

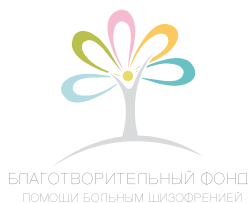


СЕРИЯ БРОШЮР

ШИЗОФРЕНИЯ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИИ

Москва, 2012



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Брошюры подготовлены при содействии
Благотворительного фонда помощи больным шизофренией



Автор

Минутко Виталий Леонидович
профессор, руководитель клиники
«Психическое здоровье», лауреат
V юбилейной международной премии
<ПРОФЕССИЯ–ЖИЗНЬ> 2006 г.

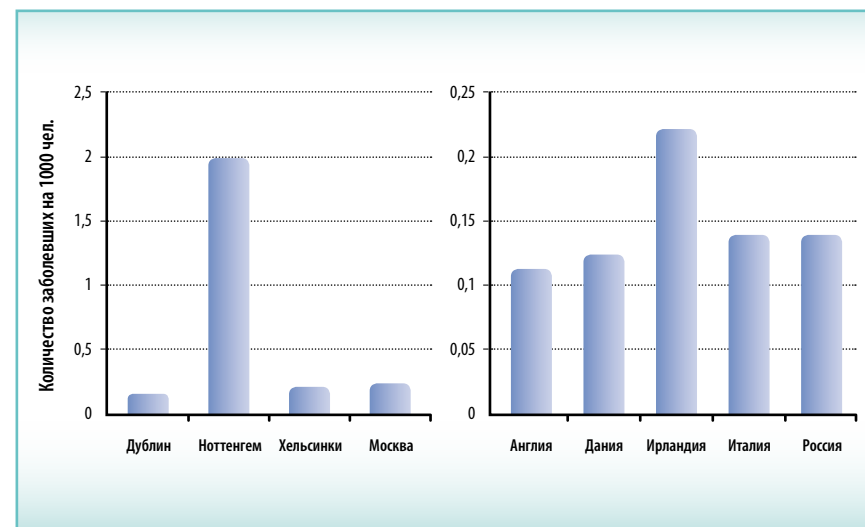
ЧТО ТАКОЕ ШИЗОФРЕНИЯ?

Шизофрения – достаточно обширная группа психических расстройств, характеризующаяся разнообразным течением, наличием позитивной (бред, галлюцинации), негативной (апатия, безволие, погруженность в мир своих переживаний) и когнитивной (нарушение памяти, внимания и мышления) симптоматики, сочетающейся между собой в рамках определенных форм.

Шизофрения встречается во всех странах и культурах и характеризуется одномоментной распространенностью в диапазоне от 2 до 5 случаев на 1000 человек. Всего в течение жизни от 7 до 9 человек из 1000 страдают шизофренией.

Заболеваемость шизофренией

(по данным Всемирной организации здравоохранения)



Шизофрения встречается одинаково часто у мужчин и женщин, однако заболевание раньше проявляется у мужчин (в возрасте 15-20 лет), чем у женщин (20-25 лет).



Мифы о шизофрении

О шизофрении написано немало неправды, наиболее распространены следующие ложные мифы:

- «шизофрения – тяжелое психическое расстройство»,
- «шизофрения представляет собой расщепление личности»,
- «шизофрения заканчивается слабоумием»,
- «шизофрения – опасное для общества сумасшествие»,
- «шизофрения неизлечима»,
- «при шизофрении необходим пожизненный прием медикаментов»

Один из мифов о шизофрении состоит в том, что она передается по наследству. В действительности, наследуется лишь предрасположенность к развитию шизофрении, поэтому нельзя утверждать, что ребенок, родившийся в семье, где один или оба родителя больны шизофренией, обязательно станет шизофреником.

Родственники, больные шизофренией	Вероятность развития шизофрении
однойцовый близнец	50%
оба родителя	40%
родственник 1-й степени (родитель, брат или сестра)	10%
родственник 2-й степени родства (двоюродные брат или сестра, дедушка, бабушка)	2%
нет	1%

Другой широко распространенный миф о шизофрении – «больной шизофренией – неполноценный человек, инвалид».

Людей, страдающих шизофренией, сложно назвать неполноценными. В состоянии ремиссии многие из них более активны и успешны в профессиональном плане, чем их здоровые коллеги. В некоторых случаях больной переносит всего один приступ в жизни, и далее не страдает от симптомов болезни. Даже длительно страдающие шизофренией больные могут не утратить некоторых профессиональных навыков, например таких, как игра на фортепиано или шахматы.



