут к выздоровлению с учетом личных потребностей, предпочтений, опыта, ценностных установок «потребителя» психиатрической помощи (согласитесь, звучит лучше, чем «пациент»). Лечение обеспечивается долговременным сотрудничеством врача, пациента и

его близких (их «триалогом»). При этом важен общепонятный язык (последствия трудностей перевода показаны в российском фильме «Ку-кушка»). Б. Шоу называл специальные термины «заговором профессионалов против непосвященных». *Уполномочивание. Целостность*: выздоровление относится к различным аспектам жизни человека: телу, разуму, духу, обществу. *Непрямолинейность*: выздоровление – непоследовательный процесс длительного личностного роста с временными отступлениями (обострения, регоспитализации). *Основываться следует на сильных сторонах личности*. «Если вы хотите высоко подняться, пользуйтесь собственными ногами! Не позволяйте нести себя, не садитесь на чужие плечи и головы!» (Фридрих Ницше). Не надорвитесь: не стесняйтесь поддержки, помощи, совета. Помните, что лекарства остаются подмогой на долгие годы для большинства пациентов. *Неформальная поддержка*: привлечение организаций самопомощи. *Уважение* основных прав человека, безотносительно состояния его здоровья. *Ответственность. Позиция надежды, оптимизма и уважения* поддерживается больным, его близкими и персоналом, она должна быть реалистичной (напротив, завышенные ожидания приводят к отчаянию, как при «пробуждении» больного на фоне атипичных антипсихотиков). Юношу, после того как он сбросил горб и выпрямился, объял страх. Окружающие говорили, что он испугался той высоты, с которой теперь смотрит на мир, новых горизонтов, раньше не известных ему, а более всего – того, что теперь он стал таким же, как и все другие люди, многих из которых он даже перерос, он, который еще недавно был на улице ниже всех (М. Павич. «Хазарский дневник»). Понятны слова больного: «Я не вижу смысла в жизни, но мне никто не угрожает». Молодые люди в первом эпизоде шизофрении нередко принимают негативные стереотипы и пессимистическую позицию. Эта точка зрения разделяется и рядом профессионалов, и широкой общественностью, вопреки научным данным и имеющемуся практическому опыту о разнородности течения шизофрении и успехах своевременного лечения. Хотя персонал программ первого эпизода указывает, что психоз тяжел, реалистический оптимизм основан на возможном благоприятном эффекте лечения. Семейные вмешательства близки ценностям выздоровления: психосоциальная работа улучшает знания, уполномочивание, надежду и оптимизм, но не удовлетворение жизнью. Необходима целевая подготовка психиатрического персонала в духе новой философии. Атмосфера надежды и оптимизма при оказании помощи как необходимый атрибут выздо-

рования учитывается при отборе персонала и обучении. Основанные на выздоровлении службы организуют обучение персонала на опыте «потребителей» психиатрической помощи или собственном, на ценностях пациента: безопасное жилье, достойный доход, поддержка, занятость. Программы выздоровления обращены к реальным и изменчивым («эластическим», по мере улучшения) нуждам пациентов и их близких, их жизненным целям. Лечение направлено на личностное усиление, укрепление реалистичной надежды на благополучную жизнь человека в болезни, возвращение в общество, улучшение качества жизни и смягчение бремени болезни на семью. Признаками выздоровления служат реалистичная надежда на лучшее будущее и повышение качества жизни, энтузиазм и сотрудничество в терапевтическом союзе. Надежда, в свою очередь, мотивирует к участию в лечении – как межевые столбы на пути к выздоровлению. *Развитие самоуправления.* Передача полномочий – движущая сила выздоровления. Методы самоуправления помогают больному контролировать свои переживания и жизнь. Врачу следует помочь пациенту «инструментами достижения личного благополучия», то есть приемами по выявлению действий, мыслей и форм поведения, которые, по личному опыту, связаны с хорошим самочувствием и уменьшением симптомов. Приемы указываются в плане лечения, который включает поддерживающие мероприятия в течение дня, обучение распознаванию пусковых факторов рецидива (обострения) болезни и овладение приемами по их избеганию, список «ранних» признаков назревающего ухудшения и способы реагирования на них, план для кризисных ситуаций.

Выздоровлению способствуют поддержка семьи, соблюдение режима лечения, осведомленность о психическом расстройстве и службах многосторонней помощи. В течение выздоровления социальные связи, первоначально ограниченные семьей, персоналом и больными, постепенно расширяются. Психосоциальная работа улучшает понимание шизофрении. Похвала близкого и поощрение профессионала за успешные, пусть малые, шаги к большим целям и ободрение при временном отступлении – поддерживают надежду и оптимизм. Они необходимы и профессионалам, препятствуя их «выгоранию».

Области выздоровления.

- Послабление симптомов шизофрении (стойкая и длительная ремиссия, возможно, на всю оставшуюся жизнь).

- Работа и/или обучение в обычных условиях.
- Независимая жизнь при возможной сторонней финансовой, душевной, бытовой и лекарственной поддержке. Самостоятельное решение проблем повседневной жизни.
- Социальная жизнь. Участие в общественных инициативах (например, выборах).
- Теплые отношения с родными и друзьями.
- Обычный досуг.
- Удовлетворенность жизнью.
- Самооценка («цени себя, но не переоценивай»).

Выздоровление не всегда близко и легко, но приходит со стойким послаблением симптомов (обычно на фоне систематического лекарственного и психосоциального лечения), занятости, оптимизме, социальной причастности, ощущении заботы и потребности заботиться о ближнем. «Каждый выбирает для себя – женщину, религию, дорогу...» (Б. Окуджава). И здоровое будущее – тоже. Факторы выздоровления (они же его результаты) близки к общечеловеческим ценностям: «Надежда – лучший врач» (А. Дюма-отец), «Отчаяние – горе слабых» (Ж. Долан); «Все здоровые люди любят жизнь» (Г. Гейне).

Опрос показал высокую потребность членов организации самопомощи «Новые возможности» в доступности психиатрических (например, кризисной помощи на дому) и социальных (быто- и трудоустройство, организация досуга) служб; необходимы не только материальная, но и эмоциональная поддержка, обучение и информация, «лечение без мучений», добрый и сопереживающий («чтобы тебя понимали») персонал, участие в развитии и оценке качества помощи, ориентированной на выздоровление. При этом большинство опрошенных мало знает, какие психиатрические, социальные и общемедицинские службы имеются в их распоряжении. Сближение позиций больного, его близких и современных руководств по лечению очевидно.

Мнение больного и его близких	Советы в клинических руководствах врачам
Дайте мне больше независимости и цените ее	Обсуждайте пожелания и предпочтения пациентов и их близких
Лечение должно помочь выздороветь	Помощь в атмосфере надежды и информированного оптимизма
Лечите меня, как равного себе, как своего близкого, советуясь со мной (созвучно с лозунгом движения самопомощи «Ничего о нас без нас»)	Сотрудничайте с пациентом и его близкими. Обсудите опыт преодоления болезни и эффект лечения, используйте в плане лечения полезные «наработки» пациента и его близких
Дайте мне право на ошибку, а я научусь не делать их снова	
Лечите меня, чтобы я мог планировать будущее	Сообщите ясно и понятно о лечении и привлечите пациента и его близких к выбору
Слушайте меня и поверьте мне	Поощряйте пациента описать болезнь и оценить ее
Выявите и признайте мои возможности	Оцените возможности пациента и ресурсы их развития
Сотрудничайте со мной и укажите необходимые ресурсы помощи	Согласуйте всестороннюю длительную лекарственную и психосоциальную помощь для повышения шанса «выздоровления для всех»
Подскажите мне, в чем я нуждаюсь	
Обучите, как правильно лечиться	

Выздоровление – умение благополучно жить даже при наличии психического расстройства (как бы больной не называл свои проблемы и опыт). Каждый человек для себя должен определить, что такое «жить хорошо». Это больше, чем просто управление психическими симптомами через пассивный прием таблеток (сначала и это хорошо). Это возвращение потерянных с болезнью дорогих вещей – друзей, работы, дома и детей. Только Вы (не Бог, не царь и не герой) в ответе за выздоровление в Вашей семье. Медицинские и социальные работники могут лишь помочь Вам в деле выздоровления, но не могут быть вместо Вас его активными участниками. Так и школьный учитель не в силах воспитать Вашего ребенка (Макаренко говорил родителям пятилетнего бутуза, пришедшим за советом: «Опоздали на пять лет»), но указать правильный путь через знание. Подход к выздоровлению требует не только от психиатрических служб, но и от пациента и его близких развития и привлечения собственных ресурсов.

Выздоровление приходит, когда пациент активно изменяет свою жизнь в содружестве с усилиями психиатрических служб и общественных организаций. «Способность (умение) к выздоровлению» – позиция и знания, навыки и поведение. Выздоровление разных уровней (старые врачи выделяли непрерывный ряд переходных стадий от болезни к здоровью) определено разной активностью социальной поддержки и возможностью работать в обычных условиях при помощи лекарств (большинству выздоравливающих они будут нужны еще долгие годы). Золотой ключик к выздоровлению – надежда. Если Вы ее потеряли, оптимизм следует черпать у Ваших близких, профессионалов, выздоровевших. *Трагедия жизни не в том, что Ваша цель не достигнута. Трагедия – в отсутствии цели.*

Извечен спор Надежды и Сомнения. Сейчас Вы, быть может, не верите в это, но опыт многих людей до Вас и рядом с Вами (найдите их) показывает, что **выздоровление – достижимо.**

Международное движение выздоровления объединяет лиц с ограниченными возможностями (звучит лучше, чем «инвалиды») в связи с хроническими психическими и физическими расстройствами с прогрессивной общественностью; указывает новые, «немедицинские» цели помощи. Движение привлекает внимание к личностным ценностям человека, социальным (семейным) связям, соблюдению прав человека; партнерской роли «потребителей» психиатрической помощи и их семей в планировании (выборе вмешательств и служб) и проведении лечения, удовлетворенности им, контроле его качества, значении само- и взаимопомощи, то есть имеет четкую психосоциальную лечебно-реабилитационную направленность. Это основа для полезного обсуждения профессионалами, пациентом и его близкими, а также посыл для совершенствования психиатрических служб, отвечающих нуждам скорейшего клинического и социального выздоровления пациента. Некоторые больные шизофренией ощущают угрозу от крепнущего движения выздоровления, чувствуя, что не могут выздороветь, и попытки дальнейших изменений могут привести лишь к неудаче. Другие полагают, что их жизнь настолько разрушена, что не стоит возвращаться к «пепелищу»; примирились с тяготами и неизменностью своих трудностей и сформировали щадящий образ жизни. Некоторые специалисты и пациенты опасаются и неправильно понимают то, что подразумевается под выздоровлением. Специалисты озабочены тем,

что изменение определения выздоровления, возможного при хроническом недуге, опасно ложной надеждой для пациентов, представляет собой насилие над языком. При обсуждении с пациентами и их близкими путей развития помощи, ориентированной на выздоровление, возникает беспокойство, что будут закрыты больницы, то есть, уменьшен объем помощи тем, кто продолжает в ней нуждаться. Однако эти процессы в рамках движения за выздоровление явно не связаны ни с нереальными надеждами на волшебное превращение, ни с сомнительными перспективами возврата к доболезненному уровню. Наоборот, это открытый и обоснованно оптимистичный процесс продвижения вперед и зарождения надежды на лучший уровень жизни даже при наличии симптомов. Однако необходимо многое узнать о том, что мешает, а что помогает выздоровлению и поддерживает его. Много непонятого в отношении того, почему одни выздоравливают, а другие нет. Но, несмотря на все эти проблемы, есть много общего между надеждами специалистов и «пользователей» психиатрической помощи. Более того, живя с этими простыми, но важными вопросами и продолжая искать удовлетворительные ответы на них, мы должны прийти до самой сути психиатрической теории и практики. Ставя выздоровление в центр нашей работы, мы надеемся приумножить надежду у «пользователей» психиатрической помощи и у специалистов.

Суждения врачей о шизофрении, как о неизлечимой «пожизненной» беде, и больницы, как средстве решения большинства клинических и социальных проблем, подтверждают худшие предположения 60% опрошенных близких пациентов, членов «Новых возможностей». Основным лечением полагают (90%) лекарства по совету врача, надеются на общение (80%), труд или учебу (60%). Менее 10% семей согласилась бы на больничное лечение при уверенности в доступности и надежности внебольничной помощи. В *выздоровление близкого* (более 80% описывают однотипно: самостоятельная жизнь без лекарств) верит не более 20% опрошенных при стаже расстройства менее 10 лет. Более всего близких беспокоит бытовая беспомощность больного (для 70% она воспринимается данностью и усилена чрезмерной опекой). Родственники (70%) жалуются на отсутствие достоверной и доступной информации о льготах, правах семьи инвалида, но главная боль (80%) – дефицит новых бесплатных лекарств нового поколения. Лишь каждый десятый отмечает, что у его подопечного есть потенциал к выздоровлению в настоящем. Единицы отметили

пункт об успешном трудоустройстве больного на обычное предприятие или хотя бы в лечебно-трудовые мастерские. Удовлетворены участием в мероприятиях общества самопомощи 80% близких (ищут возможность обучения, в том числе, на опыте товарищей по несчастью, а также отвлечения) и 60% пациентов (недовольство вызывают редкие занятия, дальняя дорога, отсутствие физкультурных тренажеров, «взрослой работы»). При этом члены общества отмечают, что эти мероприятия облегчают бремя их проблем наряду с лекарствами. Большинство (90%) скрывает болезнь от посторонних и раскрывается лишь в обществе самопомощи («плачем вместе», «отвлекаемся на кружках»). Более 70% отмечают внутреннее напряжение, бессоницу, головные боли, рассеянность и слезливость, что связывают с многолетней болезнью близкого, 20% отмечают «отчаяние». До 90% опрошенных отмечают, что мысль о потерянных возможностях подопечного преследует их весь день. Более 70% отметили, что болезнь близкого сделала их добрее, обогатила опытом сострадания, а пожилых недуг «ребенка» держит в жизни. Лишь 10% получают какую-либо помощь (краткое ободрение, но чаще транквилизаторы) от лечащего врача «своего больного», ни один не был врачом расспрошен детально, но 20% отмечают, что прямо или косвенно они были осуждены профессионалами за болезнь близкого. Более половины ответивших отмечают непонимание их положения ближайшими родственниками (особенно младшим поколением: братьями и сестрами больного, на помощь которых в будущем надеется опекун). Особая группа близких > 65 лет (не менее 25%) весьма озабочена ситуацией «что будет после нас». 60% матерей больных со стажем расстройства менее 5 лет отмечают, что их «слепота» и отказ от лечения их близких (30%) отсрочили лечение больного ребенка.

Среди опекающих хронически больных – лишь треть работает полный день, но половина из них самокритично называет себя «неважными работниками»: «все мысли о доме»; они же – первые кандидаты на увольнение. **Большинство семей полагает реальной целью лечения значительное послабление симптомов (не только психических, но и депрессивных, а также мешающих повседневной жизни пациента – «негативных»).** С 70% близких врачи не обсуждают проблемы ремиссии и выздоровления. Лишь в ряде регионов страны и отдельных психиатрических учреждениях пациенты и их близкие вовлечены бригадой специалистов в процесс принятия решения.

