

Центр социально-психологической и информационной поддержки
«Семья и психическое здоровье»

Региональная благотворительная общественная организация



**НАРУШЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ:
В ПОМОЩЬ СЕМЬЕ**

МОСКВА
2008

УДК 616.89 – 08
ББК 88.4 + 56.14
Д 23

Авторы: д.м.н. Т.А. Солохина, к.м.н. Э.Г. Рытик, к.м.н. Ю.В. Сейку,
к.э.н. Л.С. Шевченко, к.м.н. В.В. Балабанова, Л.С. Иншина
Под редакцией д.м.н., профессора В.С. Ястребова

Издание третье, переработанное

Нарушения психического здоровья: в помощь семье / Под редакцией проф. В.С. Ястребова. – 3-е изд. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 100 с.

Настоящее пособие, являющееся одним из первых популярных изданий российских психиатров, предназначено для семей, в которых есть люди, страдающие психическими заболеваниями.

Представлен опыт программы психиатрического просвещения семей пациентов. В форме ответов на вопросы в доступном виде приведена информация об основных проявлениях психических расстройств, их распространенности, прогнозе, современных методах лечения, об особенностях общения с больным в семье.

В специальном разделе даны краткие сведения о деятельности общественных организаций, оказывающих социально-психологическую поддержку и психотерапевтическую помощь лицам с психическими расстройствами и их родственникам. Приведен перечень государственных учреждений, которые предоставляют в Москве психиатрическую и социальную помощь. Уточнены номера телефонов и адреса государственных учреждений и общественных организаций.

Пособие может оказаться интересным и полезным также психиатрам, психологам, социальным работникам, занимающимся психосоциальной реабилитацией лиц с психическими расстройствами и членов их семей.

© Коллектив авторов, 2008

© РБОО «Семья и психическое здоровье», 2008

Третье переработанное издание осуществлено при поддержке фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛЛИ ВОСТОК С.А.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
Введение	9
Об опыте проведения программы семейного психиатрического просвещения	12
Часть I. «Я хочу спросить Вас....»	17
Поговорим о психическом здоровье, его нарушениях и о том, как общаться с психически больным членом семьи	17
Вопросы о шизофрении, которые Вы задавали	35
Аффективные расстройства: что это	45
Немного о невротических расстройствах	50
Как лечить психические заболевания?	54
Часть II. Полезная информация	62
Общественные организации пользователей психиатрической помощи и профессионалов, работающих в сфере психического здоровья	63

Общественные профессиональные организации	72
Государственные учреждения, оказывающие психиатрическую и социальную помощь в г. Москве.	74
Рекомендуемая литература	90
Наши фотографии	91

ПРЕДИСЛОВИЕ

Психическое здоровье населения относится к числу проблем, вызывающих в последнее время все больший интерес общественности и властных структур. Причинами этого является рост частоты психических расстройств в населении, его неудовлетворенность результатами оказываемой помощи, явно недостаточное внимание общества к психически больным, их нищенское положение, а также тенденция к отторжению таких людей обществом. Кроме того, в недавно проведенных отдельных исследованиях показано, что психическое здоровье населения – это прежде всего творческий, культурный, интеллектуальный, производственный и оборонный потенциал нации. Поскольку психическая деятельность человека теснейшим образом связана с его социальной, общественной активностью, при расстройствах психики происходят разного рода нарушения социального функционирования. Поэтому издавна считалось, что психиатрия в отличие от многих других медицинских отраслей является дисциплиной не только клинической, но также социальной.

Бурное развитие науки во второй половине XX столетия привлекло к решению многих проблем психиатрии самых разных специалистов, даже, казалось бы, не имеющих непосредственного отношения к психиатрии, психологии и к медицине вообще. Сегодня трудно даже перечислить всех специалистов, которые принимают участие в установлении причин возникновения психических расстройств, разрабатывают современные технологии их раннего выявления, осуществляют поиск наиболее эффективных методов лечения, разрабатывают и внедряют современные способы терапевтических и реабилитационных воздействий, создают разнообразные организационные формы помощи лицам, страдающим психическими заболеваниями. В реализации таких программ наряду с психиатрами, психотерапевтами и психологами принимают участие биологи, генетики, иммунологи, электрофизиологи, демографы, специалисты по информатике, юристы, педагоги, социологи, социальные работники и многие другие профессионалы. Основные задачи их деятельности – раннее выявление психических расстройств, оказание эффективной медикаментозной помощи, проведение реабилитационных мероприятий, с тем чтобы вернуть человека в семью, в коллектив, приобщить его к активной социальной жизни.