Также у больных шизофренией могут возникать эпизоды «интенсивно сверхценного, вытесняющие иные виды деятельности, спонтанного изобразительного, поэтического и музыкального творчества».

Однако дефицит социальных навыков, одиночество в результате необычного и странного поведения ограничивают профессиональные возможности больного шизофренией.

Причины развития шизофрении

Среди психиатров нет общепринятого понимания причин возникновения шизофрении. Обсуждаются несколько возможных причин и механизмов формирования заболевания:

- генетические факторы (наследственность);
- структурно-функциональное повреждение некоторых структур мозга;
- вирусная инфекция;
- аутоиммунный процесс;
- нейропсихологические нарушения познавательных процессов;
- изменения различных систем медиаторов нервной системы.

На сегодняшний день среди специалистов наиболее популярна биопсихосоциальная модель развития шизофрении, предполагающая суммарное воздействие на больного биологического, психологического и социального факторов.

Биопсихосоциальная модель шизофрении (модель «уязвимость – стресс»)





Диагностика шизофрении

В настоящее время выделены различные биологические маркеры шизофрении – нейрофизиологические (когнитивные вызванные потенциалы) и иммунологические (нейронный тест, характеризующий уровень антител к антигенам разных структур мозга).

Дополнительные методы исследования также помогают поставить точный диагноз шизофрении.

Так, например, структурные изменения мозга больных шизофренией по данным МРТ (магнитно-резонансной томографии) выглядят следующим образом:

1. Уменьшение общего объема мозга
2. Уменьшение серого вещества лобной и теменной долей, верхней и средней височной извилин
3. Сокращение объема амигдала, височной покрышки, гиппокампа и парагиппокампальной извилины
4. Увеличение боковых желудочков мозга
5. Расширение борозд в лобном отделе коры
6. Сокращение силвиевой борозды
7. Слабо выраженные изменения в базальных ганглиях, таламусе, мозолистом теле



Социальная стигматизация больных шизофренией

Стигматизация – это предвзятое, нередко негативное отношение окружающих к психически больным людям, погружение в болезнь, использование выгоды от ее наличия. Стигматизация не может не отражаться на качестве жизни больных, на их психическом состоянии и уровне социальной адаптации.

Негативное отношение общества к людям с шизофренией может привести к тому, что больные, нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении, либо не посещают психоневрологические диспансеры, либо симулируют отсутствие симптомов болезни и требуют снять диагноз. Наконец, негативное отношение общества может провоцировать агрессию и повышать риск совершения общественно опасных действий.

Таким образом, социальная стигматизация и дискриминация больных шизофренией представляет большую проблему, решение которой, в частности, пытается найти фонд помощи больным шизофренией.

Агрессия при шизофрении

Несмотря на то, что больной шизофренией может совершить насилие, особенно по отношению к незнакомым людям, преступления и убийства здесь встречаются реже, чем при алкоголизме.

Напротив, больные шизофренией чаще, чем другие люди, становятся жертвами насилия. Окружающие нередко причиняют им материальный ущерб.

Значительная часть бомжей и бездомных во многих странах по сути – больные шизофренией, примерно 50% из них употребляют алкоголь и наркотики.

Общественно опасные действия совершаются мужчинами, страдающими шизофренией, в 6,5 раза чаще, чем мужчинами общей популяции населения, а женщинами с шизофренией – в 15 раз чаще.

Существует мнение, что агрессия при шизофрении связана с приемом алкоголя и наркотических веществ, а не определяется психическим расстройством, поскольку в среднем при шизофрении агрессивность снижается, а алкоголь высвобождает склонность человека к совершению насильственных действий.

Максимальная агрессия отмечается при параноидных синдромах, особенно при наличии бреда преследования и бреда воздействия.



Факторы агрессии при шизофрении

- бред преследования;
- императивные галлюцинации;
- органическое поражение мозга (последствия черепно-мозговой травмы, нейроинфекционного заболевания мозга и др.);
- склонность к импульсивным реакциям;
- наличие судимостей в прошлом;
- молодой возраст;
- многократные госпитализации;
- асоциальный образ жизни;
- злоупотребление наркотиками;
- алкоголизм.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ШИЗОФРЕНИИ

Симптомом называется признак заболевания, синдромом – совокупность признаков болезни. Синдромы шизофрении подразделяются на позитивные, негативные и когнитивные.