До 90% опрошенных полагают, что шанс ремиссии увеличится при соблюдении лекарственного режима их близкими, особенно если лечение начать своевременно (<5 лет от диагноза «шизофрения»); более всего мешают соблюдению лекарственного лечения нежелательные действия (70%) и малая информация со стороны врачей о пользе различных видов лечения (60%). Показательно, что регулярно принимают лекарства, по мнению близких, 60-80% их подопечных (при опросе самих пациентов – вдвое меньше). Наиболее важный аспект для жизни с больными шизофренией – контроль симптомов (60%), но столь же важны полноценные межличностные отношения (55%). Наибольшее значение имеют – поддержка со стороны друзей (55%) и профессионалов (45%). При определенном недоверии к врачу вера в лекарственное лечение («хорошими препаратами») превалирует, а общение служит лишь способом проведения досуга. Стигма и социальная дискриминация отмечена 60% близких. Наибольший интерес у близких вызывает информация о том, «как жить завтра», о природе болезни, о том, как помочь близкому, о своих правах как неформальных и формальных опекунов. Место для общения (клуб) хотят иметь 60-70% опрошенных, финансовая помощь волнует 50-80%. Первоначально важно для больных, по мнению их близких, достичь душевного расслабления, стабилизации симптомов, улучшить качество жизни (попросту «жить в ладу с собой и окружающим миром»).

Пожелания больных и их родственников на 80% сходны: большее понимание со стороны медицинских профессионалов, внимание со стороны государства и общества к проблемам душевнобольных, материальная поддержка (повышение размеров пенсии); внедрение в повседневную практику новых лекарств; участие в лечении психолога и психотерапевта; доброжелательное отношение врачей и окружающих; получение полной, понятной и непротиворечивой информации о болезни и долгосрочном прогнозе лечения, о правах, льготах инвалидов и их семей; организация рабочих мест на обычном предприятии (возможно, с сокращенным рабочим днем) и полезного досуга. Лекции врачей, регулярные консультации специалистов в связи с сопутствующими физическими болезнями и осложнениями терапии (ожирение). Индивидуальный подход к больному. Создание попечительского совета (родственники, врачи и представители власти) приветствуется 50% близких больных.

Пациенты и их близкие не ограничивают возможности психиатрических служб «лечением симптомов» и упорядочением поведения, но указывают на весь спектр человеческих потребностей. Поэтому при обобщенных вопросах об удовлетворенности психиатрической помощью «в целом» без учета изменчивых и растущих по мере улучшения потребностей пациентов и их близких можно получить вводящие в заблуждение ответы как положительного, так и отрицательного свойства.

Как и среди не охваченных обществом самопомощи, большинство пациентов и их близких уповает на силу лекарств и мудрость врача (критически оценивая его действие и бездействие) при решении ситуационных вопросов (не попадать в больницу, быть спокойнее); выздоровление (описание его сходно с предлагаемым «движением выздоровления», что показывает близость его задач к реальным чаяниям «потребителей» психиатрической помощи) представлено отдаленной перспективой, более реальной для больного, чем для его родственников. Оно не связано с систематическим лекарственным и психосоциальным лечением (хотя отмечен определенный изначальный интерес к нему), собственными усилиями, а более представляется «ожиданием чуда». Вместе с тем опрос высветил и ряд проблем, которыми предстоит заниматься при развитии психосоциальной работы: противодействие хроническому дистрессу близких больного, организация и привлечение братьев и сестер больного (будущих неформальных опекунов хронического больного) к помощи.

Опрос больных шизофренией и их близких показал, что они не «молчаливые свидетели» и объекты медицинских вмешательств. За «диагнозами» стоят живые люди с идеями, убеждениями (предубеждениями), предпочтениями и амбициями. Они хотят жить «как все» и, естественно, заинтересованы в результативном безопасном лечении. Поэтому они должны стать равноправными и необходимыми участниками процесса лечения, но нуждаются в подготовке к этой нелегкой роли, требуют побуждения, обучения управлению лечением и болезнью (пока они чаще осваивают эти университеты путем проб и ошибок). **Больные шизофренией и их близкие**, относясь «...к несколько иной культуре, более эмпирической, менее формальной и иерархической, основанной скорее на страдании, чем на успехе» (Мэри О'Хейген, лидер движения «потребителей» психиатрической помо-

щи Новой Зеландии) с позиции «наивного реализма», указывают на важность ранних психиатрических вмешательств, «дружественных» больному лекарств, улучшения бытовых условий и психологического микроклимата в медицинских учреждениях, здорового образа жизни, взаимодействия специалистов разного профиля. Они интуитивно понимают, что нужно для их благополучия; чутко ощущают подвижки (равно как и «застой» или регресс) в организации и практике повседневной психиатрической помощи. Исходя из уникального опыта болезни и лечения, только больной шизофренией и его близкие укажут «надклинические» цели терапии (биологической или психосоциальной), аспекты оценки ее многообразных результатов, «неинтересные» медицинской модели психиатрической помощи. Психиатр новой формации, наставник и советчик, их слышит, относится со вниманием и лечит лучше уже сегодня. Другим предстоит изменить менталитет, что сложнее, чем применить новое лекарство. Сочетание двух типов человеческого опыта, приобретенного через боль и благодаря профессии, становится важным компонентом качества психиатрической помощи. «Потребители» психиатрической помощи представляют важный резерв и ресурс психиатрической службы, когда они становятся неформальными экспертами оценки уровня психиатрической помощи. Определенные положительные подвижки возможны без существенных затрат, более того, они не подвластны финансовому регулированию (изменение отношения к больным медицинского персонала, т. к. неприязненные взаимоотношения медиков на глазах больных, репрессивный подход к больным, скученность и безделье пациентов повышают риск агрессии в отделении). Если при формально благополучных «показателях» пациенты и их близкие недовольны помощью (косвенно на это указывает уменьшение охвата амбулаторным лечением наиболее тяжелых больных после того, как ПНД перестал быть монополистом оказания психиатрической помощи, и порой принудительный «учет» заменен «наблюдением» специалистов) – качество помощи низкое. Пока психиатрическая служба справляется со своими традиционными задачами: специалисты умеют достаточно успешно подавлять набор симптомов психоза и исправлять неприемлемое обществом (семьей) поведение с помощью временной изоляции в стационаре. Инвалиды (не менее 60% среди больных шизофренией трудоспособного возраста) социально защищены, пусть и на минимально достаточном уровне. Всесторонние биопсихосоциальные вмешательства, объединяющие лекарственное лечение, информирование, об-

учение и поддержку, развитие движения самопомощи, внедрение междисциплинарного и межведомственного бригадного подходов призваны в большей мере удовлетворить многообразные «эластичные» потребности выздоравливающих пациентов и их близких в учебе и труде, полезных досугах и интимных отношениях, в безопасном жилье, «непсихиатрических» ресурсах лечения; уменьшить стигматизацию и дискриминацию, чему способствует и совершенствование психиатрического законодательства (уточнение правил недобровольной госпитализации, ужесточение контроля за выполнением правовых норм) и трудового кодекса.

Почему я? (Что вызывает шизофрению)

Пока не совсем ясно.

Но **причины шизофрении** не связаны со слабостью личности или неправильным поведением. *Шизофрения – проявление нарушения работы головного мозга.* Нет, видимо, единой причины для развития шизофрении. Даже известный возбудитель (туберкулезная палочка) приводит к болезни лишь уязвимого к ней человека, с ослабленными защитными силами, вследствие, например злоупотребления ПАВ или хронического стресса. Ряд болезней, таких как сердечно-сосудистые, – следствие взаимодействия наследственной уязвимости и средовых факторов. **Причины шизофрении мозаичны:** ряд факторов должен сложиться вместе в «пазл шизофрении»: наследственная отягощенность, изменение биохимии и структуры мозга, особенно в период взросления, возможно, вирусные инфекции и травмы головы.

Наследственна ли шизофрения? Ряд генов ответственен за развитие мозга, но они лишь (как при диабете и раке) повышают риск развития шизофрении и не вызывают ее сами по себе. Однако у близких родственников больных шизофренией – ее риск выше. У ребенка больных шизофренией – риск заболеть составляет 10%, тогда как в населении – около 1%. Наибольший риск у однойяцевого (с тем же набором генов) близнеца больного шизофренией, но не более 50%. *То есть гены – не судьба.* Малая часть родственников больного заболевает шизофренией.

Осложнения беременности (например, вирусная инфекция), осложнения при родах, неспецифические стрессы – повышают риск шизофрении. Прогноз развития шизофрении у каждого человека туманен. Только если уязвимый генетически человек сталкивается со значимым *именно для него* средовым дистрессом, тот становится спусковым крючком развития психоза. Уязвимые генетически люди особенно нуждаются в теплом эмоциональном климате в семье. Повышают риск отставание двигательного и речевого развития в раннем детстве, жизнь в городе, рождение зимой и ранней весной, грипп при беременности, родители-иммигранты, курение марихуаны. Уязвимость к повседневным стрессам проявляется симптомами дебюта шизофрении и ее рецидивами (обострениями).

Шизофрения и химические нарушения в головном мозге. Биологически активные вещества-переносчики сигналов (т. н. нейротрансмиттеры, к примеру, дофамин, глутамат), между нервными клетками, участвуют в развитии шизофрении. При нарушениях связей нервных клеток («поломке фильтров» потока информации в виде сигналов извне) нарушается равновесие указанных веществ в головном мозге. Так, избыток дофамина при приеме определенных наркотиков, любимых частью неразумной молодежи, приводит к сходным с шизофренией симптомам. Напротив, антипсихотики, блокирующие избыточный выброс дофамина, нейтрализуют (контролируют) и симптомы шизофрении.

Шизофрения и нарушения структуры мозга. Имеются определенные нарушения структуры и работы головного мозга у больных (снижение или усиление активности отдельных зон головного мозга), но они не выражены (выявляются только с помощью тонких *нейровизуализационных исследований*), не характерны для всех больных шизофренией, не встречаются только при шизофрении. Их смысл для прогноза и лечения шизофрении пока неясен. Шизофрения, возможно, проявление нарушения развития головного мозга плода, когда нарушаются связи между нервными клетками. Эти нарушения дремлют до подросткового возраста, когда нагрузка на мозг при взрослении становится значительной. Ранние биохимические изменения в головном мозге предшествуют симптомам, видимым миру. Шизофрения – сложная генетическая болезнь с рядом средовых спусковых крючков, таких как осложнения при беременности и родах, вирусные инфекции (особенно на 5-м месяце). Дополнительный средовой стресс имеет особое значение в подростковом возрасте. У отдельных больных шизофренией структурные изменения мозга обратимы на фоне современного лечения.

Не обнаружена формула, предопределяющая развитие шизофрении: определенного гена, биохимического дефекта, особого источника стресса. Также как личность – результат взаимодействия культуральных, психологических, биологических и генетических факторов, ее дезорганизация в виде шизофрении – результат взаимодействия целого ряда факторов.

Шизофрения как любое психическое расстройство – нарушение ра-

боты головного мозга, шизофрения – возможно, группа психозов, в развитии которых отдельные факторы имеют большее или меньшее значение.

Шизофрения – синдром (набор симптомов), вызываемый сочетанием изменений работы головного мозга, взаимодействующих с интеллектуальными процессами и выражающихся необычными переживаниями и эмоциями. Причины шизофрении: сочетание (возможно, различное у отдельных больных шизофренией) наследственных и иных факторов риска, включая осложнения беременности и родов, раннего развития, развития мозга в подростковом возрасте.

Бремя шизофрении

Всемирная Организация Здравоохранения полагает охрану психического здоровья первостепенной по важности; под ее патронажем проводится Всемирный День психического здоровья (в России тоже), но последствия шизофрении для человека, здравоохранения, общества в целом мало учтены при финансировании психиатрии, «падчерицы» здравоохранения.

Шизофрения – один из десяти недугов в мире, с наибольшим риском инвалидности. Затраты на собственно лечение составляют не более 10% суммарного бремени шизофрении. Не менее 60% больных шизофренией трудоспособного возраста – инвалиды. В связи с социальной значимостью шизофрении необходимы качественные лечение и восстановительные мероприятия. Велико бремя семьи в связи с уходом за больным шизофренией, самостигматизацией.

Злоупотребление психоактивными веществами (спиртным, наркотиками) может стать дополнительным фактором риска шизофрении и/или сопровождать ее. Порой близкие больного шизофренией полагают, что тот «просто пьян». Употребление ПАВ затягивает психоз, снижает эффект лечения, затрудняет его соблюдение. *Курение* у больных шизофренией отмечается чаще, чем в населении в целом. Никотин используется как средство самолечения, например, депрессии или при некоторых побочных действиях лекарств, так как снижает их концентрацию в крови (вместе с эффектом).

Самоубийства (суициды, скажет врач) – фактически единственная причина преждевременной смерти от «неестественных» причин у больных шизофренией. Сама шизофрения – не пример «смертельной» болезни. Риск самоубийства (10%) сохраняется в течение всего расстройства.

Социальная изоляция и дискриминация – отмечается большинством больных шизофренией как барьер на пути к выздоровлению. Уровень культуры общества определяется отношением к психически больным: дискриминация влияет на условия, в которых живут больные шизофренией и их близкие, отражается на скромном куске бюджетного пирога, приходящемся на психиатрию. Осведомленность общества низка: шизофрению путают со слабоумием, связывают с непредсказуемым насилием. Большинство людей, на словах терпимых к психически больным, не хотели бы видеть больного шизофренией на своем дворе, не выдали бы за него дочь и опасались бы работать рядом. Не более 20% больных шизофренией работают по специальности или учатся, не более 5% инвалидов занято на обычных предприятиях по сравнению с третью инвалидов в связи с другими болезнями и менее 0,5% работают в специальных мастерских. Однако психиатрический диагноз не определяет сам по себе трудоспособность. Больные шизофренией (более 40%) отмечают, что недостаточно обследованы по поводу соматических жалоб потому, что изначально врачи общей практики полагают их страдания психическими. Эти данные вызывают озабоченность, вызванную высоким риском ишемической болезни сердца и других тяжелых заболеваний у больных шизофренией. В результате четыре из пяти больных шизофренией опасаются, что «здоровые» будут относиться к ним неприязненно, если об их болезни узнают, и предпочитают общаться «со своими» в группах самопомощи. Четверть больных шизофренией делится сокровенным только с близкими, 75% не были бы откровенны при устройстве на работу, 60% не пошли бы к работодателю, зная, что тот не берет людей с психическими проблемами даже в прошлом. Сохранение «секрета о себе» вызывает напряженность, страх отвержения питает социальную отгороженность.

Время надежды

«Знания недостаточно; важно его применение».

