

Содержание

Поговорим?.....	4
Что такое психоз.....	6
Неужели.....	12
Как помочь лечению.....	23
Почему я?.....	26
Пора лечения.....	33
Правила лечения первого эпизода психоза.....	42
Клиника первого эпизода психоза – новая форма психиатрической помощи, ориентированной на выздоровление и ресурсы общества.	58
Предупреждение и раннее выявление психоза – реальная цель.....	63
Задание на завтра (практические шаги и научные разработки).....	66
Разрушая мифы.....	69
Факты (я знаю, что...).....	71
Словарь.....	74
Что еще почитать.....	76
Общероссийская сеть клиник первого психотического эпизода.....	

Поговорим?

«У меня парень, ему 24 года, раньше он был здоровый. Он курил марихуану. В один день заболел и был госпитализирован с психозом. Вот уже 2 месяца лечится. Когда его навещаю, он хорошо держится, молодчинка моя. Сказал мне, что раньше слышал «голоса». Хочу знать последствия, как часто это будет повторяться, смогут ли у нас быть нормальные дети? Еще его семья не верит, что я могу быть с ним, и что теперь он не может жениться на мне. Я его люблю и согласна на любые трудности.» *Ольга, Тюмень*

Близкий Вам человек (член семьи, коллега по работе, ученик, сосед) на Ваших глазах мучается (мучает окружающих), возможно, в связи с психическим расстройством, но отказывается от помощи специалиста, потому что не видит в ней смысла. С ним трудно – Вы хотите помочь, но не знаете чем и как. Вы в отчаянии, «на пределе», вините себя, обстоятельства и судьбу. Жизнь семьи раскалывается на «до» и «после» психоза. Сможет ли Ваш близкий (или Вы сами) вести нормальную жизнь, или обречен жить в ожидании возврата болезни? Нужно найти свое место в оценке состояния близкого, его лечении, приблизить выздоровление, не забывая и о себе.

Больной и его близкие вместе проходят обычный для многих путь: 1) шок понимания серьезности произошедшего: тревога, беспокойство и страх (реже – отрицание психоза); 2) время, чтобы свыкнуться с фактом недуга близкого и понимания необходимости сторонней помощи; поиск помощи; 3) время тревожных вопросов: «Что случилось?», «Это психическая болезнь?», «Что делать?», «Как (и где) лечить?», «Причины болезни?», «Кто виноват (почему это случилось с нами)?», «Что сказать друзьям, соседям?» и самообвинений: «Надо было лечить раньше (иначе)!» 4) По мере улучшения состояния больного – облегчение и крепнущая надежда. И новые вопросы: «Как ускорить выздоровление?». 5) Возвращение близкого в семью, в обычную жизнь, влекут новую волну тревог: «Вернется ли недуг, как предупредить новый приступ психоза?», «Как справиться с остаточными симптомами и последствиями психоза?», «Будет ли близкий «прежним»?»; начинается поиск равновесия между правом на независимость близкого человека и поддержки его; 6) Длительное улучшение (выздоровление) укрепляет уверенность в том, что жизнь входит в обычную колею.

Психиатрия на наших глазах совершила прорыв в плане улучшения помощи больным психозами. У Вас и профессионалов общие задачи. Современное лечение сочетает биологический подход (назначение лекарственных препаратов) с психосоциальным и нацелено на реальное выздоровление (социальное восстановление) *большинства пациентов* с опорой на их собственные резервы и ресурсы их близких. Однако разрыв между клиническими рекомендациями и повседневной практикой психиатрии, возможностями оптимального лечения, профилактики и силами отталкивания от специализированной помощи пока велики. Живучи предубеждения, связанные с психическими расстройствами и их лечением.

Поговорим не о «диагнозе», но о человеке с временными и преходящими нарушениями психики, его страдающем «Я». Учиться на своем опыте больно и непозволительно долго. В беседе нам помогут люди, перенесшие психоз, и их родные, активисты общероссийского общества самопомощи пациентов и их близких «Новые возможности». Сильные стороны личности больного, его благоприятного окружения улучшают течение, последствия психозов, предупреждают их развитие. Возможно, с этой брошюрой Вы сделаете первый шаг в сторону необходимого лечения или сохраните себя (близкого) от беды. Станете сильнее.

Ведь *знание – сила.*

*«Кто заражен страхом болезни,
тот уже заражен болезнью страха».*
Монтень

Что такое психоз

Это *временное* нарушение психики при частичной (реже полной) потере связи «Я» человека с реальным миром. Человек не может отделить окружающую действительность от болезненных переживаний.

- «...Шёл на лыжах в сумерках быстрее обычного, азартно. А мир изменялся странно. И я тоже. Горы мог свернуть. На улице женщина вдруг вручила газету с моей фотографией на первой полосе. «Неспроста» ездили машины. В понедельник услышал по радио: «Стыковки отменяются – прибор испортился». Решил, коли принимаю информацию, я – инопланетян». *Алексей, 23 года, Тула.*

Признаки психоза

Древние греки полагали, что психически ненормальный указывает средним пальцем вместо указательного. Отсюда вывод, что между нормой и болезнью – полпальца. Для многих неспециалистов психическая болезнь, психоз и нелепое поведение, насилие, попытки причинить вред себе – синонимы. В каждом городе название или адрес психиатрической больницы – имя нарицательное, и в случае неправильного поведения человека окружающие с разными эмоциями советуют ему туда обратиться. На другом полюсе причисляемых здоровым большинством к сумасшедшим – своеобразные личности, «чудаки», украшающие род людской и помогающие нам, «таким как все», заглянуть за горизонт и за него. Предметом для насмешек соседей-обывателей был К. Циолковский. Неверно искать «безумие» в гениальности («Великий ум безумию сродни / Эфирной нитью связаны они». Джон Драйден) и наоборот.

Симптомы психоза

*«Он впал в тоску, утратил аппетит,
Утратил сон, затем утратил силы,
А там из легкого расстройства впал
В тяжелое, в котором и бушует
На горе всем»
В. Шекспир)*

Наиболее типичные признаки (врач скажет: *симптомы*) у отдельных людей и при различных психозах имеют отличия и изменчивы во времени:

Нарушения поведения. Человек ведет себя необычно: суетлив и хаотично активен, дурашлив или застывает как статуя.

Изображая «безумие», Одиссей на осле и быке распахивал песчаные дюны, разбрасывая щедро соль. Действительно, больной Аякс из гомеровской «Илиады» истребил стадо невинных овец, приняв их за воинов вражеского лагеря. Геродот сообщает, что царь Камбиз насмеялся ... над богами (!), что безошибочно указывало на его сумасшествие.

Часто поведение носит вполне определенный характер и связано с нижеуказанными симптомами. Больной в страхе вызывает милицию («хотят убить»), «скорую помощь» («заражен паразитами»), баррикадуется в комнате, выбегает голым на улицу, морит себя голодом («еда отравлена»), борется со сном, как дети с «улицы Вязов» (его «зарезают»), наносит себе или окружающим увечья.

В разгаре психоза больные не понимают, что с ними происходит, настолько мир искажен и необычен, что это вызывает страх, напряжение. Человек уходит в себя, поступает, по мнению посторонних, «странно». Обычно нарушения поведения не столь драматичны и заметны лишь тем, кто знал больного «до этого». Порой больной может на время справиться с болезненными переживаниями (см. ниже), «собраться» приеме у психиатра, которому не доверяет («у меня все хорошо»).

Растерянность Повседневные события необычны, не связаны между

собой, хаотично изменчивы. Мир чужд и таит неясную угрозу. «Разлажен жизни ход – и в этот ад закинут я» (В. Шекспир). Человек в недоумении спрашивает, не слыша ответа: «Что со мной, что происходит?».

Нарушения мышления, бред. Человек убежден в вещах, не имеющих отношения к действительности. Факты, логика его не переубеждают. За ним «следят» (соседи, агенты или инопланетяне), хотят «отравить», против него что-то замышляют сослуживцы. Чем обыденнее тема бреда, тем сложнее его выявить. Так, ревность может быть основана на фактах, но доводы нелепы: «стертые ногами полков любовников ступени». Мысли хаотичны или «пропадают», прерываются; кажется, что их контролируют, они известны окружающим; звучат со стороны как эхо, или что в голову внедрены чужие мысли. Речь, как зеркало мышления, сбивчива, непонятна, беспорядочна.

«... Мою Натаню привлекла секта, где внушалось, что земная жизнь ничто. С дочкой сделалось неладное: бросила курсы, любимого мальчика, отказывалась от еды, «все грешники», «наказание неизбежно».
Мама из Тулы

Галлюцинации. Человек слышит (он, а не окружающие) «голоса» (иногда внутри головы), видит «картинки, как в кино», порой «внутренним взором» (как говорил принц Гамлет); ощущает запахи или «подозрительный» вкус пищи, испытывает странные ощущения в теле, необъяснимые физической болезнью («перекручивание позвонков», «селезенка зажата в тиски»). Порой за вычурными ощущениями – бредовая система («ставят опыты» давние знакомые, злоумышленники).

«Когда я ехала в университет, омерзительный волк обгрыз мои лодыжки так, что остались обглоданные кости» *Арнхильд, клинический психолог, Норвегия.*

«...Рядом с постелью стоит лиловый ящер с Марса, он контролирует твои мысли и неотступно следует за тобой. Вам может быть весело вместе, но чаще все оборачивается против Вас, настораживает и пугает, ведь Вы знаете, что никому рассказать о Вашем спутнике не можете, марсианин этого не простит и неминуемо нанесет Вам повреждения, просто вытрет Вас из действительности, как следы мела с зеленой доски». *Барбара О'Брайен, писательница, США.*

Изменчивость («рябь») настроения от подавленного до приподнятого связана с внутренними переживаниями. Больной может быть отрешенным и равнодушно «окаменевшим», злобным и напряженным, подавленным и тоскливым, «непробиваемо» веселым («хочет обнять весь мир»). Иногда с изменением настроения меняется и ложное представление о себе: «Я червь – я Бог». Депрессия – столь же типичный симптом шизофрении, как бред или «голоса» (отмечается у 50-60% больных шизофренией). Потеря социальных ролей и целей, зачастую и работы, связана с депрессией и риском самоубийства. Неясно, насколько депрессия объясняется собственно психозом, реакцией личности на психоз или социальными затруднениями.

Иной читатель удивится: как могут больные описывать симптомы, искать причины болезни, делать вывод о выздоровлении. Но описание симптомов – это усилия здоровой части «Я» найти подходящие слова и значения, и такой рассказ – необходимая защита от хаоса психоза через его объяснение. Самоописания образны и выразительны, но это не фотоснимки психоза. Истории болезни наших знакомых Архильд, Барбары, более сотни авторов сборника «Преодоление», с некоторыми из которых мы познакомились или встретимся далее на этих страницах, со счастливым концом: психоз обернулся выздоровлением, они успешно работают, дышат полной грудью.

Психоз – тяжелое психическое расстройство, обычно проявляющееся в виде бреда и/или галлюцинаций на фоне изменения настроения и нарушенного поведения, препятствующих больному провести черту между своим «Я», реальностью и болезненным опытом.

Обратите внимание на ключевое слово *«тяжелое»*. Тяжесть любой болезни выражается страданиями больных и их близких, потерей роли любящего и надежного члена семьи, учащегося, работника, гражданина, многообразными последствиями не леченого (плохо леченого) недуга.

Первый эпизод психоза – это первые в жизни нарушения психики, описанные выше. Психоз может длиться *часы, дни, но порой затягивается на месяцы*. В психозе пациент столь же беспомощен в бытовом отношении, как парализованный, может быть опасен для себя и

окружающих (степень риска может выявить только психиатр), требует постоянного надзора и опеки.

Арифметика психозов. Психоз – это психическое расстройство, но не каждое психическое расстройство – психоз. Психическими расстройствами заболевают ежегодно 40 из каждых 10 тысяч россиян (это лишь обратившиеся за государственной психиатрической помощью); психозами, не связанными с употреблением спиртного и/или наркотиков (только с алкогольными психозами знакомятся ежегодно 60 тыс. россиян) – в десять раз меньше. Но для страны это 60 тыс. человек за год. Психоз может случиться у каждого из нас, но для молодых людей риск развития психоза выше. Ежегодно переносят психозы 25 юношей и девушек в возрасте до 30 лет из 100 тысяч сверстников. В течение жизни риск заболеть шизофренией у 1-2-х человек из каждой сотни вне связи с социальным положением, в любой стране мира. Возможно, риск развития шизофрении у мужчин несколько выше. Обычно юноши заболевают в 18-25 лет, девушки в 25-30 лет. К 30 годам, когда личность только находит свое место в мире, у тех, кому все-таки предстоит заболеть шизофренией, это случится – у 9 из 10 мужчин и у 2-х из 3-х женщин. Более 75% мужчин и 65% женщин, страдающих шизофренией, впервые встретились с психиатром до 35-лет. У детей (старше 5 лет), заболевших шизофренией, начало едва заметное. Подростковая шизофрения встречается редко. На другом полюсе – «поздняя шизофрения» (после 45 лет), обычно ее страдают женщины.

К психозам особенно уязвимы молодые люди в период становления социального «Я»

«До болезни был сообразительный, энергичный, кандидат в мастера спорта. Волевой и сильный духом, всегда добивался цели. Но бешеного темпа в колледже не выдержал – надорвался». Мама из Таганрога.

«Строила радужные планы: поступлю в институт, появятся новые друзья и впечатления. Но провал поверг меня в глубокое уныние: ничего не хотела, целый день сидела дома, хотя родители объясняли, что жизнь не кончилась, надо работать. Стали появляться симптомы болезни: подолгу перед зеркалом изучала зубы, думая, что они разваливаются; настаивала, чтобы дома обязательно были котлеты, и другие были странности. Мама, обеспокоенная моими ничегонеделанием и

тревожными симптомами, пригласила психолога...». *Александра, 25 лет, Москва.*

Портрет «типичного представителя». *Молодой человек.* Высшее образование у 30%, среднее специальное у 40%, как и в целом среди населения, но работает последние 1-3 года лишь треть, учится и того меньше – 10%. Доля безработных впятеро превышает статистические показатели в стране. *Живет в семье (80%),* но ее поддержка недостаточна по незнанию и неумению близких, считающих психоз катастрофой, реже его «не замечают» или «объясняют» переходным возрастом, переутомлением и т.д., находясь «в броне» психологической защиты.

Диагноз неясен, но психоз выражен. Болен длительное время до обращения. Впервые контактирует с психиатрической службой. Испытывает вместе с близкими понятный и неоправданный страх перед недугом и лечением, не знает, где искать альтернативы помощи, винит окружающих в случившемся, отрицает проблемы с психикой.

Неужели...

«Тяжелую болезнь в начале легче вылечить, но трудно распознать. Когда же она усиливается, ее легче распознать, но уже труднее вылечить».

Николо Макиавелли

«Когда приходит психоз, нелегко в него поверить. Родители проводят все новые обследования, ищут знахарей, везут в церковь. Мой сын не был нытиком, хорошо учился, болел только ОРЗ, но на 4-м курсе института после вирусной инфекции как бы перешел в другое измерение, стал отрешенным, безучастным к семье. И больно, и страшно от бессилия ему помочь. У многих родителей нет ясного представления о болезни, правилах ухода и сосуществования, возможностях восстановления.» *Н.Г. Сидоренко, Тула.*

Диагноз психоза (и шизофрении тоже) вправе установить *лишь психиатр*, лучше – консилиум психиатров. Человеку с малейшими проявлениями (пока «искрами») психоза нужно предложить обсудить ситуацию, а не оставлять его в покое, пока «гром не грянет».

Всех лиц с предполагаемым психозом направляют к психиатру

Включение лиц с неясными диагнозами. Среди больных в «группе риска» (15–45 лет) в первом эпизоде психоза не более 40-50% относятся к группе шизофрении, при этом диагноз «шизофрения» сохраняется у 90% пациентов.

Диагноз – форма медицинской стенографии, указывающей на тип психоза с опорой на набор симптомов и его течение (врач скажет: *клиническую картину*). Уточнение диагноза откладывают до улучшения состояния пациента. Точный диагноз, например, шизофрения, требует наличия набора определенных симптомов *не менее месяца*. Временный диагноз *«первый эпизод психоза»* смягчит личностную реакцию больного, тогда как скоропалительное заключение о шизофрении питает пессимизм больного и его близких, вызывает у них протест.

