

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| НЕУЖЕЛИ ЭТО БОЛЕЗНЬ?! | 2 |
| ПОЧЕМУ ЛЮДИ ТАК БОЯТСЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТАК НЕОХОТНО ОБРАЩАЮТСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ? | 2 |
| В КАКИХ СЛУЧАЯХ ВСЕ-ТАКИ СТОИТ ПОСОВЕТОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ? | 4 |
| С КОГО НАЧАТЬ? КАКАЯ РАЗНИЦА МЕЖДУ НЕВРО- ЛОГОМ, ПСИХОНЕВРОЛОГОМ, ПСИХОТЕРАПЕВТОМ, ПСИХОЛОГОМ И ПСИХИАТРОМ? | 4 |
| КУДА ОБРАТИТЬСЯ? | 5 |
| КАК НАЙТИ ХОРОШЕГО ПСИХИАТРА? | 6 |
| ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ИДТИ К ВРАЧУ? | 7 |
| КАК УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ДИАГНОЗ? | 8 |
| А ЕСЛИ НУЖНА ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ? | 9 |
| КОГДА ДИАГНОЗ ПОСТАВЛЕН | 9 |
| АЗЫ ПСИХИАТРИИ | 10 |
| СИМПТОМ, СИНДРОМ, БОЛЕЗНЬ | 10 |
| ПРИСТУП, ОБОСТРЕНИЕ, РЕМИССИЯ | 11 |
| ПРОГНОЗ | 11 |
| ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ О БОЛЕЗНЯХ | 11 |
| <i>Острые и хронические болезни</i> | 11 |
| <i>Эндогенные и экзогенные болезни</i> | 11 |
| <i>Психозы и непсихотические расстройства</i> | 12 |
| <i>Психозы</i> | 12 |
| <i>Непсихотические психические расстройства</i> | 12 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ И ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ: | 12 |
| <i>Насколько тяжела болезнь?</i> | 12 |
| <i>Отчего возникла болезнь?</i> | 13 |
| <i>Не передается ли болезнь по наследству?</i> | 13 |
| <i>Сколько времени займет курс лечения?</i> | 14 |
| <i>Не вредны ли психотропные препараты? Не вызывают ли зависимость? Не разрушают ли они личность больного?</i> | 14 |
| ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ | 15 |
| ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ОБ ОСНОВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ? | 18 |
| ЕСЛИ ВАШ ДИАГНОЗ: | 18 |
| <i>Шизофрения</i> | 18 |
| <i>Депрессия</i> | 22 |
| <i>Биполярное аффективное расстройство</i> | 26 |
| <i>Паническое расстройство</i> | 26 |
| <i>Генерализованное тревожное расстройство</i> | 27 |
| <i>Обсессивно-компульсивное расстройство</i> | 27 |
| <i>Соматоформное расстройство</i> | 28 |
| <i>Ипохондрическое расстройство</i> | 29 |
| <i>Что нужно знать, если у больного обнаружено органическое психическое заболевание</i> | 30 |
| <i>Если диагностировано одно из психических заболеваний позднего возраста</i> | 30 |
| КАК ОРГАНИЗОВАТЬ СВОЮ ЖИЗНЬ? | 32 |
| <i>Особенности хронических болезней</i> | 32 |
| <i>Обострения и ремиссии: как себя вести?</i> | 33 |
| <i>Роль образования</i> | 34 |
| <i>Рекомендуемая литература</i> | 34 |
| <i>Полезные ссылки</i> | 35 |





Неужели это болезнь?!

Любая болезнь, будь то физическая или психическая, вторгается в нашу жизнь неожиданно, приносит страдания, срывает планы, нарушает привычный жизненный уклад. Однако психическое расстройство обременяет и самого больного, и его близких дополнительными проблемами. Если о физической (соматической) болезни принято делиться с друзьями и родственниками и советоваться, как лучше поступить, то в случае психического расстройства и больной, и члены его семьи стараются никому ничего не рассказывать. Если при физической болезни люди стремятся как можно быстрее разобраться в происходящем и достаточно быстро обращаются за помощью, то при возникновении психических расстройств семья долго не догадывается о том, что речь идет о заболевании: высказываются самые нелепые, порой мистические предположения, и визит к специалисту откладывается на месяцы или даже годы.

Почему же это происходит?

Симптомы физических (соматических) болезней чаще всего очень определены (боль, температура, кашель, тошнота или рвота, расстройство стула или мочеиспускания и т.д.) В такой ситуации каждому понятно, что нужно идти к врачу.

Симптомы психических заболеваний, особенно в самом начале, либо достаточно неопределены, либо очень непонятны. У молодых людей они часто похожи на трудности характера («капризы», «блажь», возрастной криз), при депрессии — на усталость, лень, безволие.

Поэтому в первую очередь семья старается применить «воспитательные меры» (нравоучения, наказания, требования «взять себя в руки»). При грубом нарушении поведения больного у его родственников возникают самые невероятные предположения: «сглазили», «зомбировали», опоили наркотиками и прочее. Часто члены семьи догадываются о том, что речь идет о психическом расстройстве, но объясняют его переутомлением, ссорой в любимой девушкой, испугом и т.п. Они всячески стараются оттянуть время обращения за помощью, ожидая, когда «само пройдет». Нередко такое ожидание длится от 3 до 5 лет. Это сказывается и на течении болезни, и на результатах лечения, — известно, что чем раньше начать лечение, тем лучше.

Почему люди так боятся психических заболеваний и так неохотно обращаются за помощью?

Во-первых, в представлении людей давно укоренился негативный образ психически больного, имеющий, однако, очень мало общего с реальностью. Существует множество противоречащих друг другу мифов о том, что такое психическая болезнь. Например, принято думать, что все психические расстройства неизлечимы; с другой стороны, говорят, что психическая болезнь — это проявление слабости, и что для выздоровления достаточно просто «взять себя в руки». Многие считают, что тяжелые условия жизни приводят к тому, что люди заболевают; в то же время в возникновении болезней часто обвиняют самих больных или их родственников. Множество людей уверены, что все психически больные глупы; однако те же люди полагают, что они хитры, коварны и жестоки; многие боятся психически больных, считая их опасными. Все эти представления формировались на протяжении веков, основываясь на описаниях безумцев из приютов для умалишенных или отдельных случаях шокирующего характера. Все, что производило устрашающее впечатление, легко укоренялось в общественном сознании и передавалось из поколения в поколение. Давно уже изменились и сами больные, и условия их содержания, с каждым годом у психиатрии появляется все больше возможностей эффективной помощи пациентам, а стереотипы, касающиеся этой области медицины, все еще остаются неизменными.

Вторая причина состоит в том, что психические болезни относятся к разряду «непрестижных» (то ли дело большое сердце!), считается, что болеть ими стыдно, поэтому факт заболевания обычно тщательно скрывается.

В-третьих, возникновение психического расстройства означает, что некая-то часть тела или какой-то орган вышли из строя, а заболел «Я!», то есть что-то непонятное произошло с личностью, с душой, и именно это так пугает и повергает в отчаяние и больного, и тех, кто его окружает.

Мифы и реальность:

Миф: *психические расстройства - не простые болезни. Их нельзя вылечить, можно только подлечить*

Реальность: *Психические заболевания ничем не отличаются от всех остальных болезней. Они тоже бывают тяжелыми и легкими, острыми и хроническими, излечимыми и неизлечимыми. Прогресс науки приводит к тому, что болезней, при которых ничем нельзя помочь, становится все меньше. Это в равной степени относится ко всем заболеваниям человека, к психическим в том числе.*

Миф: *Психически больной и дурак - это одно и то же*

Реальность: *Психическое заболевание и глупость - это совершенно разные явления. Как и среди здоровых, среди людей, страдающих психическим расстройством, есть умные и глупые, хорошие и плохие, правдивые и лживые, простодушные и хитрые, добрые и жестокие.*

Миф: *Психическая болезнь - это слабость. Сильные люди психически здоровы.*

Реальность: *Выздоровление от психического расстройства не зависит от силы характера. Его нельзя преодолеть, «взяв себя в руки», как нельзя выздороветь таким способом от воспаления легких или сахарного диабета.*

Миф: *Психические болезни бывают от переутомления и стресса*

Реальность: *Действительно существуют психические расстройства, которые возникают в связи с тяжелыми душевными*

травмами, или вследствие злоупотребления алкоголем и наркотиками. Но таких болезней меньшинство. Большинство психических заболеваний возникает независимо от условий и образа жизни, и нет никаких причин говорить о чьей-либо вине.

Миф: Психически больные очень опасны, их поведение непредсказуемо

Реальность: Психически больные действительно совершают иногда опасные поступки. Но это бывает очень редко, и практически никогда такие поступки не бывают непредсказуемыми, потому что они определяются особенностями психического расстройства, и чем более осведомлены об этих особенностях те, кто ухаживает за больным, тем меньше риск (представление о непредсказуемости поведения психически больного тоже не более чем миф). Согласно статистическим данным, преступления гораздо чаще совершают здоровые, чем больные.

В каких случаях все-таки стоит
посоветоваться со специалистом?

Каждому из нас знакомо состояние тревожности, каждый из нас испытывал трудности со сном, каждый из нас переживал периоды подавленного настроения. Многие знакомы с такими явлениями как детские страхи, ко многим «привязывалась» какая-нибудь навязчивая мелодия, от которой некоторое время невозможно было избавиться. Все перечисленные состояния встречаются и в норме, и в патологии. Однако в норме они появляются эпизодически, ненадолго и, в общем-то, не мешают жить. Если же состояние затянулось (формальным критерием является срок свыше 2-х недель), если оно стало нарушать работоспособность или просто мешает вести обычный образ жизни, лучше посоветоваться с врачом, чтобы не пропустить начало заболевания, возможно, тяжелого: оно не обязательно начинается с грубых психических расстройств. Большинство людей, например, думают, что шизофрения — это обязательно тяжелый психоз. На самом деле практически всегда шизофрения (даже самые тяжелые ее формы) начинается исподволь, с малозаметных изменений в настроении, характере, интересах. Так, живой, общительный и ласковый прежде подросток становится замкнутым, отчужденным и враждебным по отноше-



нию к родным. Или молодой человек, который раньше в основном интересовался футболом, начинает просиживать чуть ли не сутками за книгами, размышляя о сущности мироздания. Или девушка начинает огорчаться по поводу своей внешности, утверждать, что она слишком толстая или что у нее некрасивые ноги. Такие расстройства могут продолжаться несколько месяцев или даже несколько лет, и только потом развивается более тяжелое состояние. Конечно, любое из описанных изменений не обязательно говорит о шизофрении или вообще о каком-либо психическом заболевании. Характер меняется в подростковом возрасте у всех, и это причиняет родителям всем известные трудности. Почти всем подросткам свойственны огорчения по поводу своей внешности, и у очень многих начинают возникать «философские» вопросы. В огромном большинстве случаев все эти перемены не имеют отношения к шизофрении. Но случается, что имеют. Помнить, что может быть и так, полезно. Если явления «переходного возраста» выражены уж очень сильно, если они создают гораздо больше трудностей, чем в других семьях, имеет смысл посоветоваться с психиатром. И это совершенно необходимо, если дело не исчерпывается изменениями характера, а к ним присоединяются другие, более отчетливые болезненные явления, например, депрессия или навязчивости.

Здесь перечислены далеко не все состояния, при которых разумно было бы своевременно обратиться за помощью. Это лишь ориентиры, которые могут помочь заподозрить неладное и принять правильное решение.

С кого начать?

Какая разница между неврологом, психоневрологом, психотерапевтом, психологом и психиатром?

Специалистом в области всех душевных расстройств является **психиатр**.

Часто, даже поняв, что человек заболел психически, ни он сам, ни члены его семьи не могут решить, куда идти и к какому специалисту обращаться. С одной стороны, в обществе распространено множество предубеждений и предрассудков, из-за которых заставить себя пойти к психиатру не так-то просто. Поэтому люди начинают искать

альтернативу и думают, не обратиться ли к неврологу, или к психотерапевту, или к психологу, или (случается и такое!) — к экстрасенсу (этот вариант даже не стоит обсуждать). Иногда они действительно не видят разницы между всеми перечисленными специалистами. Например, не все знают, что *психолог* — это не врач. Психологическое образование отличается от медицинского, и постановка диагноза выходит за рамки компетенции психолога. Поэтому помощь психолога наиболее целесообразна и эффективна тогда, когда речь идет не о болезни, а о психологических проблемах у здорового человека. Конечно, психологи работают и с больными, и их помощь при многих психических заболеваниях не только полезна, но и необходима, но она должна осуществляться в сотрудничестве с врачом и только после того, как соответствующий диагноз уже установлен. Поэтому начинать с обращения к психологу в случае сомнения в психическом здоровье не стоит. Лучше обратиться к врачу.