Йоганн Гете

Организация психиатрической помощи и ее философия *изменились*: на первом плане предпочтение реальным потребностям больного шизофренией и его близких. Тридцать лет назад план лечения хронической шизофрении был направлен на выписку больного после длительной госпитализации, сегодня он направлен на возвращение больного шизофренией в общество во избежание внебольничной хронификации (госпитализма). Выписка больного шизофренией, соблюдение общественного порядка и облегчение симптомов психоза – более не самоцели психиатрии. Терапия меняет отношение к шизофрении, предупреждая хроническое течение психоза и нарастание негативных и когнитивных симптомов, тесно связанных с ухудшением социально-трудового приспособления больных шизофренией. Настоящее многостороннее лечение позволяет надежно контролировать симптомы большую часть времени, и это является необходимым условием для социально насыщенной жизни при профессиональной помощи разного уровня и неизменной поддержке со стороны близких. У больных шизофренией появилась надежда если и не на полное исцеление, то на эффективную помощь, сдвинувшую естественное течение шизофрении к полюсу благоприятного исхода – социального выздоровления даже на фоне сохраняющихся симптомов и уязвимости к возвратам шизофрении.

Больные шизофренией и их близкие требуют разносторонней помощи для решения многообразных проблем на пути к выздоровлению.

Большая часть лечения проходит по месту жительства пациента, ведь даже часто госпитализирующийся больной 90% времени живет дома. От «идеального» пациента ожидают, что он будет сознателен, сговорчив и согласен с лечением, может решить, какой вид лечения ему более подходит, внесет свой вклад в управление своим лечением. Можно использовать порой дремлющий резерв помощи – близких больных.

Психоневрологический диспансер (врачебный участок в сельской местности) – основное лечебно-профилактическое учреждение для больных шизофренией. *Шизофрения – амбулаторная болезнь.* До 90% рецидивов (обострений) шизофрении можно и нужно лечить дома или в дневном стационаре при согласии больного и его близких. Здесь же должны проводиться разнообразные психосоциальные мероприятия, решаться социально-экспертные (определение степени нетрудоспособности) и правовые вопросы пациентов и их семей (весьма нуждающихся в консультациях, обучении, порой в лечении в связи с хроническим дистрессом). Пресловутого принудительного «учета» в ПНД более нет, но тщательное наблюдение и регулярное лечение (бесплатное для больных шизофренией) требуется многим пациентам. Ежегодно до 5% пациентов, по решению врачебной комиссии, признаются выздоровевшими, их амбулаторные карты отправляют в архив.

Дневной стационар. Существует разница между положением пациента в интернате для хронических больных, в отделении психиатрической больницы и в дневном стационаре. Пребывание в интернате означает полное навязывание человеку установок извне, в то время как в отделении психиатрической больницы это выражено в меньшей степени, в дневном стационаре – еще меньше. Лечение в дневном стационаре сокращает потребность в больничной помощи на 50% при сходных с больничными результатах. При доказанных преимуществах 85% направлений в дневной стационар приходится на врачей, которые ранее там работали. Большинство врачей ПНД своей практикой «от себя» показывают, что лечение в больнице более эффективное и безопасное. Многие полагают, что отделение больных от семьи целебно (верно в малой доле случаев).

Бригада настойчивого амбулаторного лечения (такая новая форма помощи развивается в ряде регионов РФ) обеспечивает интенсивную поддержку пациентов с акцентом на выработку навыков самообслуживания, контроле приема лекарств; госпитализирует пациента, если внебольничного лечения недостаточно. Получены лучшие показатели, чем при типовой помощи в удержании больных шизофренией вне больницы, уровню социальных достижений и удовлетворенности пациентов и их близких. Больные и их близкие становятся в ходе целевой психосоциальной работы бригады активными партнерами при

оказании разнообразной помощи. Программы внебольничной психиатрической помощи больным шизофренией включают постоянную психосоциальную поддержку и восстановление бытовых навыков.

Для качественной психиатрической помощи не хватает **стационаров на дому, общежитий для бездомных и потерявших социальные связи больных, внебольничных реабилитационных центров.**

Психиатрическая больница. Госпитализации для большинства больных шизофренией – нерядовое событие. Не более 15% больных шизофренией на участке ПНД госпитализируются в течение года. При этом в России сокращено менее 15% коек. Ранее многие больные шизофренией пребывали в психиатрических больницах годами. Разукрупнение психиатрических больниц и расширение сети внебольничных учреждений и служб повысили шансы пациентов на социальное восстановление. Для больных шизофренией вредно длительное лечение в больнице с многочисленным персоналом, когда «гостиничный компонент» преобладает над лечением. Удовлетворение зависимостью и заботой способствует выученной беспомощности, вживанию в роль беспомощного и равнодушного к себе и жизни инвалида. Сегодня условия изменились, риск затягивания шизофрении в больничных условиях снижен и проблема сместилась в амбулаторные службы. Выписка требует организации амбулаторной помощи и дополнительной поддержки. На решение о госпитализации кроме тяжести состояния влияют пожелания семьи (65%), врача (50%), сопутствующие заболевания (5%), отказ пациента от внебольничного лечения (25%).

Развит *ряд новых форм помощи*: дневные стационары, реабилитационные центры, общежития различных типов, в которых развита психосоциальная помощь пациентам. К сожалению, многие больные шизофренией предоставлены сами себе, именно это рассматривалось ранее как акт освобождения больных – начать всё сначала; порой дело социального восстановления пациента – подвиг отдельно взятой семьи. В действительности, выписка из стационара означает для многих больных шизофренией пренебрежение их правами и предъявление им завышенных требований. Важно мнение больных о ценности приобретаемой независимости. Более трети госпитализаций можно избежать при качественном и систематическом амбулаторном

лечении. До 90% больничных пациентов можно выписать, сроки их пребывания на койке можно сократить на треть, если по выписке их ждут обученные и заинтересованные близкие, возможности долечивания. Менее 5% больных шизофренией находятся в больнице более года. Длительное пребывание в больнице вызвано бытовой беспомощностью (порочный круг: госпитализация подавляет эти навыки, и врач скажет о *госпитализме*), опасностью для себя (склонностью к самоповреждению, самоубийству) и к насилию (не более 5% больных шизофренией агрессивны вследствие «приказывающих голосов»), расторможенностью сексуальных влечений, тяжелыми телесными заболеваниями, злоупотреблением алкоголем и наркотиками, бездомностью (дорогая больничная койка выполняет патронажно-приютную роль, как в XIX веке). Среди *трудных пациентов*, длительное время находившихся в стационаре, мало лиц с профессиональным образованием, низкий уровень психосоциального функционирования, которое привело к существенной зависимости от социальной поддержки и интенсивной психиатрической помощи. Длительное течение заболевания, частые недобровольные госпитализации, более короткое время пребывания в стационаре и недостаточное амбулаторное лечение – типичные особенности этой группы пациентов. Они отличаются снижением воли и тенденцией к социальной изоляции, у них чаще бывают напряженность и психомоторное возбуждение. Они относятся к своему окружению более недоверчиво и с негативизмом, ведут себя обособленно. У трудных пациентов самооценка не соответствует их реальным характеристикам. Они оценивают свое общее, психическое и физическое здоровье не хуже, чем обычные пациенты. **Госпитализация** обычно происходит в «знакомую» больницу по месту жительства. Ценности пациента отдаются близким или помещаются в сейф под расписку до выписки. Можно оговорить возможность ходить в своей одежде.

Отношения с больничным персоналом. Подружитесь с ним, понаврьтесь друг другу. Получите телефон врача, узнайте о днях его приема, запомните имена медсестер. Многие близкие больных в шоке и панике в связи с происходящим и ожидают худшего. «Опытные» семьи советуют *помнить цель* – помочь близкому. Подготовьте записку врачу (оставив себе копию с датой) с указанием последней схемы лечения, причин отказа от него, опишите поведение больного перед больницей; запишите вопросы, в порядке значимости для Вас.

Ваша информация по закону конфиденциальна, она не будет сообщена больному. Установите доверительные отношения с персоналом, с теми, кто ответственен за здоровье близкого; то же предстоит сделать и самому больному. Не забывайте волшебного слова «пожалуйста», не стесняйтесь прояснить свое непонимание состояния больного, деталей его лечения. Привлеките менее погруженного в ситуацию близкого для беседы с врачом; в его присутствии Вам будет легче справиться с нежелательными эмоциями. Если пациента лечит бригада специалистов, Ваше мнение о выборе лечения, его продвижении будет учтено на ее заседании. Вы также можете на нем присутствовать. Постарайтесь решать конфликты с персоналом сами, не доверяйте всецело позиции больного в психозе. Смело жалуйтесь в вышестоящие инстанции при халатности персонала и низком уровне помощи, не боясь «мести» больному. Советуйтесь с местным обществом самопомощи.

Вашему близкому в больнице *вредит*, если Вы грубите ему в ответ, обижаетесь, реагируете страхом на его поведение. Возможно, стоит пропустить следующее свидание. Не отягощайте персонал чрезмерными и трудновыполнимыми требованиями и претензиями. Не занимайте его долгими вязкими переговорами лично и по телефону. Не давайте запугать себя больному и не пытайтесь делать это с персоналом. Не опаздывайте на беседу с врачом (членом бригады).

Помогите близкому в больнице: освоите распорядок дня в отделении, познакомьтесь с соседями по палате Вашего больного. Обсудите с ним самим его положение. Расскажите, как Вы стараетесь помочь. Уважайте его желания и надежды. Сократите визиты, если ему трудно, познакомьте его с другими больными. Шизофрения – Ваш общий враг, а вовсе не персонал. Не критикуйте совместно медработников, но обсудите, в чем именно лечение «не дотягивает» до желаемого, как его продолжить по выписке. Отнесите к жалобам больного с критикой, но не пропускайте мимо ушей – они обычно вполне здравы. Объясните важность больничного лечения, как предтечи успешного лечения в будущем.

План выписки следует выработать вместе с врачом еще в больнице. Вы должны знать, как следует лечение продолжить, куда (к какому врачу) обратиться после выписки. Неплохо организовать загодя домашние отпуска, чтобы посмотреть, как ведет себя больной шизоф-

рением в домашней обстановке. Выясните, где ближайшее отделение общества самопомощи, подумайте, на кого можно опереться дома. Близким следует знать, как помочь больному шизофренией стать самостоятельным, смягчить последствия психоза (изменение образа жизни, пусть временное), как вести себя в кризисной ситуации.

Возвращение домой: курс на самостоятельную жизнь

Лечение шизофрении в острой фазе – профилактика хронического течения. Обратная сторона нестойкой и кратковременной ремиссии – череда рецидивов (обострений). Если психиатр шаблонно лечит, острое состояние по типу клише проторяет путь хроническому течению шизофрении. Лечение острого состояния, кроме облегчения симптомов, выполняет профилактическую роль снижения риска рецидивов и хронического течения. После рецидива или обострения больные нуждаются в особо внимательном отношении и наблюдении. В течение 6-12 месяцев особо высок риск рецидива психоза и возврата в больницу. Близким нужно освоить новые роли опекающих. Обсудите с больным прием лекарств так, чтобы он был вовлечен в принятие решений, воспринял лечение как обязательное условие достижения лично значимых для него целей (от прощания с больницей до трудоустройства). Регулярный прием лекарства должен стать дневной рутинной для больного шизофренией надолго. Однако даже на фоне постоянного приема лекарств сохраняется *20% риска рецидива* в связи с сохранившейся уязвимостью к стрессам. Важно приучить больного к гигиене, уместной одежде по сезону и обстоятельствам, выполнению определенных обязанностей по дому. Имейте возможность запереться при агрессии больного. Опасность для больного возрастает при депрессии, в связи с чем не оставляйте на виду лекарства, острые предметы. Некоторые больные много курят, выработайте в этой связи домашние правила. Эффект лекарств снижается при употреблении спиртного и курении. Больной шизофренией порой беззащитен перед искушениями улицы. Сексуальные проблемы важны, особенно для молодых, они же становятся легкой жертвой (гомо) сексуального насилия, реже – насильниками. Больные не должны доверять незнакомцам, желательно общаться с надежными сверстниками, им (как и любому здравому человеку) следует освоить навыки предупреждения нежелательной беременности. Больным часто легче с младшими по возрасту, что может насторожить окружающих. Та-

кое поведение нужно контролировать. Выше шанс восстановления у больных, приобретших социальные навыки и профессию до болезни, но длительная ремиссия открывает шлюзы социально-трудоового восстановления для каждого.

Как совладать с шизофренией

*«Невозможно всегда быть героем, но всегда
можно остаться человеком».*

Иоганн Гете

Нужно освоить ряд приемов, чтобы загнать шизофрению (хотя бы) в подполье, если пока не удастся выгнать болезнь из дома. Важно избегать риска возобновления симптомов шизофрении.

Как помочь себе

Снизить стресс. Стресс – наиболее частая причина рецидива шизофрении, наряду с отказом от лечения. Его испытывает в многотрудной жизни любой человек, стресс стимулирует защитные силы человека. Однако для больных с низкой стрессоустойчивостью стресс приносит вред. Увы, шизофрения сама по себе – источник стресса. Можно избежать определенной травмирующей именно Вас ситуации, но не любых переживаний жизни.

- Поймите, что происходит с Вами в стрессе, это поможет выявить ранниестораживающие симптомы рецидива.
- Запишите ситуации, вызывающие у Вас стресс. Что следует сделать, чтобы их избежать, а стресс ослабить?
- Если Вы чувствуете, что ситуация становится угрожающей (запруженная людьми улица, магазин), уйдите потихоньку, но не бегите.
- Избегайте спиртного, тем более наркотиков, не увлекайтесь крепким чаем, кофе, кока-колой. Расслабление на время сменится «рикошетной» тревогой. Усилит депрессию.
- Курить – здоровью вредить. Половина дозы некоторых лекарств улетучивается с дымом, как и надежды на скорое выздоровление.
- Спи́те не менее 8 часов, ложитесь не позже 23 часов. Завтра на работу. Если работы *пока* нет – пусть режим дня уже будет подходящим для нее, не залеживайтесь в постели (иногда это симптом депрессии). Избегайте регулярного приема снотворных. Нарушения сна у больных шизофренией часто связаны с настроением.
- Учитесь расслабляться (слушайте лирическую музыку, примите теплую ванну, прогуляйтесь, погладьте кошку, почитайте, зайдите в Интернет, посмотрите фильм с другом, займитесь спортом, йогой).

- Найдите приятного собеседника. Разделите проблему с тем, кому доверяете.
- Упростите жизнь: не пытайтесь успеть всюду и сделать все за день.
- Планируйте день и придерживайтесь плана. Торопитесь медленно.
- При конфликте с кем-то обратитесь к третьему лицу с просьбой разобраться в ситуации.

Что я чувствую в стрессе	
В моей голове	В моем теле
Думаю о проблеме снова и снова	Руки дрожат, ладони влажные
Беспокоюсь, что чересчур беспокоюсь (порочный круг)	Сухость во рту и горле
Растерян, смущен	Сердцебиение, стеснение в груди, трудно дышать
Испуган без причины, что-то плохое может приключиться в любой момент	Головная боль, напряжение в шее
Мир вокруг кажется вне контроля	Головокружение, часто из-за одышки

Школа снятия стресса. *Регуляция дыхания* (самостоятельно задержите дыхание, глубоко вдохнув, досчитав до 7, это снизит тревогу, выдохните медленно, считая до 11, и через нос; дышите согласно 6-секундному циклу (вдох и выдох по 3 секунды). В конце каждой минуты опять задержите дыхание на 10 секунд; *войдите в зону расслабления*: выберите тихую теплую комнату, где Вы чувствуете себя удобно и безопасно. Положите матрац (циновку) на пол. Приглушите свет, зажгите пахучие свечи, включите расслабляющую (нежную и мягкую) музыку. Не нужны лирические песни, могущие Вас расстроить. Ложитесь и приступайте к сеансу расслабления (например, расслабляйте все свои мышцы, начиная с пальцев рук и ног, затем тело и, наконец, шею и голову); *верните самоконтроль*.