Диагноз психоза, как основания для неотложного лечения, вытекает из беседы с психиатром и наблюдения за поведением человека с привлечением сведений, полученных от его родственников, соседей, со-

служивцев. Вашему близкому полезно подготовиться к беседе с врачом, восстановить в памяти последовательность событий, вплоть до малозначимых. Помните, что не все, что случилось *до этого* – следствие *этого*. Нужно описывать состояние своими словами. Старайтесь избегать медицинских терминов, врач все равно переспросит, что Вы имеете в виду под, например, «навязчивостями». Беседу хороший врач ведет без спешки, сопереживая и проявляя интерес. Он задаст Вам вопросы, не подсказывая ответ. Предложит поговорить наедине с больным или вместе (настороженный больной более открыт с врачом наедине, боязливый – жмется к близкому). Первая встреча может состояться дома у больного (желательно) или в психоневрологическом диспансере (ПНД), поликлинике. Она займет около 40 минут, если больного это устраивает, и позволяет его состояние.

Психиатр не ограничится проблемами «выше воротника». Так, шизофрения, как системная болезнь, связана с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, ожирения. Уровень сахара натощак повышен у 15% больных в первом эпизоде шизофрении до лечения. У 20% больных шизофренией при осмотре психиатром впервые выявлены соматические болезни.

Сведения о тяжелых родах матери, головных болях и плохой переносимости жары и транспорта, при «мягких» неврологических знаках могут указать на плохую переносимость обычных психиатрических лекарств, а сведения о сахарном диабете в семье и повышенный вес пациента укажут, что определенные препараты (с высоким риском ожирения) не стоит назначать. Психиатр исключит любое соматическое и неврологическое заболевание, которое может вызвать, затянуть и утяжелить психоз, осложнить его лечение; отличит психоз от необычного образа мышления и своеобразных ощущений человека.

У лиц, выявляющих телесные (соматические) заболевания или «подозрительных» на их наличие, врач непременно и срочно проведет лабораторные исследования. Для людей без телесной болезни врач назначит выборочные исследования, осуществимые в любой поликлинике или уже в психиатрической больнице (ПБ).

Всесторонняя оценка состояния пациента: тщательное лабораторное, терапевтическое и неврологическое исследование необходимы

для исключения физической болезни, как причины психоза.

Психиатр «отсекает» все иные возможные причины психоза, которые он видит, о которых ему сообщил сам обратившийся за помощью и/или его близкие.

Сходные психотические симптомы возможны при шизофрении, височной эпилепсии; опухоли, травме, кровоизлиянии в головной мозг; малярии, нейросифилисе, герпетическом энцефалите, эндокринных заболеваниях, нехватке витамина B12; отравлении тяжелыми металлами, алкогольных психозах, при употреблении кокаина, марихуаны. Список может быть продолжен.

Диагноз психоза – диагноз исключения разнообразных и многочисленных медицинских причин, «симулирующих» его симптомы.

Тонкие современные исследования (компьютерная томография головного мозга) указывают на разнообразные структурные изменения головного мозга отдельных больных, но они еще не определяют развитие психоза, имеют малое диагностическое значение, могут, наконец, претерпеть обратное развитие при современном лечении.

Не стремитесь самостоятельно «пройти» дорогостоящие и не всегда доступные исследования. Даже выявленные «спящие» аномалии не всегда определяют психические симптомы, а лишь дезориентируют («психические проблемы в этом пузырьке в гипоталамусе»).

«Мне бы очень помог кто-то, сказав, что психоз можно пережить, рассказав о возможности исцеления, начале новой жизни, если бы он стал примером подражания – я могла бы им восхищаться, ведь он пережил то же, что я, но нашел хорошую работу, любовь». *Патриция Deegan*, клинический психолог, директор программ по независимому проживанию инвалидов, страдающих шизофренией.

Диагноз психоза – новый этап жизни, испытание для человека и любящих его близких, основание для неотложных лечения и помощи. Но не приговор – как и любой медицинский диагноз

Такие разные психозы

Пациенты и их близкие интересуются диагнозом, но уклончивость психиатров большинства стран при обсуждении этой психотравмирующей для многих темы оправдана. На ранних стадиях психоза определение диагноза затруднительно даже опытному специалисту. Необходимо приложить силы вместе с вами, чтобы облегчить течение и смягчить возможные последствия психоза надежным и правильно подобранным лечением.

Психозы, вызванные употреблением спиртного и наркотиков (врач скажет: *психоактивных веществ, ПАВ*). Употребление ПАВ или прекращение их приема у зависимого человека может привести к развитию психоза. Даже однократный прием ПАВ может вызвать у психически уязвимого человека психоз. Порой симптомы быстро обходятся по мере прекращения действия ПАВ. В иных случаях психоз затягивается или оказывается преддверием уже иного психоза.

Органический психоз – следствие травмы головы, опухоли мозга, сопровождается физической болезнью. Такие пациенты нередко выявляют снижение интеллекта (памяти), сознание их спутано. *Любые впервые возникшие психические симптомы после 45 лет – основание для углубленного сомато-неврологического обследования.*

Психоз при расстройствах настроения (сниженного, то есть депрессивного, и/или чрезмерно повышенного, или маниакального). Так, депрессивный больной слышит хулящие его или велящие покончить с собой «голоса», считает себя грешником, коря себя за мнимое или действительное прегрешение в прошлом. Маниакальный больной находит у себя необыкновенные возможности, считает себя посланцем богов, собирается осчастливить человечество.

Острые психозы. Выраженные симптомы возникают бурно вслед за психотравмирующим жизненным событием (потеря любимого, близкого). Выздоровление возможно в течение нескольких дней – недели.

Бредовое расстройство – основной симптом: многолетний бред, обычно обыденного содержания, при относительно (если не затронут «больной пункт») упорядоченном поведении больного. Если при

острых психозах больной «чувствует», то здесь разрабатывает бредовые идеи, но всегда с опорой на «кривую логику».

При определении шизофрении принят осторожно-ограничительный подход, особенно на ее ранних стадиях. Нет лабораторных показателей (таких, как повышение уровня сахара крови при диабете) и типичных только для шизофрении симптомов (как, например, ревматоидные узелки при ревматизме).

Шизофрения – типичный психоз, но это не синонимы. Лишь треть первых эпизодов психоза относят к группе шизофрении. Длительность симптомов шизофрении обычно более месяца. Многие больные шизофренией выздоравливают, другие ведут обычную жизнь и при контролируемых лечением симптомах.

Шизоаффективное расстройство объединяет симптомы расстройств настроения и шизофрении.

Течение психозов рассмотрим на примере шизофрении.

Психотический эпизод можно разделить на: 1) «предполье» непсихотических и/или психотических симптомов; 2) разгар психоза, предполагающий начало необходимого (антипсихотического) лечения вслед за установлением диагноза; 3) выздоровление.

Этапы указывают на развитие и обратный ход расстройства; их длительность различна у разных людей и при различных типах психоза.

«Отлично сдав сессию, взялась за научную и методическую литературу, так как стать компетентным специалистом являлось для меня несомненным приоритетом. Подруги и знакомые говорили: «Тебе нужен отдых», но я не слушала советов. Однажды наедине с собой почувствовала глубокую усталость и безразличие, но ошибочно подумала, что это легкая депрессия. Болезнь подступала крадучись, но я успела обратиться к психотерапевту» *Ира, Ярославль*

Доболезненный этап (врач скажет: *продромальный*) неясных и неявных симптомов психоза мало заметен окружающим и не понятен болеющему человеку.

«Продром» по-гречески – предтеча обязательного события, но *развитие психоза не обязательно*. Признаки продрома шизофрении неспецифичны, сам период определяется задним числом после установления диагноза психоза. Только в половине случаев «сгущающиеся» симптомы психоза приведут к шизофрении. «Зарницы» задолго до разгара психоза памятливы как «странные события», не имеющие болезненного продолжения, их могут отмечать и оставшиеся здоровыми. Психоз может «закончиться, не начавшись» при раннем лечении и, большей частью, в связи с внутренними защитными резервами человека и благоприятными факторами среды (семья).

Первые проявления психоза скорее заметят бдительные близкие. Больные в преддверии психоза чересчур чувствительны или, напротив, охлаждаются к родным, прежним увлечениям, сонливы или не спят ночами. Подозрительны, резки или встревожены, когда их избегают, говорят о них или, тем паче, критикуют и упрекают. Так психоз постепенно изменяет настроение, систему ценностей больного, наполняет его мир, бережно им охраняемый от посторонних, необычными идеями.

«Когда заболел, потерял смысл правильных вещей, подозревал друзей. В болезни все имело особый смысл: открытая форточка напротив: «следят»; машина проехала мимо «неспроста»... Иногда казалось, что мысли, тело управляются бандой злодеев. «Добрые голоса» меня ободряли. Перестал мыться, боясь раствориться шампунем». *Николай, 22 года, Арзамас.*

«Что происходит в психозе? В какой-то мере теряется ощущение личности. Ты теряешься, становясь частью большей системы или процесса. В какие-то моменты ты – другой человек, машина, дерево, бог, что угодно, ибо твоя отдельная частность умалается. Ты чувствуешь единство всего и вся, и этого не нужно пугаться. Зато потом... лучше поймешь людей и почувствуешь атмосферу мест и зданий, обостренно воспримешь природу и характер обычных предметов. И это может преобразоваться в «художественное восприятие мира» и развитую интуицию. Если выбираешь жить и не ставишь на себе крест. *Лена, 25 лет, Благовещенск.*

Тиха поступь такого психоза, как шизофрения. У 75% больных ши-

зофренией начало психоза медленно-крадущееся, кратковременным психозам свойственно бурное развитие. У каждого пятого больного шизофренией психозу предшествует психотравмирующее событие (смерть близкого, развод, потеря работы). Но римляне говорили: «не все, что после этого – из-за этого». Причина психоза может оказаться его следствием («горячая любовь» на фоне болезненно повышенного настроения, увольнение с работы в связи с «происками злоумышленников»).

Изменения чувств, мыслей и восприятия пока его «частное дело» при смутном томлении и предчувствии беды; пока есть силы бороться, совладать с проявлениями грядущей болезни. Шизофрения, как многие телесные болезни, развивается исподволь («при зыбком свете свечей»). У 60-70% больных в подростковом и раннем юношеском возрасте были бессонница, беспричинные «печаль» и страхи, тревожное, злобно-напряженное или неустойчивое настроение, раздражительность при непереносимости обычных житейских неурядиц, обеднение общения, снижение успеваемости или работоспособности. У 10-15% больных преобладают социальная отгороженность, стремление к уединению, снижение инициативы, санитарная запущенность, бедность эмоций (врач скажет: *негативные симптомы*, отличив их от депрессии). У 75-85% больных шизофренией выражены расстройства познавательной (врач скажет: *когнитивной*) сферы в виде рассеянности, забывчивости, затруднений в решении повседневных задач. У более половины больных шизофренией эти нарушения опережают симптомы психоза. Негативные и/или когнитивные симптомы более устойчивы и возникают на 1-2 года раньше психотических, тесно связаны со снижением социально-трудовой роли больных, потерей интереса к учебе и работе.

При дальнейшем развитии психоза нестойкие психотические симптомы и/или «странное» поведение проявляются по несколько дней в неделю: заболевающий подозрителен (психиатр скажет: *имеет идеи отношения*): полагает, что сотрудники пренебрегают им, скрыто враждебны к нему («замолкают при его появлении»), но не уверен в этом. По разговорам проходящих мимо военных («это лежит на мне») «вдруг» понимает, что началась война, но сразу отбрасывает в сторону эту «фантазию». Оклики заставляют обернуться, но он тут же понимает, что ошибся. Ощущает порой нереальность окружающего («я в сте-

клянном куполе») и измененного «Я». Вычурна и непонятна его речь (ощущения столь необычны, что «глагол не имут, слова не найдут»). Трудности выполнения повседневных обязанностей связаны с нарастанием психотических и негативных симптомов: больной бросает обучение и работу. Просиживает безуспешно ночами за учебниками или за компьютером, предпочитая виртуальные знакомства реальным.

«... Сын 26-ти лет выкрикивает непонятные слова, бросил учебу, любимую девушку («она меня не понимает»). Уже год не читает, по телевизору смотрит только рекламу. Как быть?». *Мама из Петрозаводска.*

Настораживающие ранние симптомы шизофрении

- нарушения восприятия (преходящие «голоса»);
- необычные мысли, убеждения («дар предсказания, телепатии»), «новые» поведение и увлечения (молодежные секты, погружение «с головой» в религию, философию, психологию), поглощающие непозволительно много времени и сил;
- социальная отгороженность, избегающее поведение;
- сниженное (неизбывная «скука», плаксивость, потеря интереса к ранее любимым занятиям и мотивации к учебе), реже, повышенное (его фасадом служат безудержное озорство, мелкие правонарушения, сексуальная распущенность) настроение;
- повторяющиеся неприятные мысли;
- изменения сна и аппетита;
- неряшливость и телесная нечистоплотность.

Первые симптомы психоза не вызывают выраженного страха у заболевшего, он ищет им объяснение, приспосабливается к ним до поры, но в совокупности они, в отличие от нормального опыта, сигнализируют о психическом неблагополучии.

Многие из нас, взрослея, вели себя «наперекор», но уже 3-5-летнего ребенка при неуклюжести, трудности в обучении навыкам самообслуживания; отставании речевого развития с преобладанием механического повторения слов окружающих, при опережающем моторном психическом развитии, недостаточности инстинкта самосохранения, «образцовой» послушности («маленький старичок»), чрезмерной застенчивости, самодостаточной замкнутости, неизбывной печали

(«растет Несмеяной»), ночных страхах, – стоит показать психологу.

Стертые симптомы большинства психических расстройств родом из раннего детства. Своевременное раннее лечение – важный шаг в предупреждении тяжелых последствий любых болезней. Психозов – тоже.

За 4-6 месяцев до дебюта шизофрении круг проявлений болезни постепенно расширяется за счет явных психотических симптомов и все более нелепого поведения. Культуральные особенности (традиции воспитания, семьи) и духовный мир человека, характер и острота симптомов отражаются на поступках больного. Он склонен утаивать симптомы от окружающих, пытается разобраться сам. По мере развития психоза большинство (75%) ведет себя все более странно и непредсказуемо при взгляде со стороны, но сам человек, по строгой канве болезненных переживаний, все с большим трудом отличает реальное от нереального (основной, как мы уже знаем, признак психоза).

Длительность нелеченого психоза (ДНП), интервала между появлением первых в жизни психотических симптомов и стартом антипсихотического лечения, у 75% больных шизофренией достигает 5 лет, обычно 1-3 года. У больных аффективными психозами – многократно короче. Близкие обычно сообщают о меньшей длительности периода: психотические симптомы субъективны и до поры не отмечаются окружающими. Первый эпизод психоза особенно смущает и вызывает дистресс у больного и его близких, не понимающих, что происходит. Поиск помощи запаздывает, а успешно поддающийся лечению психоз своевременно не распознается. Возможно неблагоприятное влияние нелеченого психоза вследствие малоизученных биологических и/или психологических факторов. Раннее вмешательство улучшает прогноз психоза. Однако по статистике 5% больных шизофренией получали антипсихотики не более недели, оборвав лечение в связи с некритичностью и/или ранними побочными действиями. Отсрочка необходимого лечения усугубляет страдания больного и семьи.

Связь ДНП более года с низким результатом последующей терапии, большим риском госпитализации, снижением социально-трудовых возможностей и качества жизни больных подтверждает *гипотезу о наибольшем вреде психоза в первые месяцы, что обосновывает пользу*

настойчивого выявления и неотложного лечения. Низкое социальное функционирование и отставание в учебе в школе *могут предшествовать шизофрении, а не быть ее следствием*. Раз так, нужны ранние вмешательства, улучшающие когнитивное функционирование и препятствующие социальной изоляции.

Период между первыми болезненными симптомами и началом лечения определяет длительность не леченой болезни, превышающей ДНП в 2-3 раза. В связи с опережающей негативной симптоматикой этот период имеет большое практическое значение.

Разгар (острый период) психоза

Тайное стало явным. Зыбкий ответ свечи сменился пожаром. Совладание с очевидными симптомами психоза (галлюцинации, бред, растерянность) затруднительно или невозможно для больного и для близких, помнящих его здоровым. Психоз характерен для шизофрении, но не исчерпывает ее. Теряются социальные достижения (сквозной симптом шизофрении – снижение социального функционирования), нарушаются семейные («в дом пришел чужой») и дружеские связи. Менее выраженные симптомы: необычные речь, мышление, поведение могут предшествовать, сопровождать или следовать за психозом.

Фортепианный концерт Шуман пишет в психозе. Одновременно работает над Второй симфонией, которая по настроению является полной противоположностью концерту. Композитор говорил, что музыка отражает суть его внутреннего сопротивления болезни. Глубокое отчаяние, преодоление страдания, возвращение к жизни...