Часто люди обращаются к *неврологу*. Традиционно принято думать, что неврология и психиатрия — очень близкие специальности. Это врач более «обыкновенный», и вообще сказать себе «у меня нервы расшались» как-то легче, чем решить, что «у меня не в порядке психика». Но нужно хорошо понимать, что невролог занимается совершенно другими расстройствами (например, нарушениями мозгового кровообращения, болезнью Паркинсона, радикулитами, невритами и т.д.), и если человек с проблемами в области психического здоровья придет к неврологу, то в лучшем случае получит совет обратиться к психиатру.

В последние годы, на дверях кабинетов городских поликлиник появились таблички с надписью «*психоневролог*». На самом деле это тот же психиатр, «закамуфлированный» менее пугающим ярлыком. Психологически легче обратиться к психоневрологу, чем к психиатру, да и в очереди у такого кабинета сидеть не так стыдно.

Психотерапией занимаются и врачи, и психологи. Если вы решили обратиться к психотерапевту, то имеет смысл выяснить, какое образование у специалиста, которого вы выбрали. Если он врач, все в порядке.

Однако лучше всего преодолеть предубеждения и проконсультироваться с психиатром. Закон о психиатрической помощи, который



действует в России уже больше 15 лет, отменил печально знаменитый «психиатрический учет», и поэтому обращение к психиатру сегодня не влечет за собой никаких неприятных социальных последствий. А польза от такого обращения может быть большая.

Куда обратиться?

Врачи-психиатры принимают в психоневрологических диспансерах, которые есть в каждом районе города; в некоторых городских поликлиниках; в государственных и частных медицинских центрах. Есть и частнопрактикующие врачи. В приложении «А» вы найдете список и адреса московских психоневрологических диспансеров (в них прием ведется бесплатно, они, как и городские поликлиники, работают по участковому принципу). Информацию о медицинских центрах можно найти в Интернете или в местном телефонном справочнике.

Обычно когда речь заходит об обращении в психоневрологический диспансер, люди в ужасе хватаются за голову и говорят: «ни за что! Ведь я сразу попаду на учет, и из-за этого потеряю работу!»

Следует пояснить, что сейчас понятия «психиатрический учет» не существует. В диспансере наблюдаются две категории больных. Те из них, которые страдают более тяжелыми и продолжительными психическими расстройствами, требующими постоянного врачебного контроля, находятся под так называемом динамическим диспансерным на-

Статья 5 Закона о психиатрической помощи гласит: Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

блюдением и посещают своего лечащего врача не реже раза в месяц. Больные с более легкими расстройствами получают лечебно-консультативную помощь, то есть они обращаются в диспансер только по мере необходимости.

Смысл этой статьи заключается в том, что вопрос о том, состоит ли на учете в психоневрологическом диспансере тот или иной гражданин, неправилен. Если у руководителя учреждения возникли сомнения в способности сотрудника (или претендента на рабочее место) выполнять ту или иную работу, он должен именно так сформулировать свой вопрос психиатру. Иными словами, вопрос должен заключаться не в том, лечится ли у вас такой-то (во-первых, психиатрическое учреждение на такой вопрос вообще не должно отвечать; во-вторых, даже если и ответит, руководитель не имеет права на этом основании принимать решения), а в том, может ли он по состоянию здоровья выполнять свою работу.

Точно так же и ГАИ не имеет права отказать человеку в получении водительских прав только на том основании, что он наблюдается в диспансере. Как и в первом случае, этот вопрос должен быть сформулирован иначе: «Может ли такой-то по состоянию своего здоровья управлять автомобилем?» Закон подчеркивает, что это касается всех прав, и поэтому в любом случае возникновения сомнений соответствующие вопросы должны формулироваться именно так. Врач может разрешить больному все, что угодно, если его здоровье это позволяет, вне зависимости от того, наблюдается ли он в диспансере и вне зависимости от его диагноза. Если обо всем этом знать, обращение в диспансер выглядит не столь устрашающим.

Совсем недавно, лет 15 или 20 тому назад, у больного не было выбора: он мог лечиться только у одного врача — на участке по месту жительства. Это касалось и психиатра, и терапевта, и любого другого специалиста. Сейчас ситуация изменилась, и, если пациента по какой-либо причине не устраивает участковый врач, он может выбрать другого, и возможности выбора огромны: от врача соседнего участка до специалиста в другой стране. Это очень хорошо, но порождает новые трудности: как выбрать?



Как найти хорошего психиатра?

«Всемирное содружество людей, столкнувшихся с проблемой шизофрении и близких к ней расстройств», исходя из собственного опыта, разработало некоторые советы на эту тему. Эти советы могут быть полезны и нашим читателям.

Итак, хороший психиатр — тот, который:

- 1. В случае затрудненного контакта с больным при первой встрече не будет настаивать на подробной беседе, но сразу распознает больного, находящегося в остром состоянии.*
- 2. Считает болезнь (речь идет о шизофрении) результатом поражения мозга, вызванного биологическими, а не исключительно психологическими факторами.*
- 3. При необходимости, активно сотрудничает с семьей больного. Серьезно и уважительно относится к мнению ее членов.*
- 4. Достаточно тверд, чтобы не пойти на поводу у родственников или самого больного относительно методов лечения.*
- 5. Достаточно подготовлен, чтобы открыто обсуждать симптомы, методы лечения и побочные эффекты.*
- 6. Достаточно гибок, чтобы экспериментировать с лечением и относиться к родственникам больного как к членам команды, борющимся за выздоровление (когда это уместно).*
- 7. Готов назначать более редко визиты в соответствии с финансовыми возможностями семьи и заботится больше о пользе больного, чем о своих доходах.*

К этому можно добавить, что всегда бывает полезно расспросить тех, кто уже лечится или лечился у психиатра, — от больных и их родственников всегда можно получить исчерпывающую информацию о практикующих врачах. Можно попытаться получить соответствующие сведения через знакомых сотрудников психиатрических учреждений. Много сведений о врачах и лечебных учреждениях содержится в Интернете.

Что делать, если больной отказывается идти к врачу?

Нередко случается, что родным уже понятна необходимость проконсультировать заболевшего члена семьи у психиатра, а уговорить его пойти к врачу не удается. Психиатрам очень часто приходится выслушивать просьбы посетить больного на дому под видом невролога, психолога или терапевта, а то и просто прийти «попить чайку» под видом знакомого. В таких случаях родственники получают отказ, и вот почему. Согласно требованию Закона о психиатрической помощи (статья 24), врач обязан представиться больному как психиатр и получить его согласие обследоваться. Есть только три исключения из этого правила (пункты а, б и в той же статьи Закона) — если наличие тяжелого психического расстройства у больного обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

А что, если ситуация не подпадает под эти исключения, но консультация психиатра необходима? Не нужно бояться напугать, травмировать или обидеть больного предложением обратиться к врачу. Существует единственный разумный способ: уговорить его. Можно выбрать для этого подходящий момент, когда больной готов к доверительной беседе, можно найти значимые именно для него аргументы (родным лучше знать, какие именно), можно упрашивать (если в семье есть человек, на просьбы которого больной не может не откликнуться), можно найти убедительные сведения в Интернете.

Конечно, каждого человека надо уговаривать по-своему, но существуют и общие правила, которых стоит придерживаться.

- * дискуссии с пациентом нужно строить таким образом, чтобы не спорить с ним по поводу его конкретных болезненных заблуждений. Например, если пациент полагает, что его преследуют, не

нужно его разубеждать в этом. Нужно подыскивать аргументы общего характера; в нашем примере можно, скажем, предложить пациенту обследоваться, поскольку постоянные опасения создают чрезмерную нагрузку на его нервную систему.

* никогда не следует обманывать пациента. Не нужно, например, говорить, что мы поедem к терапевту, а на самом деле везти больного к психиатру. Он очень быстро раскроет обман, и отношения будут надолго испорчены.

* иногда полезно, чтобы родные предварительно поговорили с врачом сами, — возможно, он даст дельный совет, как лучше убедить больного обратиться за консультацией. При этом родственники могут честно рассказать ему о своем визите и процитировать аргументы, приведенные специалистом.

Из опыта известно, что рано или поздно уговорить больного удастся почти всегда.

Как устанавливается диагноз?

До того, как начать лечение, пациент имеет право получить полное представление о том, чем он болен, о том, какие методы лечения его болезни существуют, а также о том, почему врач считает разумным применить именно данный метод лечения, а не какой-нибудь другой. Важно подчеркнуть, что Закон требует предоставить пациенту всю эту информацию в доступной для него форме. Иными словами, доктор должен позаботиться о том, чтобы пациент ясно понимал, о чем ему рассказывают.

И тут чаще всего возникает недоуменный вопрос: «На каком основании Вы поставили этот диагноз? Ведь помимо беседы, Вы не использовали никаких дополнительных методов исследования! Откуда же берется уверенность, что Вы правильно распознали болезнь?»

То, что психиатр чаще всего не располагает возможностью опереться в своей диагностической работе на результаты так называемых объективных методов исследования — истинная правда. Излишне говорить, что это не вина его, а беда: насколько было бы легче, если бы, например, шизофрению можно было бы распознать по анализу крови!

Но таких анализов нет, и психиатру в своей диагностической работе чаще всего приходится опираться не на лабораторные, а на так называемые клинические данные.

Но этого мало. Ведь клинические данные тоже бывают разные: одно дело, когда врач располагает так называемыми объективными признаками болезни (бледность, чрезмерная худоба, боль при простукивании живота и т.п.) Кажалось бы, совершенно другую — гораздо меньшую! — ценность имеет рассказ пациента; а ведь психиатр практически только на него и опирается. Вот люди и удивляются, и спорят. «Ну, хорошо, — говорят они. — Допустим, в деревне у терапевта нет возможности послать больного на рентген. Но ведь если больной жалуется на кашель, врач не скажет сразу, что у него воспаление легких, а послушает стетоскопом или хоть ухом, и услышит в легких определенные хрипы. *На этом основании* будет поставлен диагноз! А психиатру что-то наговорили, и, пожалуйста — диагноз готов! Да мало ли что можно наговорить!»

Попробуем разобраться.

Заметим для начала, что к тому моменту, когда опытный терапевт заканчивает расспрос пациента и приступает к выслушиванию его легких с помощью стетоскопа, диагноз у него может быть уже практически готов: жалобы и облик больного уж очень характерны. Данные выслушивания только подтверждают (и, конечно, уточняют) диагноз. Но самое интересное даже не в этом.

Стоит подумать о том, откуда врач знает, что именно те хрипы, которые он слышит в груди больного, свидетельствуют о воспалении легких? Ведь мало ли, что можно услышать, прижав стетоскоп к телу! Одежда шуршит, волоски на коже пациента трутся о мембрану и издадут звуки, курит больной последние сто лет, и от этого у него в груди целый оркестр пицтит и свистит... Как же врач выделяет хрипы, которые говорят о воспалении легких?

Он их узнает. Он просто слышал такие звуки очень много раз, и теперь он узнает их точно так же, как узнают люди на улице своих знакомых. Ведь когда мы встречаем на улице Ивана Ивановича, мы не требуем у него паспорт, прежде чем поздороваться! Вот так и терапевт узнает эти хрипы «в лицо».



Но не только терапевт узнает хрипы; любой врач обязан «узнавать в лицо» симптомы болезней, с которыми он имеет дело. Иначе он просто не сможет работать. Психиатр — не исключение. Он работает именно так.

Не имеет значения то обстоятельство, что психиатр сталкивается с другими проявлениями болезни — не с болями или другими неприятными ощущениями в теле, а с нарушениями взаимоотношений с окружающим миром. Важно то, что имеющиеся расстройства вызваны болезнью; поэтому они стандартны, как и их описание в устах больного. Поэтому его рассказ так же узнаваем, как хрипы в легких, возникающие при их воспалении. Поэтому симптомы психических расстройств так же объективны, как те симптомы других болезней, которые распознаются без помощи лаборатории, рентгена или специальных инструментов.

Бывает, что при первом визите диагноз поставить трудно, для этого требуется более длительное и пристальное наблюдение за больным, дополнительные методы исследования. В таких случаях ему предлагают госпитализацию.

А если нужна госпитализация?

Уточнение диагноза является не единственным поводом для госпитализации больного. К сожалению, при психических заболеваниях бывают состояния, когда единственно возможным и необходимым решением является стационарное лечение, в условиях которого легче оказать эффективную помощь и обеспечить безопасность и самому больному, и окружающим.