Школа расслабления:

- Избегайте наркотиков, вызывающих сходные с шизофренией симптомы, депрессию и новый приступ. Чем дольше Вы будете лечиться спиртным, тем позже можно будет начать лечение, тем дольше

будет продолжаться приступ.

- Оздоровите образ жизни. Сократите курение, больше занимайтесь физическими упражнениями. Здоровее питайтесь. В здоровом теле здоровый дух.
- Обсудите с врачом выбор антидепрессанта. Иногда приходят черные мысли о неудачной жизни и безвыходности ситуации. Помните, что *Вы не всегда будете чувствовать себя плохо*. И можно подавить эти мысли.
- Поговорите с тем, кому верите. Излейте душу и снимите внутреннее напряжение. Не бойтесь рассказать близкому о нежелании жить. Позвоните врачу.
- Запишите все хорошее, что есть у Вас и держит в жизни (Ваши сильные стороны, друзья, любовь, ответственность перед близкими).
- Попытайтесь изменить окружение – пойдите погулять, навестите близкого, просто перейдите в другую комнату.
- Опишите в дневнике состояние, посмотрите – не было ли его раньше и как оно обошлось.

Половина больных шизофренией испытывает депрессию. Это типичное проявление болезни. Отличите ее от минутного сплина («Тот, кто постоянно весел, – тот, по-моему, просто глуп», – писал В. Маяковский). Можно улучшить настроение даже в сложившейся ситуации. Измените к лучшему взгляд на положение вещей, и положение – изменится к лучшему.

- Отдохните и отоспитесь – порой депрессия связана с переутомлением.
- Выйдите из дому просто так (купить журнал с картинками) – одиночество и скука усиливают депрессию.
- Навестите приятного Вам близкого – поднимите настроение себе и ему.
- Занятие спортом снимет напряжение, ослабит стресс и улучшит настроение.
- Побалуйте себя (почитайте старую добрую книгу, вспомните об альбоме с марками, пойдите в парк, полистайте телефонную книжку). Все, что отвлечет от грустных дум, – хорошо («ложных друзей» – знаете).
- Учитесь расслаблению, посоветуйтесь с врачом, социальным работником, трудинструктором.

*«Господи, дай мне силы изменить то, что я могу изменить.
Господи, дай мне терпимости смириться с тем,
что не в моих силах изменить.
Господи, дай мне мудрость, чтобы отличить одно от другого».*
Рабби Авраам-Малах

Следующие **советы опытных помощников больных**, надеюсь, пригодятся и Вам.

- Говорите тихим доброжелательным голосом, короткими, простыми фразами во избежание непонимания больными шизофренией. По необходимости повторяйте вопросы и утверждения одними и теми же словами.
- Объясняйте просто, что Вы делаете и почему: «Твои платья в шкафу, выбери себе на завтра».
- Определите дневные обязанности. Будьте предсказуемы. Не меняйте решений.
- Хвалите за малые «подвиги»: за ухоженную прическу, приобретенный самостоятельно платочек.
- Избегайте чрезмерной стимуляции: снизьте стресс и напряжение. Еда в компании домочадцев может быть утомительна.
- Убеждайте близкого, но не настаивайте принимать лекарства. Со временем Ваш близкий будет больше отвечать за себя.
- Обсудите с больным, как ему помочь себе.
- Начните с простого: личной гигиены, одевания, нехитрой готовки.
- Предоставьте право больному работать одному или помогать Вам. Возможно, он(а) любит гладить белье, но не готов(а) помочь в стирке.
- Поощряйте близкого к социальной активности. Пригласите друзей по душе на обед, но не настаивайте идти на многолюдный званый вечер.
- Планируйте «выход в свет» хоть раз в неделю. Выезд на природу лучше прогулок по шумному городскому центру. Угостите больного в «Макдональдсе», где атмосфера демократичнее.
- Не будьте чересчур любопытны. Не спрашивайте постоянно: «Что ты думаешь о?...», «Почему ты делаешь так?» Спросите лучше: «Ты слышал о новом фильме?...»
- Больному порой трудно поддерживать беседу, но ему приятно Ваше общество. Смотрите вместе телевизор, слушайте музыку, можно молча. Вспомните вместе детство. Может быть, близкий хо-

чет, чтобы Вы почитали вслух, тем более, что ему это пока трудно.

- Избегайте постоянной пустячной критики. Определите основную проблему в поведении (например, неряшливость) и пытайтесь вежливо и твердо помочь больному это поведение изменить. Замечания «Почему не моешься?» или «Ты пахнешь ужасно» – не решат проблемы. Покажите проблему, как свою: «Мне не нравится, что от тебя пахнет. Давай договоримся о ежедневном душе».
- Станьте «забывчивыми»: «Я забыл купить хлеб. Сбегай в магазин, пожалуйста».
- Развивайте у близкого ответственность. Оставьте поручения на день, пока Вы на работе.
- Научите, как справляться со стрессом социально приемлемым образом: выйти из переполненного зала, вернуться, успокоившись; потереть запястья рук.
- *Сейчас, возможно, Вы, близкие – единственные друзья больного шизофренией.* Предложите: «Пойдем в зоопарк?»
- Если Вы верующий, привлечите близкого к религии.
- Ставьте себя на место больного: *понять – простить.* Уважайте его чувства. Говоря «Не будь дураком. Не бойся» – Вы не делаете ничего полезного. Скажите лучше, что Вы понимаете его, вели бы себя также. Подумайте вместе, как можно справиться со страхом, возможно, изменив лечение с помощью врача.
- Уважайте суждения близкого о его болезни. Достаточно, что он согласен лечиться «от голосов».
- Цените его чаяния и надежды, поддерживайте реалистичные, связывая их исполнение с постоянным (не обязательно – пожизненным) лечением.
- По мере выздоровления Ваш близкий все меньше остается «ребенком» – дайте ему «вырасти», постепенно усложняя поручения, давая ему право выбора, не отчаиваясь при неудачах (повторах болезни) и снова пытаясь вместе двигаться вперед. Путь выздоровления – длинен, с отступлениями и маленькими победами, складывающимися в успех. Помните о группе самопомощи, где Ваш близкий может (с Вами) многому научиться, отвлечься. Там делают то, до чего пока не доходят руки психиатров. С помощью доктора (бригады реабилитационного центра) Вы должны выработать индивидуальный *неформальный* план реабилитации больного. Там важно прописать этапы продвижения пациента, необходимые для этого ресурсы ответственных (помимо Вас с пациентом) лиц. Важна реалистичная

позиция: не торопитесь и не топчитесь на месте. Ваш близкий покинул постель и ходит в бассейн – прекрасно; он понемногу обслуживает себя, заботится о младших, учится – отлично. Важно подготовить и других близких (передача эстафеты заботы от родителей к братьям и сестрам) к возможной роли опекуна больного, если выздоровление затягивается. Стремление больного жить одному (как хотят многие молодые) – одобряется индивидуально. В ряде случаев отделение больного облегчает бремя семьи, особенно там, где растут дети, живут старики. Если в бредовую систему включены *только* близкие, отделение – полумера; если бред иной – все проблемы больной перевезет на новое место. Одинокий больной-домовладелец – приманка для недобросовестных людей всех мастей. В любом случае надо обеспечить контроль жизни близкого (право на посещение) и неформальную поддержку. Важно, чтобы он не чувствовал себя отрезанным ломтем – зовите его в гости, напоминайте о семейных торжествах, празднуйте вместе его дни рождения. Ваш близкий в семье должен показать, что жить самостоятельно и отдельно он может. Экзамены по бытовым навыкам предстоит сдавать в семье. Психическое состояние должно быть стабильным, и у пациента должен быть навык осознанного приема лекарств и выявления ранних признаков рецидива, когда немедленно следует обратиться за помощью.

Потребности семей при возвращении больного шизофренией в общество:

- информация о шизофрении;
- обучение;
- неформальная поддержка друзей;
- бытовая и социальная поддержка;
- группы самопомощи (как «Новые возможности»);
- работа (учеба) для больного шизофренией; • связь с врачом; • чувство юмора; • поддержка.

Все члены семьи важны, но у каждого свои нужды. Необходимо эффективное совладание с болезнью в семье. Важен баланс заботы о близком и о себе. Если у опекающего больного шизофренией нет времени для себя, высок риск истощения и «выгорания». Привлеките к помощи друзей, врачей, духовника, активиста общества самопомощи по месту жительства.

Дистресс семьи. Вслед за активной фазой шизофрении сохраняется ряд симптомов. Больные шизофренией уединяются, погружены в болезненные фантазии, рассеяны, требуют побуждения, чтобы помыться, сонливый днем и бодрствуют ночью. Интерес и энергия угасают, бытовые навыки теряются. Такое поведение вызывает напряжение в семье. Необходимо постепенно вернуть ответственность больным шизофренией. Близким больных шизофренией придется учиться терпению: реальные ожидания не приводят к разочарованию.

Человеческие связи, поддержка – необходимы на пути выздоровления. Обычно больному шизофренией неуютно в присутствии посторонних в связи со страхом, недоверием, чувством «инакости». Поощряя и восстанавливая общение больного шизофренией (полистайте вместе телефонную книжку), Вы вместе работаете на улучшение. Участие в делах семьи помогает терпимости в общении с посторонними. Сила религиозного убеждения помогает членам семьи справляться со стрессом.

Семья. Совладание с шизофренией у членов семьи – разное. Так, дети и родители смущены. Испуганы, грубы или пристыжены. Родители винят себя и обременены заботой. Потребности сестер и братьев часто просматриваются. Как и родители, они порой чувствуют вину, страх тоже заболеть. Семейное консультирование поможет решить эти проблемы.

Супруги. Поддержка важна для благополучия больных шизофренией. Супруг больного шизофренией ищет поддержки и выражения эмоций. Разделение обязанностей – важный элемент связей и облегчает движение вперед. Если больной шизофренией не может быть наперсником, его супруг(а) ищет поддержку, возможно, в группе самопомощи. При постоянных трудностях требуется семейное консультирование.

Больной шизофренией в поиске своего места. Больной шизофренией часто ведет себя не в унисон с окружающими, не чувствует ситуацию, жестикулирует слишком быстро или медленно, чрезмерно откровенен или замкнут. Нужно поддерживать усилия больного шизофренией, направленные на то, чтобы восстановить, найти себя в жизни. Понимание того, что больной шизофренией делает что-то иначе, предупредит отклонение от «правильного пути» общения. На-

правляйте его тактично, терпеливо. По мере улучшения состояния будет легче.

Ссоры возможны в любой семье. Лучший путь преодолеть непонимание – выяснить мнение больного шизофренией. Не помогут нереальные требования без симпатии и со страхом.

Агрессивное поведение. Большинство больных шизофренией никому и никогда не причинит вреда. Скорее, они робки. Однако больные шизофренией могут угрожать окружающим в соответствии со своим бредом и галлюцинациями. Агрессия часто становится следствием представления больного шизофренией об угрозе со стороны окружающих, когда он чувствует себя в ловушке. Щадите его чувства. Не надоедайте, не придирайтесь по пустякам, не приближайтесь слишком близко в это время. При угрозах сохраняйте спокойствие и обеспечьте свою безопасность. Обратитесь к друзьям и соседям, по необходимости – в милицию. Врачей нужно оповещать, чтобы предупредить агрессию в будущем. Вы и больной шизофренией можете обучиться справляться с гневом и решать проблемы конструктивно. Нужно обсудить с врачом, как предупредить насилие в будущем, в том числе участвуя в образовательных программах семей, обучающих со-владанию и общению.

Депрессия и попытки самоубийства. Побуждайте больного близкого делиться сокровенным, в т. ч. безрадостными мыслями. Мысли о самоубийстве могут быть и признаком надвигающегося рецидива. К любым словам о самоубийстве близкий должен отнестись очень серьезно. При недоступности лечащего врача – вызвать дежурного психиатра или самостоятельно доставить больного шизофренией в больницу по месту жительства.

Вы можете «подлечить» свое невежество и страх, присущие обществу, фактами и своим примером – через признание, информированность и понимание.

Верстовые столбы выздоровления

*«Неважно, что вызывает болезнь,
важно, что ее устраняет».
Авл Корнелий Цельс*

Три составные части лечения шизофрении:

- лекарства уменьшают симптомы и предупреждают их возврат;
- обучение помогает больным шизофренией и их близким решать типовые проблемы, совладать со стрессом, симптомами шизофрении и ее последствиями;
- социальное восстановление помогает больным шизофренией вернуться в общество и продолжить (начать) работу и/или учебу.

Что ожидать от лечения. Ряд лекарств (в разных лечебных учреждениях он может быть более или менее ограничен) поможет Вам при *постоянном применении* справиться с симптомами, предупредить их возврат. Вы – полноправный участник выбора лечения (если только не госпитализированы недобровольно). Первыми пунктами выбора лечения служит его безопасность и хорошая переносимость. Возможно, придется поменять лекарство при его плохой переносимости и недостаточном действии. Помимо приема лекарств нужно решать и иные вопросы жизни с помощью психосоциального лечения. Результат лечения выше у пациентов, сотрудничающих со специалистами, поддержанных близкими, верящих в лечение и понимающих его как путь к выздоровлению.

Полюбите себя – помогите себе и своим близким.

Лекарства – «революция, ожидающая, когда на нее выпишут рецепт». Эре антипсихотиков в психиатрии более полувека. Типичные нейролептики (ТН) изменили и сами больницы, придав им человеческое лицо. Если услышать, о чем беседуют только вышедшие из надзорной палаты больные, кажется, что это беседа здоровых граждан. Результат действия нейролептиков (облегчение таких симптомов, как «голоса», бред) – связан с их невыборочным блокированием определенных нервных путей в головном мозгу. Этот же механизм действия объ-

ясняет побочные эффекты (так, безучастие и равнодушие – родовой признак нейролептиков и первого из них, известного нам как аминазин), зачастую делающих лечение горше самой болезни. Длительная терапия ТН в завышенных дозах поддерживает снижение активности и когнитивного функционирования больных шизофренией. Следующим этапом стало внедрение в психиатрическую практику 10-15 лет назад новых, или атипичных антипсихотиков (АА), избирательно действующих на рецепторы, которые облегчают, не хуже чем эталонные ТН, психотические и, по крайней мере, не усугубляют побочными действиями негативные и когнитивные симптомы. АА открыли новые горизонты и радикально изменили повседневную психиатрическую практику.

Депонированные формы ТН удобны для не соблюдающих режим лечения внебольничных больных шизофренией и для ряда других пациентов из соображений удобства, так как напоминают о болезни не 1-3 раза в день, а раз в 2-4 недели. Уже доступны инъекционные формы АА длительного действия, а также быстрорастворимые таблетки АА.

- У АА, столь же эффективных, как ТН, иной профиль нежелательных действий.
- Все АА связаны с меньшим риском неврологических побочных действий, чем ТН.
- *Отдельные* ТН и АА приводят к повышению веса у больных шизофренией.
- Нет существенной разницы в эффективности среди новых АА для *усредненного* пациента, но на уровне *реального* пациента – различия существенны.