В последнее время специалисты многих стран высказывают крайнюю обеспокоенность масштабами психической патологии, объемом бремени, которое несут государство и общество в целом вследствие широкой распространенности психических расстройств, нередко приводящих к глубокой инвалидизации страдающих ими лиц. Огромные потери общества, связанные со стойкой и временной нетрудоспособностью вследствие психических заболеваний, выражаются потерями в производстве валового внутреннего продукта. По расчетам отечественных специалистов в области экономики психиатрической помощи, масштаб этих последствий вполне сопоставим с половиной государственных средств, выделяемых на здраво-

охранение России в целом. Приведенные расчеты потерь заставляют специалистов обращаться к властным и общественным структурам с призывом обратить внимание на эту важную проблему, увеличить финансирование научных программ и практических разработок в психиатрии, внедрение которых поможет существенно сократить эти потери.

Следует отметить, что за несколько последних десятилетий научная и практическая психиатрия достигла огромных успехов в выявлении, лечении и предупреждении многих психических расстройств. Молодым психиатрам сегодня трудно даже представить, в каких условиях всего 40–50 лет назад находились больные, работали специалисты, насколько тяжелым был характер течения многих психических заболеваний. С другой стороны, работавшие в тот период специалисты вряд ли могли даже мечтать о такой ситуации, когда благодаря эффективным медицинским препаратам больного с острым, тяжелым началом или с обострением заболевания после 2–5 дней лечения в стационаре краткосрочного пребывания можно выписать домой и продолжить лечение во внебольничных условиях.

Объединение усилий ученых, практических психиатров, организаторов помощи и других специалистов имеет огромное значение в разработке действенных методов своевременного выявления психических заболеваний, определении истинных причин их возникновения, создании эффективных медикаментозных препаратов для их лечения, разработке комплексных мероприятий по интеграции психически больных в общество. Эту работу возглавляет, координируют и финансируют Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), Всемирная Организация Психиатров, Всемирная Организация Социальной и Биологической Психиатрии, Всемирная Ассоциация Психосоциальной Реабилитации, различные международные и национальные фонды и многие другие организации.

И все же при всех очевидных достижениях в области психиатрии уровень современных знаний пока не позволяет раскрыть истинную природу некоторых заболеваний, а следовательно, разработать эффективные способы их профилактики и лечения, создать действенные программы предупреждения инвалидизации при психических заболеваниях.

ВОЗ определила следующие приоритетные программы развития на ближайшие годы: своевременное выявление и лечение депрессий (в связи с их широкой распространенностью и значительным уроном, который несет вследствие этого общество); снижение инвалидизации психически больных (в связи с недостаточной разработанностью этой проблемы); дестигматизация (ввиду отторжения обществом лиц с психическими расстройствами, которые попадают в поле зрения психиатров); профилактика саморазрушающего поведения вследствие агрессии, злоупотребления наркотиками, алкоголем; суициды (из-за быстрого роста этих показателей); оценка ресурсов национальных психиатрических служб (в связи с необходимостью повышения качества психиатрической помощи); дальнейшее развитие научных программ в области психических заболеваний.

Опыт последних десятилетий убеждает в том, что наряду с государственными формами помощи психически больным огромное значение имеют общественные виды поддержки больных и членов их семей. Члены многих семей, в которых имеются психически больные, поняли, что решение многих проблем возможно лишь при объединении усилий.

Это обстоятельство побудило их к созданию так называемых организаций потребителей психиатрической помощи. Основными задачами таких организаций являются защита прав пациентов, оказание им различных видов социальной помощи, проведение образовательных программ в области психиатрии, проведение работы по интеграции больных в общество, борьба со стигматизацией в психиатрии, по причине чего многим больным приклеивается ярлык «сумасшедшего» и они отторгаются обществом, испытывают дополнительные трудности в учебе, приобретении профессии, устройстве на работу и во многих других сферах жизни.

Создание таких организаций привело к формированию в большинстве стран мира мощного общественного движения, которое стало влиятельной силой и важной альтернативной формой помощи психически больным. Число общественных организаций в отдельных странах исчисляется десятками, сотнями, а порой и тысячами. Нередко представители этих организаций наряду со специалистами принимают участие в разработке национальных программ, законодательных актов в области психиатрии, международных программ по охране психического здоровья населения, защите прав пациентов.