Конечно лучше, если психиатру совместно с родственниками удастся уговорить больного лечь в больницу. Семья в этих условиях может сыграть решающую роль. Но очень часто именно члены семьи наиболее активно сопротивляются идее стационарного лечения, ссылаясь на моральную травму, которую больной может получить в результате пребывания в психиатрической больнице; на плохие бытовые условия; на возможность обиды на родных или даже мести им впоследствии и т.д. Конечно, все эти опасения не беспочвенны и психологически понятны. Однако нужно отдавать себе отчет в том, что

никому не нравится лежать в больнице, даже соматической. Но ведь бывают состояния, требующие исключительно стационарного лечения, причем неотложного (тот же аппендицит)! Точно так же обстоит дело и в психиатрии. При некоторых состояниях согласия больного на госпитализацию не спрашивают (например, если он опасен для окружающих или для себя самого). В этих случаях осмотр пациента психиатром и его недобровольную госпитализацию санкционирует суд (статья 29 Закона о психиатрической помощи).

Когда диагноз поставлен

Когда больной, наконец, «получил» диагноз, у него и членов его семьи возникает множество вопросов:

- * *насколько тяжела болезнь;*
- * *отчего она возникла;*
- * *не передается ли она по наследству;*
- * *как долго и чем нужно лечиться;*
- * *насколько вредны психотропные препараты;*
- * *можно ли продолжать работу (учебу), заводить семью.*

Здесь у врача возникают определенные трудности: вкратце объяснить все это неподготовленному слушателю трудно, читать длинную лекцию некогда, поэтому чаще всего больной и его родственники получают минимальную и довольно неопределенную информацию. С подготовленным слушателем беседовать намного легче, и диалог получается гораздо более продуктивным. А для этого необходимо знание азов психиатрии, которые содержатся в следующем разделе.

АЗЫ ПСИХИАТРИИ



Для того чтобы язык, на котором мы будем говорить в этом разделе, сделать более понятным, для начала создадим своеобразный мини-словарь.

СИМПТОМ, СИНДРОМ, БОЛЕЗНЬ

Симптом: один из признаков (проявлений) болезни. Например, при воспалении легких это может быть кашель, при гастрите — боль в желудке, при психозе — галлюцинации.

Синдром: совокупность родственных симптомов, то есть симптомов, которые обычно существуют вместе. Например, при пищевом отравлении возникает диспепсический синдром, который проявляется тошнотой, рвотой, поносом (это и есть родственные друг другу симптомы), но ему совсем не свойствен такой симптом, как, например, кашель. Кашель входит в другую «семью», членами которой является насморк, першение в горле, головная боль (катаральный синдром). Психическим расстройствам присущи собственные синдромы, например, депрессивный, при котором родственными симптомами являются пониженное настроение, пессимизм, чувство собственной неполноценности, утрата возможности получать удовольствие.

Один и тот же синдром может возникать при разных заболеваниях. Депрессивный синдром может возникнуть и в рамках реактивного состояния (болезнь, возникающая вследствие тяжелой психической травмы), и в рамках маниакально-депрессивного психоза, и в

рамках шизофрении. Поэтому не только по симптому, но и по синдрому нельзя судить о конкретном диагнозе болезни. Частое высказывание «У меня депрессия, а не шизофрения» по большому счету не имеет смысла, потому что сравниваются несравнимые явления: синдром и болезнь.

Болезнь — это цепочка синдромов, их закономерная последовательность. Например, при пищевом отравлении лихорадочный синдром (озноб, температура, боль в мышцах) сменяется диспепсическим (тошнота, рвота, понос). Именно эта последовательность состояний (синдромов) создает картину страдания во времени и служит ориентиром для постановки диагноза; именно это — процесс, имеющий начало, дальнейшее течение и окончание. Этот процесс и составляет сущность болезни.

Приступ, обострение, ремиссия.

Это термины, которые используются для описания отдельных этапов течения болезни. Правильная характеристика этапа болезни имеет очень большое практическое значение, потому что включает в себе прогноз.

Приступ: стремительное развитие симптомов болезни

Обострение: усугубление имеющихся расстройств

Ремиссия: период относительного или даже полного благополучия, когда болезненные расстройства ослабевают или даже полностью исчезают. Ремиссия может длиться десятилетиями. Однако она принципиально отличается от *выздоровления*: при ремиссии риск нового обострения гораздо выше, чем риск заболеть впервые

Прогноз

Это предсказание, того, что ждет больного в будущем, основанное на анализе этапов течения болезни. Например, говоря, что в настоящее время у человека приступ, мы имеем в виду, во-первых, что течение болезни носит волнообразный характер, а во-вторых, — что через некоторое время это состояние пройдет, и наступит существенное улучшение (ремиссия).

Говоря, что у больного ремиссия, мы констатируем улучшение, но одновременно имеем в виду, что болезнь, к сожалению, не кончилась, и в будущем пациента может ожидать новый приступ. Понимание этого важно, поскольку в этом случае можно предпринять меры, которые бы могли или не допустить развития этого приступа, или хотя бы сделать его более легким. Для этого в психиатрии (да и во многих других областях медицины) используется так называемая поддерживающая терапия, то есть пациент продолжает принимать лекарства, хотя чувствует себя хорошо.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ О БОЛЕЗНЯХ

Острые и хронические болезни.

Острое заболевание характеризуется внезапным началом, выраженностью расстройств, сравнительно небольшой продолжительностью. После выздоровления риск повторного возникновения той же болезни не больше, чем риск заболеть ею впервые. Ярким примером острого заболевания является всем известный грипп.

Хроническому заболеванию свойственны менее отчетливое начало и не столь интенсивные болезненные проявления. Продолжительность хронической болезни велика, измеряется годами, а иногда сопровождает человека всю жизнь. Всякая хроническая болезнь характеризуется периодами улучшения и ухудшения.

Эндогенные и экзогенные болезни.

Все психические расстройства принято разделять на два больших класса: **эндогенные** и **экзогенные** болезни (от греческих «эндо» — внутренний, «экзо» — внешний). Это разделение означает, что в первом случае болезнь возникает по «внутренним» причинам, вне связи с внешними факторами; во втором случае, наоборот, — возникновение болезни обусловлено какой-либо внешней вредностью, например, черепно-мозговой травмой или воспалительным заболеванием мозга.

Психозы и непсихотические расстройства.

Есть еще один важный признак, который делит все психические расстройства на два резко различающихся друг от друга класса: **психозы и непсихотические расстройства**.

Психозы характеризуются возникновением психологических феноменов, которые никогда не встречаются в норме. Например, бред и галлюцинации. Эти расстройства способны радикально изменить представление больного об окружающем мире и даже о себе самом. Психоз также связан с грубым нарушением поведения.

Бред — это некоторая идея, в истинности которой больной глубоко убежден. Эта идея может быть обыденной (например, что кто-то хочет выжить его из квартиры, чтобы взять ее себе), а может быть нелепой (например, что землю захватили инопланетяне). Бред фундаментально отличается от заблуждения тем, что он возникает вне всякой связи с реальностью. Бред — это симптом болезни, его появление определяется внутренними механизмами болезни, и к окружающей нас действительности не имеет никакого отношения.

Галлюцинация — это мнимый зрительный, слуховой, обонятельный, вкусовой или осязательный образ (сколько органов чувств, столько бывает разновидностей галлюцинаций). Человеку кажется, что он что-то видит, слышит, обоняет, чувствует вкус или прикосновение, в то время как на самом деле на его органы чувств ничего не воздействует. Самые частые галлюцинации, с которыми в практике приходится сталкиваться, — это слуховые, когда человеку кажется, что он слышит голоса.

Непсихотические психические расстройства проявляются в основном психологическими явлениями, свойственными и здоровой психике. Например, изменениями настроения, страхами, тревогой, нарушениями сна, навязчивыми мыслями и сомнениями.

Разница состоит в том, что у здоровых людей все эти явления возникают в отчетливой и адекватной связи с ситуацией, а у больных — вне такой связи. Кроме того, длительность и интенсивность этих болезненных проявлений гораздо выше, чем в норме.

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ И ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ



Теперь, когда вы познакомились с основными понятиями и психиатрическими терминами, попробуем ответить на самые частые вопросы, возникающие как у самих пациентов, так и у членов их семей.

Насколько тяжела болезнь?

Нужно отдавать себе отчет в том, что один только диагноз содержит слишком мало информации для того, чтобы судить о тяжести болезни. Это, кстати, относится не только к психическим болезням: все они, начиная от гриппа и кончая туберкулезом, могут протекать и очень легко («на ногах»), и очень тяжело, вплоть до смертельного исхода. Точно так же обстоит дело и с психическими заболеваниями. Например, большинство людей приходят в ужас от диагноза «шизофрения». Однако «шизофрения» — всего лишь ярлык, который мало о чем говорит. Шизофрения бывает очень разная, формы ее течения значительно различаются, а прогноз зависит именно от того, как протекает заболевание. Очень тяжелые, «злокачественные» формы прогностически неблагоприятны, но их мало (4% среди всех больных шизофренией). Наиболее легко протекающая форма (малопрогрессирующая шизофрения) встречается у 30% этой категории больных. Проявления ее могут быть заметны только специалистам.

Поэтому сам по себе диагноз мало что значит. Для того, чтобы лучше понять ситуацию, следует еще поинтересоваться у врача, тяжело или не очень тяжело протекает болезнь в данном случае.

Отчего возникла болезнь?

Ответ на этот вопрос прямо зависит от диагноза. Например, если больному поставлен диагноз «реактивная депрессия», то причина болезни — тяжелая психическая травма; диагноз «белая горячка» указывает на то, что пациент злоупотреблял алкоголем. В целом, если диагностировано одно из экзогенных заболеваний, то вопрос о его причине обычно даже не возникает, настолько она очевидна. Мучительные раздумья о причине болезни появляются при эндогенных заболеваниях. Но ведь они потому и называются эндогенными, что очевидной причины болезни обнаружить не удастся.

Не передается ли болезнь по наследству?

Этот вопрос — один из самых сложных. Обычно он возникает при эндогенных психических заболеваниях. Собственно, речь идет не об одном, а о нескольких вопросах на тему наследственности. Ниже перечислены самые частые из них:

- 1. Не заболеет ли мой ребенок, если моя мать (или мать мужа) страдала психическим расстройством?*
- 2. Не заболеет ли ребенок, если болен один из супругов?*
- 3. У здоровых родителей психически заболел ребенок. Стоит ли рожать второго, или он тоже заболеет?*
- 4. Один из супругов перенес психоз. Сейчас все хорошо. Сколько времени нужно ждать, прежде чем завести ребенка, чтобы уменьшить риск передать ему болезнь?*
- 5. Женщина перенесла психоз. Сейчас чувствует себя хорошо. Не могут ли беременность и роды вызвать обострение болезни?*
- 6. Супруги хотели бы иметь ребенка, но один из них принимает психотропные. Не скажется ли это на потомстве?*
- 7. Можно ли принимать психотропные препараты во время беременности и кормления грудью?*

Все эти вопросы можно разделить на две группы. Первые четыре касаются проблемы наследственности, а последние три — нет. Отвечая на вопросы первой группы, укажем, что совсем не все психические за-

болевания — наследственные. Многие из них (например, последствия черепно-мозговых травм, реактивные состояния) к наследственности не имеют никакого отношения. Если речь идет о таких болезнях, как шизофрения или маниакально-депрессивный психоз, то эти вопросы важны.

Ответ на них в принципе может содержать только информацию о риске. Этот риск больше, если болен кто-нибудь из прямых родственников будущего ребенка (мать, отец, брат или сестра). Если речь идет о ком-нибудь из более далекой родни, риск меньше. Риск очень велик, если болеют оба будущих родителя. Конкретная величина риска определяется в каждом отдельном случае, поэтому здесь можно привести только приблизительные цифры. Так, если болен один из супругов, или они уже имеют больного ребенка, то у предполагаемого ребенка риск может составлять от 5 до 10%. Если речь идет о более отдаленных родственниках, он может составлять 2-3%. Если оба супруга больны, риск может достигать 30-60%. Зная это, каждая супружеская пара решает сама, стоит ли идти на этот риск. Ничего конкретного посоветовать тут нельзя: риск есть риск.

Примерно так же дело обстоит и с вопросом о том, не могут ли беременность и роды вызвать обострение болезни. Это действительно может случиться, особенно если болезнь протекает в виде отчетливых приступов, разделенных ремиссиями высокого качества. Поэтому каждая женщина решает сама, рисковать или лучше не надо.

На остальные вопросы можно ответить более конкретно. Во время приема психотропных лекарств возникновение беременности нежелательно. Лучше подождать, когда необходимость в лекарствах отпадет. Если лекарства назначили во время беременности, то очень многое зависит от ее срока. В первой половине беременности принимать психотропные препараты крайне нежелательно, настолько, что если это абсолютно необходимо, лучше беременность прервать. Во второй половине беременности тоже лучше обойтись без лекарств, но в этих случаях нужно подробно обсудить ситуацию с врачом. Есть препараты, которые можно принимать без особого риска для ребенка. А вот во время кормления грудью лучше не принимать никаких лекарств, потому что все они выделяются с молоком. Если без лекарств обойтись трудно, разумнее перейти на искусственное вскармливание.

Сколько времени займет курс лечения?