Позитивные синдромы

Галлюцинации

Галлюцинации – это нарушения в чувственном восприятии окружающего, то есть некие ощущения, которые присутствуют вне зависимости от реальных стимулов.

Галлюцинации могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми и осязательными. Галлюцинации также подразделяются на простые (звонки, шум, фразы) и сложные (речь, различные сцены).

Существуют псевдогаллюцинации, когда собственные мысли человека обретают «звучание» и воспринимаются как что-то инородное.



Шизофрения



Самые распространенные галлюцинации — слуховые. При слуховых галлюцинациях люди слышат «голоса» либо внутри головы, либо извне. В большинстве случаев «голоса» воспринимаются настолько ярко, что у больного не возникает ни малейшего сомнения в их реальности. «Голоса» могут спорить между собой, комментировать происходящее, изредка «голос» может командовать больным. Такие императивные голоса считаются неблагоприятными, поскольку больные могут подчиняться их указаниям и совершать поступки, опасные для себя и окружающих.

Признаки появления слуховых и зрительных галлюцинаций:

- разговоры с самим собой;
- внезапное замолкание, как будто человек прислушивается к чему-либо;
- беспричинный смех;
- невозможность сосредоточиться на теме разговора или определенной задаче;
- впечатление, что ваш родственник слышит или видит то, что вы не воспринимаете.

Бред

Бредовые идеи – это стойкие убеждения или умозаключения, не соответствующие действительности. Бредовые идеи не поддаются воздействию разумных доводов.

При шизофрении бред является одним из основных проявлений психоза (обострения заболевания). Лишь 20% больных шизофренией не обнаруживают на протяжении жизни каких-либо проявлений бреда или бредового восприятия окружающей действительности.

При шизофрении бред может быть различным по содержанию: бред отношения, преследования, воздействия.

Бред отношения, вероятно, наиболее частый по содержанию вариант бреда при шизофрении. Согласно некоторым авторам, он выявляется почти у 70% лиц, страдающих этим психическим расстройством. Больному интуитивно кажется, что все, что происходит вокруг, не случайно, он находится в центре всего того, что происходит, и все имеет к нему отношение: слова, действия, выражение лиц других людей, их жесты.

Бред также может возникать в виде идей величия, ревности, реформаторства, сутяжничества, религиозных переживаний, бред особого отношения, когда больной считает, что все окружающие негативно к нему относятся,



ипохондрический бред, при котором физически здоровый человек убежден, что страдает какой-то неизлечимой болезнью.

Дезорганизация мышления и речи

При шизофрении часто встречается такое расстройство как остановка мышления. Больные воспринимают это состояние, как «провал или обрыв мыслей». Остановка мышления, вероятно, связана не только с патологией процесса мышления, но и с нарушением памяти. Больной может забыть, почему он начал свою речь, о чем хотел сказать, и что было сказано перед этим. Также может забыться, зачем понадобился тот или иной предмет, который больной взял в руки, и каково назначение этого предмета. Мысли больного шизофренией могут путаться, внезапно обрываться, а при неблагоприятном течении заболевания мышление становится нелогичным. Часто больные проявляют склонность к абстракции и символике.

Деперсонализация и дереализация

Для шизофрении характерно искажение границ между «Я» и окружающим миром, чаще всего они стираются. Мысли и части тела могут ощущаться не только измененными, но и чужими, мир может казаться нереальным, незнакомые люди приниматься за близких родственников, и наоборот.

Деперсонализация – расстройство личности, самосознания, психического «Я», встречается при шизофрении достаточно часто. Деперсонализация включает в себя несколько феноменов: перевоплощение, исчезновение психического «Я» и окружающего мира, слияние с миром.

При шизофрении может также встречаться синдром дереализации.

Для дереализации характерно измененное восприятие окружающей действительности: цвета или звуки могут казаться более яркими или качественно измененными, малозначащие черты обычных вещей – более значимыми, чем весь предмет в целом или общая ситуация. Окружающее может восприниматься как что-то искусственное, похожее на фильм, где люди играют свои роли.

Негативные синдромы

В настоящее время различают первичную негативную симптоматику, возникающую в результате самой болезни, и вторичные негативные симптомы, развивающиеся чаще всего вследствие терапии психотропными средствами или на основе позитивной симптоматики.