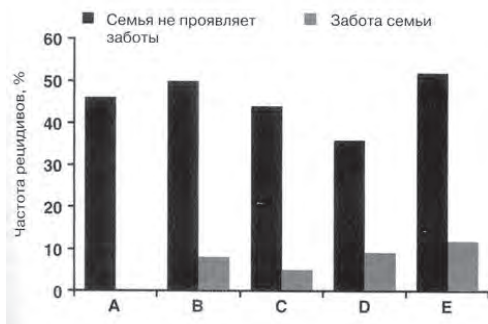
Не лекарством единым

Электросудорожная терапия (ЭСТ) эффективна (проводится обычно не более 10 сеансов 2-3 раза в неделю) при депрессивных и кататонических симптомах. Процедура безболезненна, но эффект ее кратковременен. В любом случае требуется продолжение лекарственного лечения.

Что такое психосоциальное лечение. Антипсихотики и, по необходимости, дополнительные лекарства помогают подавлению пси-

хотических и депрессивных симптомов шизофрении, вызывающих дистресс у больного и его окружающих. В меньшей степени они могут исправить поведение больного, если оно напрямую не связано с психотическими симптомами, облегчить негативные и когнитивные расстройства. Даже в ремиссии больной шизофренией может быть одиноким, беспомощным и не способным к работе (учебе). Шизофрения прервала на время его личностный рост. Психологические, социальные, задачи трудоустройства необходимо решать. Различные формы психосоциальной работы показали свою эффективность в деле возвращения больных шизофренией в общество. Ежедневно тысячи больных шизофренией и их близких торопятся в школу восстановления своей судьбы. Найдите и приходите в свой класс.

Обучение больных шизофренией и их семей. Шизофрения поражает ряд областей жизни. Эффективное лечение тоже обращено к различным проблемам, включая раннее распознавание симптомов рецидива, предупреждение рецидивов, снижение стрессов как факторов риска рецидивов. Больным шизофренией нужна информация о болезни, ее лечении и альтернативном лечении, побочных действиях лекарств и средствах их предупреждения, способах совладания с остаточными симптомами. Эффект лечения выше при терапевтическом союзе больного шизофренией с врачом и совместной выработке плана лечения, желательно, по месту его жительства. Больной шизофренией и его близкие разделяют с профессионалами ответственность за результаты лечения.



Влияние заботы семьи на риск рецидивов, по данным разных (A-E) авторов.

Поведенческая (бихевиоральная) терапия показана большинству больных. Вначале оценивают предвестники неправильного поведения и его последствия, которые можно изменить так, чтобы подобное поведение повторялось как можно реже. Устанавливают «награду» больному за правильное поведение. Открытая похвала и критика уважаемого больным близкого – помогает исправить поведение. Не следует недооценивать доброту к больному, даже если он слегка нарушает установленные в семье правила.

При **когнитивно-поведенческой терапии** (КПТ) специалисты оценивают симптомы и поведение, на которые будут воздействовать, изучают их предвестники и последствия, по возможности влияют на них, вместе с больным формулируют альтернативные объяснения симптомам. Оценивают затем изменения симптомов и поведения. При галлюцинациях используют методы сосредоточения или отвлечения внимания от них, вырабатывают навыки снятия стресса и уменьшения убежденности больного в их всемогуществе и всеведении. Пациенты, которые реагируют на «голоса» без обычного гнева или замкнутости, могут отчасти контролировать их. При совместном анализе обсуждают болезненное происхождение «голосов» с помощью, например, магнитофонной записи во время «голосов», больной шизофренией записывает ответы, которые можно проиграть снова, когда «голоса» тревожат. При бреде спор неэффективен, но можно видоизменить такие убеждения при обсуждении последствий для жизни пациента, вытекающих из бреда, как если бы он был правдой, и домашними заданиями проверять соответствие бреда реальности. Полезно смягчать гнев и тревогу, связанные с бредом.

Психосоциальное восстановление: возвращение в общество.

В последние годы цели восстановления изменились. Ранее акцент делался на возвращении больных шизофренией на работу. Сегодня подчеркивается ряд не менее важных целей реабилитации:

- смягчение симптомов при лекарственной терапии;
- смягчение отрицательных последствий шизофрении;
- улучшение социальных навыков пациента;
- увеличение семейной и социальной поддержки в областях трудоустройства, бытоустройства, возвращения в общество здоровых людей.

Утрата способности и желания самообслуживания, общения и навыков общежития у больных шизофренией усугубляет бремя семьи и общества. Как можно раньше необходимо начать активное восстановление близкого в больничных условиях. Вначале у больного выявляют утраченные навыки и предпринимаются попытки обучать его путем многократных тренировок. Для осуществления этого больным могут понадобиться инструкции о последовательности готовки пищи или стирки. Важно, чтобы пациент понимал, почему такая деятельность полезна, членам семьи его следует хвалить (по делу) и направлять. Работа под наблюдением повысит самооценку больного шизофренией при достижении пусть пока малой со стороны (но не для него) цели, но остерегайтесь эксплуатации. При выработке бытовых навыков пациент больше времени занят обычными полезными делами, меньше времени проводит в безделье или деятельности «как психически больной». Чрезмерная опека усугубляет несостоятельность больного. Следующими этапами восстановления служат возобновление социальных навыков (например, в группах общения) и поддерживаемое трудоустройство или обучение, особенно актуальные для молодого человека, у которого недуг прервал личностный рост. *Не менее 60% молодых инвалидов могут и должны учиться и работать в обычных условиях.* Важно просветить работников здравоохранения и образования, работодателей и СМИ относительно обязанностей, прав и результатов качественного лечения больных.

- Психосоциальная работа снижает риск повторного больничного лечения.
- Поддерживаемое трудоустройство помогает поиску и удержанию на работе в обычных условиях пациентов.

«Когда человек долго болеет, он становится более сведущим, чем сам врач, и начинает понимать свою болезнь, что не всегда случается даже с добросовестными врачами».

Оноре де Бальзак

Группы самопомощи пациентов и их близких (как Общероссийская общественная организация инвалидов «Новые возможности») – важный ресурс современной психиатрической помощи, эмоционально и делом поддерживают как «равного равным» лиц со сходными проблемами. Общество привлекает лиц с опытом выздоровления как соведущих психообразовательных занятий с профессионалами с упором

на управление болезнью и лечение, занимаются подготовкой к труду в собственных подразделениях (*книжка в Ваших руках сверстана в типографском кружке московского отделения «Новых возможностей»*), защищают права душевнобольных и их близких, в том числе на получение оптимального лечения, поддерживают развитие новых форм помощи (как общежития и реабилитационные центры), включаются в оценку психиатрической помощи, ратую за повышение ее качества. Все дела групп имеют антистигматизационный посыл. Общество самопомощи заполняет брешь между возможностями и зоной ответственности типовых психиатрических служб и реальными нуждами пациентов и их близких, но его деятельность в ряде регионов пока больше напоминает социальный клуб. Опыт психосоциальной работы с пациентами и их близкими указывает на ее долговременную эффективность, включая большую удовлетворенность повседневной психиатрической помощью за счет определения целей лечения, возможностей их достижения собственными силами и более продуктивного контакта с профессионалами. См. Приложение.

«Надежда – лучший врач из всех, какие мне известны».
Александр Дюма-отец

Поддерживающее лечение. Желательна простая схема приема лекарств в минимальной эффективной дозе однократно в сутки или в форме инъекции депо-препарата раз в 2-4 месяца. За больными следует наблюдать и опрашивать их относительно побочных эффектов (особенно таких, как неусидчивость, заторможенность, сонливость, половые проблемы и увеличение веса), приводящих к несоблюдению врачебных предписаний (см. Приложение). Побочные эффекты врач может облегчить снижением дозы препарата (но не все побочные эффекты связаны с дозой; нельзя снижать дозы препаратов самовольно во избежание ухудшения), заменой препарата на другой, например, АА, добавлением корректора. Как вариант – врач предложит обратиться к диетологу. У не менее чем 10% больных шизофренией после рецидива (обострения) без лекарств рецидив наступает ежемесячно. Тот же риск у больных, прекративших прием лекарств после нескольких лет успешной поддерживающей терапии. Прерывистое лечение, направленное на устранение первых симптомов грядущего рецидива, и «отдых от лекарств» не приносят успеха. Для предупреждения рецидивов (обострений) шизофрении пациенту и его близким следует соблюдать режим лекарственного и психосоциального лечения, согласованный с врачом. Ежегодный риск рецидивов при постоянном лекарственном лечении ниже втрое, чем без лекарств. Предстоит справляться с остаточными симптомами, нарушениями поведения. Своевременно выявлять поздние побочные действия лекарств и бороться с ними. Особенно к ним чувствительны выздоравливающие молодые люди (повышение веса, чреватое развитием, в свою очередь, сахарного диабета). В этой связи врач с Вашей помощью оценит потребность в восстановительных мероприятиях и их набор. Опасны психическим срывом заниженные и чрезмерные требования к больным шизофренией. *Лечение негативных симптомов.* Проявления больничного и внебольничного госпитализма («лазарет на дому») утяжеляют негативные симптомы. Больные шизофренией реагируют на добро и внимание, контактируют все охотнее с обученными и равнодушными близкими, персоналом, что уменьшает уплощенный аффект, социальную отгороженность. Периоды временного ухода за больным в особых учреждениях, чтобы близкие могли решить свои проблемы, проведение других реабилитационных мероприятий со-

ставили бы лучшую организационную стратегию для исправления негативных симптомов. Возможен антинегативный эффект АА (по крайней мере, они не углубляют негативные симптомы побочными действиями), облегчающий цели восстановления больных шизофренией. В половине семей больных чрезмерно выражены эмоции (критицизм, сверхвовлеченность в дела подопечного), которые повышают риск рецидивов на фоне неизменного лекарственного лечения до 50%, по сравнению с 20% при обычных эмоциях окружающих. Семейная терапия здесь весьма кстати. *Облегчение познавательных (когнитивных) расстройств* посредством упражнений с заданиями и проверками, при выполнении которых улучшаются (вырабатываются) интеллектуальные навыки. Увы, новые навыки не влияют на повседневное поведение и симптоматику шизофрении. Обучение социальным навыкам, ролевые игры и другие подобные методы реабилитации более полезны для улучшения продуктивной деятельности и памяти. Больным необходима поддержка, обучение навыкам «мирного сосуществования» с остаточными симптомами психоза.

Вопросы, вопросы...

- Взвесьте с врачом пользу и риск лекарственного лечения при беременности на основании доказанного риска-пользы продолжения приема лекарств.
- Вождение, право ношения оружия – в индивидуальном порядке по согласованию с врачом.
- Продлится лекарственное лечение столько, сколько будет напоминать о себе шизофрения. После первого приступа шизофрении поддерживающее лечение рекомендовано не менее года, после повторного – 5 лет; при хронической шизофрении (как при любой хронической болезни типа диабета) – возможно, предстоит лечиться всю жизнь. Современные правильно и «дружественно» подобранные лекарства не причиняют неудобств при длительном лечении. Постепенное прекращение лечения после достижения полного контроля симптомов не менее 1-2 лет под тщательным наблюдением врача, контролем близких и, конечно, самоконтроле может занять 1-2 года.

*«Надо бы пользоваться маленьким счастьем,
как больной постелью – для выздоровления».*
Фридрих Ницше

Как приблизить день выздоровления: не отказывайтесь от поддержки близких, ищите друзей и помощников; – включайтесь в группу самопомощи: там Вы встретите поборовших болезнь и их опытных близких (возможно, Вас ждут на соседней улице); – узнайте больше о Ваших психических проблемах, лечении и правах; – защитите свои потребности; – верните контроль над своей судьбой.

В поле зрения психиатра – наиболее тяжелые больные шизофренией, отнюдь не типичные. 1/2-2/3 больных улучшаются и/или выздоравливают, включая «хронических», выявляя лишь стертые симптомы без лечения и хорошо приспособленные в семье и/или на работе. Любой больной может выздороветь, а не только изначально «легкий» пациент. Врач не скрывает серьезности состояния, но говорит о долгом и нелегком совместном пути к выздоровлению. Надежда ускоряет выздоровление при любой болезни. Многосторонний биопсихосоциальный подход и совместные усилия пациента, его семьи, специалистов, других учреждений по месту жительства и естественной сети поддержки подчеркивает малые шаги вперед и уроки временных отступлений. Лечение направлено на избегание и контроль средовых стрессов. Важна переоценка, так как одна и та же структурированная среда организует и дезорганизует мозг и даже может стать психогенной, когда среда слишком организована.

Нельзя выздоровление доверить лишь лекарству и врачу – это кропотливый *совместный труд*. Современные лечебные мероприятия непременно включают *активное участие больного и его семьи в процессе выздоровления*.

Помехи выздоровлению

Понятны, от обратного, *препятствия выздоровлению*. Выздоровление отложено «наученной беспомощностью» больных шизофренией, пессимизмом специалистов, снимающих ответственность со своих подопечных. По мнению больных шизофренией и их близких, безнадежность, зависимость, потеря контроля над течением своей жизни и

обесценивание «Я» – тягостнее симптомов и «официального» ограничения жизнедеятельности (инвалидности).

Побочные действия (ПД) лекарств: у некоторых больных шизофренией они бывают. Они ухудшают соотношение риск/польза лекарства, вызывают дополнительные страдания, увеличивают нагрузку на семью в связи с несоблюдением режима терапии и, как следствие, повышением риска рецидивов шизофрении и повторных госпитализаций, снижением эффекта лечения; препятствуют восстановлению больных шизофренией, стигматизируют пациента и лечение, снижают его качество жизни.

Врач обсудит с больным шизофренией и его близким риск и преимущества продолжения или прекращения лечения, его изменения. Ведь у нового лекарства – новые нежелательные действия, и сам переход на новое лечение – время повышенной опасности рецидива шизофрении и нежелательных действий в связи с отменой привычного лекарства. Нет лекарства без ранних или отсроченных ПД, но их можно и нужно избегать и побеждать. Об их риске для данного пациента, способах предупреждения, раннего выявления, контроля, предупреждения и исправления врач расскажет и научит до начала лечения.

- Упоминание ПД во вкладыше упаковки лекарства не означает, что оно Вас непременно ждет. Люди по-разному реагируют на ПД (как и эффект одного лекарства у разных людей – разный) и по-разному восприимчивы к ним.
- При обсуждении лечения с врачом сообщите о плохой переносимости назначенных лекарств в прошлом у Вас и Ваших родственников, о сахарном диабете и сердечных заболеваниях в семье.
- Искусство врача в том, чтобы предложить Вам наиболее действенное лечение с минимальным риском ПД.
- Оценка тяжести ПД вытекает из их приемлемости для данного больного шизофренией, включая препятствия профессиональной и/или повседневной деятельности. Значимость отдельного ПД для отдельного больного часто не соответствует мнению врача (как повышение веса и половые проблемы у молодых, мелкое дрожание пальцев у музыканта). Хороший врач сопереживает пациенту («Не надо быть карасем, чтобы понять, каково ему на сковородке»). *Яп. пословица*). Решение о неприемлемости ПД принимает врач при обсуждении с больным и его близкими. Сопереживание – залог

терапевтического союза, взаимного доверия, когда ПД не кажутся неодолимыми.