«Не бойся». В хаосе путаницы мыслей, «голосов» и видений, по свидетельству выздоровевших, они держалась за мечту, как за спасательный круг: когда все «это» пройдет, они еще наведут порядок в жизни. Они вели личную (поскольку «оставались сами собой») войну с галлюцинациями, пускай даже, до поры, безуспешную. Им было стыдно быть растрепанными, было плохо без ванны. С горечью они вспоминают, как стояли «одурманенные и скованные в коридорах психиатрической больницы, когда одноклассники ходили в школу, и воспринимали время, как предателя». Заваленный работой персонал больницы

не всегда проявляет по отношению к пациентам такие обычные человеческие качества, как сопереживание. И выздоровевшие подчеркивают, насколько в психозе важны спокойные голоса, ясные слова: «Не бойся». И как опасны торопливые, жесткие, неуверенные помощники. Принуждение не исключает уважения, уход и забота не должны осуществляться с применением физического насилия. Разница между *ужасно, терпимо и безопасно* зависит от того, как это делается (выделено самими бывшими больными). Применение силы без рассуждения и без уважения причиняет больному неискоренимый вред, который остается в памяти на годы и отвращает в дальнейшем от лечения до последней возможности.

Как помочь лечению?

Определите вместе с врачом свою роль, подумайте, кого можно привлечь к помощи. Готовьте список вопросов перед встречей с врачом, просите дополнительные разъяснения. Читайте литературу для пациентов и их близких (не ломайте голову над книгами для профессионалов), привлекайте по договоренности с врачом консультантов.

Психоз, как большинство болезней, излечим. Многие полностью выздоравливают. *Почему бы не выздороветь Вам или Вашему близкому?*

«Удивляюсь, какая я стала самостоятельная, уверенная в себе, полезная другим, веселая и общительная. Вижу доброжелательность окружающих и ценю их поддержку. Я не особенная, я такая, как все. У меня снова есть мечты, желания. Вероятно, пойду учиться». *Зинаида, 21 год, Эстония.*

«Я выздоровел от шизофрении. Если это удивляет вас, потому что от шизофрении, как пожизненного заболевания, нельзя избавиться, вы ошибаетесь: это заблуждение изолирует миллионы людей из-за ярлыка психического расстройства». *Даниель Фишер, руководитель Национального реабилитационного центра, США.*

Большинство пациентов возвращается к обычной жизни, но пути к улучшению у всех различны.

Как приблизить выздоровление? Необходима надежда на выздоровление, ведь прогноз любого психоза неоднозначен. Впереди не всегда легкое восстановление доболезненного уровня социального функционирования. Симптомы постепенно отступают, все меньше вмешиваются в жизнь больного, управляют его поведением. Но им на смену, порой, приходят вялость и слабость, как после любой тяжелой болезни. Одни больные выздоравливают за пару месяцев при минимальном вмешательстве, другим требуются длительные (многочисленные и многолетние) усилия и поддержка профессионалов и семьи, группы самопомощи. Современное лечение дает надежду пациенту и его близкому даже при тяжелых обстоятельствах. Психоз излечим, в его природе, как и в природе прочих недугов, заложены механизмы излечения, а правильное лечение и поддержка их активизируют.

Дело выздоровления – во многом в руках самого больного. Речь не идет о том, что он может и должен преодолеть расстройство, но о том, что он обязан обучиться навыкам совладания с симптомами, идти к выздоровлению, наверстывая упущенное. Важно, чтобы пациент знал свои права и умел спрашивать. Близкие помогают ему проторить путь к выздоровлению своей любовью, пониманием и практической помощью. Но и им самим нужно время для приспособления к новой роли помощников и для понимания случившегося.

Признаками *выздоровления* молодого человека становятся не только исчезновение симптомов психоза и преодоление зависимости от близких, но и исполнение соответствующей возрасту роли (продолжение учебы), независимая жизнь и улучшение отношений со сверстниками. Необходим контроль физического состояния пациента врачом общей практики (психоз затрагивает не только голову; необходимо также учесть возможные побочные действия лекарств).

Психоз оставляет отпечаток на Вашей судьбе. Но он не всегда отрицательный. *Выздоровление* – неотъемлемая часть жизни, путь обучения и развития личности вопреки обстоятельствам. Нередко опыт психоза способствует взрослению человека, он становится более уверенным, жизнестойким, заряженным определенной «броней» от мелких укол жизни. Выздоровевшие ценят каждый день жизни и наполняют его любовью, надеждой, маленькими и большими свершениями. Помните у драматурга-фронтовика А.Володина: *«Стыдно быть несчастливым»*. Перенесшие войну под общей крышей терпимее друг к другу, бедам окружающих. В этом сверхзадача выздоровления, как отмечает одна из достойных женщин, победивших психоз – *более основательно стать человеком*.

Что будет?

Один приступ психоза с полным выздоровлением на всю оставшуюся жизнь перенесли 20-25% больных шизофренией. Прогноз кратковременных психозов лучше. Течение шизофрении у более 60% больных – эпизодическое (приступами). В первые 5 лет с момента установления диагноза активность шизофрении достигает плато, и формируются ее долгосрочные последствия. Если психоз затягивается, он проявляется периодами возврата (врач скажет: *рецидивами*) острого периода

или обострениями (усилением) постоянно присутствующих симптомов, как при любой хронической болезни. Между этими периодами человек чувствует себя полностью или частично здоровым. Обычно с годами психоз затухает, но опасно плыть по его течению. Каждое возвращение психоза затрудняет успех лечения и восстановления, отбрасывает назад. Можно и нужно снизить риск рецидивов и обострений психоза. Психозы различны, и сама группа шизофрении разнородна; различны и последствия, ведь каждый человек реагирует на любую беду по-своему, и «выбирается» из психоза тоже «своим путем». Ряд людей полностью свободен от симптомов, к другим они периодически возвращаются, как приступы подагры, третьи с ними успешно сосуществуют.

В кинофильме «Игры разума» человек, годами живший в психозе, читает лекцию, а рядом с ним стоят его привычные галлюцинаторные образы, не смеющие приблизиться из-за барьера лекарств.

Вам (Вашему близкому), возможно, предстоит принимать лекарства долго, даже при полном контроле симптомов. Без лекарств защитный «саркофаг» может треснуть, и «злой дух» болезни вновь выйдет наружу. Психоз коварен тем, что обычно не выявляется на следующий день после отказа от лекарств (как при диабете), но напомнит о себе спустя недели-месяцы. Психическое благополучие у 80% больных шизофренией тесно связано с лечением.

Доля часто госпитализированных, то есть лечащихся в больнице ежегодно в течение первых пяти лет после установления диагноза шизофрении не менее 5%. У 70% из них отсрочка лечения превышала год, более половины из них отказывались от лечения после очередной выписки из больницы, а роль близких в их лечении ограничивалась вызовом психиатра.

Почему я?

*«Думай не о том, почему ты заболел,
а о том, как ты сможешь снова стать здоровым».*
Эбо Рау

«Подлинная или основная причина психоза остается тайной» (Уильям Парджетер, 1772 год). Не все понятно и сегодня. Психиатры говорят о психозах и шизофрении, в частности, не как о *болезни*, но о *расстройстве* психики, так как не известен их «возбудитель» (как при сифилисе и туберкулезе). Мы недостаточно знаем о механизмах их развития, хотя лечим все лучше и лучше. Современное многостороннее лечение основано на гипотезе развития и течения психозов *уязвимость-стресс-совладание* (выздоровление).

Психозы могут возникать в силу различных причин, что видно из их типов, перечисленных выше. Для отдельной личности одни факторы риска имеют более важное значение, другие – менее. Изучение разных типов развития психоза позволит лучше понять общую основу психозов и разработать новаторские терапевтические подходы.

Так, шизофрения вызывается сочетанием биологических факторов раннего развития, делающих человека уязвимым к развитию психоза (а не к язвенной болезни желудка или подагре), в подростковом или молодом возрасте. Уязвимость к шизофрении проявляется негативными и неспецифическими симптомами. Затем процесс прогрессирует через маловыраженные позитивные симптомы к явному психозу. Симптомы пробуждаются стрессом, употреблением ПАВ (психоактивных веществ), важным жизненным событием, подходящим как ключ к замку именно для *данного человека*.

Наследственные факторы влияют на развитие нервной системы, но определяют не более 50% риска развития шизофрении. Семейное отягощение отмечено только у 25% больных шизофренией. При отсутствии больных шизофренией в семье риск заболеть не превышает 1%.

«Груз» болезни в семье больных шизофренией

Больной родственник	Вероятность остаться здоровым (%)
Один из родителей	95
Оба родителя	60
Дети, братья и сестры	90
Однояичевый близнец	60
Дядя или тетя, двоюродные брат или сестра, внуки, сводные брат или сестра	95-97

Значит, иные – средовые – причины необходимы для развития психоза. Гормональные изменения подростка тоже влияют на развитие нервной системы. *Случайные* внешние факторы (родовая травма, инфекции, нарушения питания) повышают риск возникновения шизофрении. Верно и обратное: внешние защитные факторы, естественные (крепкая семья) или терапевтические (раннее профилактическое вмешательство) предотвращают психоз.

Ранние нарушения развития нервной системы. Больные шизофренией с раннего детства могут быть «странными» (сверстники это зорко отмечают и часто обижают их), с заторможенным двигательным и умственным развитием.

Педиатры отметят «общую незрелость», неврологическую «микросимптоматику», матери вспомнят «позднее вставание на ножки», запоздалую и скудную речь, неуклюжесть, заторможенность, рассеянность, замкнутость, одинокие игры, низкую успеваемость.

«С раннего детства он был очень чувствительным, вдумчивым и упрямым. В младенчестве стоило мне отойти, начинал кричать. Все дети бегают, кричат, отнимают друг у друга игрушки, а мой Матвей разглядывает цветы. В садике говорили, что он «не такой, как все»: созерцатель. В 4 года сказал: «Не ходите по травке – ей больно». Лет в 5 Матвей сказал мимоходом: «Я вижу, что это мой папа идёт, но кажется, что это кто-то страшный», в другой раз: «Я вижу буквы, но за ними ещё какие-то буквы есть». *Мама из Нижнего Новгорода.*

«С детства с ней было трудно, но мы думали: «балованный ребенок», потом: «трудный подросток», затем, что «скверный характер». С дет-

ства неприязнь к родителям, во всем мы виноваты. Ее желаний хватало только на короткое время». *Мама из Москвы.*

«Не стремилась быть на виду, не могла быстро отвечать в школе и предпочитала письменные работы. Еще чем-то заняться инициативы не проявляла, приходилось направлять». *Мама из Астрахани.*

Будьте внимательны к развитию ребенка, но не корите себя за неправильное воспитание при психозе.

Гипотеза раннего нарушения развития нервной системы как почвы шизофрении объясняет клиническую неоднородность психозов, течение, отчасти – результат лечения и последствия.

Группа высокого риска развития шизофрении – лица с семейной отягощенностью психическими расстройствами, слабо выраженными или кратковременными симптомами психоза. При высоком генетическом риске, внутриутробных и родовых осложнениях, познавательных (интеллектуальных) нарушениях – более раннее развитие шизофрении. Низкий умственный уровень в доболезненном периоде и злоупотребление ПАВ связаны с более серьезными последствиями психоза.

В большинстве случаев, однако, развитие *шизофрении* связано со случайными событиями.

Головной мозг в сполохах психоза. Наши речь, чувства, умные и не очень думы, память, действия – суть работы мозга. Миллионы связанных между собой в цепочки нервных клеток принимают, сохраняют и передают сигналы (информацию) посредством химических веществ (*нейротрансмиттеров*). Равновесие последних при психозе нарушено. Избыток одних возбуждает мозг чрезмерно, вызывая болезненные химеры (такие, как бред), нехватка других способствует негативным симптомам (потере жизненной энергии).

В психозе нервные связи головного мозга хаотично перепутаны: «телефонная станция» захвачена «мятежниками», и обычные чувства, мысли, поступки подавлены помехами, не доходя до абонента, а болезненные помехи (такие, как «голоса») врываются в телефонную

трубку и правят бал. Отдельные части мозга работают несогласованно и «неправильно», связи между ними разорваны. Нужен срочно «монтер-электрик», то есть психиатр с лекарствами, восстанавливающими равновесие нейротрансмиттеров. Бунт подавлен. Телефонистки вернулись на свои места и чуткими пальчиками обеспечивают надежную связь. Новейшие нейровизуализационные исследования (сканирование головного мозга) указывают на нормализацию работы мозга при лечении.

Психозы имеют доказанную биологическую основу (здесь: временное нарушение работы головного мозга), как и любая «менее таинственная» болезнь.

В основе психозов – сочетание в тех или иных пропорциях биологических (генетических, нейроанатомических, нейрофизиологических), психологических и социальных факторов. Определение психоза как набора симптомов, как проявление уязвимости к стрессам помогает справиться с отрицанием больным пользы лечения и выводит из под удара обвинений и самообвинений его семью.

Первый эпизод психоза не вырабатывает пожизненный иммунитет от его повторения. Уязвимость к повседневным стрессам проявляется симптомами возврата (рецидива) психоза. Поэтому важно выявить типичные для данного человека «спусковые крючки» повторения психоза (например, такие, как злоупотребление ПАВ, конфликты в семье) и избегать их. Иному больному аллергией приходится избегать прогулок мимо копны с сеном и принимать профилактически определенные лекарства, чтобы не начался отек гортани, а больные шизофренией не должны переутомляться, не спать ночами. Регулярный прием лекарств, доброе семейное окружение, обучение играют защитную роль панциря от стрел психоза при сохраняющейся (возможно, на всю жизнь) уязвимости человека.

Бремя психоза рассмотрим на примере шизофрении.

Риск самоубийства наибольший в первые годы психоза, не менее 1% в первый год, но остается высоким на всем протяжении шизофрении. До 65% всех самоубийств приходятся на первые 5 лет шизофрении. 60% пациентов рассказывают, что в начальный период шизофре-

нии думали о самоубийстве; 10% совершали попытки самоубийства, обычно брутальные и неожиданные для близких.

Факторы риска самоубийства больных шизофренией

Демографические факторы	Мужской пол, молодой возраст (до 30 лет), социальная изоляция («одиночество в толпе»), незанятость учебой или работой
Клинические и социальные факторы	Высокий или, наоборот, низкий уровень доболезненных возможностей, затянувшийся психоз с частыми рецидивами, неэффективность лечения, депрессия (отмечена после шизофренического психоза у 60% пациентов!) с ощущением безнадежности, одиночества и подавленности; низкое бытовое и социальное функционирование; попытки самоубийства в прошлом, злоупотребление ПАВ (повышение риска в 7 раз), отказ от лечения, мучительные для больного побочные действия лекарств (неусидчивость, ожирение); отсутствие семейной поддержки. Завышенные ожидания и переоценка возможностей молодых больных (родные и врач должны помочь им выработать реалистичные планы). Страх перед разрушительным эффектом психоза и чувство безнадежности чаще сопутствуют самоубийству, чем психотические симптомы (такие, как приказывающие «голоса»).
Период наибольшего риска.	Первые дни госпитализации (половина самоубийств происходит в больнице), по выписке из больницы (особенно, в первый раз) в первые полгода.

Агрессия (физическая, на словесном уровне – часто как предтеча физического насилия) у половины молодых психотических больных; она нередка и среди здоровых молодых мужчин. Эпизоды проявлений агрессии в прошлом и злоупотребление ПАВ, отказ от лечения повышают риск. Менее 10% агрессивных поступков (обычно против близких) связаны с «приказывающими голосами».

Злоупотребление ПАВ отмечается у 25-50% больных шизофренией. У них чаще затягивается психоз. Злоупотребление ПАВ ускоряет развитие психоза на 1-3 года.

Затраты на лечение. Львиную долю (80%) суммарных затрат в течение первых пяти лет шизофрении поглощает больничное лечение. Затраты на лекарства в повседневной практике составляют не более 15% суммарных медицинских издержек.