В литературе, посвященной негативной симптоматике шизофрении, последнюю описывают как «утрату энергии», «потерю мотивации», «снижение уровня активности и инициативы», «обеднение мыслей и речи», «ограничение физической активности», «сужение круга интересов», «ослабление эмоциональной реактивности».

И действительно, больной шизофренией пассивен, неразговорчив, обычно отвечает на вопрос после значительных пауз, кратко и лаконично.

Современные психиатры относят к негативной симптоматике:

- *пассивность* (ослабление волевой активности, отсутствие спонтанности);
- *аутизм* (асоциальность, нежелание сотрудничать, сужение круга интересов)

При аутизме людям сложно завязывать новые знакомства и вести диалог. Часто у людей, страдающих шизофренией, сужается круг друзей и знакомых.

- *слабую эмоциональную экспрессию* (мимическую и голосовую невыразительность);
- *заторможенность движений;*
- *бедность речи;*
- *невозможность быстро принять решение* (склонность к стереотипным решениям);
- *невозможность поддерживать беседу* (отсутствие контакта с собеседником).



Снижение психической активности
При шизофрении часто отмечается снижение способности к концентрации и вниманию, восприятию новой информации. Зачастую это делает невозможным продолжение обучения или работы в прежнем объеме.

Волевые нарушения – это снижение мотивации и побуждений к действию, безынициативность. Зачастую больные шизофренией перестают ухаживать за собой, предпочитают проводить все свое время дома.



Нейрокогнитивный дефицит

Нейропсихологическое исследование выявляет различные нарушения памяти, внимания и мышления у больных шизофренией.

Нарушение внимания

- лабильность;
- трудность концентрации;
- сужение объема, фокуса внимания;
- быстрая истощаемость;
- плохая переключаемость;
- дефицит избирательного внимания.

Нарушение мышления

- нарушение образного и абстрактного мышления;
- акцентирование на второстепенных деталях;
- символизм;
- неологизмы;
- персеверации (повторения фразы);
- бессмысленные рифмы;
- агглютинация (слияние) понятий.

Нарушение исполнительных функций

- безынициативность, отставленное начало действий, трудность первоначального сбора информации;
- трудность планирования последовательности действий (нарушение рабочей памяти);
- трудность построения схемы решения проблемы (нарушение абстрактного мышления);
- недостаточный самоконтроль (нарушение селективного внимания);

Нарушения речи

- отклонение от темы;
- внезапные остановки;
- нарушение скорости («беглости речи»);
- склонность к абстрактным словам;
- краткость высказываний;
- уменьшение словарного запаса;
- ограниченное использование союзов и предлогов;
- отсутствие инициативы в начале беседы;
- резонерство;
- ответы «по касательной»;
- непоследовательность и бессвязность речи;
- персеверации.



- отставленные и замедленные ответы на вопросы (замедление психомоторной скорости, снижение вербальной беглости);
- сложность переключения на другую деятельность.

Нарушения памяти

- нарушения невербальной памяти;
- нарушения вербальной памяти;
- нарушения кратковременной памяти (кратковременное хранение информации);
- нарушения долговременной памяти;
- нарушение эпизодической памяти (вид памяти, в которой хранится информация о целостных событиях и о связях между ними);
- нарушение рабочей памяти (вид памяти, определяющий способность «держать в уме» небольшие фрагменты информации, необходимые для сиюминутной мыслительной деятельности);
- нарушение ассоциативной памяти;
- нарушение автобиографической памяти.

Психомоторные синдромы

Кататония – синдром, характеризующийся ступором с ригидностью (устойчивым повышением тонуса мышц) или, наоборот, податливостью мускулатуры, уменьшением количества спонтанных движений и активности. Это состояние может чередоваться с периодами беспокойства, повышенной активности, так называемым кататоническим возбуждением.

Для кататонии характерны следующие симптомы:

- обездвиженность (судорожное напряжение мышц);
- мутизм (молчание);
- отказ от пищи;
- неподвижный взгляд;
- ригидность, застывание в однообразных позах («восковая гибкость» или каталепсия);
- негативизм (немотивированное сопротивление любым требованиям или попыткам изменить положение тела);
- эхо-феномены (подражание действиям окружающих).



Аффективные синдромы (расстройства настроения)

Депрессия

Депрессия, сопровождающаяся самообвинением и суицидальными мыслями, часто встречается при шизофрении, особенно на ее начальном этапе.