- Ряд ПД лекарств связан с избыточной дозой («Разница между ядом и лекарством в дозировке». Цельс), нетерпеливым взвинчиванием доз, индивидуальной предрасположенностью пациента именно к этому ПД, сопутствующими заболеваниями, сочетанием с другими лекарствами (полифармация).
- ПД требуют немедленной переоценки состояния больного шизофренией и неотложного вмешательства. Нежелательные действия, в срочном порядке не исправленные, – признак низкого качества медицинской помощи. Лучше предупредить ПД, чем успешно их лечить. Так, психиатр ежемесячно измеряет окружность талии пациентов: *более 100 см у мужчин и более 90 см у женщин* – указывают на риск ожирения, врач спрашивает об аппетите и взвешивает больных (в первые три месяца терапии еженедельно или поручает это делать дома).
- Большинство побочных действий легко выражено, некоторые обходятся при снижении дозы лекарства (*не делайте это без ведома врача – самовольство может ухудшить ситуацию!*), со временем (и здесь оно лечит), с помощью дополнительных препаратов или изменения образа жизни, другие представляют серьезную проблему и заслуживают особого внимания.
- Врач поможет отличить ПД от симптомов самой болезни или последствий резкого перехода с одного лекарства на другое.

Заметные побочные действия антипсихотиков*

Пациент чувствует	Что скажет врач
дрожь	Экстрапирамидное расстройство: тремор
окоченение мышц	Экстрапирамидное расстройство: дистония
ненормальные движения тела	Экстрапирамидное расстройство: дискинезия
подергивания мышц шеи, языка, челюсти	Экстрапирамидное расстройство: поздняя дискинезия
внутреннее беспокойство с тревогой	Экстрапирамидное расстройство: акатизия
слабость, жажда, гнойничковые высыпания	Определит уровень сахара в крови для исключения сахарного диабета (важны дальнейшие анализы)
сухость во рту, запоры, расплывчатое зрение, задержка мочеиспускания	Антихолинергические нежелательные действия
сонливость в течение дня	Сомноленция, гиперседация
набухание груди, выделение молока, сексуальные нарушения	Симптомы гиперпролактинемии
повышение веса	Повышение веса

* Риск нежелательных действий отличен при выборе различных антипсихотиков (см. Приложение).

Оксана заболела перед дипломом. Инвалидность, лекарства помогали, но вес прибывал. Отчаянные перешивания юбок. Одинокие слезы. Бросить лечение и попасть в больницу? Поменять лекарство с, возможно, новыми неприятностями? Врач предложил иное. Каждое утро на высокой набережной Волги появлялась группа бегунов. Впереди трусил поджарый психиатр, следом поспешали его «кругленькие» пациенты. Спустя три года стройный дипломированный специалист Оксана бегала по тому же маршруту со слегка полноватым мужем. Пока он отстает, ведь на шее весело подпрыгивает их первенец. Течет река Волга...

Злокачественный нейролептический синдром (то есть сочетание симптомов), к счастью, нечастая (0,07-2% – разброс показывает трудности

диагностики), но *опасная для жизни аллергическая (?)* реакция. В 80% случаев развивается в течение первого месяца лечения и/или после резкого повышения и применения высоких доз *любых* нейролептиков (возможно, при выборе АА – риск меньше), внутримышечном введении, сочетании нейролептиков с отдельными антидепрессантами, при резкой отмене корректоров и нейролептиков. Чаще у возбужденных и обезвоженных больных (женщин до 40 лет) в течение 24-48 часов развиваются помрачение сознания с потрясающим ознобом при резких перепадах температуры (жар более 40°C), скачки кровяного давления, мышечное напряжение, судороги, усиленное потоотделение. *Неразвернутые формы часто просматриваются.* Необходимо срочно вызвать врача, необязательно – психиатра, и *госпитализировать* больного, желательно, в отделение интенсивной терапии. Доврачебная помощь близких: снижение температуры тела (жаропонижающие, лед на лоб, обтирания одеколоном или водкой). При раннем выявлении осложнения, временной отмены нейролептиков (иногда это достаточно) и правильном интенсивном лечении выздоровление в пределах двух недель. При лечении ДФН длительность осложнения увеличена. Важно обучить пациента достаточно пить и избегать физических нагрузок в жаркую погоду и не «отпугнуть» от продолжения лечения.

Полидипсия (П). До 90% больных с П страдают шизофренией. Чаще (75%) симптомы П при длительной (5-15 лет) шизофрении, плохой переносимости и малой эффективности антипсихотиков. П определить внимательному близкому больного несложно: 1) больные выпивают до 4-20 литров жидкости в день. Причин «многопития» больные не могут объяснить жаждой. П приводит к растяжению желудка, мочевого пузыря, возможны отеки, недержание мочи, нарушения сна при частых посещениях туалета; 2) П сопровождается выделением больших количеств светлой мочи; 3) *колебания веса* больных до 10%; 4) врач после Вашего описания П найдет снижение уровня натрия крови и удельного веса мочи. У некоторых больных развиваются апатия или возбуждение, рассеянность и забывчивость, депрессия или противоположное, маниакальное состояние, галлюцинаторно-бредовые расстройства, которые не информированный Вами врач (и здесь близкий больного – его «глаза») может расценить как обострение психоза и, по порочному кругу, повысить дозы лекарств, вызывающих П. Эпизоды водного отравления опасны для жизни. *Ранние симптомы во-*

дного отравления: головные боли, расплывчатость зрения, тошнота, слабость и сонливость, общее недомогание; в более тяжелых случаях: жар, сухость кожи, дрожь, судороги, слюнотечение, рвота, понос.

Что случилось с Артемом. Он выпивал вечерами до 12 литров воды за 1,5-2 часа. Перед эпизодом становился напряженно-злым и отталкивал мать со своего пути к крану. На пике водопития становился растерянным, спрашивал: «Кто, где я?». Затем становился благодушным. Ночами неоднократно вставал в туалет, нарушая сон домочадцев, но более не пил. Артем не связывал питье с жаждой или приказами «голосов», но – с внутренним гнетом, «скукой». На фоне постепенной отмены ТН с параллельным увеличением дозы одного из АА проявления П в течение месяца сошли на нет и более не возобновлялись.

Большинство побочных действий при современном лечении преходяще, переносимость лекарств со временем улучшается.

Несоблюдение лекарственного режима. Большинство больных шизофренией (как и любых хронически больных) уклоняется от правильного приема предписанных лекарств во многом в связи с непониманием их пользы и плохой переносимостью. Не более половины больных шизофренией в течение года получают хоть один курс лекарственного лечения, но треть «голосующих ногами» нуждаются в нем, претерпевая болезненные симптомы или ограничиваясь госпитализациями, часто недобровольными. До 60% больных шизофренией дома, по меньшей мере, эпизодически не соблюдают режим и схему лечения. Риск рецидивов можно сократить наполовину, если бы больные строго соблюдали врачебные назначения. *Причины несоблюдения лечебных рекомендаций* сходны с таковыми при психических болезнях: недостаток сведений (ложные представления) о болезни и ее лечении, часто при неудовлетворительном контакте с врачом; отрицание заболевания и его последствий (легковесное отношение), побочные действия лечения, *неприемлемые* для данного больного; сложная схема лекарственной терапии, забывчивость, затраты при приобретении за свой счет лекарств (больные шизофренией имеют право на бесплатное лечение, но часто это право «мертвое»), благополучное состояние («Боль – сторож лечения», – писал Гиппократ), страх вреда длительного лечения (боязнь «привыкания»), стигматизация; отсутствие контроля за лечением со стороны близких; незаинтересо-

ванность в эффекте лечения.

Стигма психического заболевания, появившись задолго до рождения психиатрии, препятствует успешному лечению и восстановлению больных. Неприязненное отношение к психически больным растет с детского сада. Взрослым «здоровым» (более 80%) неловко с психически больными; 70% – верят в непредсказуемую жестокость больных шизофренией. Исходы шизофрении особенно неблагоприятны при слабой социальной поддержке, но стигма обращает больного в «паршивую овцу» в семье, заставляет уединяться и бежать от помощи. Чувство стыда у больных берет верх, что ведет к утаиванию серьезных и мучительных симптомов. Близкие больных стигматизированы «за компанию». Они обычно винят себя, скрывают болезнь домочадца даже от родственников. Это препятствует выявлению и лечению шизофрении. Дискриминация ухудшает жизнь больного шизофренией, уменьшает средства, выделяемые на охрану психического здоровья, а также снижает приоритетность этих проблем. *Стереотипы* различий между «нормальным» и *стигматизированным* больным шизофренией – вопрос взгляда (как при расизме), а не реальности. Стереотипы приводят к социальному отторжению больных шизофренией. Недобросовестные СМИ обычно поддерживают стигму, а не выявляют враждебные мнения о психических болезнях и льют воду на мельницу сторонников изоляции «непредсказуемых преступников» («сбежавший из психушки шизофреник убил топором сына на глазах матери»). Достается и профессионалам: по телевизионным сериалам кочует продажный психиатр-садист. Вряд ли человек с психиатрическими проблемами поспешит после просмотра за помощью. Другая крайность: больных представляют «заслужившими сумасшествие». В кино и на телевидении смеются *над* психически нездоровыми персонажами, а не с ними («Смеется над стрелой, кто не был ранен». У. Шекспир).

Злоупотребление алкоголем и наркотиками препятствует эффективному лечению, снижает мотивацию к выздоровлению.

Остаточные психотические и негативные симптомы повышают риск рецидива. Они связаны с несоблюдением лекарственного режима, психотравмирующей ситуацией дома или за его стенами. Полезны когнитивная психотерапия, семейная терапия. Врач исключит другие причины «задержки» психоза, например, злоупотребление

психотропными препаратами (иной больной шизофренией избирательно принимает лишь циклодол, обостряющий психоз). Не более 10% больных шизофренией мало реагирует на лекарства. Близкие могут помочь: контролем за приемом лекарств, участием в семейной терапии, дневниками с указанием прошлого опыта лекарственной терапии и побочных действий лекарств. С учетом сопротивления «Я» психозу, совместная работа врача с пациентом по устранению симптомов более действенна, чем усилия специалиста по доказательству их ошибочности.

Выраженные симптомы обычно не совместимы с чувством удовлетворенности жизнью больных шизофренией (лишь в обыденном сознании душевнобольные – счастливы в мире грез) *и обычной роли в жизни*. Врач не назовет выздоровевшим человека без «голосов», но в дистрессе из-за «невротических» симптомов, таких как навязчивости, стигматизации болезнью и/или побочными действиями лечения. Просмотренная депрессия (более требующая поддерживающей психотерапии, нежели антидепрессантов) в связи с крушением надежд и завышенными ожиданиями чревата срывом реабилитационных усилий и риском «парадоксального» (на фоне симптоматического улучшения) самоубийства. Поэтому важны профилактика рецидивов шизофрении и продолжение усилий по углублению ремиссии и выработке навыков совладания с сохраняющимися пока симптомами.

Длительная шизофрения идет двумя путями: к выздоровлению или «дефекту» (хороший врач осторожно использует это слово). «Дефект» – сложное образование из малорастворимого *только* лекарствами ядра негативных симптомов и оболочки из психологической защиты пациента от воспринимаемого враждебным или (чаще) равнодушным миром здоровых. Длительная помощь «социальных костылей» может задержать выздоровление. Такой «протез», как пособие по инвалидности, может затянуть шизофрению, стигматизировать молодого больного шизофренией и подавить стремление к жизненным горизонтам. Хотя в психиатрии нет жестких стандартов, как в ортопедии (два месяца в коляске после перелома шейки бедра), врачи должны регулярно пересматривать трудовые рекомендации для молодых инвалидов, полезные или опасные. Необходима помощь семьи и семье больного шизофренией. Необходимо разграничить ● непрерывное развитие шизофрении, требующее в большей степени лекарств

с психосоциальными вмешательствами с более или менее высоким уровнем восстановления функционирования, и ● хроническое состояние, когда нужно воздействовать на формирующийся «дефект». Восстановление больные шизофренией начинают одновременно с началом лечения, оно и есть часть лечения. Хроническое течение при частичном улучшении позволяет больным шизофренией более или менее приспособиться к окружению. Хотя два типа развития шизофрении под влиянием различной помощи различны, у них сходно начало, и это маскирует опасность. В обоих случаях помощь заключается в фармакотерапии по состоянию пациента. Неподходящие лекарства способствуют развитию шизофрении по двум причинам: 1) несоблюдение режима лечения (в связи с побочными эффектами) повышает риск рецидива; 2) снижение бытового и социально-трудового функционирования больных шизофренией в связи с побочными действиями лекарств, препятствующими также и психосоциальной работе.

МИФЫ и ФАКТЫ о шизофрении

*«Невежество не столь далеко от истины,
как предрассудок».
Дени Дидро*

Мифы и предубеждения о шизофрении живучи и наследуются поколениями людей, вопреки прогрессу науки и цивилизации. Мифы о шизофрении разоружают клиницистов и их пациентов перед лицом болезни. Большинство людей и тех, кто знает о шизофрении не понаслышке, черпают сведения о шизофрении из средств массовой информации (СМИ), подаваемые обычно в сенсационном ключе («в мозгу найден центр шизофрении», «укол вылечивает шизофрению»). В отношении больных шизофренией многие люди, к сожалению, банальны (если банальность – широко распространенная истина) и пошлы (если пошлость – широко распространенная и общеизвестная ложь).

Миф: больной шизофренией – слабоумен.

Факт: шизофрении и умственная отсталость – разные состояния. Шизофрения развивается у любых людей, часто талантливых и творческих. Симптомы шизофрении – рассеянность и сложности абстрактного мышления, но они не затрагивают интеллект в целом.

Миф: шизофрения – очень редкая болезнь.

Факт: шизофрения встречается у 1% землян, среди них многие весьма успешны, распрощавшись с болезнью или сосуществуя с ней, не забывая лечение. В одних странах чаще, в других реже.

Миф: шизофрения вырастает из тяжелого детства.

Факт: на появление шизофрении не влияют воспитание, социально-экономическое положение семьи или религия. Шизофрения – результат нарушения обмена веществ в головном мозге, на что обстоятельства жизни ребенка повлиять не могут. Неблагоприятные условия могут усугубить или спровоцировать течение шизофрении.

Миф: шизофрения заразна.

Факт: нет. Увы, мудрость – тоже не заразна.

Миф: больная шизофренией рождает больного шизофренией.

Факт: если в Вашей семье есть больной шизофренией, нельзя говорить о 100% риске шизофрении. Риск шизофрении проявляется, как при раке или диабете. Больная шизофренией обычно рождает здорового ребенка.

Миф: существуют методы излечения от шизофрении.

Факт: лечение не позволяет окончательно избавить человека от этой болезни. Современные препараты позволяют в большинстве случаев контролировать симптомы без побочных действий и улучшить качество жизни больных и их близких.

Миф: больные шизофренией агрессивны.

Факт: больные шизофренией, скорее, *внешне* безразличны и тихи. По статистике, риск агрессии сходен со здоровыми.

Миф: шизофрения – следствие дурных поступков.