Социальные потери больных шизофренией наибольшие в первые годы: 75% молодых больных не работает и не учится. Психоз прерывает (затрудняет) образование и общение больного с преподавателями, друзьями и близкими. «Недоучки» вряд ли получат престижную высокооплачиваемую работу, но через 1-2 года и по завершении ВУЗа менее 20% больных шизофренией заняты полное время. 15% больных шизофренией оставили работу (учебу) в течение года до обращения к психиатру. Только 10% больных шизофренией закончили учебные заведения и работали по специальности; столько же стали безработными. У 10% работающих снижена квалификация, столько же работали неустойчиво. Не менее 40% больных шизофренией стали инвалидами, обычно (60%) в первые два года психиатрического наблюдения. Чаще становятся инвалидами безработные (50%), но и треть работающих. *Больше шансов избежать инвалидности у получивших образование и занятых трудом до развития психоза.* Среди пациентов с отсрочкой лечения более года выше доля инвалидов по сравнению с больными с меньшей длительностью не леченого психоза (50% против 35%). Все часто госпитализируемые больные стали инвалидами. Коэффициент разводов у больных шизофренией вдвое выше, чем в среднем по России, коэффициент браков вдвое ниже; вдвое ниже плодовитость женщин детородного возраста. *Основной источник (более 90%) социальных потерь при шизофрении – безработица и инвалидность.* Соотношение социальных и медицинских (связанных с лечением) издержек 15:1.

Позднее выявление шизофрении, избыточность использования больничных служб, большая доля (40%) инвалидов определяют значительное медицинское и доминирующее социальное бремя первого эпизода шизофрении. ***Своевременным лечением можно сократить социальные потери шизофрении вдвое.***

Бремя семьи связано со страхом, стыдом, «самоедством» и взаимными обвинениями, финансовыми потерями. Близкие больных играют (еще раз подчеркнем этот доказанный научный факт) решающую роль в помощи, но часто не получают поддержки, страдают от хронического дистресса неформального опекуна. Бремя болезни, низкое качество жизни членов семьи больного более связано с восприятием самого факта психоза, чем тяжестью симптомов или ухудшением функционирования их близких. Психоз может приключиться с каж-

дым, но как помочь друг другу? Близким больного *тоже предстоит выздороветь*, осознавая, что случилось. Поделитесь наболевшим с профессионалами, друзьями, членами общества самопомощи.

Организованные и обученные близкие уменьшают многообразное бремя психоза активным участием в деле выздоровления больного.

Пора лечения

наступает уже на доболезненном этапе психоза.

Раннее вмешательство включает три взаимосвязанные части:

- 1) раннее выявление психоза;
- 2) сокращение отсрочки до начала лечения;
- 3) активное лечебное и восстановительное вмешательство вслед за диагнозом *психоза*.

Чтобы начать лечение, ни больному, ни его близкому не обязательно соглашаться или не соглашаться с фактом психоза. Достаточно осознать необходимость решения проблем, вызывающих наибольший дистресс, мешающих жить обычной жизнью в ладу с собой и миром.

Не откладывайте начало лечения

*«Войну нельзя отсрочить, но можно отложить во благо противника»
Макиавелли.*

Ускорение начала лечения психоза. Ускорение лечения уменьшает риск развития негативных расстройств, улучшает функциональный результат. Но успехи в деле сокращения отсрочки до начала лечения шизофрении пока скромны.

Близкие больного (как, увы, и психиатры) не испытывают затруднений в определении недуга, только при выраженном психозе.

- «...Таня обняла мужа и прижалась к нему, как бы защищая его от видений, и закрыла ему глаза рукой. – Ты болен! – зарыдала она, дрожа всем телом. – Прости меня, милый, дорогой, но я давно уже заметила, что душа у тебя расстроена чем-то. Но ты не бойся, Андрюша, не бойся, бога ради, не бойся...». А. Чехов *«Черный монах»*.
- В феврале Р. Шуман услышал странный тягучий звук, неземную музыку; потом все рухнуло – только страх. Спустя пару дней композитор прыгает в Рейн, но его спасают. После этого он скажет жене: «Мне нужна психиатрическая лечебница – в своих чувствах я уже не

волен».

- «Матвей впервые признался, что боится смерти и как бы не покончить с собой. Беседовала с ним, призвав на помощь свой жизненный опыт. Старалась «просветлить» его состояние, снять напряжение, и он успокаивался на время. Психиатр убедила: нужна больница». *Мама из Орла.*

Чем длиннее период не леченого психоза, тем больше его бремя для больного, его семьи, психиатрических служб и общества в целом, тем на больший срок может быть отложено полное выздоровление. Не полагайтесь на «время-лекаря», но посоветуйтесь с учителем, знакомым врачом, лучше – с психиатром. Привлеките к уговорам авторитетного для больного близкого (друга, духовника). Предложите заболевшему почитать и обсудить популярные книжки о лечении психических болезней, зайдите на сайт Интернета, набрав ключевые слова «психические расстройства», или найдите сайт «Новых возможностей» www.nvm.org.ru.

Дорожная карта обращения за помощью. Варианты поиска и получения помощи определены клинико-социальными и культуральными характеристиками больного, например, малой социальной поддержкой; выраженностью симптомов при некритичности больного и его близких, употреблением ПАВ, доступностью психиатрической помощи; боязнью лечения, отсутствии сведений о болезни и ресурсах помощи. В результате – многократные бесплодные визиты больного к врачам разных специальностей, вызовы неотложной помощи. Обычно (>70% случаев) настаивают на лечении близкие, чаще – матери больных (большинство больных психозами, как показано, живет в семьях). Отказывается категорически от консультации психиатра треть больных и только 5% активно стремится к ней. Визиту к психиатру в четверти случаев предшествует обращение к целителям. Неоднократно консультированы врачами общей практики 10% будущих пациентов, но лишь каждый двадцатый из них обратился в ПНД по их направлению. Только каждый пятый близкий понимал, что на их глазах развивается психическое расстройство; треть связала проблемы с ПАВ, столько же – с житейскими неприятностями («опять двойка») и переутомлением, 10% – «переходным характером». Половина матерей считала, что отрицание болезни их близкими помешало раннему обращению за помощью.

Непосредственным поводом для обращения за помощью стали нелепое (30%), опасное для других (агрессия) или себя (попытки самоубийства) поведение (20%), трудности общения (20%), но не снижение успеваемости и работоспособности. Более половины близких больных шизофренией полагают, что врачам ПНД надо быть более чуткими, задавать обтекаемые вопросы, не связанные лишь с симптомом («есть голоса?») и предлагать лечение, помимо больницы; мал интерес к судьбе молодого человека (15%); поликлиническим врачам, к которым охотнее шли больные шизофренией, следует лучше знать психиатрию (20%); начальные проявления шизофрении следует лучше знать населению (25%), как и возможности раннего лечения (15%). На малую доступность помощи сетовали лишь 5% матерей из сельских районов.

Не будьте крепки задним умом.

Но переступить порог психиатрического учреждения для многих – как переход через Альпы.

Выбор врача столь же важен, как выбор лечения.

«У меня чудесный психиатр. Какая самоотдача и сопереживание! А ведь ее, помимо страждущих, дома ждут дети. Однажды новое лекарство нового врача вызвало у меня аллергию, отек. В ночной час у меня хватило сил обратиться к Е.А., и я не услышала даже недовольства. Ее совет спас мне жизнь, а мою дочь от сиротства. Сейчас у меня все хорошо, пишу из дома отдыха». *Лена, Томск.*

Образ психиатра в СМИ непривлекателен: может ради корысти или просто так превратить лечение любого «в овощ». В анекдотах психиатр не менее болен, чем его подопечный. Психиатры, действительно, разные. Найдите *хорошего врача*. Поинтересуйтесь его опытом работы именно с психозами. У врача по душе, вызывающего *доверие*, лечение идет успешнее. Стиль общения у психиатров тоже разный, соответствующий их личности.

Один профессор (толстый) встречал пациента у самовара, обволакивая пышущим от него добром; другой (тонкий) сидел хмурый, вполборота, все видел и понимал. Оба любили больных, были искренни, не

подлаживались к ним. После беседы с ними хотелось жить. Им верили и их помнили больные. Их имена живут в названиях столичных больниц.

Больных и их близких привлекают спокойные, чуткие, излучающие надежду и чувство защиты врачи. У больных страх уменьшается «правильными» вопросами внушающего доверие, показавшего заинтересованность в их судьбе врача; его пациенты и их близкие помнят всю жизнь и связывают с ним первый шаг к выздоровлению.

Для плодотворного сотрудничества с пациентом и его близкими врач, по мнению *выздоровевших*, изучит симптомы и найдет правильные способы вмешательства; уделит время для беседы, когда пациенту или его близким это нужно, например, укажет на дополнительные возможности помощи вне психиатрической службы, например, телефоны общества самопомощи; понимает, что пациенту необходима помощь медицинских и социальных работников помимо него; приложит усилия для налаживания отношений в семье больного. Говорит ясно, не «по-книжному». Спросит, как лучше Вас называть и запомнит Ваше имя; информирует дозировано, по состоянию больного. Интересуется Вашим мнением, как идет лечение. Не настаивает на продолжительной беседе с ответами на все его вопросы, понимая, что человек в кризисе не всегда способен на это; объяснит природу психоза как биологическую, а не связанную с межличностными отношениями. Расскажет о пользе и прогнозе лечения, упомянув риск возможных побочных действий; гибок в суждениях. Поинтересуется Вашими финансовыми возможностями, рекомендуя лечение, если придется лечиться за свой счет. Объяснит выгоды «дорогого» лечения, оправдывающего затраты.

Для эффективного лечения врач (по мнению близких выздоровевших): индивидуально подходит к каждому пациенту, не предполагая изначально, что уже «все знает» о его проблемах; выясняет, чего ждет пациент от лечения, насколько он ему доверяет; помогает пациенту определиться со своими его пожеланиями к лечению; предлагает близким обсудить состояние пациента; дает пациенту возможность обсудить свои проблемы. Проявляет внимание и интерес. Слушает больше, чем говорит, понимает недосказанное. Слушает глазами. Задает открытые вопросы (на которые нельзя ответить односложно) и

не отвечает на них сам. Подытоживает услышанное и переспрашивает, правильно ли понял, уточняет. Предлагает воды и отдохнуть. Дает время подумать. Говорит понятно и просто, не опускаясь до просторечия, учитывает уровень пациента. Смотрит на пациента, обратившись к нему, но не пристально в глаза. Просит разрешения что-то записать. Предлагает сесть удобно (расстояние выберет пациент), не обрывает его. Не указывает готового решения, а предлагает высказаться пациенту (в зависимости от его состояния). Помогает сделать больше самому больному. Реагирует только на услышанное. Переспрашивает вежливо, если больной потерял нить разговора, просит объяснить непонятные слова. Направляет осторожно линию беседы. Использует иной, неизменно вежливый, подход для агрессивных, расторможенных больных, требующих немедленных действий, занимающих время «пустоговорением». Чуткий врач понимает многое и по молчанию больного, замечает: «Я понимаю, Вы смущены». Опытный психиатр не будет «зондировать болезненные места» (бредовые переживания): «Вы не хотите говорить об этом, возможно, мы это обсудим, когда будете настроены».

При согласии близкого, визит к врачу не «излечит» клубок проблем, но выявит главные, наиболее тревожащие проблемы сегодня (плач, бессонница, забывчивость). Мнения врача, близких и больного могут расходиться, их предстоит согласовать.

Врачу важны не детали симптомов, но их следствия (необычное поведение, отношение обследуемого к происходящему: равнодушное отстранение, гневный протест, понимание неприятностей и нейтральных фактов как «специально сделанных против него»), риск насилия или самоубийства. Больной вряд ли проявит беспокоящее Вас поведение, если его «Я» не охвачено полностью психозом. Попытка скрыть наиболее нелепые проявления психоза больным – признак частичной критики к состоянию. Он не обязательно откроет душу, но может быть особенно растерян и «бестолков», а то и сбежит от психиатра, как в детстве сбежал от зубного врача и прививок.

Лучше, чем говорить наспех и сбиваясь, подготовить вместе с близким памятную записку для врача, это сблизит вас, единомышленников, и прояснит, покажет ситуацию под разными углами. Новомодные нейровизуализационные техники, изощренные психологические тесты

мало полезны в диагностике психоза в отличие от данных неравнодушных близких, беседы с психиатром.

Обращение к психиатру, лечение в ПНД по месту жительства не сопряжено с социальными ограничениями для молодого человека. В настоящее время нет обязательного «учета» в психиатрических учреждениях.

Ограничение прав и свобод лиц только на основании диагноза, факта диспансерного наблюдения или психиатрической госпитализации **недопустимо** (Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях гражданам при ее оказании», ст. 5). Напротив, затянувшийся психоз сковывает его.

Возможно, консультант институтской клиники, частнопрактикующий психиатр окажется более приемлемым вариантом для человека с психиатрическими проблемами. Согласие больного на беседу с поликлиническим врачом – уже успех, ведь *всестороннее обследование, как мы знаем, необходимо.*

Ваш близкий колеблется, ожидая пользы от перемены квартиры подальше от «злоумышленников», то есть отрицает симптомы, требующие лечения, или надеется с ними справиться сам (со стороны это и есть «странное» поведение или «странный» вид, как у удивительного Даниила Хармса, спасающего чалмой голову от «лучей»), «разобраться с врагами» (жертва «преследования» становится агрессором и мстителем). Неприятие помощи связано со стигмой психической болезни и лечения, подчинением запрещающим «голосам», содержанием бреда (отравления). Нет резона лечиться и «мессии», призванному высшими силами спасти род людской. Замечания: «Ты стал ленивым, тупым» унизит и оттолкнет любого, ввергнет больного в отчаяние, так как он не может быть прежним в своих и Ваших глазах. Не дайте повода больному предположить, что Вы обсуждаете «странное» поведение за его спиной: «Мы решили: тебя надо лечить». Не поможет призыв к чувствам и отношению к близким: «Твое поведение доводит мать до слез», «Отец очень зол». Привлеките внимание больного к распространенному «непсихическому» симптому: «Ты плохо спишь и ходишь «вареным» весь день, не можешь учиться. Давай поговорим с врачом». Иногда за фасадом «головных болей» и рассеянности – пу-

таница мыслей, «голоса». Одним из признаков улучшения состояния станет большая открытость больного и более спокойное обсуждение переживаний, пусть без критики (выздоровевший от шизофрении спустя десятилетия считает, что ему «вживляли микрофон в мозг-чок», но этот остаточный бред – его личное дело, не имеющее продолжения в настоящем).

Близкий категорически против. Тогда спешите к врачу сами. *Учитесь на чужих ошибках, а то и трагедиях, при промедлении помощи.* Негодный вариант – «замаскированный» психиатрический осмотр (знакомый психиатр пришел в дом под видом терапевта). Тем более опасно заочное лечение или лечение тайком от больного. Подозрительные больные легко найдут подвох даже там, где его нет, откажут в доверии близким и любому врачу. Психиатр, увы, не вылечит по фотографии, но взвесит с вашей помощью **риск отложенной помощи**. Подготовьте для себя «шпаргалку» или записку доктору. Начните с данного дня, отметив ухудшение состояния. Опишите простыми словами поведение близкого: «Мой Ваня не меняет белье неделями», «Маша часами плачет и бродит по дому всю ночь». Описывайте, а не утверждайте: этому учат и молодых психиатров. Избегайте эмоциональной оценки: «Вася испуган ужасно, на себя не похож», «Даша удручена, мечты ее похоронены». Детали пишут картину психоза (дневная активность больного, длительность бесед самого с собой, странности в выборе еды, дословные высказывания). Врачу важны знаки психического нездоровья, которые можно увидеть (станьте его глазами) и измерить. Вы опишете поведение, если скажете, что дочь плачет полночи навзрыд, и это точнее, чем отметить, что она печальна без причины (Вы не знаете этих причин). Описывайте детали поведения, отмечая день, час, длительность («до полудня дочь не встает», «муж два месяца курит до трех пачек сигарет в день: одну зажигает о другую»).

«Мой Леша два года как бросил друзей, институт, не выходит на улицу. Ходит руки за спиной, как заключенный. Считает, что за ним охотятся шпионы. Сломал телевизор, компьютер как «приборы наблюдения». На мои просьбы обратиться к психиатру, категорически заявляет: «Нет» и набрасывается с кулаками». *Мама, Вологда.*

«Месяца три назад дочь стала спать при свете, занавешивать окна днем и ночью, разлюбила рассольник (ест только дома), бросила тан-

цы, отпрянула, когда я хотел(а) обнять ее и заплакала. Часто вспоминает утонувшую подругу, сказала, что та ее зовет». *Мама, Пенза.*

Важно впечатление учителей, друзей. Укажите возможные попытки (опыт) лечения, причины отказа от лечения. Ваши записи пригодятся затем и новому врачу. Простыми словами следует описать течение недуга, подумайте, ухудшается ли он и в чем (падает успеваемость, не может сдерживать злобу на близких). Чтобы легче восстановить последовательность событий, постарайтесь «привязать» их к каким-либо значимым для семьи событиям («впервые увидела, как он что-то шепчет и усмехается без причины через неделю после отъезда тетки Дуси, а было это...»). Отдавая «отчет» врачу, оставьте у себя копию, и храните ее как личное письмо. Подозрительный больной, обнаружив записи, расценит их «как донос». На самом же деле, они помогут выздоравливающему разобраться в себе, а далее вы сможете вести их вместе. Для Вас и врача важно сопоставить точки зрения.