Примерно 40% пациентов с шизофренией совершают в течение жизни суицидальную попытку, причем у 10-20% она оказывается успешной.

Если даже удастся устранить большую часть симптомов депрессии у больных шизофренией, это еще не означает, что угроза самоубийства миновала. Суицидальные мысли при этом заболевании уходят сравнительно поздно.

Факторы риска суицида при шизофрении:

- молодой возраст;
- мужской пол;
- случаи суицидальных попыток в прошлом;
- первый психотический эпизод;
- преобладание позитивной симптоматики над негативной;
- депрессия;
- императивные слуховые галлюцинации, панические атаки;
- частые случаи госпитализации;
- первые 3 месяца после выписки из больницы;
- резистентные варианты течения болезни;
- выраженные побочные эффекты терапии, неадекватная; медикаментозная терапия (низкие или высокие дозы препаратов);
- медикаменты, предположительно увеличивающие риск суицида (флуоксетин, дулоксетин);
- злоупотребление наркотиками;
- недостаточная социальная поддержка;
- экономические проблемы;
- высокий уровень интеллекта.



КЛАССИФИКАЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Отечественные и зарубежные психиатры классифицируют шизофрению по особенностям течения и по особенностям психических нарушений, причем обычно между тем и другим существует взаимосвязь.

Типы течения шизофрении

При *непрерывном* течении симптомы шизофрении выявляются у человека на протяжении всей жизни с момента начала болезни. Основными продуктивными симптомами при параноидной форме чаще всего являются хронический бред и хронические галлюцинации.

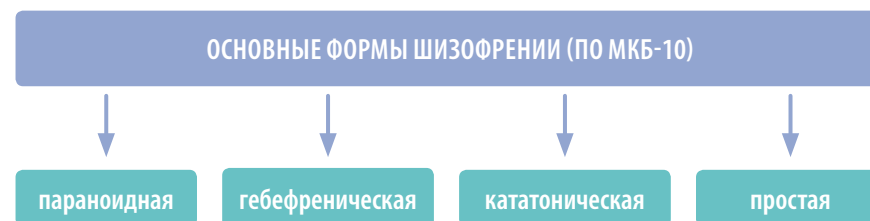
При хроническом типе течения шизофрении больной постепенно привыкает к симптоматике.

При *приступообразном* течении (рекуррентная или периодическая форма болезни) существуют периоды ремиссии, когда симптомы ослабевают, и периоды обострений, или рецидива психоза, когда симптоматика усиливается. Зачастую периоды ремиссии бывают достаточно длительными. Психозы при этом виде течения более яркие, чем при непрерывном.

Промежуточное место непрерывным и приступообразным типами занимает *приступообразно-прогредиентная* (шубообразная) форма заболевания, когда при наличии непрерывного течения болезни отмечается появление обострений.

Формы шизофрении

Разделение шизофрении на отдельные формы носит условный характер. Нередко одна форма заболевания переходит в другую, также существуют смешанные формы.





Параноидная форма

Параноидная форма (галлюцинаторная, параноидная, галлюцинаторно-параноидная) шизофрения (F20.0) – наиболее часто встречающийся вариант шизофрении (>70% случаев болезни). Относительно других форм параноидная форма наиболее благоприятна, а ее синдромы имеют сравнительно четкие границы.

Для параноидного подтипа шизофрении характерно:

1. Преобладание бреда на одну тему, или частые слуховые галлюцинации, связанные единой темой.
2. Отсутствие следующих проявлений: бессвязность речи, выраженная неадекватность ассоциаций, значительные нарушения эмоциональной сферы, поведение с симптомами кататонии, резко дезорганизованное поведение.

Параноидный тип шизофрении обычно начинается позднее, чем другие. Возраст начала заболевания обычно около 25-35 лет, но может быть, особенно у женщин, и более поздним. Ремиссии при поздней шизофрении, как правило, непродолжительны.



Гебефреническая форма

Гебефреническая (гебефреническая) форма шизофрении (F20.1) характеризуется неадекватными эмоциями, дурашливым поведением и разорванным мышлением. В клинической практике гебефреническая форма встречается сравнительно редко и, вероятно, составляет не более 3% по отношению к остальным формам шизофрении.