Факт: нет причин стыдиться шизофрении в семье. Страдать психически – то же самое, что болеть диабетом, язвенной болезнью или другим хроническим заболеванием.

Миф: шизофрения – признак моральной слабости, каприза.

Факт: можете ли Вы сами «обуздать» аппендицит, усилием воли срастить кость или избавиться от бородавки? Больной шизофренией НЕ – бездельник. Снижение энергии – симптом шизофрении; он лечится лекарствами, досугами, посильной работой.

Миф: шизофрения – признак гениальности.

Факт: ход мысли больного шизофренией отличается нестандартностью, порой и оригинальностью. Однако далеко не все больные шизофренией, как и здоровые, даже талантливы. Больные шизофренией

в чем-то избранные, в чем-то ущемленные и страдающие. Проблема «гениальности и безумия» не нова. В фильме «Доказательство» гениальный математик становится беспомощным графоманом, уклоняясь от лечения, а другой больной («Игры разума») успешно читает лекции, отодвинув лекарствами от себя галлюцинаторные образы.

Миф: Все больные шизофренией – инвалиды.

Факт: диагноз шизофрении не повод для отстранения человека от работы или отказа в ней. Больные шизофренией в состоянии выполнять служебные обязанности. Работа материально и морально поддерживает человека и ускоряет восстановление после приступа, повышает самооужание больного, подтверждает заинтересованность в нем общества.

Миф: больные шизофренией не могут понять смысл лечения.

Факт: большинство больных шизофренией готово лечиться, хотя на начальных стадиях болезни человеку трудно принять свою болезнь. Способность человека принимать решения относительно собственного лечения повышается, если близкие заинтересованы в нем, одобряют и поддерживают его решения.

Миф: болеть шизофренией – иметь расщепленную личность, как у доктора Джекила и мистера Хайда.

Факт: нет. Расщепление личности связано с очень редким психическим расстройством. Застенчивая и неловкая машинистка периодами превращается в оболстительную искательницу развлечений. Такие люди склонны называться различными именами (см. фильм производства США «Цвет ночи» или хичкоковский «Психо»).

Миф: внебольничное лечение больных шизофренией увеличивает нагрузку на семью.

Факт: если больной шизофренией дома, уход за ним создает дополнительные трудности для его близких. Нагрузка на семью – как при больничном лечении.

Миф: к психиатрическим препаратам можно привыкнуть, как к наркотику.

Факт: отчасти. Антипсихотики не вызывают приятных ощущений (эйфории), а предохраняют от неприятных; зависимость не возникает даже при многолетнем применении, но иногда требуется подъем дозы в связи с малоизученным механизмом физиологического привыкания к препарату. Но может быть психологическая зависимость к ряду препаратов, уже не нужных пациенту. Возможно злоупотребление корректорами и транквилизаторами, особенно у склонных к злоупотреблению психоактивными веществами.

Миф: антипсихотики контролируют мышление и служат «химической смирительной рубашкой».

Факт: антипсихотики в правильных дозах не мешают свободному волеизъявлению больных шизофренией, служа фильтром помехам ясному мышлению и осознанным поступкам в виде возбуждения, «голосов».

Миф: шизофрения – способ убежать от реальности.

Факт: не новы идеи, что природа парадоксально ищет новые пути развития. Шизофрения – болезнь (от слова боль), так как это отклонение от статистически определенной нормы (как снижение гемоглобина в крови), то есть его изменение называется болезнью (анемией). Наши психические функции имеют определенные параметры, которые могут измеряться различными способами (начиная с психологических, нейропсихологических, биохимических и др., вплоть до электрометрических). Кроме того, это болезнь, поскольку это страдание, люди нуждаются в помощи. И, в социальном смысле, шизофрения – болезнь, которая снижает возможности человека мыслящего, трудящегося.

Миф: психиатрические лекарства «зомбируют» человека, служат «химической смирительной рубашкой».

Факт: успокоительные средства нередко заменяют больничную палату возбужденным больным, они действуют на чуждые здоровому человеку и мешающие обычной жизни симптомы психоза, то есть, они

помогают больному жить в мире с миром.

Миф: шизофрения – отравление организма, нужно больше есть витаминов и пищевых добавок, «очищать организм».

Факт: предположение, что шизофрения – суть отравления головного мозга ядами из, например, кишечника и поэтому полезны клизмы, не подтверждено практикой и забыто лет 70 назад.

Главное о главном

*«ЖИЗНЬ – это возможность, используйте ее.
ЖИЗНЬ – это красота, восхищайтесь ею.
ЖИЗНЬ – это блаженство, вкусите его.
ЖИЗНЬ – это мечта, осуществите ее.
ЖИЗНЬ – это вызов, примите его.
ЖИЗНЬ – это долг, исполните его.
ЖИЗНЬ – это игра, сыграйте в нее.
ЖИЗНЬ – это богатство, дорожите им.
ЖИЗНЬ – это любовь, наслаждайтесь ею.
ЖИЗНЬ – это тайна, познайте ее.
ЖИЗНЬ – это шанс, воспользуйтесь им.
ЖИЗНЬ – это горе, превозможите его.
ЖИЗНЬ – это борьба, выдержите ее.
ЖИЗНЬ – это приключение, решитесь на него.
ЖИЗНЬ – это трагедия, преодолите ее.
ЖИЗНЬ – это счастье, сотворите его.
ЖИЗНЬ слишком прекрасна – не губите ее.
ЖИЗНЬ – это жизнь, боритесь за нее».*

Мать Тереза

- При шизофрении человек периодически (или однократно) теряет связь с реальностью, испытывая бред и галлюцинации. В результате человек ведет себя необычно.
- Пока нет излечивающего шизофрению лекарства (как антибиотика при воспалении легких), но длительное лечение помогает контролировать симптомы (как инсулин при сахарном диабете).
- Лечение имеет побочные эффекты; их надо обсудить с врачом и тоже лечить.
- Шизофрению нужно лечить, чем раньше – тем лучше. Один из четырех больных шизофренией полностью выздоравливает в течение первых пяти лет лечения. У остальных – симптомы можно ослабить лечением и достичь благополучия в разных областях жизни.
- Диагноз шизофрении не исключает жизненных достижений. Большинство больных шизофренией живет полной содержательной жизнью при поддержке лекарств и близких. По мере выздоровления – они становятся надежной опорой семьи.
- Уклонение от регулярного лечения отдаляет выздоровление.

- Найдите «своего» врача, «свое» лекарство, помогите себе и своему ближнему. Помощь, вопреки усталости и временному отчаянию, в ремонте жизни больных шизофренией вознаградится его успехами (научитесь видеть их и радоваться вместе).
- Стигма приводит к дискриминации, обостряющей проблемы больного шизофренией и его семьи, ограничивает ресурсы помощи, возможности занятости, социальных связей, в свою очередь, усиливающие стигму шизофрении.

Современная всеобъемлющая помощь при шизофрении включает • безопасную и эффективную лекарственную (ведущее значение антипсихотиков с присоединением по необходимости антидепрессантов и других препаратов) и нелекарственную терапию (как ЭСТ) в сочетании с • психосоциальной работой (обучением и поддержкой) с больным шизофренией и его семьей на всех этапах лечения, привязанной к их реальным и изменчивым потребностям.

Необходимым условием успеха такого *биопсихосоциального* лечения служат сотрудничество и обучение пациентов и их близких. • Решение многообразных проблем шизофрении и ее последствий желательно при бригадном многопрофессиональном (согласованная работа психиатров, клинических психологов, социальных работников) и межведомственном подходе (с привлечением активистов общественных организаций, работников центров занятости населения, добровольцев). • Целью всех усилий становится снижение бремени шизофрении на больного и его близких, в конечном счете, на общество в целом, через социальное восстановление и выздоровление большинства пациентов. • Значительные возможности лечения и восстановления пока не достаточно использованы в повседневной психиатрической практике.

Список знакомых и незнакомых слов

«Термины – заговор против дилетантов».
Бернард Шоу

Амбулаторный пациент – лечащийся вне больницы и дневного стационара.

Ангедония – неспособность радоваться тому, что приносило удовольствие ранее.

Антипсихотические лекарства (антипсихотики, нейролептики) – группа препаратов для лечения любых психозов (нет особого – для шизофрении). Включают «типичные» (старые, традиционные) и «атипичные» (нового поколения).

Апатия – полное безразличие к себе и окружающему миру. Возможно, симптом депрессии.

Астения – стойкое (не проходящее при отдыхе) утомление, истощение физических и психических сил.

Атипичные антипсихотики – имеют меньший риск неврологических (врач скажет: *экстрапирамидных*) расстройств по сравнению с типичными нейролептиками. Препараты первого выбора при лечении шизофрении. Более новые антипсихотики, включая амисульприд, оланзапин, кветиапин, рисперидон, сертиндол, зотепин, может быть, лучше переносятся, со сниженным риском ЭПР и гиперпролактинемии. Применение клозапина ограничено резистентной шизофренией и не переносящими ТН пациентами.

Аффект – сильное переживание (гнев, тревога).

Бихевиоральная психотерапия – см. поведенческая терапия.

Близкие в книге: не только родственники, но все, принимающие участие в судьбе больного человека (его лечении и поддержке, восстановлении и росте), не будучи профессионалами (добрые соседи, внимательные сослуживцы, список должен быть продолжен). Важнейший

ресурс выздоровления.

Болезнь – «стесненная в своих возможностях жизнь» (Ф. Энгельс) – начинается, когда ухудшаются бытовые и социальные возможности человека и (у молодых) возможности его роста. Следующий шаг после понимания болезни врачом, *больными* и его *близкими* – *лечение*.

Больной – не здоровый. В книге – человек с определенными врачом психическими проблемами в виде шизофрении. Понимание себя *больным* – необязательно для согласия на помощь специалиста, достаточно – понимание необходимости помощи.

Бред – ложное (не соответствующее действительности) утверждение, не поддающееся разубеждению (бред не переспоришь). Типичный симптом *психоза*.

Выздоровление – состояние благополучия, полноты социальной жизни. Возможно при сохранении остаточных симптомов болезни, «мирно сосуществующих» с человеком. Реальная цель психиатрии для *большинства пациентов*. Четверть больных шизофренией выздоравливают на всю жизнь после первого приступа. Для остальных – дорога длиннее и труднее.

Галлюцинации (обманы чувств) – обман чувств без внешнего раздражителя. Типичный симптом *психоза*. Для больного они (как и *бред*) не ложные, но часть его мира болезни.

Ген, находясь в *хромосоме*, регулирует определенную функцию тела, развитие мозга.

Генерическое (*торговое*) *название лекарства* – имя препарата, присвоенное фирмой-производителем.

Госпитализм – искажение поведения больного шизофренией в условиях длительного повышенного контроля, опеки, заниженных требований и вынужденного безделья – замкнутость, пассивность, беспомощность. Успешно развивается и в домашней «теплице» или защищенных условиях лечебно-трудовых мастерских при монотонном механическом труде за похлебку. Ср. с *негативными симптомами*.

Депонированный (пролонгированный) препарат – инъекции (внутримышечные) длительного (2-4 недели) действия. Позволяет не принимать то же лекарство в таблетках ежедневно. Препарат выбора для внебольничных больных шизофренией, отказывающихся от *поддерживающего* лечения или нарушающих режим лечения (см. *комплаенс*).

Депрессия – стойкое снижение *настроения*. Тень любой депрессии – риск самоубийства. Распространенный (у не менее 50%), но плохо выявляемый симптом вне связи со «стажем» шизофрении. Часта атипичная депрессия, проявляемая вялостью, безынициативностью, рассеянностью, нарушениями сна и аппетита, без осознаваемого большим снижением настроения, подавленности, чувства вины (больные шизофренией склонны винить обстоятельства и близких).

Диагноз – уточненное врачебное заключение о наличии определенного заболевания. *Диагноз шизофрении* – право и дело только *психиатра*.

Дистония острая – болезненный мышечный спазм с затрудненным дыханием, высовыванием языка, сопровождающийся страхом. Развивается внезапно, через несколько часов после приема нейролептиков, чаще у молодых больных шизофренией.

Доза минимальная терапевтическая (поддерживающая) – контролирующая симптомы шизофрении при минимальных побочных действиях.

Дофамин – активное вещество в головном мозге, играющее роль в чувстве удовольствия, эмоциях. Возможно, *позитивные симптомы* шизофрении связаны с повышением уровня дофамина, снижение – *негативными*. Большинство *антипсихотиков* нормализуют уровень дофамина.

Злокачественный нейролептический синдром нечастая (0,07-2%), но опасная для жизни *аллергическая (?)* реакция. В 80% случаев в течение первого месяца лечения или после резкого повышения и применения высоких доз *любых* нейролептиков (возможно, при выборе АА – риск меньше). При раннем выявлении осложнения и правильном лечении в *стационаре* выздоровление в пределах двух недель.

Качество жизни – восприятие больными своего положения в жизни в связи с их целями, ожиданиями и заботами. Со стороны качество жизни может быть иным. Повышение качества жизни *больного* и его *близких* – основная цель психиатрии. При низком качестве жизни – нет *выздоровления*.

Когнитивная терапия – в отличие от *поведенческой* терапии направлена на изменение мыслей и чувств (ведь человек не действует бездумно, пусть и логика его искажена болезнью), которые ведут к «неправильному» поведению.

Когнитивные (познавательные) нарушения – мешают быть человеком мыслящим, думающим, обучаемым, производящим. Восстановление этих нарушений – путь к социальному *выздоровлению*.

Когнитивно-поведенческая психотерапия – гибрид *когнитивной* и *поведенческой* терапии.

Компьютерная томография (КТ) безболезненна, не требует особой подготовки пациента; выявляет мозговые структурные изменения, иногда сопровождающие шизофрению и другие психические расстройства. Ее результаты имеют малое клиническое и диагностическое, но больше научное значение, подтверждающее органическую природу психических расстройств.

Корректоры – лекарства, облегчающие неврологические (экстрапирамидные) нежелательные действия нейролептиков. Имеют, в свою очередь, нежелательные действия при постоянном использовании, в частности привыкание и нарушения *когниции*.

Крепелин Эмиль (1856-1926): немецкий психиатр, описавший «раннее слабоумие», затем названное *шизофренией*. При пугающем названии, указывающем на молодой возраст большинства пациентов и *негативные и когнитивные симптомы* (врач имел дело с самыми тяжелыми, госпитальными больными, естественно, не владел современным арсеналом лечения), полное и частичное *выздоровление* не исключалось у значительной части больных.

Критика (инсайт) – понимание человеком болезненной природы его

переживаний (в прошлом и настоящем), их природы, необходимости лечения (в настоящем и будущем – при оценке риска его обрыва). Понимание больным шизофренией наличия симптомов как части *психического расстройства*, необходимости лечения их, продолжения лечения во избежание *рецидива*. Сама по себе критика не «излечивает» шизофрению, но нужна для осознанного лечения как пути к *выздоровлению*.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – относительно новая безопасная техника изучения функций и структуры головного мозга. В отличие от *компьютерной томографии* показывает области мозга в различных проекциях. Используется для изучения шизофрении, но не в медицинских (диагностических, лечебных) целях.

Навязчивости – мысли, действия, желания, навязываемые больному, независимо от его воли и ощущаемые им как чуждые. Так, стереотипное (повторяющееся) поведение: мытье рук, раскладывание вещей по порядку, счет как «временный забор» против тревоги.