Это обычно следующий после диагноза вопрос. Скажем сразу, что при психических заболеваниях никаких «курсов» лечения не существует. Длительность лечения зависит только от состояния больного. Первый этап — самый сложный — заключается в подборе наиболее эффективных для данного больного препаратов и их адекватных доз. Конечно, существуют общие для всех стандарты лечения, определены показания к применению психофармакологических препаратов, однако в силу индивидуальных особенностей каждого человека реакция на лекарства может быть разной, разными могут быть и необходимые дозы лекарств, и сроки достижения эффекта. Поэтому обычно подбор лечения достаточно сложный и трудоемкий процесс, и чем активнее больной в нем участвует, отслеживая свою реакцию на препараты и подробно рассказывая о ней врачу, тем лучше.

Не вредны ли психотропные препараты?

Не вызывают ли зависимость?

Не разрушают ли они личность больного?

Мифы о психотропных:

- *Психотропные препараты разрушают личность.*
- *Психотропные препараты используются для «зомбирования» людей*
- *Психотропные препараты превращают человека в «овощ».*
- *Психотропные препараты вызывают зависимость, подобную наркотической*
- *Психотропные препараты вызывают необратимые изменения в организме*

О психотропных препаратах, как и о психических болезнях, существует множество мифов. Принято считать, что это средства очень вредны для организма, разрушают личность человека, превращают его в «зомби» и т.д. Возникновение этих мифов вполне понятно: раз

лекарства воздействуют на психику человека, значит, в них есть что-то таинственное, а всякое непонятное явление очень быстро обрастает домыслами и небывицами.

Личность некоторых больных с тяжелым течением заболевания действительно подвергается изменению, но это происходит в силу развития болезни, а не в связи с воздействием лекарств.

Больные, которые принимают очень большие дозы нейролептиков (особенно препараты первого поколения), действительно иногда выглядят устрашающе из-за побочных явлений. Например, при паркинсонизме наблюдаются скованность либо, наоборот, неусидчивость; слюноотечение, дрожание конечностей, скудная мимика. Все это служит хорошей питательной средой для слухов. Однако следует понимать, что правильно подобранные дозы и все более широкое применение психотропных препаратов нового поколения помогают избежать осложнений такого рода, а в случае их возникновения используются корректоры, позволяющие с ними справиться.

Часто больной самовольно преждевременно прекращает лечение, и это приводит к обострению болезни. Отсюда рождается миф о лекарственной зависимости. В действительности ухудшение состояния связано не с привыканием к препаратам, а с тем, что человек просто не долечился. Психотропные средства лекарственной зависимости не вызывают (за исключением ряда транквилизаторов).

На самом деле психотропные препараты — такие же лекарства, как и все остальные. При правильном использовании они оказывают лечебное действие, а неадекватное применение любого лекарства (даже аспирина) может вызывать серьезные последствия.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Существует два основных метода лечения психических расстройств. Первый — это лечение лекарствами, **фармакотерапия**. Иногда используют еще более сложный термин, — **психофармакотерапия**. Лекарства, которые применяются для этой цели, называют психофармакологическими, или психотропными, препаратами. Второй метод называется «психотерапия». Его принципиальное отличие от первого заключается в том, что при лечении используются не лекарства, а слова.

Чтобы было понятно, о чем идет речь, приведем самый простой пример. Часто люди говорят, что после беседы с хорошим врачом становится легче. Беседа хорошего врача — самый частый и один из самых эффективных методов психотерапии. Сочувствие, понимание, разъяснение пациенту сути его болезни, внушение ему надежды, — мощные психотерапевтические методы, способные принести очень большое облегчение. Конечно, психотерапевтическое лечение не исчерпывается задушевными беседами. Существует множество специальных методик, которые используются в соответствии с состоянием больного и предпочтениями психотерапевта (методик настолько много, что один специалист редко владеет всеми). Решение о том, какому виду лечения отдать предпочтение, в основном зависит от особенностей состояния больного. Иногда единственным и необходимым средством (например, в случае психоза) является психофармакотера-

пия, иногда (при неврозах) предпочтение отдается психотерапии, и в очень многих случаях — сочетанию того и другого.

Поговорим подробнее о **психофармакотерапии**, потому что лечение лекарствами — это все-таки основной метод борьбы с психическими расстройствами.

Все **психотропные** препараты делятся на несколько больших групп. Первая — это так называемые **нейролептики**. Принято считать, что они используются для лечения самых тяжелых психических расстройств, психозов. Это действительно так, но это не вся область применения нейролептиков. В действительности нейролептики используют не только для лечения таких расстройств, как бред или галлюцинации, но и для борьбы с такими фундаментальными проявлениями болезни, как изменения личности и, самое главное, с самим процессом, то есть с естественной тенденцией болезни прогрессировать. Иными словами, с помощью нейролептиков врачи приостанавливают болезнь, не дают ей развиваться. Это гораздо более важный аспект использования нейролептиков, и именно поэтому их часто назначают пациентам, у которых нет, а иногда и не было никогда таких симптомов, как бред или галлюцинации. Знать это очень важно, потому что иначе пациенту трудно бывает понять, зачем врач назначил ему нейролептики. Часто пациент, состояние которого истощается невротическими расстройствами, дома, читая аннотацию к лекарству, приходит в ужас и недоумение, обнаружив в перечне показаний такие слова как «шизофрения», «бред» или «галлюцинации». Дело в том, что многие нейролептические препараты являются «дозозависимыми». Это значит, что в минимальных дозах они способны действовать как антидепрессанты или убирать такие невротические симптомы как страхи или навязчивости, а в больших дозах — как антипсихотики (то есть воздействующие на симптомы психоза, — например, бред и галлюцинации).

Исторически именно **нейролептики** были первыми психофармакологическими препаратами. В нашей стране первый из них назывался аминазином. Это лекарство произвело настоящую революцию в

психиатрии, и множество людей благодаря этому препарату получили возможность выписаться из психиатрических больниц. Аминазин не утратил своего значения до сих пор и во многих случаях применяется вполне успешно. Вслед за аминазином было создано много других нейролептиков, в том числе такие известные, как трифтазин, галоперидол, сонапакс, хлорпротиксен и другие. Все они по-своему очень хороши, но, к сожалению, всем им свойствен один и тот же недостаток: они вызывают так называемые побочные эффекты (то есть действуют не только «по прямому назначению»). Эти эффекты бывают очень неприятны — скованность, слюнотечение или сухость во рту и другие. Чтобы преодолеть их, приходится принимать дополнительные лекарства (**корректоры**), например, широко известный циклодол.

Необходимость использовать дополнительные лекарства (которые к тому же не всегда достаточно эффективны) нежелательна. Поэтому постоянно предпринимаются попытки создать новые нейролептики, которые были бы свободны от этого недостатка. В последнее время появилось достаточно много таких препаратов, которые принято называть «нейролептиками нового поколения». К их числу относятся, например, рисполепт, зипрекса, сероквель, абилифай, зелдокс и некоторые другие. Как выяснилось, они тоже не свободны от побочных действий (как, впрочем, любые лекарственные препараты), поэтому больные, которые их принимают, должны об этом знать и соблюдать соответствующий режим (диета, физические упражнения, контроль за весом и т.д.)

Ко второй группе психофармакологических препаратов относятся **антидепрессанты**. Как видно из самого названия, эти лекарства предназначены для борьбы с депрессией. Они приобретают все большее значение, поскольку число людей, обращающихся за помощью в связи с депрессией, все время увеличивается. Кстати, не следует думать, что люди стали чаще болеть депрессией. Скорее всего, с появлением антидепрессантов появилась возможность эффективнее помогать людям, страдающим депрессией, и они стали все чаще обращаться за помощью.

Исторически первым антидепрессантом был мелипрамин. Он очень хорошо справляется с таким симптомом депрессии, как тоска. Но если больной испытывает тревогу, мелипрамин не годится: он не только не устраняет тревогу, но может даже спровоцировать ее. Другой антидепрессант, который появился несколько позже, — амитриптилин, — справляется и с тоской, и с тревогой, поэтому до настоящего времени он остается самым распространенным.

Эти два антидепрессанта в течение многих лет были практически основным оружием против депрессии. Однако и они не удовлетворяли врачей и пациентов, потому что во многих случаях оказывались недостаточно эффективными, а, кроме того, обладали рядом побочных эффектов. В последние годы появляются все новые и новые антидепрессанты, обладающие более широким спектром действия, и более безопасные в применении. К ним относятся, например, паксил, ципрамил, золофт, прозак, иксел, эфевелон и некоторые другие. Однако антидепрессанты первого поколения все равно не утратили своего значения, и в каждом конкретном случае врач решает, какой препарат предпочесть.

Третья группа психофармакологических лекарственных препаратов — **транквилизаторы**. Эти лекарства используются чаще других, потому что их назначают не только психиатры, но и врачи других специальностей. Они способны снять напряжение, улучшить сон, уменьшить беспокойство и тревогу. К ним относятся такие лекарства, как феназепам, тазепам, элениум, седуксен (реланиум), альпразолам (ксанакс, хелекс), клоназепам, рудотель, грандаксин и ряд других. Они настолько распространены, что часто люди покупают их без рецепта и хранят в домашней аптечке, используя их при всяких житейских тревогах. От этого следует предостеречь. Транквилизаторы — это мощные психофармакологические средства, которые нужно применять только по серьезным показаниям. Если их использовать без особой нужды, может возникнуть такое неприятное последствие, как психологическая зависимость.

Зная все это, пациент может лучше понять смысл назначений, которые ему делают, он может лучше контролировать эффектив-

ность лечения и, таким образом, более плодотворно сотрудничать с врачом.

Есть еще одна очень важная группа фармакологических препаратов, назначение которых тоже часто вызывает недоумение у пациентов (если врач своевременно не разъяснил стратегию лечения). Это так называемые **нормотимики**. Назначение их вытекает из названия: это препараты, нормализующие и стабилизирующие настроение. К ним относятся представители двух фармакологических групп: давно используемый в психиатрии карбонат лития и ряд противосудорожных препаратов. Они так называются потому, что изначально создавались для лечения эпилепсии; выяснилось, что они также весьма эффективны в качестве стабилизаторов настроения. Об этом важно знать, чтобы не удивляться и не пугаться указанию на эпилепсию в аннотации к препарату. К их числу относятся карбамазепин (финлепсин, тегретол), ламотриджин (ламиктал, ламитор), вальпроевая кислота (депакин, дивальпроекс, вальпарин). Все они применяются при биполярном аффективном расстройстве, которому, как вы уже знаете, присущи смены депрессивных и маниакальных фаз. Прием нормотимиков обеспечивает более стабильный фон настроения и освобождает пациента от частых обострений..

Что же, теперь всю жизнь придется
принимать лекарства?

Ответ на этот вопрос зависит от того, чем человек болен, и каково течение этой болезни. Например, если прошла реактивная депрессия, и состояние больного нормализовалось, вряд ли нужно продолжать принимать лекарства. Однако многие психические заболевания имеют тенденцию к рецидивированию. Для таких случаев универсальной врачебной тактики не существует, решение принимается применительно к каждому конкретному случаю. Дело в том, что некоторые улучшения (ремиссии) обеспечиваются именно лекарствами: внутренний механизм болезни как бы затормаживается медикаментами. В других же случаях этот механизм приостанавливается сам по себе, и лекарства не нужны. Как все на свете, и то, и другое имеет и хорошую, и плохую сторону. Постоянно принимать лекарства на фоне хо-

рошего самочувствия психологически не слишком приятно, но зато лекарства создают некоторую гарантию профилактики возможного обострения. Человек, который не принимает лекарства, чувствует себя гораздо более комфортно, но зато он должен быть очень внимателен к своему состоянию. Ведь чем раньше замечено надвигающееся ухудшение, тем легче не дать ему развернуться. Поэтому при первых же признаках ухудшения необходимо консультироваться с врачом и, скорее всего, возобновлять лечение. Но для того, чтобы это сделать, больной должен очень хорошо знать, какие изменения в его самочувствии могут указывать на такую необходимость.

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ОБ ОСНОВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ?



Теперь поговорим немного об основных психических заболеваниях, разумеется, не обо всех. Для каждого важнее всего знать о той болезни, которой страдает он сам или кто-нибудь из его близких.

Итак, если ваш диагноз:

Шизофрения.

Обычно одно только название этой болезни повергает в ужас. Ведь мифы, о которых мы говорили выше, в основном касаются именно шизофрении. Психиатры стараются не торопиться сообщать этот диагноз неподготовленному пациенту, чтобы не пугать его понапрасну, — ведь и он является носителем мифов и никакой другой информацией не располагает.

На самом деле шизофрения бывает очень разной. Встречается она приблизительно у 1% населения. Среди них есть легчайшие случаи болезни, незаметные для окружающих, есть по-настоящему тяжелые, приводящие к серьезным последствиям, вплоть до слабоумия, и есть масса промежуточных вариантов.