Кататоническая форма

Для кататонической формы шизофрении (F.20.2) характерно доминирование двигательного-волевого расстройства, которые отчетливо определяются в течение минимум двух недель. Это может быть ступор, кататоническое возбуждение, застывание в одних и тех же позах, негативизм, ригидность, восковая гибкость, подчиняемость (автоматическое выполнение приказов).



Простая форма

Составляет около 11% случаев шизофрении. В большей степени ей подвержены мужчины. Начинается заболевание в детском или юношеском возрасте.

Для простой формы шизофрении характерны:

- изменения личности после первого эпизода заболевания;
- медленное, но непрерывное течение;
- выраженность негативной симптоматики;
- отчетливые признаки нарушений мышления;
- неустойчивость позитивной симптоматики;
- склонность к недостаточно адекватным и малопродуктивным занятиям (бесцельное изобретательство, решение запутанных математических задач, коллекционирование ненужных вещей, построение оторванных от реальности теорий философии).

ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения часто ведет к инвалидизации: из общего числа инвалидов на долю психически больных приходится 15-18%, а в общей структуре инвалидности по психическим заболеваниям на долю шизофрении приходится 35%.

Вместе с тем около 30% страдающих шизофренией людей ведут социально активный и адекватный образ жизни.

Следует помнить, что у больных шизофренией высок риск заболевания алкоголизмом и наркоманией (до 40%).

Начальные симптомы шизофрении

Особое внимание следует обращать на начальные симптомы шизофрении:

- познавательные нарушения – снижение продуктивности мышления, ослабление концентрации и внимания, ухудшение рабочей памяти;
- негативная симптоматика: ограничение социальных контактов, симптомы аутизма, утрата интереса к трудовой и социальной деятельности, к своей внешности, гигиеническим привычкам, недостаток инициативы, интересов, энергии;



- нарушения настроения: апатия и упадок сил, реже тревога, колебания настроения, напряженность, раздражительность;
- фобии (страхи);
- нарушения работы вегетативной нервной системы;
- необычные головные боли;
- легкие изменения моторики;
- отклонения или затруднения в речи;
- своеобразные представления о мире («магическое мышление»);
- эпизоды необычных переживаний измененного восприятия.

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Современная терапия шизофрении предполагает лечение препаратами, немедикаментозными средствами и обязательно – адекватную психологическую и социальную помощь больному и членам его семьи.

Современная фармакотерапия шизофрении

Тенденцией современной терапии шизофрении является лечение одним препаратом. Таким образом, снижается вероятность взаимодействия препаратов между собой.

Для лечения больных шизофренией в первую очередь должны применяться современные атипичные антипсихотики. Это обусловлено их воздействием на широкий спектр симптоматики болезни, включая влияние на позитивную и негативную симптоматику, нарушения познавательных процессов, колебаний настроения и уровень агрессии. Пациенты значительно лучше переносят новые атипичные антипсихотики, поскольку традиционные нейролептики (этаперазин, фторфеназин, галоперидол) вызывают выраженные неврологические и другие побочные эффекты. Особенно негативно они влияют на память, внимание и мышление.

Выбор антипсихотика зависит от тяжести состояния, длительности заболевания, этапа терапии (острый эпизод, фаза стабилизации, поддерживающая, профилактическая терапия), структуры и выраженности синдромов шизофрении, индивидуальных особенностей больного.

Тем не менее, отмечено, что от 45 до 60% больных принимают психотропные препараты, нарушая предписания своих врачей.



Современные антипсихотики обладают следующими эффектами:

- антипсихотический – способность снимать различные проявления психоза;
- первичное седативное (затормаживающее) действие;
- избирательное действие, нацеленное на отдельные синдромы (бред, галлюцинации, нарушения мышления и поведения);
- активирующее действие, направленное против негативной симптоматики;
- когнитивный эффект, направленный на улучшение мышления, памяти и внимания