Настроение – преобладающее расположение духа (болезненно пониженное при депрессии, повышенное при мании).

Неблагоприятное (побочное – с точки зрения пациента) действие или реакция на лекарства – не имеет лечебного значения, но снижает готовность придерживаться лечения у больного шизофренией и усугубляет бремя шизофрении. Любое побочное действие, оставленное без внимания лечащего врача, – «симптом» низкого качества его практики.

Невроз – эмоциональное расстройство, при котором также нарушаются поведение и мысли пациента, он страдает, но нет симптомов *психоза*, а поведение обычно социально приемлемо.

Неврологические нежелательные действия (экстрапирамидные) – насильственные движения: дрожь, тряска тела, подергивание, скованность мышц. Выше риск при применении *типичных нейролептиков*.

Негативные симптомы шизофрении – проявления обычного поведения и эмоций утрачиваются в той или иной мере: ограничение и

побледнение эмоций, неспособность начать и завершить основные задания, потеря интереса к жизни и ее радостям. «Ответственны» за длительную беспомощность и социальную несостоятельность больных шизофренией. Лечение типичными нейролептиками малоэффективно. Отличать от *депрессии* и *побочных действий* лекарств.

Нейролептики (буквально улавливающие нерв) – см. *антипсихотики*, основные лекарства при шизофрении.

Нейролептики типичные – лекарства, эффективные при лечении *психотических (позитивных) симптомов* шизофрении и для предупреждения ее новых приступов (*поддерживающее лечение*). Малоэффективны при лечении негативных и когнитивных симптомов.

Неусидчивость (врач скажет – *акатизия*) – неврологическое нежелательное действие лекарств: состояние двигательного беспокойства, сопровождаемого тревогой и возбуждением. Фактор риска самоубийства.

Обострение – усиление сохраняющихся симптомов, возможное появление новых, вероятно, более выраженных. Свойственно непрерывно текущей шизофрении. Требуется дополнительных мероприятий (более частое наблюдение, повышение дозы лекарств). См. *рецидив*.

Паркинсонизм – группа неврологических симптомов (синдром): снижение мышечной активности, дрожь и мышечная скованность.

Поведенческая (бихевиоральная) терапия – основана на обучении и идее: неважно, что в твоей душе, главное – как ты себя ведешь. Помогает совладать с симптомами шизофрении и вести себя правильно («эффективно») в болезни. Подсознательные процессы (сны) не играют роли.

Поддерживающее (противорецидивное) лечение – важнейший шаг в лечении шизофрении, снижает риск повторения приступов. Длительность – не менее года, при *хронической шизофрении* – не менее 5 лет. Части больных шизофренией предстоит лечиться дольше.

Поздняя дискинезия – нежелательное действие антипсихотиков при

длительном лечении: насильственные движения губ, челюсти, языка и мышц лица, иногда конечностей и туловища. Чаще – легкие, и пациент (но не окружающие) не обращает на них внимание.

Позитивные (продуктивные) симптомы («привесок» болезни к обычному состоянию) – группа симптомов шизофрении, включая *бред и галлюцинации, возбуждение*. Нарушают поведение больного шизофренией. Хорошо поддаются лечению.

Приступ – в данной книге – объединяет понятия *рецидива* (см.) и *обострения* (см.).

Полидипсия. Ведущий симптом – болезненно усиленная жажда. Больные пьют 4-20 литров в день. *Ранние симптомы водного отравления*: головные боли, расплывчатость зрения, тошнота, слабость и сонливость, общее недомогание; в более тяжелых случаях: жар, сухость кожи, дрожь, судороги, слюнотечение, рвота, понос. Следует учитывать риск водного отравления у всех психических больных с нарушениями сознания и судорожными припадками.

Прогноз – предсказание вероятного течения заболевания. Может быть улучшен благоприятным отношением (неформальной поддержкой) окружающих *близких* и *подходящим лечением*.

Продромальный (предболезненный) период – изменение поведения и появление невыраженных симптомов, как предвестников разгара психоза. Определяется только задним числом. Указанные проявления не обязательно влекут за собой психоз.

Психиатр – обученный *психиатрии* врач. Имеет разрешение на практику (сертификат). Ср. с *психолог*.

Психиатрическая сестра – обученная психиатрии медсестра, имеющая опыт взаимодействия с психиатрическими пациентами.

Психиатрия – отрасль медицины, имеющая дело с природой, *диагнозом*, лечением и предупреждением *психических расстройств*.

Психические расстройства – широкий ряд психиатрических и пове-

денческих проявлений нарушений работы головного мозга.

Психоанализ введен Зигмундом Фрейдом – вскрытие и объяснение сновидений, детских неприятностей для решения настоящих проблем пациентов.

Психоз – тяжелое психическое расстройство с нарушением понимания и контакта с действительностью и собственной личностью (своего «Я») из-за неспособности больного различать реальный и нереальный опыт и действовать правильно в ситуациях в повседневной жизни; обычно сопровождается *галлюцинациями и бредом*, нарушением социального и бытового функционирования. Типичен для *острой шизофрении*. Может быть кратковременным и длительным (хроническим).

Психолог клинический проводит *психотерапию*, но не назначает лекарства. Ср. с *психиатр*.

Психообразование – особая форма образования, разработанная как часть плана лечения, чтобы помочь больному шизофренией получить четкие и краткие сведения о своем состоянии, лечении и как решать проблемы, узнать и освоить пути совладания с расстройством и его последствиями.

Психотерапия – нелекарственное *лечение* психических проблем при индивидуальной или групповой беседе больного с *психиатром* или *психологом*. Часто сочетается с лекарственной терапией (фармакотерапией).

Психотропные препараты – лекарства для лечения психических расстройств. «Специального» лекарства против шизофрении пока нет.

Реабилитация – любые мероприятия, помогающие восстановлению функционирования и положения больного шизофренией в обществе, позволяющие ему жить самостоятельно. Граница с *лечением* условна.

Резистентная шизофрения – неудовлетворительное клиническое улучшение вопреки использованию рекомендуемых доз нейролептиков в течение 6-8 недель не менее чем двумя нейролептиками, один

из которых атипичный.

Ремиссия – полное или частичное послабление позитивных и негативных симптомов шизофрении. Может быть терапевтической (зависимой от лекарств и поддерживаемой ими) или вследствие природного обращения недуга вспять (в любой болезни заложено начало *выздоровления*). Лечение ускоряет *выздоровление*.

Рецидив (повторение) – возобновление симптомов шизофрении после затишья (отсутствия симптомов психоза) той или иной длительности. Встречается при эпизодической (прежнее название – шубообразной) шизофрении.

Риск заболеть определенной болезнью (например, шизофренией). Непостоянный в течение жизни, может быть снижен особыми мероприятиями.

Самопомощь – поведенческое обязательство сохранить здоровье, предотвратить болезнь, лечить или совладать с болезнью.

Самопомощи группа – больные шизофренией и их близкие, объединенные намерением улучшить свою жизнь, снизить бремя расстройства через обсуждение соответствующих проблем и целенаправленную активность. Возглавляется одним из ее членов, а не специалистом, как в *психотерапевтической* группе. Пример: Общероссийская общественная организация инвалидов «Новые возможности» (см. *приложение*).

Симптом – признак, показатель болезни, мишень лечения. Обычно вызывает *дистресс* и ухудшение выполнения социальных и/или бытовых обязанностей человека.

Соблюдение режима лечения (врач скажет: *комплаенс*) – осознанный прием лекарств в дозировке, по схеме и длительности, согласованными с лечащим врачом.

Социальный работник (специалист по социальной работе) – специально обученный человек для индивидуальной помощи в социальной жизни. Занимается консультациями пациентов и их семей, имея

дело с различными социальными и/или эмоциональными вопросами в результате болезни.

Стигма (здесь) – отрицательно-пренебрежительное или недоверчивое отношение «здорового большинства» к людям с психическими проблемами, что приводит к их социальной изоляции (отторжению) и отказу от лечения. Стигма касается больного, его близких и профессионалов в области охраны психического здоровья.

Типичный нейролептик – см. *нейролептик типичный*.

Трудовая терапия (терапия занятостью) – привлекает пациента к разнообразному творчеству (в арт-мастерских, самодеятельном театре, литературном кружке) или повседневной работе (уборка помещения).

Трудоустройство поддерживаемое – обычно в защищенных (специально созданных) стенах лечебно-трудовых (промышленных) мастерских при психиатрических больницах, психоневрологических диспансерах под наблюдением трудинструкторов. Не более 0,5% больных шизофренией в настоящее время работает в таких условиях. Предподготовку к обычному труду больные шизофренией проходят и в кружках *групп самопомощи*.

Хромосома одна из 48 (половина от мамы и половина от папы), нитеобразная структура в ядре клетки, передающая наследственную информацию.

Шизофрения – психическое расстройство, проявляющееся позитивными, негативными и когнитивными *симптомами* (см.). Название предложено более века назад основателем научной психиатрии Е. Блейлером и буквально означает (с греческого) «расщепление чувств, понимания», что путает и пугает. Хотя строгое определение шизофрении – предмет обсуждения профессионалов, доказано, что шизофрения – временное расстройство мозговой деятельности. Лечится сочетанными лекарственными и *психосоциальными* методами.

Шизофрения острая – *приступ* шизофрении, при котором *симптомы психоза* наиболее выражены.

Шизофрения хроническая – представлена длительно существующими (более 6 мес.) симптомами.

Шизофреногенная мать – ложное и устаревшее убеждение, что мать «виновна» в возникновении шизофрении у своих детей. В рамках бреда такое убеждение возможно у больного шизофренией.

Электросудорожная терапия (ЭСТ) – вид нелекарственной терапии при некоторых формах и симптомах шизофрении. В современных условиях безопасна и безболезненна.

Приложения

Юридический ликбез

Правовые вопросы психиатрической помощи. Закон «*О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании*» (1993 г.) предусматривает защиту прав психически больных, включая право на гарантированную высококачественную лекарственную и психосоциальную помощь в лечебных учреждениях разного типа. Регламентированы порядок оказания добровольной и недобровольной помощи, описаны права стационарных больных, порядок и сроки обжалования действий работников психиатрических служб, определен круг лиц и учреждений, которые могут подавать жалобу в суд, в вышестоящий орган или прокурору. Закон предусматривает и защиту общества от опасных действий больных и защиту интересов медработников. В статьях закона определено понятие врачебной тайны и необходимость ее сохранения, освещены условия психиатрического освидетельствования с согласия больного и без его согласия. Важно положение о добровольности госпитализации, о двух видах амбулаторной психиатрической помощи: консультативно-лечебной и диспансерном *наблюдении* (пришедшем на смену пресловутому *учету в ПНД*). Не реализуется право на получение больными в полном объеме всех видов психиатрической помощи, особенно обеспечение психотропными препаратами нового поколения и психосоциальными лечебно-реабилитационными мероприятиями.

Недобровольная психиатрическая помощь – **вынужденная** в психиатрии норма. При недобровольном освидетельствовании **больного** в психозе обязательна **судебная** процедура. Если нужно, чтобы Н. положили в больницу или признали психически больным, близкие, соседи, сослуживцы пишут заявление участковому психиатру о том, что у Н. такие-то проявления, которые *могут* указывать на психическое расстройство. Психиатр руководствуется **критериями закона**: 1) опасность для себя и/или окружающих или пассивная опасность, когда 2) больной не может удовлетворять самостоятельно свои основные жизненные потребности и 3) если несвоевременно оказать психиатрическую помощь, то это приведет к ухудшению болезненного состояния. Если человека привезли в психиатрическую больницу, где он уже был, где ему всё знакомо, он может дать согласие на госпи-

тализацию и тогда он госпитализируется добровольно. Если нет, то в **течение 48 часов** его должна осмотреть **комиссия** и, если комиссия признает необходимость недобровольной госпитализации, то она в **течение суток должна направить заключение в суд. Суд должен в течение пяти суток решить этот вопрос.** Судья приезжает в больницу, встречается с пациентом. Если убеждается, что нет нарушений прав пациента, выносит постановление о необходимости недобровольной госпитализации. **Ежемесячно** необходимость в недобровольной госпитализации должна быть подтверждена в течение **шести** месяцев и затем каждый год (в редких случаях). Недобровольная госпитализация больного в возрасте **до 15 лет проводится с согласия родителей, усыновителей или опекунов.** Дети должны осматриваться, как и взрослые, при недобровольной госпитализации **комиссией в течение 48 часов.** Если комиссия нашла основания для госпитализации, то каждый месяц пациента осматривают, как и взрослого, но только без обращения в суд, т. к. юридически эта госпитализация считается добровольной.

У пациентов **психиатрических** больниц по закону есть право звонить по телефону и сообщать родным о своем состоянии. Пациенты имеют право на прогулки. В региональных отделениях «Новых возможностей» надо **брать под контроль** выполнение правовых норм, в том числе недобровольные освидетельствование и госпитализацию. Человек должен быть защищен от неправомерной госпитализации судом. С **врачами надо не конфликтовать**, а взаимодействовать, напоминать им о правовых нормах. Например, о том, что в приемном покое стационара должны быть представлены на видном месте права пациентов стационара, расписание работы учреждения, время посещения пациентов и передач.

Признание гражданина недееспособным (ст. 29 ГК РФ) вследствие психического расстройства означает, что он не может понимать значения своих действий и руководить ими. Над ним устанавливается опека. Согласно ГПК РФ (ст. 281-285), обязательна судебно-психиатрическая экспертиза. Дело о признании гражданина недееспособным может быть возбуждено по заявлению близких (родителей, детей, братьев, сестер), органа опеки и попечительства, психиатрического учреждения. Гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в суд, если это

возможно по состоянию его здоровья (ст. 284 ГПК РФ). Невозможность участия в судебном заседании должна определяться лишь в исключительных случаях, при выраженном слабоумии или неблагоприятном течении психоза. Лишение дееспособности защищает страдающих психическими расстройствами, например, при совершении имущественных сделок, но лишает права распоряжаться имуществом, отказаться от психоневрологического интерната. Закон допускает восстановление дееспособности (ч. 3 ст. 29 ГК РФ) при стойком улучшении психического расстройства и социального функционирования.

Практические предложения

Чтобы помочь больному шизофренией и его семье в их ежедневной борьбе с недугом, необходимо обучать их, сообщать о ресурсах лечения и самопомощи, их роли в деле выздоровления.

Важно повысить доступность современных лекарств и психосоциальной помощи с доказанной эффективностью в повседневной психиатрической практике.

Государство должно обеспечить программы поддерживаемого труда (учебы) для больных шизофренией с учетом значительного социального бремени болезни.

Необходимо повышать осведомленность общества и СМИ в рамках широкой антистигматизационной кампании об особенностях шизофрении и возможностях ее многостороннего лечения, пропагандировать более ответственное освещение шизофрении.

«Пряник» просвещения должен подкрепляться «кнутом» осуждения дезинформации СМИ, дискриминации при устройстве на работу и на рабочих местах.

Необходимо психиатрическое просвещение и целевое обучение медицинских и социальных работников, врачей общей практики, преподавателей и работодателей, всех лиц, участвующих в помощи больным шизофренией и их семьям.

Привлечение представителей пациентов и их близких к оценке каче-