Существует две основных характеристики, определяющих формы течения шизофрении: *характер течения* и *темп прогрессирования болезни*. Первая характеристика говорит о том, течет ли болезнь непрерывно или в виде приступов; темп прогрессирования болезни схематически делится на три варианта: очень быстрый (злокачествен-

ный), умеренный и медленный. В каждом случае болезнь может протекать и непрерывно, и в виде приступов (когда после каждого обострения наступает ремиссия). Вот и получается довольно много клинических форм шизофрении: злокачественная (непрерывная и в виде приступов); умеренная (непрерывная и в виде приступов); благоприятная (непрерывная и в виде приступов).

От чего возникает шизофрения?

Это до сих пор неизвестно. Считается, что это наследственное заболевание. Во всяком случае, несомненно, что среди родственников человека, который болен шизофренией, обнаруживается гораздо больше больных, чем в среднем в населении. Если в населении в среднем встречается 1% больных шизофренией, то в семьях больных — от 3 до 7%.

Не зря все последние 100 лет проблема шизофрении стоит на первом плане и является центральной в психиатрии.

Излечима ли шизофрения?

Прогноз зависит от формы течения болезни. Шизофрения, протекающая в виде приступов, разделенных полноценными ремиссиями, является более благоприятной, чем текущая непрерывно. Непрерывно протекающая шизофрения с медленным и вялым течением гораздо благоприятнее той, у которой темп прогрессирования болезни достаточно высок. Конечно, более благоприятные формы заболевания лечить легче. Однако это не значит, что в остальных случаях ничего нельзя сделать. Современные психотропные препараты значительно расширили возможности лечения, поскольку они способны не только справляться с патологическими симптомами, но и сдерживать темп прогрессирования болезни.

Социальные последствия шизофрении достаточно тяжелы: их бремя сопоставимо с бременем самой болезни, а часто даже превышает его.

Реакция на болезнь

Реакция больного: Узнав, о психиатрическом диагнозе, большинство пациентов страшно огорчается. Даже если этот диагноз совсем не опасен, даже если болезнь не так уж тяжела, человек расстраи-

ется гораздо сильнее, чем в связи с любой, даже гораздо более тяжелой, физической болезнью. Во всех исследованиях отмечается, что первая реакция на любой психиатрический диагноз — это тяжелый шок, резкий протест, иногда отчаяние. Подобная реакция иногда причиняет больше страданий, чем собственно болезнь. Причина такого шока — те самые предрассудки, о которых говорилось выше. Особенно это относится к шизофрении. Узнав, что ему поставлен диагноз «шизофрения», больной начинает думать о себе, как о «конченом человеке». И даже когда первый шок проходит, даже когда состояние улучшается, ощущение своей «второсортности» остается где-то в подсознании, в глубине души. Это проявляется и в том, что человек сознательно ограничивает свою жизнь, и в том, что он отказывается продолжать учебу, не претендует на хорошую работу, считает, что не должен заводить семью и т.д. Подобное психологическое состояние («что с меня взять, я психически больной») называется *самостигматизацией*.

Безусловно, болезнь приносит с собой множество трудностей. Она причиняет страдание. Но она не делает человека хуже, чем он был, он остается тем же, только обремененным новыми проблемами. Поэтому стоит подумать, что болезнь сама по себе достаточно тяжела, и незачем усугублять свою участь бременем самоуничужения.

Реакция семьи. Семья больного тоже очень тяжело реагирует на диагноз «шизофрения». Все семьи в этом отношении очень похожи, все они проходят одни и те же этапы: неверия и неприятия («этого не может быть!»); отчаяния («почему это случилось с нами?!»); самообвинения с поисками собственных промахов и ошибок; и, наконец, стыда за то, что в семье появился психически больной. Все эти этапы объединены одним, очень важным и очень негативным со всех точек зрения свойством: они неконструктивны, более того, — разрушительны для всех членов семьи.

Продуктивным является четвертый этап, когда родные задаются вопросом «Что же теперь делать?» Случается, что от того, насколько удастся найти правильный ответ, зависит все будущее и больного, и здоровых членов семьи.

Как только семья доживает до конструктивного этапа, поиск хорошей литературы и общественных организаций, способных дать необходимые знания, приобретает первостепенное значение. Но об этом — позже.

Как дальше жить?

Когда установлен диагноз, начато лечение, прошел первый шок, пришло осознание происходящего, и у того, кто заболел, и у членов его семьи возникает естественный вопрос: как дальше жить?

Роль семьи больного шизофренией трудно переоценить. От атмосферы в семье, от взаимоотношения между ее членами, от стиля поведения с больным, от степени участия семьи в лечебном процессе зависит очень многое.

Отношение к больному в семье

Специалисты выделяют несколько наиболее характерных ошибок в отношении здоровых членов семьи к больному.

Отторжение. Здоровые члены семьи отдаляются от заболевшего; семья стремится возложить всю ответственность за болезнь, лечение и вообще все происходящее с больным на него самого или на психиатрическую службу. Это приводит к несистематическому лечению и частым госпитализациям, усугубляет социальную дезадаптацию пациента.

Примирение с болезнью. При таком типе отношения семье свойственно все «списывать» на болезнь, объяснять болезнью любые черты характера и особенности поведения больного. В семье возникает излишняя опека над больным, его освобождают от малейших нагрузок и домашних обязанностей. У больного развивается «синдром выученной беспомощности», пассивное и безучастное отношение к своей дальнейшей судьбе.

Непонимание природы болезни приводит к тому, что семья устраняется от помощи, предъявляет завышенные требования к больному, часто критикует его и выражает недовольство его поведением. В таких семьях обычна конфронтация с лечащими врачами. Такая позиция может достаточно серьезно мешать лечению.

Оптимальное поведение семьи по отношению к больному предполагает соблюдение баланса между необходимой помощью и забо-

той, с одной стороны, и предоставлением ему достаточной самостоятельности и независимости, с другой. Подобный баланс должен быть основан на хорошем понимании возможностей и ограничений, которые накладывает болезнь. В этом родственникам больного могут помочь терпение, постепенно приобретаемые знания о болезни и лечении, сотрудничество со специалистами, а также поддержка тех, кто уже сталкивался с аналогичными трудностями и приобрел соответствующий опыт.

Семья как участник лечебного процесса.

Пройдя между Сциллой желания взять на себя всю полноту заботы о больном и Харибдой необходимости предоставить ему достаточную самостоятельность, семья становится полноценным и весьма важным участником лечебного процесса, со своими обязанностями, ответственностью, функциями.

Отметим некоторые наиболее важные функции семьи в подобных условиях:

- *поддержка больного члена семьи, способствование тому, чтобы у него сохранилось чувства собственного достоинства;*
- *установление и поддержание сотрудничества с лечащим врачом;*
- *умение отслеживать симптомы ухудшения и улучшения состояния. Членам семьи (лучше вместе с пациентом) рекомендуется регулярно вести специальный дневник, в котором оцениваются симптомы ухудшения и улучшения (можно, например, по 5- или 10-и балльной шкале). Такой дневник помогает вовремя обращаться за помощью при обнаружении «тревожных» знаков. Он помогает также отслеживать действие лекарств;*
- *помощь в социализации и адаптации больного (в восстановлении его социальной роли в семье и вне семьи, в поддержании и установлении контактов, связей), в обретении самостоятельности;*
- *помощь в преодолении жизненных трудностей и стрессов.*

Как правильно себя вести с больным членом семьи?

Если у больного бред:

Прежде всего, напомним, что такое бред. Так называют болезненное убеждение, возникшее вне всякой связи с реальностью. Послед-

нее очень важно, потому что из того, что бред возникает вне связи с реальностью, следует, что разубедить больного невозможно; ведь все возможные аргументы — это реальность, которая к бреду не имеет никакого отношения. Поэтому:

- спорить с больным, указывать на нелепость его суждений никогда не нужно. Это может вызвать только его раздражение и враждебность по отношению к тому, кто ему противоречит. Конечно, не нужно и соглашаться с болезненными заблуждениями. Лучшее всего вообще уклоняться от обсуждения бредовых высказываний, а если это невозможно, в большинстве случаев стоит прямо сказать, что, по вашему мнению, это просто симптом болезни. Иногда удается достичь очень хорошего взаимопонимания, предложив больному компромисс: «ты считаешь, что твое убеждение соответствует истине, а я думаю, что это просто болезнь. Договоримся, что каждый вправе иметь свое мнение и не будем спорить на эту тему».
- если больной отказывается от еды, опасаясь, что его хотят отравить, можно убедить его, что **данное блюдо**, то, которое предлагают ему сейчас, не отравлено. Чаще всего это удается (можно попробовать при нем пищу, можно обратить его внимание на то, что она готовилась в его присутствии и т.п.)
- если бред направлен против кого-нибудь из членов семьи. В таком случае приходится максимально ограничивать его общение с больным. При этом важнее всего понимать, что выраженная враждебность, связанная с бредом, всегда указывает на обострение болезни, а это значит, что необходимо изменить лечение, сделать его более интенсивным. Следует помнить, что бред не всегда удается полностью излечить, но почти всегда можно добиться, чтобы он стал, по выражению психиатров, менее актуальным.

Для того чтобы лучше справляться со своими функциями, родственникам больного, следует, прежде всего, как можно больше узнать о психических заболеваниях и их лечении, быть в курсе всех проводимых лечебных мероприятий, регулярно общаться с лечащими врачами, задавать им вопросы. Благодаря этому у членов семьи боль-

ного формируется более реалистичный взгляд на происходящее, им легче становится установить с ним более тесный контакт, более доверительные отношения. Это не всегда просто, но к этому нужно стремиться.

Полезные советы:

- *Избегайте споров с больным и не критикуйте его по любому поводу. Не пытайтесь чего-то от него добиться с помощью манипуляций, угроз и шантажа.*
- *Честно и открыто высказывайте свое мнение, например, о том, что те или иные сложности связаны с проявлениями болезни и требуют лечения у специалистов. В случаях, когда обсуждение состояния здоровья не представляется возможным, уделяйте больше времени тому, что интересно всем членам семьи — например, совместным прогулкам или развлечениям.*
- *Избегайте завышенных требований к больному. С пониманием относитесь к тому, что, например, человек, только что выписавшийся из больницы, не может работать в полную силу. Помните, что выздоровление — процесс постепенный и длительный, требующий терпения и от пациента, и от его окружения. В то же время не пытайтесь чересчур ограничивать активность больного, делая все за него. Начинать с более простых поручений, постепенно расширяя круг его обязанностей и неуклонно увеличивая меру его ответственности и самостоятельности.*
- *Заботясь о близком человеке, помогая ему, соблюдайте принцип «быть вместе, но не вместо». Оставляйте больному свое личное пространство, поощряйте его самостоятельность, привлекая его к участию в жизни семьи, разделяя с ним ответственность за принятие решений. Безграничное самоотречение и самопожертвование со стороны семьи не принесет пользы никому. Помните, что от благополучия здоровых членов семьи зависит и благополучие больного.*

Как предохранить себя от «выгорания»?

Чем больше внимания и заботы требуется больному, тем в большей поддержке нуждаются ближайшие члены его семьи. Превратив опеку пациента в самоцель, а собственный дом — в жертвенный ал-

тарь, вы придете только к саморазрушению и утрате способности заботиться о ком бы то ни было, включая самих себя. Поэтому заботу о себе не нужно считать неправильной или постыдной. Можно попытаться распределить обязанности по уходу за больным между несколькими родственниками, позволяя себе время от времени заниматься тем, что приносит отдых и удовольствие. Можно найти помощь в группах поддержки, — общаться и обмениваться опытом с другими семьями, столкнувшимися с подобными трудностями. Только в этом случае ваша помощь близкому человеку будет по-настоящему продуктивной.

Депрессия

Слово «депрессия» сейчас всем знакомо. Депрессия относится к так называемым аффективным расстройствам. **Аффективные расстройства** — это расстройства настроения. В понимании большинства людей депрессия и плохое настроение — это примерно одно и то же. На самом деле это не так. Плохое настроение — это нормальная реакция человека на какие-нибудь неприятности. **Депрессия — это болезненное состояние.** Разница заключается даже не в том, что депрессия возникает без видимых причин (случается, что такая причина есть), а в том, что за ее возникновение отвечает биологический механизм, который в норме отсутствует. Понимать, что депрессия — это болезнь, очень важно. Ведь главное ее проявление — это, действительно, плохое настроение, вроде бы всем понятное и знакомое по собственному опыту. Поэтому окружающим часто кажется, что справиться с депрессией достаточно просто: нужно развлечься, отвлечься, переключиться и, вообще, «взять себя в руки». Едва ли не каждый заболевший депрессией получает от родных и друзей подобный совет. К сожалению, выполнить его невозможно: «взять себя в руки» так, чтобы прошла болезнь, еще никому не удавалось.