Препарат	Эффективность	Побочные эффекты
Рисперидон Рисполепт 2-6 мг	Умеренно выраженная эффективность, с несколько более заметным эффектом по сравнению с классическими антипсихотиками, эффективен для профилактики рецидивов шизофрении	Повышение уровня гормона пролактина в крови, на начальном этапе возможны головная боль, тошнота, повышенная эмоциональная возбудимость
Оланзапин Зипрекса 10-20 мг	Высокая эффективность в отношении позитивных, негативных и аффективных симптомов, сомнительная эффективность в отношении резистентной шизофрении, заметное преимущество перед классическими антипсихотиками	Седативный эффект, усиление аппетита, увеличение веса, повышение уровня сахара в крови, возможны кратковременные изменения активности ферментов печени
Зипрасидон Зелдокс 80-160 мг	Эффективен по отношению к позитивным и негативным симптомам, снижает тревогу и беспокойство, не влияет на резистентную шизофрению	Умеренно выраженный седативный эффект, пролонгация сегмента QT на электрокардиограмме, редко – неврологические расстройства
Амисульпирид Солиан 400-800 мг	Умеренно выраженная эффективность, возможно, небольшое преимущество перед классическими антипсихотиками	Повышение уровня гормона пролактина в крови, редко – неврологические расстройства
Кветиапин Сероквель 300-600 мг	Умеренно выраженная, эффективность в отношении негативных и позитивных симптомов, не эффективен при резистентной шизофрении	Умеренно выраженный седативный эффект, небольшое снижение артериального давления, тахикардия, увеличение веса, возможны нарушения углеводного обмена и пролонгация сегмента QT
Арипипразол Абилифай 10-30 мг	Высокая эффективность при рецидивах шизофрении и маниакального синдрома, эффективен как средство профилактики шизофрении. Слабая эффективность при резистентной шизофрении	На начальном этапе терапии возможны: тошнота, рвота, нарушение сна, в редких случаях – неврологические расстройства



Основные направления психосоциальной помощи при шизофрении

- индивидуальная комплайнс – терапия, направленная на установление оптимального контакта между врачом и его пациентом;
- индивидуальная и групповая познавательная – поведенческая терапия;
- образование в области психиатрии и психологии (индивидуальное, групповое и семейное);
- профессиональная реабилитация (индивидуальная и групповая);
- тренинг социальных навыков (групповая терапия);
- когнитивная реабилитация (когнитивная ремедиация) в индивидуальной и групповой форме;
- семейная терапия;
- терапевтический менеджмент в индивидуальной и групповой форме.



РЕКОМЕНДАЦИИ ЧЛЕНАМ СЕМЬИ

1	Наберитесь терпения. Процесс восстановления здоровья близкого вам человека может быть длительным, настройтесь на продолжительную терапию.
2	Обращайте внимание на любые изменения в самочувствии близкого, фиксируйте их. Записывайте свои впечатления. В динамике фиксируйте, и сравнивайте результаты текущего и предыдущего месяцев, будьте внимательны к признакам обострения болезни.
3	Найдите того врача, который сможет установить контакт с больным, будет пользоваться его доверием, чаще консультируйтесь с ним, строго соблюдайте его предписания
4	Если необходимо, будьте настойчивы и последовательны, идет ли речь о недобровольном помещении пациента в больницу, сроках его лечения, продолжении приема препаратов или психологической и социальной работе с больным.
5	Сохраняйте спокойствие, когда больной агрессивен и конфликтен, не отвечайте ему в том же тоне, будьте мягки и доброжелательны. Проявления чрезмерных эмоций и энтузиазма – неправильная реакция. Постарайтесь умерить ее выраженность.
6	Не думайте о том, чего вы не можете изменить, не считайте себя виноватыми в болезни близкого вам человека, не давайте ему пользоваться этим и управлять вами.
7	Не смейтесь над больным.
8	Обращайте внимание на проявления жестокости; пресекайте ее проявления, прием алкоголя и наркотиков, не торгуйтесь с больным, не давайте ему денег, если он их не заработал.
9	Изъясняйтесь проще. Говорите то, что намеревались сказать, ясно, спокойно и уверенно. Лучше что-то делать, чем просто говорить, важно чтобы ваши слова не расходились с делом.
10	Выполняйте свои обычные домашние дела, не забывайте о своей физической форме, радостях жизни, интересах и увлечениях. Восстановите обычный порядок работ по дому.
11	Улучшайте социальные навыки больного, стремитесь, чтобы он мог жить и работать самостоятельно, следил за чистотой и порядком в своем доме.
12	Поддерживайте связь с родственниками и друзьями, чаще собирайтесь вместе, не замыкайтесь в кругу болезни.
13	Не принимайте алкоголь и наркотики.
14	Не спорьте с больным, не пытайтесь убедить в нереальности его переживаний или убеждений, это лучше и профессиональнее делает врач.



ДЛЯ ЗАМЕТОК