Не упустите малейших проявлений агрессии (грубые слова торят путь насилию; большей частью жертвами его становятся близкие – мы уже об этом знаем) и любых намеков на нежелание жить (мрачные стихи, рисунок «сирой могилы»). Сообщите о возможных попытках консультаций и лечения. Оставьте себе, спрятав хорошенько, копию письма доктору (с датой). Бредовый больной может воспринять такое письмо как «донос» для «заточения» его в больницу.

«Спал мало, ничего не ел. Решил уйти в лес. Я не боялся замёрзнуть, не боялся ничего. Шагал и молился. Страхнул наваждение броситься под «Москвич» и снова шел в никуда. По надписи «Берегись поезда» понял – на вокзал нельзя. Вёл разговоры внутри себя, мысленно спорил с собой, друзьями. Решил не выходить из дому, но мама, встревоженная моей бессонницей, окурила меня ладаном и отвезла к экстрасенсу. Он сказал, что всё будет нормально, а мне лично: «Ты посвящение проходишь». У дома я отказался выходить из машины. Вызвали «скорую» и отвезли меня в психбольницу». *Геннадий, 25 лет, Томск.*

При угрозе жизни больного или его агрессивном поведении требуйте безотлагательного осмотра на дому психиатром. Опасность для себя или окружающих, невозможность самообслуживания (больной голодает) – основание для **недобровольной госпитализации** по скорой

помощи (специализированной бригадой), предусмотренной ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Правила лечения первого эпизода психоза

«Ожидание идеального лечения не должно приводить к отсутствию всякого лечения»

Правило Мэрфи

*Стратегическая задача современного лечения: **полное выздоровление** пациента, то есть восстановление его социально-трудовой активности, достижение полноценной независимой социальной жизни.*

Ближайшие цели: 1) сокращение ДНП (длительности не леченого психоза) при ранней диагностике психоза и помощи; 2) ускорение выздоровления за счет биологических и психосоциальных вмешательств с научно доказанной эффективностью; облегчение бремени опыта психоза и побочных действий лечения; 3) улучшение социально-трудового функционирования, качества жизни пациента и его близких; 4) предотвращение развития рецидивов (обострений) и поддержка выздоровления, раннее выявление неэффективности лечения; 5) снижение медицинского, семейного и социального бремени психоза.

Мы пока успешно лечим не основу, первопричину, но «вершки» – проявления психоза, и облегчаем его последствия.

Вмешательство в остром периоде шизофрении. Вовлечение больных и их близких – основа комплексного лечения.

Лечение в наименее стесняющих условиях. Неотложное вмешательство предпочтительно проводить дома. Нуждается в госпитализации лишь половина впервые заболевших.

«...Из больницы скоро стали отпускать на выходные домой, ходил на лыжах, что было сначала непросто из-за таблеток: я добросовестно их принимал. Продержали в больнице более двух месяцев, врачи и мать вели со мной поначалу непонятные разговоры, «валяли дурака». Исповедовался в больничном храме, научился не обижаться на людей. Батюшка научил правильно молиться. В любом есть хорошее начало, а то, что оно не на высоте, человек не виноват. Однажды после домашнего отпуска остался без печени. Больные скинулись и передали мне порцию. Я отказался, а они сказали: «Бери, обидимся». Эти печеньца

мне дороги, я про них не забуду. Теперь действительно, всё». *Виталик, Калуга.*

Короткая госпитализация требует преемственности помощи, усиления социальной поддержки и обучения пациентов и их близких. *Больничное лечение – лишь часть лечебной программы. Врач рассматривает альтернативы (амбулаторное лечение, дневной стационар, стационар на дому) в соответствии с нуждами пациента и его семьи и сведет к минимуму дистресс пребывания в остром отделении психиатрической больницы.*

Выбор условий лечения. Родные стены снижают дистресс и ускоряют выздоровление больного. Однако круглосуточное наблюдение и контроль в больнице позволяют лучше позаботиться о больном и его окружении, разобраться в его симптомах, начать более энергичное лечение. В обычной практике 95% психотических больных направляются в больницу после первого осмотра психиатром. Остальные 5% сначала лечатся в ПНД или в дневном стационаре при ПНД, благодаря активной заинтересованной позиции близких. Доли осмотров дежурным психиатром (55%) и недобровольных госпитализаций (60%) многократно превышают показатели в группе больных шизофренией. В большинстве (75%) случаев недобровольно госпитализированы пациенты с отсрочкой лечения 1-3 года в связи с нелепым поведением (25%), агрессией, чаще по отношению к близким, суицидальными попытками, обычно неожиданными (10%). В группе недобровольно госпитализированных 90% согласились лечиться добровольно в течение четырех дней на фоне облегчения психического состояния и понимания пользы лекарств. При улучшении психического состояния можно обсудить с пациентом и врачом изменение условий лечения (перевод в дневной стационар, другую клинику). После острого кризиса пациент как можно скорее должен быть возвращен в лоно любящей семьи. *Длительность лечения* в психиатрических больницах составляет около 50 дней. Срок больничного лечения большинства пациентов может быть сокращен на треть и более при преемственности внебольничной помощи, поддержке обученных и заинтересованных близких выздоравливающего. Больные с отсрочкой лечения более года госпитализируются на более длительный срок.

Как лечат психоз

Мишени лечения следующие: 1) психотические (врач скажет: *продуктивные*) и 2) негативные симптомы, 3) стойкие нарушения (снижение – депрессия, повышение – мания или их смешение) настроения, 4) злоупотребление ПАВ; 5) бытовые, социально-трудовые проблемы.

Лекарства – основное звено лечения психоза наряду с другими формами помощи, условие скорейшей стабилизации (контроля) симптомов, последующего выздоровления и предупреждения новых приступов психоза. Наблюдение без лекарств хорошо при обследовании, но «бдительное ожидание» при ясной картине психоза неразумно. Если симптомы психоза не выражены и не тягостны пациенту, врач назначит пробную (обычно половинную от минимальной рекомендованной) дозу лекарства. Разные лекарства эффективны для подавления психоза, тревоги и депрессии, с ним связанных.

Механизмы работы лекарств различны и сложны. Достаточно знать, что они блокируют очаги возбуждения в головном мозге, источнике бреда и «голосов», или пробуждают заторможенные зоны, источники вялости больных. Эффект лечения меняется с течением психоза. Возможности лечения обсуждаются с пациентом и его близкими. Результат лечения зависит от личности пациента и его окружения, выраженности и длительности симптомов психоза и их причин.

Нет особого «антишизофренического» лекарства, нет и специального – против отдельных видов бреда (преследования или отношения) или галлюцинаций (слуховых или зрительных), но есть *антипсихотические лекарства* (они же – *нейролептики*). Более 95% пациентов получают именно такие препараты, потребность в них и их дозы сокращают психосоциальные вмешательства и эмоциональная поддержка со стороны близких. До 90% пациентов в отечественной повседневной практике лечатся *типичными нейролептиками* (ТН). Препараты хорошо зарекомендовали себя последние 60 лет как эффективные и относительно дешевые. С галоперидолом, типичным представителем ТН (извините за тавтологию), сравнивают все современные антипсихотики, как с золотым стандартом лечения. ТН в высоких дозах усугубляют когнитивные расстройства. Внедрение *атипичных антипсихотиков* (АА) вызывает прилив терапевтического оптимизма. Эффект ТН

и АА сходен при остром и длительном лечении, но отличны их переносимость и безопасность, определяющие реальный результат лечения у отдельного больного. Главное отличие АА от ТН, помимо большей цены первых – низкий риск неврологических побочных действий (см. ниже), к которым особенно чувствительны впервые заболевшие. Возможен нейрозащитный эффект АА. Привлекателен непрямой антинегативный эффект АА. Они же, возможно, улучшают когнитивные способности. Качество жизни, социально-трудовое приспособление не определены сами по себе выбором ТН или АА.

Обычно впервые заболевшим достаточна половинная доза ТН или АА,

Дополнительная терапия. Доля амбулаторных больных шизофренией, получающих *антидепрессанты* в ПНД, не превышает 25% в первый год наблюдения и неуклонно снижается на протяжении пяти лет, косвенно указывая на недостаточное выявление депрессии. Более 70% пациентов получают в ПНД *корректоры неврологических* (врач скажет: *экстрапирамидных*) *расстройств* (дрожь, мышечные спазмы, неусидчивость, скованность) профилактически с первых дней лечения, но эти препараты могут при длительном применении вызвать зависимость и отрицательно влияют на и так нарушенную когнитивную функцию ряда больных. Лечение АА в меньшей степени, чем ТН требует корректоров неврологических (экстрапирамидных) расстройств. При приеме минимальных доз ТН не обязательно возникают эти легко и быстро лечающиеся нежелательные действия лекарств. Тем не менее, о них нужно знать и самим принимать меры по их ликвидации (таблетка «успокоительного» под язык) во внебольничных условиях, предварительно обсудив это с врачом. Иначе неожиданные побочные действия вызовут понятный страх, запоминаются на годы и способствуют отказу от любого лечения. Не оправдан многомесячный прием успокаивающих и снотворных (транквилизаторов) третью больных ПНД. Бессонница, отмечаемая 60% пациентами после психоза, скорее связана с депрессией (затруднение засыпания, отсутствие чувства сна) или остаточными психотическими симптомами («страшно заснуть»).

Бремя лечения: побочные действия лекарств, наиболее тягостные, по мнению пациентов: потеря энергии и желаний, отсутствие побуждений или оцепенелость, дневная сонливость, слишком долгий сон, бессонница; подергивания, спазмы мышц, неусидчивость (врач ска-

жет: *неврологические побочные действия*); беспокойство, расплывающееся зрение, сухость во рту, слюнотечение, рассеянность, запоры, повышение веса; половые расстройства, менструальные нарушения, выделения молока из груди у мужчин (врач скажет: *симптомы гиперпролактинемии*).

Следует научить пациента выявлять как можно раньше и различать побочные действия лекарств от проявлений самой болезни (вялость, сонливость по утрам – часто являются проявлениями депрессии, снижение половой силы может быть связано с психотической тревогой), справляться с обоими.

Риск побочных действий отличен у различных пациентов, приеме ТН или АА в различных дозировках.

Нет лекарств без побочных действий, но в силах врача снизить их риск и безотлагательно облегчить состояние пациента.

Невыявленные и нелеченые побочные действия лекарств – признак помощи низкого качества.

Распространенное заблуждение пациента и его близких – весь список описанных в обязательном вкладыше в упаковке лекарств побочных действий произойдет при лечении. Современные лекарства *не хуже самой болезни*. Порой оцениваемые врачом как легкие побочные действия оказываются *неприемлемыми* для отдельного пациента (повышение веса у молодой девушки, мелкая дрожь пальцев у музыканта). И напротив: лечение, назначенное врачом, которому пациент доверяет, если последний понимает его смысл – оно всегда лучше переносится.

«Правильное лечение для правильного пациента» означает его наибольший эффект при наименьшем риске побочных эффектов лечения.

Детали следует обсудить с врачом, но есть общие показатели лечения хорошего качества.

Показатели качества лекарственной терапии первого приступа психоза


- По возможности наблюдение без назначения антипсихотических препаратов
- Использование низких (минимально эффективных) доз антипсихотиков
- Цель лечения — выздоровление *каждого* пациента
- Снижение риска, скорейшее выявление и облегчение побочных действий лекарств
- Ранняя оценка неэффективности лечения (врач скажет: *резистентности*)
- Поддерживающая лекарственная терапия (при шизофрении не менее года полного послабления симптомов)

Типовые подходы выбора условий лечения и фармакотерапии больных с первым эпизодом психоза не соответствуют образцам качества фаза-специфической психиатрической помощи.

При лечении ТН врач динамически оценит состояние пациента, чтобы перейти на АА при неэффективности или непереносимости лечения.

При хороших эффекте и переносимости лечения ТН перевод на АА нецелесообразен.

Результат острого лечения большинства больных достигается в течение 1,5-2 месяцев лечения (минимальный курс терапии). *Впервые заболевшие лучше поддаются лечению, чем хронические больные.* Упорядочение поведения (уменьшение возбуждения, но не бреда и галлюцинаций) можно ожидать в первые дни-недели лечения. Затягивает выздоровление плохая переносимость лекарств. Откладывается ремиссия при ДНП более года. Хуже поддаются лекарствам негативные и когнитивные расстройства. Неполное разрешение симптомов психоза (врач скажет: *неглубокая ремиссия*) при отказе от поддерживающего лечения повышают риск скорого (в течение 6-12 месяцев) возврата психоза. Не менее 70% больных шизофренией выздоравливают к концу года терапии, 90% из них – за полгода. Эффект лечения краткосрочных психозов достигается быстрее, прогноз их лучше, чем при шизофрении. Однако



Поддерживающая терапия психозов хорошо разработана, нет принципиальных различий между предупреждением первого эпизода психоза и его возврата (рецидива). Цель терапии сдвигается от контроля симптомов к изменению естественного течения психоза, реализации резервов социально-трудового выздоровления пациента при опоре на сильные стороны его личности и поддержку близких. Выздоровевшие после первого приступа и их близкие, врачи надеются, что отличный результат лечения гарантирован, и психоз не станет хроническим. Однако лишь 30-60% больных шизофренией остаются в ремиссии спустя три года, спустя 15 лет выздоравливают 20% пациентов. У 60% больных шизофренией рецидивы происходят за первые два года, у 80% – в течение 5 лет. Риск рецидива выше при остаточных симптомах, например, депрессивных. Более 40% пациентов госпитализировано дважды за 4 года, 90% регоспитализаций происходит в течение трех месяцев по выписке. У 70% больных шизофренией изменения личности сохраняются после первого приступа, невзирая на новые приступы. Когнитивные нарушения стабильны при длительной (до 5 лет) фармакотерапии любого рода, что делает необходимыми психосоциальные воздействия.

Эффективность лечения психозов высока, но высок риск повторных приступов (рецидивов).

Необходимость поддерживающего лечения обоснована следующими данными: 1) шизофрения после активного вмешательства сохраняет риск приступов, и у большинства больных шизофренией высок риск возврата психоза; 2) рецидив шизофрении увеличивает риск сохранения остаточных симптомов; 3) эффект острого лечения теряется к пятому году наблюдения.

Возможно 1) длительное (не менее года) поддерживающее лечение или 2) постепенное прекращение лечения под тщательным контролем и плановом возобновлении лечения при рецидиве. *При необязательности поддерживающего лечения для ряда пациентов, оно показано всем с учетом высокого риска рецидивов шизофрении и их*

последствий, нейтрализовать которые сложнее, чем большинство побочных действий лекарств. При неясности вопроса, сколько следует лечиться в ремиссии, решение о длительности лечения вытекает из согласия заинтересованных в результатах лечения пациента – его врача и близких. При полной ремиссии позитивных симптомов в течение 1-2 лет возможно постепенное (до двух лет) прекращение приема нейролептиков. При рецидивах шизофрении с попытками самоубийства и агрессивными поступками, частичной терапевтической неэффективностью больным предстоит длительное (2-5 года), возможно, пожизненное лечение и регулярное наблюдение.

Через пять лет половина первично госпитализированных больных шизофренией в ремиссии, 25% хорошо социально функционирует и 15% полностью выздоровели в течение двух лет и более.

Большинство больных шизофренией достигает ремиссии без нежелательных эффектов, и нет оснований для снижения минимальных терапевтических доз нейролептика, эффективного при остром лечении.

Доступность АА позволяют увеличить период поддерживающей терапии неопределенно долго без существенного повышения риска неврологических побочных действий. Эффект длительного лечения ТН и АА сходен. Набор неспецифических симптомов служитстораживающими признаками возобновления психоза. Уровень рецидивов после первого приступа при регулярном лечении ТН или АА не выше 20%. При прекращении лечения риск рецидива в 2-5 раз выше, чем на его фоне. При лечении АА или ТН в сочетании с психотерапией риск рецидивов в первый год менее 5%.

Необходимо вовлечение семьи пациента и его социальной сети в антирецидивное лечение.

Результаты многостороннего лечения психозов и шизофрении, в частности, столь же благоприятны, как при заболеваниях, которые лечатся консервативными или хирургическими методами.