Человек, болеющий депрессией, заторможен. Он все делает медленно, думает медленно, ему трудно сосредоточиться, трудно читать, трудно принимать какие-либо решения. Появляются несвойственная

его характеру неуверенность; растерянность при необходимости решить даже несложную проблему; нерешительность. Больного одолевают бесконечные сомнения, по любому поводу он погружается в мучительные размышления, появляется «депрессивная умственная жвачка», как это называют психиатры. В голове совершенно непродуктивно крутятся одни и те же мысли. Часто депрессия сопровождается соматическим неблагополучием в виде множества неприятных ощущений, колебаний давления. Как правило, депрессия сопровождается упорными запорами, бессонницей; человек теряет аппетит, худеет, выглядит постаревшим.

Основные симптомы депрессии:

- *Пониженное настроение*
- *Утрата обычных интересов*
- *Невозможность получить удовольствие от чего бы то ни было*
- *Повышенная утомляемость и снижение активности*
- *Затруднения при попытке сосредоточиться*
- *Снижение самооценки и неуверенность в себе*
- *Склонность обвинять себя в разного рода ошибках и проступках*
- *Пессимистический взгляд на будущее*
- *Нарушение сна*
- *Снижение аппетита*

Подчеркнем, что в этом списке перечислены практически все типичные симптомы депрессии. В каждом конкретном случае совсем не обязательно все они возникают одновременно. Достаточно хотя бы двух-трех, которые продолжаются ощутимый промежуток времени (например, две недели), чтобы предположение о наличии депрессии стало обоснованным.

Разновидности депрессии

Их много. Прежде всего, принято различать депрессии по их происхождению: депрессия может возникнуть в ответ на тяжелую психическую травму (например, потеря близкого человека), а может

появиться без всяких видимых причин. Депрессию первого типа принято называть **реактивной** или **психогенной**. Депрессия второго типа называется **эндогенной**.

Помимо происхождения, критерием разделения депрессии на варианты служит оттенок пониженного настроения. Это может быть скука, грусть, печаль, уныние, хандра, тоска, тревога, апатия. Все эти слова очень тонко дифференцируют особенности плохого настроения, и некоторые из них четко определяют тип депрессии. Конечно, можно выделить столько ее типов, сколько мы перечислили слов, но практическое значение имеют три типа депрессии: **тоскливая, тревожная и апатическая**. Первый и второй типы не стоит даже описывать, потому что и так ясно, что испытывает больной. В последнем случае человек начинает жаловаться, что ему все безразлично, ничто его не интересует, и он ничего не в состоянии делать. Важно, что именно от этого он испытывает страдания.

Обязательно ли нужно лечить депрессию?

Депрессия — всегда временное состояние. Ее типичная естественная (то есть без лечения) продолжительность — 4-7 месяцев, хотя, конечно, она бывает и гораздо короче, и гораздо длиннее. В принципе можно ее и не лечить, — рано или поздно она все равно пройдет. Однако, во-первых, неизвестно, когда это случится; во-вторых, депрессия — это очень тяжелое страдание, самое тяжелое, которое может выпасть на долю человека. Люди, которым пришлось перенести депрессию и разные другие болезни \ в том числе серьезные физические травмы, операции и т.д., говорят, что ни одно страдание не может сравниться с тем, которое причиняет депрессия. Многие видят единственное избавление в самоубийстве; мысли о самоубийстве и попытки к нему — грозное и частое осложнение депрессии.

Отчего возникает депрессия?

Причина психогенной (реактивной) депрессии — тяжелая психотравмирующая ситуация. Причины **эндогенной** депрессии до сих пор неизвестны, так же как и причины шизофрении. По последним данным, в возникновении депрессии важную роль играет дисбаланс серотонина и норадреналина.

Депрессия – серьезное заболевание?

Тяжесть депрессии бывает очень разная — от глубоких выраженных депрессивных психозов до стертых, трудно распознаваемых состояний. Иногда депрессия не только очень слабо выражена, но и проявляется совершенно не характерными для нее признаками. На первый план выступает не нарушение настроения, а физические (соматические) симптомы: у человека «скачет» давление, ему становится то жарко, то холодно, он плохо спит, испытывает неопределенные боли то в одном, то в другом месте, у него слабость и т.д. Такие состояния называются «скрытая депрессия», «ларвированная депрессия», «вегетативная депрессия», «маскированная депрессия», и т.д. Это серьезная проблема, т.к. больные с подобными расстройствами, естественно, обращаются к терапевтам, а те, как правило, плохо знакомы с этими состояниями. Пациента начинают обследовать, обязательно что-то находят, назначают лечение, которое не помогает, и возникает замкнутый круг хождения от одного специалиста к другому, поиска диагноза, мучительных обследований.... Во всех странах мира эта проблема актуальна, и психиатры очень заботятся о том, чтобы врачи общей практики знакомились с такими расстройствами, знали, как они протекают, умели их распознавать.

Биполярное аффективное расстройство.

В типичном случае **биполярного аффективного расстройства** болезнь протекает в виде сменяющих друг друга или разделенных светлыми промежутками (ремиссиями) **депрессивных и маниакальных фаз. Мания (маниакальное состояние)** является полной противоположностью депрессии. Оно характеризуется не пониженным, а, наоборот, чересчур повышенным настроением; не снижением, а чрезвычайным повышением активности; не пессимизмом, а легковесностью и т.д. Маниакальные больные чрезвычайно говорливы, говорят очень быстро и много, до хрипоты; не могут сосредоточиться на чем-то одном, перескакивают с одного на другое, отвлекаются на все, что попадает в поле зрения. У таких больных наблюдается и двигательное беспокойство: они пляшут, поют, скачут, наряжаются, цепляют на себя банты, чрезмерно пользуются косметикой.

Всегда ли биполярное аффективное расстройство протекает так тяжело?

При нерезко выраженном маниакальном состоянии (амбулаторный вариант), отмечаются только приподнятое настроение и повышенная активность. Состояние **гипертимии**, как его называют, субъективно очень приятно. Все получается быстро, легко, работа спорится, больные легко знакомятся с новыми людьми, застенчивые люди раскрепощаются. Поэтому часто пациенты не хотят принимать лекарства, а в наиболее легких случаях и не нуждаются в них.

Существуют самостоятельные варианты мягко протекающих аффективных заболеваний. Один из них, наиболее благоприятный, называется **циклотимией**. При нем и депрессивные, и маниакальные фазы выражены очень нерезко. Пациенты, страдающие **циклотимией**, тоже нуждаются в лечении, но, как правило, обходятся без стационара. Характерными для **циклотимии** являются сезонные обострения. Замечено, что весной и осенью фазы возникают чаще. Другой вариант — **дистимия** — характеризуется тем, что пониженное настроение слабо выражено, отсутствуют двигательная и интеллектуальная заторможенность, но болезненное состояние тянется годами.

Как себя вести больному аффективным расстройством?

Люди, страдающие депрессией или биполярным аффективным расстройством, должны уметь распознавать **признаки начинающегося обострения**. Если делать это своевременно и вовремя начинать лечить обострение, — справиться с ним гораздо проще и быстрее. Раннее начатое лечение позволяет оборвать начинающуюся фазу.

Что это за признаки?

У разных людей они разные, поэтому в период ремиссии важно припомнить, с чего все начиналось, проанализировать, как разворачивалась картина обострения.

Например, **при начинающейся депрессии** больной может стать более сентиментальным, трогательные эпизоды в кино или очень радостные события легко вызывают у него слезы. Он обижается по пустякам, быстрее устает, хуже спит.

Больному **депрессией** очень часто кажется, что он поглупел, ничего не запоминает, не понимает смысл того, что пытается прочесть. «Я стал тупым», — часто говорят больные. Очень важно знать, что это ощущение определяется не истинным дефектом интеллекта или памяти, а их заторможенностью. Торможение интеллектуальных функций — один из основных симптомов депрессии. Помнить обо всем этом во время болезни очень важно. Когда человек болен не депрессией, а каким-нибудь «обычным» заболеванием, он оценивает течение болезни как бы со стороны. «Мне сегодня похуже (или получше)», — говорит больной, имея при этом в виду, что болезнь его сегодня обострилась или, наоборот, приутихла. Психологически очень важно, что при этом человек приписывает улучшение или ухудшение своего состояния не своим личным достоинствам или недостаткам, а тому, как ведет себя болезнь. Очень важно постараться поступать точно так же при депрессии. Повторим, что ведь она такая же болезнь, как все остальные. Полная невозможность что-либо делать, на чем-нибудь сосредоточиться, даже просто о чем-нибудь поговорить свидетельствует не о том, что человек безнадежно поглупел, а просто о том, что депрессия стала тяжелее. Склонность обвинять себя в ошибках и проступках — тоже типичный симптом депрессии. Чрезвычайно часто больные депрессией переоценивают всю свою жизнь и приходят к выводу, что прожили ее не так, как должны были. Следует помнить, что депрессия порождает мрачный взгляд на все, о чем бы человек ни думал. Между прочим, именно поэтому в период депрессии нельзя принимать никаких серьезных решений (например, уйти с работы). Сквозь призму депрессии человек воспринимает и себя, и окружающее неправильно, и поэтому любые решения могут оказаться ошибочными. Поэтому, каким бы срочным ни казалось решение, его нужно отложить до тех пор, пока депрессия не пройдет.

Очень часто первым признаком возникновения **гипомании** бывает расстройство сна. Его особенность состоит в том, что оно несколько не мучительно. Человек не то, что не может заснуть, как это обычно бывает при бессоннице, а не испытывает потребности в сне. Попросту говоря, ему не хочется спать, он не чувствует усталости.

Бывает, что человек засыпает вовремя, но слишком рано просыпается: он не страдает от этого, а просто чувствует себя уже выспавшимся. Эти признаки легко распознать при условии, что человек научился объективно оценивать свое состояние. Более тонкий признак, который связан с описанным расстройством сна, но может появиться еще раньше, — это отсутствие или снижение обычной утомляемости. Каждый человек знает, как у него проявляется усталость после обычного дня. Если это чувство вдруг исчезает, и он ощущает такую свежесть, как будто дневных нагрузок и не было, это должно насторожить. Те пациенты, которые научились улавливать это состояние, получают огромный шанс не допустить развития гипомании, потому что лечение, начатое в это время, оказывается очень эффективным.

Паническое расстройство

Это расстройство относится к довольно большой и широко распространенной группе так называемых невротических расстройств, хотя очень часто оно выступает в паре с депрессией. Ведущим проявлением панического расстройства является **паническая атака**. Это состояние, которое наступает внезапно, на фоне полного благополучия. Вдруг сильно ухудшается самочувствие (в основном в виде вегетативных расстройств), возникают сердцебиение, головная боль, неприятные ощущения в сердце, чувство жара, подъем артериального давления. Одновременно появляется ощущение, что происходит что-то катастрофическое, человек находится на пороге смерти, его охватывает ужас и необычайная тревога. Больные обычно вызывают скорую помощь. Продолжается паническая атака, как правило, недолго, — бывает, что к приезду скорой помощи приступ уже позади.

Самым неприятным последствием панической атаки является то, что больной начинает опасаться повторения приступов, появляется так называемое «избегающее поведение». Оно заключается в том, что человек боится уходить надолго из дому, ходить без сопровождающих, спускаться в метро, оставаться один дома. Особенно тщательно он избегает той ситуации, в которой паническая атака случилась впервые. Больной постоянно находится в тревожном ожидании повторе-

ния такого приступа. Человека всегда страшит неизвестность. Пока больной не знает, что страдает паническими атаками, он, естественно, ходит от врача к врачу, пытается выяснить, какой у него диагноз, обследуется. Чем дольше не проясняется диагноз, тем хуже, потому что назначенное лечение не помогает, исчезает вера в возможности медицины, усугубляются мысли о тяжести своего заболевания, появляются мысли, что у него тяжелая, никому неизвестная, редкая болезнь. Когда, наконец, ситуация проясняется, когда человек узнает, что это за болезнь, ему уже от этого становится легче: он узнает, что панические атаки — не редкость, а частое расстройство, что смерть во время панической атаки никогда не наступает.

Чем опасна паническая атака?

Очень важно понимать, что, несмотря на очень яркие и выраженные проявления, паническая атака не представляет угрозы ни жизни, ни здоровью. Во время панической атаки ни потерять сознание, ни умереть от инфаркта или инсульта, ни сойти с ума нельзя. «Корнем зла» при панике является выраженная тревога. Возникновение тревоги порождает учащение пульса, повышение артериального давления, напряжение мышц (то есть все то, что предусмотрено человеческой природой в случае опасности, обеспечивая его готовность к бегству). Однако при панической атаке возникшие вегетативные симптомы реализуются в еще большую тревогу, которая, в свою очередь, еще больше их усиливает. Возникает своеобразный порочный круг, разорвать который очень непросто.