Лекарства не помогают (врач скажет: *лекарственная резистент-*

ность) 15% больных шизофренией, у которых сохраняются симптомы психоза, мешающие выписке из больницы и бытовой самостоятельности после двух (суммарно не менее 8 недель) курсов лечения не менее, чем двумя антипсихотиками в максимально разрешенных суточных дозах, один из которых АА нового поколения. Чаще неудовлетворительно лечены одинокие мужчины, злоупотребляющие ПАВ; ДНП не играет существенной роли. Врач, расспрашивая пациента и близких, выявит, возможно, несоблюдение лекарственного режима, депрессивные симптомы, сомато-неврологические (включая побочные действия лечения) расстройства, хронический дистресс в семье. Смена антипсихотика может быть полезна. Состояние трети резистентных больных улучшается при лечении клозапином (азалептином).

Лекарства с недоказанной психотропной эффективностью

Ноотропы, психостимуляторы. Опыт лечения негативных расстройств и апатических депрессий не показал преимуществ перед обычным лечением. Возможно обострение психотической симптоматики и усиление тревоги.

Высокие дозы витаминов, пищевые добавки могут вызвать возбуждение.

Нелекарственные методы. Электросудорожная терапия (ЭСТ) эффективна при бурном начале психоза с сопутствующими нарушениями настроения и/или возбуждением, создающими высокий риск для жизни больного или окружающих (отказ от пищи и воды, повторные попытки самоубийства, агрессия), плохой переносимостью нейролептиков, хорошей реакцией в прошлом на ЭСТ. Проведение ЭСТ не имеет ничего общего с показанным, например, в фильме «Пролетая над гнездом кукушки». Современная гуманизированная и безопасная процедура у большинства пациентов не оставляет неприятных воспоминаний, как сон без сновидений.

Инсулинокоматозная терапия после начального энтузиазма и всеобщего признания потеснена нейролептиками. Дорого, сложно, небезопасно. **Атропинокоматозная терапия** вытеснена ЭСТ и нейролептиками. **Психохирургия:** риск значительно превосходит гипотетическую пользу. **Гемодиализ** основывался на гипотезе очище-

ния крови от токсинов, вызывающих шизофрению, но такие токсины не были обнаружены, и не отмечено какого-либо эффекта от проведения гемодиализа при шизофрении. **Плазмаферез** применяется при лечении злокачественного нейролептического синдрома, резистентной шизофрении. **Транскраниальная магнитная стимуляция, гипербарическая оксигенация**: эффективность методов не доказана.

Современный подход – многостороннее лечение, обращенное на выздоровление, а не на «борьбу с симптомом», включает психосоциальную работу на всех этапах лечения психозов с привлечением близких больного, на фоне оптимизированной фармакотерапии. Работа соответствует *реальным* потребностям пациентов и их близких, служит обязательной частью многосторонней (био-психосоциальной) помощи больным с первым эпизодом психоза.

Пациенты и их родственники в повседневной практике редко получают психосоциальную помощь, однако, поговорить со знающим человеком, излить душу другу – полезно. Острое состояние облегчают: понимание, поддержка, защита, ободрение близких. По мере становления ремиссии (выздоровления) пациент спросит, как при любой болезни: «Почему именно я заболел?», осведомится о риске и условиях возврата психоза. Поэтому важно обучение избегания дистресса и управлению им, распознаванию ранних симптомов рецидива. Лечение должно быть направлено не только на выздоровление, но и на различные индивидуальные цели людей (возвращение в школу, на работу, общение). Помощь включает устройство и поддержку учебы и работы, домоустройство. Развитие *семейной терапии* вдохновлено исследованиями, показывавшими, что течение психоза зависит от того, как семья относится к больному и ладит с ним.

Вопросы, вопросы. Как быть с «моим» больным? И в радости, и в болезни они – *Ваши*. Нет готового набора правил, но есть пути решения типовых проблем, используемые многими семьями.

- Поведение больных определено симптомами, а не озорством, ленью.
- Симптомы вызывают дистресс, и Вы испуганы, опечалены, сердиты, в отчаянии.
- Поговорите с другими людьми, как справиться со своими чувствами. Верьте в выздоровление близкого, даже если это займет много

времени. Будьте терпеливы.

- В остром периоде больные похожи на детей, нуждаются в безопасном окружении и помощи в принятии правильных решений.
- Не принимайте близко к сердцу обидные слова близкого: за него говорит его психоз.
- Больной фиксирован на ложных идеях и нереальных вещах. Долгие препирательства бессмысленны, но слушайте с вниманием, сопереживая – для сохранения взаимопонимания в будущем.
- Заботьтесь о себе и любите себя.

Что нужно семье больного в первом эпизоде психоза: 1) информация о болезни и лечении; 2) как получить помощь, 3) как привлечь и удержать больного. На эмоциональном уровне необходимо время для принятия роли опекуна. Необходимо обеспечение прав опекунов, их потребности и доступности помощи. Непредвзятые ясные сведения о психозе, лечении от доброжелательного опытного советчика. Вовлечение в качестве добровольцев в процесс оказания помощи больному.

Целевые психосоциальные вмешательства учитывают особые нужды молодых пациентов и их близких: 1) сведения о психозе и его лечении; 2) как лучше использовать помощь; 3) как продолжить лечение и быть занятым в жизни. Молодой человек особо чувствителен к социальным потерям. Психоз лишает, по крайней мере, временно, молодого человека самостоятельности, исключает из социальной среды.

Барьеры лечения и выздоровления

Перефразируя П. Вяземского, *некоторые переплывают психоз, иные – барахтаются.*

Препятствиями для возвращения в обычный мир сами выздоровевшие полагают отказ от поддерживающей терапии, малую информированность о лечении, «погружение в роль больного», недостаточные навыки совладания с остаточными симптомами психоза и выявление ранних симптомов рецидива; непонимание болезни и ее временных ограничений, завышенные ожидания в отношении своих возможностей («кто хочет все и сразу – тот беден тем, что не умеет ждать», – сказал поэт Е.Евтушенко), злоупотребление ПАВ, отстраненное равно-

душие или, напротив, чрезмерные критика, опека и вовлеченность семьи в дела пациента, одиночество в толпе при отторжении «миром здоровых».

«После выписки (из больницы) всё изменилось. Девочки в школе перестали здороваться, братья не звонили. Бабушка водила меня к подругам. Они много знали и читали, но мне нужна была ровесница. А потом бабушка умерла и, чтобы не разучиться разговаривать, я общалась только с мамой». *Дарья Ш., Саратов.*

Высокий интеллект, доболезненное высокое социальное положение, необоснованные ожидания, остаточные психотические симптомы, обостренная оценка психоза повышают риск депрессии и самоубийства.

- «Надежды разрушены, будущее свелось к прогнозу обречённости. Прошлое ускользает, как чужой сон. Настоящее пусто, в нём только едкий дым сигарет. Чувствую себя живым мертвецом». *Патриция Диган, США.*
- «Я сходил с ума, у меня была мания величия, но зато я был весел, бодр и даже счастлив, я был интересен и оригинален. Теперь я стал рассудительнее и солиднее, но зато я такой, как все: я – посредственность, мне скучно жить». *А. Чехов. «Черный монах».*

Жалящее слово «стигма»

“Для меня стигма – страх, приводящий к неуверенности; утрата, приводящая к неразрешимой скорби; отсутствие доступа к всесторонней помощи. Стигма – либо «быть невидимым», либо подвергаться оскорблениям, приводящим к ссоре. Стигма – неуважение семьи и мучительное чувство стыда, снижающие самооценку. Стигма – скрытность, гнев, ведущий к отдалению. И, более важно, стигма – безнадежность, порождающая беспомощность» *Брат больного шизофренией.*

Несоблюдение режима ухудшает результат лечения. *Доля соблюдающих режим лечения* (врач скажет: *комплаентных*) амбулаторных больных снижается с 60% до 35% за пять лет, ниже уровня хронически больных, невзирая на выбор лечения ТН или АА. Каждый третий больной шизофренией бросает лечение сразу по выписке из больницы, и половина из них возвращается в больницу в течение года. Сум-

марная длительность госпитализаций не соблюдающих режим пациентов превышает средний показатель в группе впервые заболевших шизофренией в шесть (!) раз; 70% не соблюдающих режим поддерживающего лечения повторно встречаются с больницей в течение двух лет по выписке.



Затягивание психоза при нерегулярном лечении

Только треть злоупотребляющих ПАВ пациентов соблюдает режим лечения. Чаще обрыв терапии при остаточных психотических симптомах (порочный круг: симптомы сохранены обычно «недолечением»), побочных действий лекарств. Не соблюдающие режим лечения обычно не критичны, нетрудоспособны и отличаются низким качеством жизни. Перспективно применение инъекционной формы длительного действия АА при плохой переносимости ТН. Понимание необходимости и пользы лечения (в связи с лично значимыми для пациента целями) – главное для долгосрочного соблюдения режима, и это цель психосоциальной работы. Поддержка заинтересованной и обученной семьи улучшает соблюдение режима лечения больного.

Частичное нарушение схемы лечения (пациент самовольно тасует дозы и набор препаратов) более распространено, но также опасно, хотя некоторые пациенты разумно приспособливают схему без вредных последствий. Если нет четкого соглашения врача с пациентом по поводу длительности лечения, не удивителен его обрыв.

Причины нарушений соблюдения рекомендаций врача о лечении

Основные: ● Длительность лечения. ● Сложность схемы лечения (количество лекарств, таблеток и интервал между приемами). ● Отсутствие неформальной поддержки.

Пациент: ● Обеспокоенность по поводу побочных действий. ● Непонимание результатов лечения. ● Стигма приема лекарств («костыль калеки»). ● Несоответствие схемы лечения образу жизни. ● Озабоченность стоимостью и/или доступностью лекарства. ● Опасение развития зависимости. ● Ухудшение состояния и рецидивы. ● Внешние отвлекающие факторы. ● Неправильное понимание инструкций.

Врач: ● Плохой терапевтический союз с пациентом. ● Малое сопереживание. ● Непонятные объяснения врача. ● Редкие визиты к психиатру. *Психическое расстройство* ● Остаточные симптомы психоза ● Депрессия («все зря и безнадежно») ● Повышенное настроение («и так отлично») ● Идеи величия («не ничтожному врачушке мне указывать») ● Познавательные нарушения (память, рассеянность).

Факторы, связанные с пациентом. Взвешивание «за и против» приема лекарств указывает на сознательное несоблюдение схемы лечения. Продолжение лечения под ударом при хорошем самочувствии, вере только в свои силы, недоверии к врачам, получении неясной медицинской информации. *Побочные действия лекарства.* Принято обвинять пациента в прекращении лечения вопреки рекомендации врача. Пациенты не всегда действуют неправильно, пытаясь ввести поправку на побочные эффекты или минимизировать стигму, подбирая дозы или время приема лекарств. Не более 50% пациентов сообщают врачу, что прервали лечение из-за страха, недоверия или стеснения обсуждать такие побочные эффекты, как прибавка массы тела или сексуальные проблемы. Более 70% пациентов описывают прибавку веса как печальное событие, переносимое тяжелее, чем иной побочный эффект. Ожирение вдвое повышает риск несоблюдения режима лечения, особенно у молодых девушек. Половые расстройства – значимый источник дистресса и снижения качества жизни пациентов: 40% молодых мужчин и 15% женщин признались в том, что прекратили лечение из-за них. При этом 75% никогда не обсуждали

сексуальные вопросы с психиатрами. Воспоминания о первых пережитых побочных действиях лекарств («как закатывались глаза») живут годами и переносятся на любое новое лечение в виде изначально настороженно-отвергающего отношения. *Убеждения в отношении болезни и осведомленность о лекарствах.* Пациенты, понимающие цель лечения, правильно принимают лекарства вдвое чаще и не реагируют на любое неприятное ощущение обрывом лечения. Большинство пациентов не участвует в выборе лечения: они принимают лекарства потому, что так «велено»; 2/3 покидают первую свою больницу, плохо понимая смысл лечения, но уверены, что более психоз не вернется. Половина убеждена, что лекарства не нужны, если они чувствуют себя хорошо, а для этого они «должны взять себя в руки»; 3/4 убеждены, что лекарства вызывают привыкание. *Факторы, связанные с врачом.* Союз врача и пациента означает терапевтическое соглашение с участием пациента. Полезность врача и доверие к нему прогнозируют готовность пациента обсуждать с ним вопросы психического здоровья. Врачи обычно переоценивают объем информации, которую они предоставляют пациентам. Пациенты не обязаны понимать медицинские термины: у 20% трудности с «симптомом», 40% не понимают, что такое «перорально» (внутрь). Пациенты, плохо чувствующие себя и/ или не критичные к своему состоянию, не выдерживают интенсивный диалог о возможностях лечения. Однако сотрудничающий, сопереживающий стиль врача и удовлетворенность пациента лечением улучшают его приверженность. Хороший врач не жалеет времени для объяснения, почему нужно принимать лекарства, что ожидать от лечения, как действует лекарство. Предложит нелекарственные методы лечения. Переспросит, понятно ли. Выслушает терпеливо вопросы. Ответит кратко и ясно. *Четкие объяснения врача и дополнительные сведения необходимы для осознанного лечения.* Сотрудничество строится на основе доверительных отношений, профессионализма и искреннего желания врача понять и помочь (пациенту и его близким).

Более 60% больных шизофренией (как при любых хронических болезнях) нарушают режим лечения в течение года. У больных шизофренией, не соблюдающих лечебные рекомендации, в 4 раза выше риск рецидива в течение 6-24 месяцев. Обрыв лечения приводит к госпитализации каждого десятого.

Типичные факторы, препятствующие приверженности лечению: ложные ожидания и предрассудки пациента, отстранение от процесса принятия решения при выборе лечения, отсутствие социальной поддержки.

Как улучшить приверженность к лечению. Барьеры на пути к лечению вполне устранимы.

Общение с больным близким. Стройте, берегите доверительные отношения. Выявляйте тревожные мысли, учитывайте предпочтения пациента. Объясняйте выгоды лечения, но не умалчивайте о возможном риске побочных действий. Помогите их своевременно выявить и сообщите врачу. *Особые вмешательства.* Прием лекарств не должен нарушить образ жизни пациента. Большинство лекарств можно принимать один раз в день. Формы длительного действия вводятся однократно в 2-4 недели. Большинство побочных эффектов можно избежать при правильной дозировке лекарств. Подчеркните эффект лечения, даже малые шаги в сторону выздоровления (стал больше следить за собой, интересоваться жизнью семьи). Поддерживайте, поощряйте пациента. *Напоминания.* Используйте особые коробочки для лекарств. Напоминайте о визитах к врачу. Близкие больного также не должны об этом забывать. *Оценка приверженности лечению.* Выясните, есть ли проблемы с лекарствами. Спрашивайте о пропущенных дозах. Интересуйтесь, появляются ли мысли прекратить лечение. С согласия пациента подсчитывайте оставшиеся таблетки. Первый контакт врача с пациентом имеет большое значение для терапевтического союза и совместного составления плана лечения. Перед началом приема пациента хороший врач открыто скажет ему о трудностях приема лекарств, опишет реалистично выгоды, обсудит возможные побочные действия и меры их устранения, укажет и другие методы лечения, планирует регулярные визиты.

Социо-демографические и клинические характеристики больных в первом эпизоде психоза, значительные медицинские и подавляющие социальные издержки, неудовлетворенность типовой помощью пациентами и их близкими указывают на необходимость развития целевой ресурсосберегающей программы раннего выявления и биопсихосоциальной лечебно-реабилитационной помощи в специализированных клиниках.

Клиника первого эпизода психоза – новая форма психиатрической помощи, ориентированной на выздоровление и ресурсы общества.

Перегруженная и скудно финансируемая «обычная» психиатрическая помощь обеспечивает «известных хронических пациентов» в ущерб малой (до 15% на участке ПНД) группы больных в первом эпизоде шизофрении; врачи, как правило, занимают выжидательную позицию до развития выраженных симптомов и/или опасного поведения или, напротив, избыточно применяют антипсихотики в ущерб психосоциальным воздействиям. Молодым людям в первом приступе шизофрении необходима комплексная помощь (медикаментозное и психосоциальное лечение) по месту жительства. Специализированные клиники раннего вмешательства повышают доступность психиатрической помощи.

Службы (целевые программы) раннего вмешательства на пяти континентах развернуты на основе следующих предпосылок: 1) «критический период» (для шизофрении – первые 3-5 лет) психоза определяет его медицинский и функциональный прогноз; 2) многостороннее фаза-специфическое *биопсихосоциальное* лечение смягчает последствия психоза; 3) раннее лечение более эффективно.

Раннее вмешательство преследует две цели: 1) лечение активных психотических и/или продромальных симптомов; 2) препятствие развитию и затягиванию (хронификации) психоза.

Деятельность клиник направлена на выздоровление (социальное восстановление и развитие), лечение и поддержку молодым людям в психозе и их семьям

В России развернута *сеть клиник первого эпизода психоза* (см. приложение), как составная часть системы охраны психического здоровья населения. Первая клиника (дневной стационар) в стране открыта в Московском НИИ психиатрии.

Составные части всестороннего лечения в клиниках следующие: многодисциплинарная бригада специалистов, назначение минималь-

но эффективных доз антипсихотиков (предпочтительны АА), заменяющие больницу формы помощи, непрерывность и последовательность помощи в течение не менее 1-2-х лет и целевая внебольничная психосоциальная программа, направленная на удовлетворение «эластических» по мере выздоровления потребностей пациентов и их близких и, как следствие, снижение бремени психоза на семью и общество в целом.

Ранние оценку и лечебно-восстановительные мероприятия организует и проводит *бригада профессионалов* (психиатр, психолог, психотерапевт, специалисты по семейной терапии, специалисты по социальной работе, специалисты по трудоустройству) в сотрудничестве со специалистами, занятыми вне психиатрической помощи (поликлинические врачи, преподаватели, работники центра занятости населения, юристы), а также активистами местного общества самопомощи, добровольцами, представителями некоммерческих и религиозных организаций. То есть, речь идет о *межпрофессиональном и межведомственном взаимодействии*.

Больные с большой ДНП – целевая группа для *программ ранних вмешательств*: при бурном (до трех месяцев) развитии психоза больные обычно уже лечатся. Активное выявление начальных проявлений психоза в общемедицинских и учебных учреждениях, настойчивое привлечение выявленных пациентов в клинику сокращают время нелеченого психоза и смягчают его неблагоприятные последствия. Все больные в первом эпизоде психоза из района обслуживания лечатся бригадой в наименее стесняющих и стигматизирующих условиях (дневной стационар, стационар на дому). Предпочтение отдается АА (в первый год лечения их принимают до 80% пациентов). На всех этапах лечения поддерживается рабочее терапевтическое взаимодействие («триалог») между пациентом, его близкими и профессионалами. На регулярных встречах бригады с непременным привлечением пациентов и их близких (их заинтересованное участие на всех этапах лечения – обязательное условие выздоровления) вырабатывается и осуществляется индивидуальный план восстановления больного, затем контролируются сроки его выполнения. Для этого выявляется ранжир проблем пациента и его семьи и необходимых мероприятий для их разрешения, примерные сроки выполнения задач с указанием ответственных за исполнение лиц (например, при трудоустройстве

привлекается специалист центра занятости населения, юрист – для восстановления прав на жилье). По мере смягчения симптомов психоза к лекарствам подключают индивидуальную и групповую психосоциальную работу с пациентами и их близкими, в зависимости от их потребностей: 1) образование; 2) обучение и восстановление социальных навыков (например, общения); 3) группа нейрокогнитивного тренинга; 4) поддерживаемые учеба и трудоустройство открывают действенные пути восстановления молодых пациентов. Пациенты поддерживаются клиникой в течение последующих пяти лет на фоне лекарственной терапии и/или групповой и/или индивидуальной психосоциальной работы. Образование продолжается и для близких пациентов. Наиболее ясным знаком выздоровления молодых людей после психоза является завершение (продолжение) образования и начало трудовой деятельности. После 6 месяцев программы поддерживаемой занятости доля работающих пациентов в клинике вырастает с 10 до 40% к 12 месяцам. Занятость повышает благосостояние больных, их самосознание и самооценку. Вклад в «копилку» столицы одного трудоустроенного на фоне лечения АА пациента соответствует затратам на лечение в течение года тем же препаратом 3-4-х пациентов, чье восстановление отложено. Доля инвалидов среди пациентов клиники менее 5%.

Качество сочетанной помощи клиники первого эпизода определяют уровень недобровольной госпитализации, обучение пациентов и их близких, безопасность лечения (назначение низких доз антипсихотиков, желательна АА), настойчивое внебольничное лечение, непрерывность помощи, обучение бытовым и социальным навыкам, поддерживающее обучение и трудоустройство. Привлечение ресурсов сообщества, включая группы самопомощи. **Доказанные преимущества клиник первого эпизода** меняют скептическую позицию персонала обычной психиатрической помощи, чиновников, а главное, «потребителей» психиатрической помощи по отношению к раннему вмешательству. Преимущества клиник в сравнении с «типовой» практикой показаны в разных областях: клинической (ДНП, тяжесть симптомов и ремиссия, рецидивы и повторные госпитализации), социально-трудового и бытового восстановления (выздоровления), качества жизни и сбережения «человеческого капитала». Важны прекращение употребления ПАВ, препятствующее выздоровлению, переносимость лекарств и соблюдение лекарственного режима, уменьшение стигматизации и самостигматизации.

Половина пациентов таких клиник выздоравливает за год, а четверть уже к 6-му месяцу. Антинегативный и социальный эффекты спустя 6-12 месяцев связаны с усилением психосоциальных и семейных вмешательств на фоне приема АА. Пациенты (90%) клиники более привержены длительному лекарственному лечению и, как следствие, у них достигнуто более стойкое психическое улучшение; возможные даже на фоне приема лекарств обострения протекают легче и быстрее (в среднем 2 недели) и не требуют, как правило, больничного лечения. Большая часть пациентов клиники продолжила учебу и работу; они чаще общались со сверстниками. Удовлетворенность помощью пациентов клиник и их семей, качество жизни – выше, а «обезоруживающее чувство безнадежности» – ниже. Снижено бремя психоза на семью. Лучший клиничко-социальный результат клиник имеет и экономический эффект по прошествии 2-5 лет, при учете снижения медицинских и социальных издержек.

Результаты терапии первого эпизода психоза вызывают осторожный оптимизм

К многоуровневой оценке эффективности и качества повседневной помощи, планированию новых форм помощи должны активно привлекаться пациенты и их близкие, активисты общества самопомощи.

Движение самопомощи пациентов и их близких. Неудовлетворенность качеством помощи, перенесение бремени на семьи при внебольничном лечении, отвечающее чаяниям большинства больных и их семей, активизировало создание групп самопомощи, расширив зону ответственности за результат лечения от профессионалов к пациентам, их семьям. Проводимые Общероссийской общественной организации инвалидов (ОООИ) «Новые возможности» групповые занятия используют личный опыт совладания с болезнью для обучения семей. Близкие больного на ранних этапах не имеют опыта сотрудничества с психиатрическими и социальными службами, не понимают нужд больного и своей новой роли опекунов, нуждаются в совете и руководстве, выверенной информации о психозе, его последствиях и лечении. Травматический опыт начала психоза уменьшен практической, дружеской поддержкой «равного равными».

Ранжир доказательности приведенных данных (уровень **A** – наиболее доказательные данные; **B** и **C** – менее доказательные данные). Связь отсрочки антипсихотического лечения и утяжеления медицинского и социального бремени шизофрении [**B**]*, преимущества специализированных клиник раннего вмешательства по сравнению с типовой помощью [**B-C**]**. Эффект сочетания фармакотерапия и психосоциальной работы [**A**]***, Упрочение ремиссии способствует социально-трудовому восстановлению пациента [**A**]. Члены семьи пациента в первом эпизоде психоза нуждаются в обучении и поддержке [**A**].

* После 1-2-х лет систематического лечения влияние ослабевает;
** Чем выше качество работы клиники первого эпизода психоза и ниже уровень повседневной помощи (для сравнения) – тем больше эффект раннего вмешательства *** Вопрос о наибольшей эффективности отдельных подходов не решен.

Предупреждение и раннее выявление психоза – реальная цель

*«Если болезнь идет в атаку в тот же момент,
что и лечение, она не быстрее его»
Гиппократ.*

Информация подросткам: как снизить риск психоза. ● Избегайте наркотиков и спиртного. Они больше, чем травма головы повышают риск шизофрении в психически отягощенных семьях. Увы, в таких семьях часто скрывают болезнь родственника или говорят, что он «просто чудак». ● Развивайте социальные навыки, ищите и цените друзей, чтобы свободно поделиться и посоветоваться с ними, при необходимости. ● Ищите взрослого наставника (родственника, учителя, духовника), которому доверяете и уважаете, готового помочь советом и делом, если с родителями не сложилось должного доверия. ● Выстраивайте активную жизненную позицию. Поражения и трудности обычной жизни – непереносимые условия взросления и ценный опыт. Со временем и при старании большинство проблем преодолимо. ● Учитесь бороться и побеждать дистресс и тревогу, отчаяние (за ним часто депрессия). Откройте сердце близким, друзьям, почитайте умные книжки по этому поводу. ● По необходимости (при неудаче самопомощи), при сложностях совладания с дистрессом, тревогой, депрессией, при необъяснимых мыслях обратитесь поскорее к психологу или психиатру.

Информация родителям: как снизить риск психоза у детей. Не стоит переживать из-за не сделанного во время. Сомнительно, что кто-либо сумеет выполнить все указанное ниже. Но снижение риска психических проблем Ваших детей – возможно.

Связи и семейные средовые факторы: ● Выстраивайте устойчивые, теплые связи; ● Учитесь решать проблемы разумно. ● Планируйте беременность хотя бы за три месяца до зачатия: у детей от нежелательной беременности выше на риск развития шизофрении, возможно, в связи с дистрессом матери и/ или плохим уходом; ● Посоветуйтесь с доктором, если Вы принимаете любые лекарства и/или пищевые добавки; ● Принимайте поливитамины 1-3 месяца до зачатия и при беременности во избежание преждевременных родов. Они– ведущая

причина низкого веса новорожденного как фактора риска шизофрении. ● Предупредите или вылечите передающиеся половым путем болезни (герпес, хламидиоз). ● Нормализуйте вес перед беременностью (оптимальный индекс массы тела 22-23). ● Лучше быть молодым отцом. ● Планируйте интервал более двух лет между беременностями. ● Избегайте до и во время беременности стрессов, обратитесь к врачу при тревоге, депрессии. При любом психическом расстройстве важно достичь стойкого улучшения до беременности и родов. Депрессия при беременности увеличивает риск психических расстройств. ● Избегайте спиртного даже в умеренных дозах (увеличивает риск уродства плода и рака груди) за несколько месяцев до и/или при беременности; забудьте о табаке, будучи беременной. ● Не занимайтесь самолечением. ● Помните о вреде свинца (в краске, воде) до зачатия и во время беременности, оберегайте детей. ● Хороши умеренные физические упражнения при беременности. ● Пройдите тест на реуз-совместимость с ребенком после родов. ● Постарайтесь не болеть гриппом. ● Придерживайтесь здорового питания с достаточным количеством овощей и фруктов, рыбы с омега-3 жирными кислотами. ● Важно снизить риск осложнений при родах. ● Беременным не стоит ласкать кошек (особенно чужих), чтобы не заразиться паразитами. ● Убедитесь в психическом благополучии роженицы; ● Кормите грудью не менее 6 месяцев, если нет медицинских противопоказаний. ● Витамины (в т.ч., группы D) важны в первый год жизни ребенка. ● Лучше растить ребенка за городом.

Укрепление психического здоровья ребенка. ● Учитесь, читайте, обращайтесь за советом к специалистам. ● В первые годы жизни ребенка будьте подле него не менее 4-х часов в день. «Приласканные» дети менее тревожны и плаксивы, растут более независимыми, более любящими и приспособленными к жизни (все хорошее в жизни – родом из детства); ● Старайтесь умерить дистресс ребенка и научите, как с ним эффективно справляться. ● Управляйте чувствами (не кричите, не спорьте по любому поводу, избегайте сверхвовлечения в дела ребенка и чрезмерного контроля его поступков). Часто повышающие голос и чересчур опекающие родители провоцируют дистресс детей и в семье, связанный с риском тревоги и депрессии, шизофрении. Опыт позитивного решения конфликтов в семье поможет ребенку в жизни. ● Будьте чутки, терпимы. При семейных конфликтах разрешайте их к обоюдному удовлетворению. Учитесь, как это делать,

обратитесь при затруднениях к специалисту. Дети впитывают стресс близких, что осложняет развитие нервной системы, иммунитет, психологическое развитие. ● Прививайте жизнерадостность детям (мир, как известно, зеркало и отражает тебя). Ориентированное на рост восприятие жизни повышает сопротивляемость стрессу и неблагоприятным событиям и, тем самым, снижает риск тревоги, депрессии и других психических расстройств. ● Поощряйте социальные навыки и «умное сердце» ребенка старше трех лет. Плохие социальные навыки (негативные симптомы) – в кругу ранних проявлений шизофрении. Ребенок родителей с проблемами дружеских и социальных связей учится у них и нередко социально одинок и чувствителен к стрессу. ● Поощряйте развитие реального представления ребенка о мире, отделяя его от фантазий. Не сообщайте неверных сведений о жизни и людях, защищая ребенка (когда плачете, не говорите, что все в порядке). ● Обеспечьте обучающую социальную среду детям. ● При эмиграции (переезде в чужой край) постарайтесь поскорее включить ребенка в новую среду с друзьями. ● Снизьте риск травматических событий в жизни ребенка (развод). ● Берегите от травм голову ребенка. Травмы связаны с повышением риска шизофрении у *биологически предрасположенных* к ней. ● Обращайтесь своевременно за советом и помощью при психических проблемах ребенка. ● Родители, учителя, медики должны решительно препятствовать употреблению ПАВ хотя бы психически уязвимыми подростками и юношами.

Каждое слово и поступок родителя – знак, послание ребенку. **В здоровой счастливой семье** ● говорят ясно и спокойно, споры коротки и ведут к взаимопониманию. ● Домочадцы гибки в спорах, но четко заявляют свою позицию; ● соглашаются охотнее, чем упорствуют, отстаивают принципиальные интересы без унижения и обиды для других. ● **Они** дружелюбны; ● выражают открыто радость или печаль; ● обладают чувством юмора и самоиронией. ● Признают право на личную жизнь домочадцев и допускают, что близкий не всегда говорит, что думает. ● Любящие люди идут на взаимные уступки. ● Бывают «не в духе» недолго.

Возможно, спокойное и теплое детство снижает риск развития психоза.

Задание на завтра (практические шаги и научные разработки).

*«Если бы делать было бы так же легко,
как знать, что нужно делать, часовни стали бы храмами,
а хижины – королевскими дворцами».*
У. Шекспир

*«О чем сигнализирует психоз обществу?
Болезнь отдельного человека есть болезнь общества в целом.
Но оно не использует полностью силы,
отгораживается от психически больных.
Надо обратить разум человека на изучение болезни разума.
Дерзайте, ученые, врачи».*
Мама больного москвича

Пока основное внимание исследователей привлекают психозы и меры предупреждения их возврата. Возможно ли выявление лиц с высоким риском развития психоза? Хотя связанные с развитием изменения неспецифичны для шизофрении, они позволяют осуществить раннюю оценку при первом появлении симптомов.

Теоретически обоснованы и практически внедрены (пока не в России) два подхода раннего вмешательства.

Вмешательство на продромальной фазе направлено на отсрочку развития или предупреждение психоза и использует три подхода: универсальный (неспецифические воздействия на население мало пригодны для многофакторных расстройств типа шизофрении), избирательный (на группу риска с наследственной отягощенностью) и/или указующий при наличии симптомов продромальной фазы).

Выделение и наблюдение лиц из группы высокого риска развития психоза до послабления симптомов (ремиссии), развития психоза или другого расстройства, требующего лечения.

Первичная профилактика направлена на снижение заболеваемости психозами населения «непсихиатрическими» мероприятиями, например, за счет улучшения охраны материнства и детства. Выделение

генов, вовлеченных в развитие шизофрении, даст ключ для понимания ее природы и развития лучшего лечения. Однако опыт медико-генетического консультирования требует этической и экономической оценки в связи со значительной ролью факторов среды в развитии психоза. Исключение употребления конопли снизило бы заболеваемость шизофренией на 10%. Миграция населения как причина психосоциального неблагополучия – фактор риска развития шизофрении, и кризисные вмешательства здесь полезны. Важна пропаганда здорового образа жизни (поддержание общего физического и социального благополучия населения).

Сложность и взаимосвязанность факторов, лежащих в основе дебюта шизофрении, низкая специфичность факторов риска и продромальных симптомов, отсутствие надежных методов оценки предрасположенности к шизофрении, неопределенность ее течения на ранних этапах ограничивают эффект «прицельных» профилактических мероприятий.

Дальнейшее совершенствование наших знаний о факторах риска психозов уточнит прогноз их развития и повысит эффективность первичной профилактики.