Излечимо ли паническое расстройство?

Паническое расстройство успешно лечат сочетанием психо- и фармакотерапии. С помощью лекарств удается подавить механизм развития болезни, заключающийся в дисбалансе серотонина и норадреналина; психотерапевт с помощью специальных методик может научить пациента правильно вести себя во время паники. Однако даже первая беседа с больным, во время которой врач разъясняет механизм возникновения и развития панической атаки, приносит ему значительное облегчение.

Генерализованное тревожное расстройство

Генерализованное тревожное расстройство тоже относят к классу невротических расстройств. Его название говорит само за себя. Основным проявлением этого заболевания является тревога, которая, в отличие от панического расстройства, возникает не в виде коротких приступов, а присутствует постоянно в течение длительного времени (на протяжении нескольких недель или даже месяцев), — так называемая **свободно плавающая тревога**. Больного одолевают беспокойные мысли и плохие предчувствия, он живет в постоянном напряжении и ожидании какого-нибудь несчастья, постоянно волнуется обо всем на свете. При этом значительно нарушается самочувствие: появляются сердцебиение, внутренняя дрожь, тягостное и мучительное ощущение под ложечкой. Часто повышается артериальное давление, нарушается сон, страдает работоспособность.

Как долго может длиться генерализованное тревожное расстройство?

Бывает, что генерализованное тревожное расстройство обходится за нескольких месяцев, но довольно часто оно имеет тенденцию к затяжному волнообразному течению.

Обсессивно-компульсивное расстройство.

В недавнем прошлом **обсессивно-компульсивное расстройство** имело более понятное название — невроз навязчивостей.

Что же это за явление — **навязчивости**? В наиболее легком своем виде оно известно практически каждому по своему собственному опыту. Это мотив, песенка, которая откуда-то возникает в голове и бесконечно повторяется; чаще всего это забавно, но, если скоро не проходит, может вызвать раздражение и желание от нее избавиться, и это, в конце концов, удается. Однако в болезненном состоянии освободиться от навязчивости не удастся очень долго. Более того: чем активнее больной сопротивляется навязчивостям, тем назойливее они становятся. Навязчивости чрезвычайно мучительны именно своим постоянным присутствием. Они могут выражаться в форме навязчивых мыслей (обсессий), и навязчивых действий (компульсий). По

содержанию **обсессии** могут быть очень разными. Бывают навязчивые мысли, содержание которых нейтрально. Они мучают больного просто своей неотвязностью. В других случаях навязчивые мысли приводят его в ужас своим содержанием (так называемые **кошунственные мысли**). Бывают навязчивые сомнения, вынуждающие больного снова и снова проверять, запер ли он дверь, выключил ли электричество; навязчивый счет, когда человек до изнеможения считает прохожих, или окна домов, или плиты на тротуаре; **навязчивые страхи** (боязнь высоты, пустых и замкнутых пространств, боязнь покраснеть, страх перед публичными выступлениями и т.д.).

Компульсии тоже очень разнообразны. Одно из самых частых навязчивых действий — многократное мытье рук. Некоторые компульсии носят защитный, «ритуальный» характер («если я этого не сделаю, может случиться что-то ужасное»). Большие страдания больным причиняют **навязчивые влечения**, при которых вдруг появляется желание сделать нечто чудовищное — например, облить кипятком своего ребенка. Такие желания никогда не реализуются, но само их появление и неотвязность приводят больных в ужас.

Независимо от содержания, навязчивости обладают следующими особенностями:

- 1. Возникают сами по себе, помимо воли;*
- 2. Сопровождаются, как говорят психиатры, полной критикой, то есть нелепость происходящего прекрасно осознается;*
- 3. Пациент изо всех сил старается избавиться от них.*

Можно ли вылечить обсессивно-компульсивное расстройство?

Нужно знать, что фобии и навязчивости — достаточно инертные расстройства, плохо поддающиеся лечению. Это не значит, что помочь при них невозможно. Просто пациент должен быть готов к тому, что процесс подбора соответствующей терапии может занять довольно большой промежуток времени. Это избавит его и от нереальных ожиданий, и от лишних разочарований. В период подбора лекарств очень важно сотрудничество с врачом: чем больше деталей, касающихся состояния больного, ему известно, — тем лучше.

Соматоформное расстройство.

Этот термин также происходит от греческих корней: «сома» значит «тело», а что такое «форма», понятно без перевода. Речь идет о невротических по своей природе проявлениях, которые напоминают симптомы физических, или телесных, болезней. Появляются неприятные ощущения в самых разных органах и системах: боли в области сердца, нарушения пищеварения, суставные боли, проблемы с артериальным давлением и т.д. Естественно, прежде всего, приходит в голову мысль о каком-то «обычном» заболевании, и больной начинает путешествие от врача к врачу. Особенность этих расстройств заключается в том, что жалобы больного не находят соответствия данным обследований, которые им проводятся. Кроме того, внимательный врач может обнаружить, что и жалобы пациента не вполне соответствуют картине той соматической болезни, на которую «пало подозрение». Эти жалобы слишком разнообразны и причудливы, интенсивность болезненных ощущений не соответствует объективным находкам, а попытки лечения оказываются абсолютно безуспешными.

Сущность всех описанных расстройств — нарушение психического здоровья. Это надо знать просто потому, что избавиться от них легче всего с помощью психиатра. К счастью, современная психиатрия располагает и лекарственными, и психотерапевтическими методами их лечения, которые способны значительно облегчить страдания больных или даже полностью устранить их.

Ипохондрическое расстройство

Ипохондрия — один из самых древних терминов, сохранившихся в психиатрии. Легенды приписывают его Гиппократу, который считал, что причина болезни состоит в поражении печени. Поскольку печень находится под ребрами, а точнее, под реберными хрящами, Гиппократ и назвал эту болезнь «ипохондрией»: от «гипо» — под, «хондрос» — хрящ. Печень, разумеется, тут не виновата, но название осталось.

Ипохондрия — состояние, при котором человек считает себя больным. При этом масштаб предположений о своей болезни может быть

очень разным, — от преувеличения опасности действительно существующих заболеваний до приписывания себе тяжелейших, не существующих не только у данного человека, но и вообще в природе недугов.

Ипохондрия не имеет ничего общего с симуляцией. Симуляция — это притворство, то есть человек говорит о своей болезни, прекрасно зная, что он здоров. Ипохондрия — это искренняя убежденность в наличии болезни, которой на самом деле нет.

Болезненные опасения почти всегда поддерживаются еще одним симптомом, который входит в синдром ипохондрии. Речь идет о так называемых **сенестопатиях** — разнообразных неприятных ощущениях в теле, — болях, жжении, скручивании, сдавливании и т.д. Такое состояние бывает очень трудно правильно распознать. Поэтому пациенты годами ходят к врачам разных специальностей, причем, понятно, совершенно безуспешно. Лечение у психиатра обычно оказывается спасительным.

Более тяжелый вариант — это **бредовая ипохондрия**. Ее особенность заключается в том, что больной испытывает не просто опасения, а убежденность в том, что он страдает совершенно определенным заболеванием, притом обычно тяжелым. Иногда эта убежденность достаточно обыденна, например, человек считает, что у него рак или сифилис, но случается, что эти предположения совершенно нелепы. При очень тяжелых расстройствах ипохондрический бред приобретает грандиозный масштаб: больные говорят, что у них нет внутренностей, пища проваливается в пустоту, внутри все гниет и т.д.

Разумеется, эти расстройства очень тяжелы. Однако такие пациенты ни у кого не вызывают сомнений. Они быстро попадают к психиатрам, где получают адекватную помощь. Современные лекарственные препараты в огромном большинстве случаев позволяют добиться существенного улучшения.

Что нужно знать, если у больного обнаружено органическое психическое заболевание.

Так называют болезни, в основе которых лежит повреждение вещества мозга вследствие текущего или уже завершившегося патологичес-

кого процесса, например, воспалительного. Иногда невозможно установить, какая болезнь повлекла за собой такое повреждение, но симптомы психического расстройства дают возможность быть уверенным в том, что повреждение вещества мозга существует. Если болезнь известна, то ее используют при формулировке диагноза, например, органическое поражение мозга в результате черепно-мозговой травмы.

Вне зависимости от конкретных причин, вызывающих поражение мозга, картина психических расстройств практически одинакова. Существенно различается она в зависимости от того, продолжается ли органическая болезнь, или она завершилась, и психические расстройства вызваны только ее остаточными явлениями. Поэтому все органические психические расстройства делят на две большие группы: **связанные с текущим органическим процессом** и **связанные с остаточными его явлениями**. Тонкости диагностики относятся к компетенции врачей, однако полезно знать, что общими признаками органического поражения мозга являются: сочетание утомляемости и раздражительности, непереносимость шума, яркого света (астения); головные боли; ухудшение памяти. Важно еще знать, что если состояние зависит от остаточных явлений органической болезни, то оно постепенно улучшается. Если речь идет о текущем заболевании, то психическое состояние зависит от его развития. Очень тяжелые органические болезни, например, опухоль головного мозга, естественно, ведут к прогрессирующему ухудшению психического состояния. Разумеется, если удастся излечить это заболевание, психическое состояние улучшается.

Если диагностировано одно из психических заболеваний позднего возраста

Психические расстройства у пожилых и стариков имеют свою специфику. Так же, как существуют расстройства, типичные для детей (и поэтому детская психиатрия — это отдельная специальность), существуют психические расстройства, которые возникают только в позднем возрасте. Поэтому в последние 20-30 лет выделилась новая специальность — геронтопсихиатрия, или психиатрия позднего возраста.

Почему это стало так актуально? Во всем мире существенно увеличилась продолжительность жизни людей и, соответственно, те расстройства, которые специфичны для пожилого и старческого возраста, встречаются теперь более часто.

Какой же возраст считается поздним?

В разных странах по-разному. Чаще всего к позднему возрасту относится период жизни после 60 лет, но в некоторых странах — после 65. Это обычно зависит от принятого в данной стране возраста выхода на пенсию. Конечно, эта граница довольно условная, потому что календарный возраст может не соответствовать биологическому (состоянию здоровья, активности человека). Поздний период жизни подразделяют на пожилой возраст (от 60 до 75 лет), возраст старения (75-90 лет) и престарелый возраст (свыше 90 лет).

Позднему возрасту свойственны как органические заболевания, т.е. те, где имеется повреждение вещества мозга или нарушение его кровоснабжения мозга, так и функциональные заболевания.

Функциональные заболевания позднего возраста.

Наиболее актуальное из них (поскольку оно самое частое) — это **депрессивное расстройство**. Его проявления принципиально те же, что и в зрелом и молодом возрасте, однако типичной особенностью депрессии позднего возраста является **тревога**. Больные описывают ее как «дрожание, клототание, напряжение внутри». Она может выражаться и внешне: беспокойство в движениях, постоянная смена позы, перебирание руками, тревожный взгляд. Бывает и очень выраженная тревога, когда пациент не находит себе места, мечется.

Другой характерный признак депрессии позднего возраста — это **беспокойство о своем здоровье**. Поглощенность, сосредоточенность на своем физическом состоянии очень свойственна пожилым людям, переживающим депрессию. Тревога о своем здоровье может быть выражена по-разному: от опасений до уверенности в наличии заболевания, которого на самом деле нет (**ипохондрический бред**).

Депрессивное расстройство в пожилом возрасте часто сопровождается **идеями обнищания** (не на что жить, семью ожидает голод), доходящими до представлений о грозящей гибели.

Пожилые люди часто жалуются на ослабление памяти, однако при депрессии обычно оказывается, что объективно расстройств памяти у них нет. За ослабление памяти принимается расстройство внимания, трудность концентрации внимания. Симптом этот полностью проходит, так же как и остальные депрессивные симптомы, по мере того как состояние улучшается.

Тяжелые депрессии в пожилом возрасте встречаются не часто, примерно в 10 раз реже, чем легкие или умеренные депрессии. Трудность состоит в том, что легкие и умеренно выраженные депрессии, которые легче поддаются лечению и прогностически более благоприятны, в большинстве случаев недостаточно хорошо распознаются. Происходит это потому, что и сами пациенты, и даже врачи, к которым они обращаются, склонны относить их жалобы к возрастным изменениям. Это плохо, потому что при своевременной и правильной диагностике многим пожилым людям можно существенно улучшить жизнь.

Среди пожилых людей, обращающихся за помощью к врачам поликлиники, депрессивное расстройство выявляется почти у половины. Женщины болеют чаще, чем мужчины. Как уже говорилось, большая часть этих пациентов находится в возрасте 60-75 лет. Позже депрессии встречаются значительно реже.