Необходима система трудовой реабилитации молодых больных при межведомственном взаимодействии с центрами трудовой занятости населения, организация клубной работы в составе общества самопомощи пациентов и их близких (может войти ассоциированным членом в ОООИ «Новые возможности»). Важно развить широкую образовательную антистигматизационно заряженную кампанию в населении с привлечением СМИ (пока же их работники сами нуждаются в психиатрическом просвещении), снимающую флер мистики с природы и проявлений психоза и указывающую пути и условия скорейшего выздоровления. Нужны образовательная литература, выпуск самоописаний пациентов и их близких с опытом преодоления психоза и его последствий. Более полное и точное представление о причинах, путях развития и ранних проявлениях психозов при эффективном раннем предупреждении и лечении позволит снизить бремя психоза на больного, его близких, медицинские службы и общество в целом.

Раннее выявление и лечение психозов основано на общемедицин-

ском подходе предупреждения серьезных болезней (как рака груди). Изучение продромального периода привлекло внимание к группе людей с повышенным риском шизофрении (70 на 100 тысяч населения). Это лица с познавательными (когнитивными) нарушениями, существующими более года, со стертыми позитивными симптомами (такими, как «голоса») несколько раз в неделю, короткими (не более недели) преходящими не менее, чем на неделю, психотическими эпизодами, и снижением деятельности не менее месяца за последний год, семейной отягощенностью (психозы близких родственников). Риск развития психоза у таких людей 30-55% в течение ближайшего года. Бригады выявления предпсихотической фазы (пока в России их нет) обеспечивают оптимальное сочетание лекарственного, психосоциального лечения при семейном консультировании и обучении, ориентированных на поддержку насущных потребностей пациентов. Так, методы преодоления стресса защищают уязвимого индивида от психотравмирующих событий и противоречий повседневной жизни. Вмешательство в *предполагаемом* продромальном периоде, по отдельным данным, требующим уточнения, может снизить заболеваемость шизофренией с 7 до 0,7 на 100 тысяч населения. При полугодовом лечении АА + КПТ лишь у 10% пациентов развился психоз, при семейной терапии и трудоустройстве – у 35% против 50% без лечения. Даже если лечение лишь отодвигает развитие психоза, и отсрочка – благо: социальное развитие в дебюте шизофрении хуже у мужчин, как болеющих раньше.

Излишние ожидания от пока не стандартизованного подхода приводят к избыточному лечению, чрезмерной диагностике «предшизофренических» состояний.

Разрушая мифы

«Если миллион человек верит в какую-нибудь глупость, она все равно остается глупостью»
Правило глупости А. Франса

Миф	Факт
Шизофрения «расщепляет» личность как у доктора Джекила и мистера Хайда или в фильме Хичкока «Психо».	Это лишь вольный перевод с греческого. Речь идет о рас-согласовании чувств и мыслей. Под расщеплением подраз-умеваются не раздвоение (например, личности), как часто это не совсем верно понимают, а дезорганизацию, отсут-ствие гармоничности, несоответствие, нелогичность с точки зрения обычных людей. Каждый человек – арена борьбы зла и добра, по Достоевскому. Лечение усиливает арсенал добрых сил. <i>Множественная, или расщепленная личность</i> , часто встречающаяся в кино, но не в жизни, психическое расстройство в виде наличия двух и более попеременно существующих личностей в одном лице. При шизофрении меняется поведение в остром периоде и отношение к окру-жающим из-за ее симптомов, личность развивается на фоне длительного расстройства, срастаясь с ним. Происходит расщепление между ощущениями, убеждениями больного и реальностью, но не две личности.
Психоз вызван «пор-чей»	Порой несчастье семью даже образованных людей обраща-ет в средневековье. Психоз ● не вызывается «проклятьем или сглазом»; ● это не наказание Божье за грехи семьи.
Психоз заразен	Безосновательный страх «заражения» приводит к изоляции и стигматизации больного и его близких, профессионалов. Семья пациента уязвима психически в связи с постоянным дистрессом.
«Плохие родители» – источник психоза	Семьи больного страдают от ложных стыда, чувства вины и стигмы. Семейное окружение – ключевой фактор развития личности, но не психоза. Психосоциальный климат в семье, особенности общения, воспитания не приводят к шизофре-нии. Строгие доказательства свидетельствуют о биологиче-ских факторах в большей мере.

Психотропные препараты вызывают зависимость при длительном применении	Риск зависимости обычно имеется у препаратов, вызывающих приятные ощущения (эйфорию). Антипсихотики предохраняют от неприятных переживаний. Риск зависимости имеется у корректоров неврологических побочных действий и транквилизаторов у уязвимых к злоупотреблению ПАВ пациентов
Антипсихотики контролируют мышление и служат химической смирительной рубашкой.	Антипсихотики в правильных дозах не мешают свободному волеизъявлению больных шизофренией, служа фильтром помехам ясному мышлению и осознанным поступкам в виде возбуждения, «голосов» и т.д.
Психоз – распушенность, лень взять себя в руки	Можете ли Вы усилием воли обуздать аппендицит, срastить кость или избавиться от бородавки?
Психоз приводит к обязательной госпитализации.	Ряд эффективных альтернатив госпитализации широк.
Нельзя выздороветь при шизофрении	Пациенты выздоравливают полностью, не требуя более лечения и поддержки: исчезают симптомы психоза, негативные – с годами сглаживаются, как старые рубцы. Человек восстанавливает социально-трудовое функционирование и продвигается вперед. Иным требуется продолжение лечения, контролирующего их симптомы, но при этом они живут полноценной независимой жизнью.
В психозе нельзя принять правильного решения о лечении	Большинство больных участвует в принятии решений о лечении. Проблемы возникают в психозе. Пациент и его семья улучшают результаты и повышают вероятность следования плану лечения за счет активного участия в его разработке и обучении профессионалами.
Шизофрения пожизненна	Это не так. Течение и исход шизофрении во многом связаны с внешними условиями – отношением к болезни человека и его близких, систематическим лечением.
Пациенты должны лечиться всю жизнь.	Не менее 25 -50% не принимают лекарств, не страдая более от симптомов шизофрении и хорошо приспособились в жизни. Со временем большинство больных шизофренией меняет дозы и схемы лечения. Рецидивы шизофрении и госпитализации остаются в прошлом.

Факты (я знаю, что...).

- **Психозы** – неоднородная группа распространенных психических расстройств по причинам возникновения, механизмам развития, набору симптомов, течению и прогнозу. То же можно сказать о *шизофрении*.
- Первые симптомы психоза наиболее часты «посередине жизненного мая», в возрасте 16-25 лет.
- Человек в предполагаемом психозе непременно и как можно скорее должен быть осмотрен *психиатром*, всестороннее обследован для исключения физических и неврологических причин психоза, отравления лекарствами или психоактивными веществами.
- Ранние маловыраженные симптомы психоза: социальная изоляция, необычные речь, ощущения, поведение могут задолго предшествовать бурному развитию психоза.
- Важно справиться с симптомами психоза, а не идти у них на поводу или отрицать их. Больные и их семьи требуют сопереживания и поддержки.
- Психоз 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, а сам человек способен достичь благополучия в разных областях жизни.
- Психоз излечим. Страх и предубеждение отталкивает больного и его близких от своевременного лечения. Вам нужно с ними справиться, чтобы унять боль болезни.
- Диагноз психоза не исключает жизненных достижений. Большинство бывших больных живет полной содержательной жизнью при поддержке лекарств и близких. По мере выздоровления они становятся надежной опорой семьи.
- Большинство пациентов по разным причинам уклоняется от регу-

лярного длительного лекарственного лечения, что отдаляет выздоровление и усугубляет бремя психоза.

- Первые 3-5 года после определения диагноза шизофрении очень важны, отчасти определяя дальнейшее течение или прекращение психоза, его разнообразные последствия.
- Психоз НЕ вызывается «плохими родителями». «Шизофреногенная мать, шизофренические семьи» упоминаются в учебниках для специалистов в главе «заблуждения психиатрии». Один из симптомов психоза (близкий к бреду) – ненависть к родителям, сменяемый иногда с годами холодностью к самым близким с обвинениями в «сделанной болезни» в их адрес.
- Больной НЕ лентяй и бездельник. Снижение энергии – симптом недуга, который лечится лекарствами, психосоциальными вмешательствами. Негативные симптомы утяжеляются равнодушием окружающих и чрезмерной опекой близких («выученная беспомощность»). Недостаточно стимулирующее социальное окружение (коробка с ватой и надписью «инвалид») затягивает шизофрению, как и неправильная лекарственная терапия, направленная на содержание пациента в полусонном безразличном состоянии.
- Помощь близких, вопреки усталости и временному отчаянию, в «ремонте» жизни пациента будет вознаграждена его успехами (учитесь видеть их и радоваться вместе).

Итак

Храните и берегите друг друга.

Общайтесь с людьми «по душам» (не замыкайтесь в своей беде).

Разумно выберете «правильное» лекарство и держитесь за него.

Опирайтесь на собственные здоровые силы, не забывая о помощи близких и врача.

Шанс на выздоровление – нужно использовать полностью.

Оптимизм в Вашей семье не должен иссякнуть.

Пусть в Ваш дом вернется ХОРОШО.

С. Моэм (врач, кстати, по первой профессии) писал, что самые дорогие вещи в жизни человеку достаются поначалу даром, и среди них первые – *любовь и здоровье*. Чтобы сохранить чувство, которым мы живем, «не пропуская страниц», приходится ежедневно его подтверждать делом; чтобы выздороветь – *надлежит немало потрудиться*. Плечом к плечу. Изо дня в день.

Выздоровление – процесс, а не буря и натиск.

Будьте *терпеливы* (напомним: «кто хочет все и сразу – тот беден тем, что не умеет ждать») и *терпимы* друг к другу. В этом опыт болезни и мудрость жизни.

Психоз, как и все, пройдет.

И приходит новый день.

Будьте здоровы, а, значит, счастливы – у Вас это получится.

... жизнь, может быть, и зебра, но «раскрашиваем» ее мы сами.

Выбор – за цветом

Словарь

Бред – ложное, но непоколебимое любыми доводами и доказательствами умозаключение, не соответствующее жизненному опыту, образованию человека (вера в Бога у верующего – не бред, в отличие от убеждения, что всевышний «назначил» его мессией).

Выздоровление – восстановление нормального социально-трудового функционирования, возможно, более низкого, чем доболезненное, при возможном сохранении остаточных симптомов, позволяющих обучение, независимую жизнь и развитие тесных социальных связей.

Галлюцинации – ощущения без реального объекта в любых сферах чувств («голоса», запахи и т.д.).

Дискриминация – стигма (см.), ставшая действием. Если у начальника стигма по отношению к пришедшему устраиваться на работу пациенту, дискриминация в связи с болезнью возможна.

Дистресс – стресс, вредный организму (в отличие от полезного стресса).

Длительность нелеченого психоза (ДНП) – время между появлением первых симптомов психоза и началом их лечения нейролептиками. Чем меньше период без лечения – тем легче последствия психоза для пациента и его близких.

Качество жизни (КЖ) понятно пациентам, их близким, специалистам, чиновникам, политикам и любому обывателю. Л.Джонсон во время избирательной президентской кампании в США сказал: «деятельность правительства измерена качеством жизни наших сограждан», также можно оценить и результат психиатрической помощи. Это быть «в ладу с собой и окружающим миром» – по мнению одного выздоравливающего. Значение КЖ включает потребности благополучия, независимости, которыми обычно пренебрегают в повседневной психиатрической помощи.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) облегчает с помощью обучения пациента особым приемам отстраняться и отвлекаться от оста-

точных психотических симптомов.

Комплаенс – соответствие поведения пациента лечебным рекомендациям. COMPLAINT нарушен (влечет явные неблагоприятные последствия) при пропуске более 20% времени назначения лекарств.

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.

Магнито-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.

Нейротрансмиттеры (серотонин, дофамин, норадреналин и др.) – химические вещества, позволяющие действовать нервным клеткам согласовано.

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

Семейная терапия показана при чрезмерно выражаемых эмоциях в семье как факторе риска раннего рецидива

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

Стигма – социальное клеймо (ярлык), который меняет отношение к другим людям и к самим себе (самостигматизация), заставляя относиться к человеку (себе) как к носителю нежелательного качества. Когда стигматизируют, мыслят: «они» (рыжие, кавказцы, гомосексуа-

листы, психически больные) – не такие, как «мы». Пациент стигматизирует врачей, считая, что они все плохо относятся к психически больным, ничего не понимают в лечении.

Терапевтический союз — соглашение между пациентами и врачами о совместной работе.

Что еще почитать

Лаутвенг Арнхильд. Завтра я всегда бывала львом. Пер. с норвежского. – Самара: ИД «Бахрах-М», 2009. – 288 с.

«Преодоление» (М: ОООИ «Новые возможности», 2009 – 129 с.), сборник исповедальных рассказов перенесших психозы ждет Вас на сайте: <http://nvm.org.ru/preodolenie.htm>

Три портрета: Жизнь и судьба творца в психиатрическом интерьере. М.: Новые возможности, 2010. 52 с. (www.nvm.org.ru)

Общероссийская сеть клиник первого психотического эпизода

Первая в России клиника (дневной стационар) открыта в 2000 году в Московском НИИ психиатрии.

Архангельск ► Архангельский областной ПНД (*Архангельск, Ломоносова, 271*)

Барнаул ► Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана (*656013 г. Барнаул, Индустриальный район, ул. Суворова, 13*).

Благовещенск ► Амурский областной ПНД (*Амурская область, г. Благовещенск, Больничная, 32*)

Забайкальский край ► краевая психиатрическая больница №2 (*673042 Забайкальский край, Черновский район, п. Ивановка*)

Екатеринбург ► Свердловская областная клиническая психиатрическая больница (*620030 г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км*).

Иваново ► областная клиническая психиатрическая больница «Богородское» (*153506 Ивановская обл., Ивановский р-н, с. Богородское, ул. Б.Клиническая, 2а*)

Иркутск ► областная клиническая психиатрическая больница № 1 (*664059 г. Иркутск, м/р Юбилейный, 11а*)

Казань ► республиканская клиническая психиатрическая больница им. В.М. Бехтерева (*Республика Татарстан, Казань, ул. Ершова, 49*).

Кемерово ► ГУЗ Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница

Краснодар ► краевая клиническая психиатрическая больница (*350007 Краснодар, ул. Красная, 1*).

Красноярск ► краевой ПНД. (*Красноярск, ул. Курчатова, 14*).

Москва ► отделение первого эпизода болезни Московского НИИ психиатрии (*107076 Москва, Потешная ул. 3*)

ГУЗ Психиатрическая больница № 13 г. Москвы

Набережные-Челны ► Набережночелнинский ПНД (*Набережные Челны, Новый город, 9/03, Медгородок*).

Нижний Новгород ► клиническая психиатрическая больница № 1 (*Н.Новгород, ул. Ульянова, 41*).

Новокуйбышев ► ПНД (*446200 Самарская обл. Новокуйбышев, ул. Кутузова, 10*).

Новочеркасск ► филиал ПНД Ростовской области (*Ростовская обл. г. Новочеркасск, ул. Орджоникидзе, 23*).

Омск ► клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой (644070 г. Омск, ул. Куйбышева, 30).

Оренбург ► областная психиатрическая больница №1 (460000 Оренбург, Цвиллинга, 5).

Петропавловск-Камчатский ► краевой ПНД (683006 Петропавловск-Камчатский, ул. Каратинская, 22 ГУЗ ККПНД).

Приморский край ► краевая психиатрическая больница № 2 (692548 Приморский край, Уссурийский р-он, с.Заречное, ул. Пионерская.1)

Ростов на Дону ► филиал Ростовского ПНД (Ростовская обл, пос. Ковково).

Санкт-Петербург ► 1) ПНД №3 (190000 Санкт-Петербург, пер. Татарский, 16);

2) ПНД №10 (190121 Санкт-Петербург, пер. Матвеева;

3); психиатрическая больница № 1 им. П.П.Кащенко (Ленинградская обл. Гатчинский р-он, с.Никольское, ул. Меньковская, 10);

4) ГУЗ Городской ПНД № 7

Ставрополь ► краевая клиническая психиатрическая больница №1 (355039 Ставрополь, ул. Ленина, 441)

Тамбов ► областная клиническая психиатрическая больница (392602 Тамбов, ул. Московская, 27)

Тула ► областная клиническая психиатрическая больница № 1 им И.П.Каменева

Хабаровск ► краевая клиническая психиатрическая больница (Хабаровск, ул. Серышева, 33).

Челябинск ► Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1

Чита ► ГУЗ «Краевая психиатрическая больница» № 2