Есть еще одно заболевание позднего возраста, которое относится к функциональным. Встречается оно реже, чем депрессия. Речь идет об особых формах бредовых расстройств, при которых старики начинают обвинять членов своей семьи или соседей в том, что они крадут их вещи (**бред ущерба**). Обычно речь идет не о пропажах каких-то ценностей, а о сахарнице, старой тряпке, обиходных мелочах. Больные жалуются, что к ним в комнату кто-то проникает, замечают следы постороннего присутствия, порезы, царапины на мебели, подброшенный мусор. Больные сами мучаются от своих подозрений и, конечно, доставляют неприятности членам семьи. Поскольку все это выглядит довольно правдоподобно, длительное время никому не приходит в голову, что речь может идти о болезни. В семье возникают обиды, ссоры, взаимные упреки. О неладах с психикой догадываются с большим опозданием. Если удастся уговорить больного

полечиться, подозрительность ослабевает, облегчается и собственная жизнь больного, и жизнь окружающих.

Органические заболевания позднего возраста.

Их можно разделить на две основные группы: 1) психические нарушения, вызванные атрофией вещества мозга; 2) психические нарушения, вызванные сосудистой патологией.

К первой группе относится болезнь, о которой сейчас очень много говорят и пишут. Называется она **болезнь Альцгеймера**. Причина этого заболевания неизвестна. Суть его заключается в том, что происходит постепенное прогрессирующее ослабление памяти и интеллекта, утрачиваются основные навыки, и, в конце концов, больной становится настолько беспомощным, что не может обойтись без постороннего ухода и надзора.

Как распознать начинающуюся болезнь Альцгеймера?

У людей, заболевших в относительно молодом возрасте (до 60 лет), это сделать легче, потому что и больному, и членам его семьи проще заподозрить неладное при обнаружении, например, нарушений памяти. Если заболевает более старый человек, — возникают трудности. Дело в том, что расстройства памяти и без того свойственны людям преклонного возраста. Поэтому очень долго семья просто не придает им значения, списывая все на банальный «склероз», и начальная стадия болезни просматривается. Постепенно нарушения памяти становятся более отчетливыми, появляются трудности ориентировки в хронологии событий, больной вдруг может заблудиться в хорошо знакомом месте; страдает абстрактное мышление, нарушается способность к обобщению; обращает на себя внимание изменение характера (нивелировка либо, наоборот, заострение личностных черт). Эти изменения уже должны насторожить членов семьи и послужить поводом обращения к врачу.

Можно ли вылечить болезнь Альцгеймера?

Лекарств, которые могли бы вылечить болезнь Альцгеймера, к сожалению, пока не существует, хотя поисками таких средств активно занимаются ученые всего мира. Однако уже существуют препараты, способные значительно затормозить прогрессирование

болезни и продлить период достаточно адекватного поведения больного и его способности к самообслуживанию. Это очень важно, поскольку намного облегчает жизнь, как самому больному, так и членам его семьи.

Очень важно, когда члены семей больных общаются друг с другом и обмениваются опытом по уходу за больным. Иногда такой опыт оказывается бесценным. В мире существуют группы взаимной поддержки для членов таких семей. Взаимная помощь оказывается очень важной и эффективной.

Как организовать свою жизнь? Особенности хронических болезней



Большинство психических болезней протекает хронически. Это значит, что человек болеет долго, иногда многие годы, а иногда — всю жизнь. Значит ли это, что больной обречен на постоянно плохое самочувствие, необходимость постоянно принимать лекарства и вообще быть «прикованным к постели»? Конечно, нет.

Течение всех болезней, в том числе и психических, подчинено общим закономерностям. Все они (диабет, туберкулез, шизофрения) в своем течении имеют много общего. Конечно, каждый человек, страдающий подобным заболеванием, вынужден долгие годы быть под наблюдением врача. Во всех остальных отношениях неблагополучие больного в разное время может быть очень разным. Бывает, что состояние значительно ухудшается, вплоть до того, что человек вынужден лечь в больницу. **С другой стороны, при подавляющем большинстве хронических заболеваний бывают периоды существенных улучшений, настолько отчетливых, что у больного создается впечатление полного выздоровления.**

Обострения и ремиссии: как себя вести?

Для оценки реального значения и ухудшений, и улучшений необходимо относиться к ним с должным пониманием. Ухудшение почти

никогда не означает ничего непоправимого, именно потому, что ухудшение — это стандартный этап течения всякого хронического заболевания.

Ухудшение (или обострение болезни) — чаще всего временное явление, за которым следует очередное улучшение. Поэтому не следует приходить в отчаяние при обострении болезни. С другой стороны, улучшение, даже самое полноценное, отнюдь не всегда означает выздоровление. К большому сожалению, при многих болезнях, особенно при психических, не существует надежных критериев, по которым можно судить о том, что болезнь действительно прошла. Даже в тех случаях, когда состояние, казалось бы, полного здоровья продолжается много лет, риск нового обострения сохраняется. Это не значит, что нужно жить в постоянном страхе и ожидании ухудшения, но понимать это нужно. Поэтому время от времени очень полезно советоваться с врачом, который наблюдает больного и хорошо его знает.

Людам, которые длительно принимают психотропные препараты, необходимо следить за своим физическим здоровьем. Общие правила сводятся к тому, чтобы вести подвижный образ жизни, правильно питаться (избегать переедания, ограничивать пищу, богатую углеводами), следить за весом, минимум каждые полгода исследовать кровь. Естественно, более конкретные рекомендации можно получить у своего лечащего врача.

Роль образования

Для того чтобы пациент и его близкие лучше ориентировались в происходящем; понимали, какие особенности поведения и состояния связаны с болезнью, а какие — нет; когда нужно «бить тревогу», а когда можно справиться самим с помощью самых банальных средств; на что можно надеяться, а на что — нет; как правильно себя вести в тех или иных ситуациях — в общем, **как быть хозяевами своей жизни**, необходимы соответствующие знания. У грамотной семьи гораздо больше шансов жить полноценно и счастливо, чем у невежественной.

Где и как можно получить образование?

Пациентам и членам их семей, интересующимся и стремящимся больше узнать о психических болезнях, очень трудно разыскать необходимые источники информации. Существует огромное количество популярной психологической литературы, но практически отсутствуют (по крайней мере, их очень и очень мало) издания, посвященные психиатрии. В Интернете есть масса информации о психических расстройствах и методах их лечения, но статьи часто противоречат друг другу и очень часто написаны безграмотно. Поэтому разобраться во всем этом море информации неподготовленному человеку не так-то просто. Как же быть?

Ищите общественные организации, работающие в области психического здоровья

Эти организации объединяют добровольцев из числа пациентов или членов их семей, — людей, которые занимают активную жизненную позицию, которые уже достигли нового, конструктивного, этапа своей жизни. Они пытаются делать то, чем государство не может (или не должно) заниматься. Например, они организуют досуг больных, создавая группы по интересам, клубы общения; контролируют качество помощи больным; отстаивают свои права и законные интересы. Они создают группы взаимной поддержки, объединяющие людей с общими проблемами, где «каждый, помогая другому, помогает себе», где люди обмениваются как информацией, так и собственным опытом жизни в условиях болезни. Но самое главное, чем они занимаются — это образование. Ассоциации организуют образовательные программы, собирают качественную литературу и издадут собственные брошюры и буклеты; активно сотрудничают с профессионалами (врачами, психологами, юристами).

Рекомендуемая литература

1. Виктор Франкл. Человек в поисках смысла. Москва, «Прогресс», 1990 г.
2. Э. Фуллер Тори. Шизофрения: Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. Москва, 1996.
3. Ребекка Вулис. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников. «Нолидж», Москва, 1998.
4. Владимир Леви. Искусство быть собой. «Торбоан», Москва, 2002.
5. Владимир Леви. Искусство быть другим. Общение и понимание. «Торбоан», Москва, 2003.
6. Ротштейн В.Г. Психиатрия: наука или искусство? «Век-2», Москва, 2003
7. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами (вопросы и ответы). Независимая психиатрическая ассоциация России. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Москва., Фолиум, 2007.

Полезные ссылки

Интернет:

www.pandepress.ru: сайт РОО «Общественные инициативы в психиатрии». Содержит много полезной информации, включая все выпуски информационного бюллетеня «Катерина», начиная с 2000 г.

www.psychiatry.ru: сайт Научного центра психического здоровья, раздел «неспециалистам».

www.klub-vp.narod.ru: сайт «Клуба взаимной поддержки»

Телефоны:

Скорая психиатрическая помощь: 625-31-01

Дежурный психиатр г. Москвы: 925-31-01



Служба спасения: 937-99-11

Горячая линия по лекарственному обеспечению Департамента здравоохранения г. Москвы: 251-14-55

Проблемы отношения к пациентам, обслуживания в больницах (Департамент Здравоохранения г. Москвы): 251-83-00, 623-46-36

Координатор групп взаимной поддержки: 755-23-25

Список психоневрологических диспансеров г. Москвы

Восточный административный округ

* Психоневрологический диспансер №8, ул. Игральная, д. 8, тел. 169-4180

* Психоневрологический диспансер №9, Окружной проезд, д. 34, тел. 365-1536

* Психоневрологический диспансер №12, Юрьевский пер., д. 20, тел. 360-3135

Западный административный округ

* Психоневрологический диспансер №1, ул. Мосфильмовская, д. 6, тел. 143-4914

* Психоневрологический диспансер №2, Смоленская пл., д. 13/21, тел. 248-7935

* Психоневрологический диспансер №24, Боровское ш., д. 54, тел. 733-5245

Зеленоградский административный округ

* Психоневрологический диспансер №22, г. Зеленоград, к. 1460, тел. 537-0173

Северный административный округ

* Психоневрологический диспансер №4, ул. Смольная, д.5, тел. 452-5111

* Психоневрологический диспансер №5, ул. Костякова, д.8/6, тел. 976-1592

Северо-восточный административный округ

* Психоневрологический диспансер №7, ул. Академика Королева, д.9, корп.1,
тел. 452-5111

* Психоневрологический диспансер №16, ул. Докукина, д.18, корп.1, тел. 976-1592

* Психоневрологический диспансер №19, Алтуфьевское ш., д.149, тел. 409-5401

Северо-западный административный округ

* Психоневрологический диспансер №3, ул. Циолковского, д.5, тел. 491-6944

* Психоневрологический диспансер №17, ул. Свободы, д.24/9, тел. 491-1125

Центральный административный округ

* Психоневрологический диспансер №14, ул. М.Дмитровка, д.9, тел. 299-5006

* Психоневрологический диспансер №15, Армянский пер., д.3/5, стр. 4,
тел. 491-6944

* Психоневрологический диспансер №21, ул. М.Полянка, д.9, тел. 238-0342

* Психоневрологический диспансер №23, Фрунзенская наб., 23/1, тел. 242-5688

Юго-восточный административный округ

* Психоневрологический диспансер №11, Средняя Калитниковская, д.29,
тел. 670-8521

* Психоневрологический диспансер №20, Волжский бульвар, д.27, корп. 4,
тел. 179-1712

Юго-западный административный округ

* Психоневрологический диспансер №13, ул. Зюзинская, д.1, тел. 120-0562

Южный административный округ

* Психоневрологический диспансер №10, ул. Петра Романова,

д.2, тел. 679-4485

* Психоневрологический диспансер №18, Пролетарский проспект, д.4,

тел. 324-7807

Список ассоциаций, работающих в области психического здоровья и базирующихся в Москве

Всероссийское общество психиатров

Адрес: ул. Потешная, д.3

Телефон: (495) 963-76-26

Независимая психиатрическая ассоциация

Адрес: Новый Арбат, д.9

Телефон: (495) 291-84-69

Региональная общественная организация

«Общественные инициативы в психиатрии»

Адрес: Средняя Калитниковская, д.29

Телефон: (495) 912-68-08

Ассоциация детских психиатров и психологов

Адрес: ул. Грузинский Вал, 18/15, оф. 23

Телефон: (495) 251-43-06

E-mail : асрр@online.ru

Ассоциация «Семья и психическое здоровье»

Адрес: Загородное шоссе, дом 2, корпус 2

Телефон: (495) 952-89-29

Факс: (495) 952-92-01

Автономная некоммерческая организация Центр социальной реабилитации душевнобольных инвалидов Русский Дом

Адрес: пер. Пыжевский, д. 3, кв.(офис) 213

Телефон (495) 931-26-81

Факс (495) 931-26-81

Региональная благотворительная общественная организация Московский конноспортивный клуб инвалидов

Адрес: Пестовский пер., 16, стр.3, комн.4

Телефон: 915-00-46

Факс: 915-00-58

E-mail: ekocentr@onlain.ru

Общероссийская общественная организация инвалидов «НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ»

E-mail: levinan36@gmail.com

Региональная общественная организация «Клуб взаимной поддержки».

klub-vp@narod.ru

Клуб «Надежда», совет родственников.

Тел.: (495) 993-23-88

ЦСО «Бибирево»

www.clubnadezhda.narod.ru