По оценке специалистов ВОЗ одним из важных показателей действенности национальных программ психического здоровья населения является степень участия потребителей психиатрической помощи в их разработке и реализации.

В России общественное движение в психиатрии возникло значительно позже, чем во многих зарубежных странах, где такие организации стали создаваться в середине 70-х годов прошедшего столетия. Формирование первых в нашей стране общественных организаций психически больных и их родственников приходится на начало 90-х годов. Сегодня в России действуют десятки таких организаций. Только в Москве их число достигает шестидесяти. Создана Общероссийская общественная организация инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников «Новые возможности». С сожалением приходится констатировать, что усилия в работе многих таких организаций пока не объединены, их деятельность носит изолированный характер, в ряде случаев построена на конкурентной основе. Очевидно, что в решении такой важной, гуманной проблемы, как общественная помощь психически больным и их социальная поддержка, подобный подход вряд ли можно назвать продуктивным.

Особого обсуждения требует положение, в которое попадают семьи, имеющие в своем составе психически больного. При любой форме психического расстройства у больного остальные члены семьи могут испытывать тревогу и даже страх по поводу его здоровья. Практически всегда семья

пытается скрыть от окружающих факт болезни их родственника, зачастую резко ограничивает свои контакты с окружающими, внутри самих семей формируются конфликтные отношения. В связи с необходимостью ухода и наблюдения за больным кто-то из родственников вынужден оставить свою работу, возникают финансовые проблемы. К сожалению, традиционная система помощи не предусматривает эффективных мер в таких случаях. Как показывает международная практика, реальным выходом из сложившейся ситуации является объединение семей психически больных в сообщество для совместного решения возникающих проблем.

Решению этих непростых задач и посвящена деятельность Региональной благотворительной общественной организации – Центра социально-психологической и информационной поддержки психически больных и членов их семей «Семья и психическое здоровье». Материалы настоящего пособия, предназначенного семьям психически больных, основаны на опыте более чем десятилетней работы с такими семьями. Основной целью, которую авторы преследовали при его написании, было стремление оказать содействие родным и близким в решении проблем, которые могут возникнуть в случае появления в семье психически больного, помочь в разработке программы совместных действий в такой ситуации.

Меня, как профессионала, проработавшего в разных государственных психиатрических учреждениях практического и научного профиля не одно десятилетие, знакомого с опытом работы многих зарубежных коллективов, охватывает чувство глубокой признательности, когда я вижу, как работают авторы данного сборника и их соратники с членами семей психически больных, сколько сил, искренних чувств и эмоций отдают своим подопечным. Я глубоко убежден, что эта форма работы найдет понимание, признание и поддержку не только у пациентов, членов их семей, но и у других профессионалов, работающих в сфере психического здоровья, у государства, общественных структур и у лиц, которые оказывают или могут оказать спонсорскую помощь.

***В.С. Ястребов,
доктор медицинских наук, профессор,
Президент Региональной благотворительной
общественной организации
«Центр социально-психологической и информационной
поддержки «Семья и психическое здоровье»,
руководитель Центра по изучению систем поддержки
психического здоровья РАМН,
Председатель общественного совета по вопросам
психического здоровья при главном психиатре эксперте
Минздравсоцразвития РФ,
заслуженный врач РФ***

ВВЕДЕНИЕ

Эта небольшая книга предназначена семьям, в которых есть психически больные люди. В ней рассмотрена лишь часть вопросов, которые мы обсуждали на занятиях с родственниками больных в ходе выполнения программы семейного психиатрического просвещения. Эта программа реализуется в Центре социально-психологической и информационной поддержки *«Семья и психическое здоровье»*. Центр объединяет в своих рядах психиатров, психологов, организаторов здравоохранения и других специалистов-медиков, социальных работников, а также людей, страдающих психическими расстройствами, их родственников и друзей. Всех нас связывает желание помочь тем, в чьих семьях есть душевнобольные люди. Членом нашей организации может стать любой человек, разделяющий ее позицию и готовый взять на себя определенные обязанности.

Основной *целью* нашей деятельности является повышение качества жизни психически больных людей. Мы стремимся к достижению этой цели путем проведения программ социально-психологической и трудовой реабилитации для восстановления нарушенных сфер жизни; формирования у психически больных и членов их семей активной жизненной позиции; осуществления просветительской деятельности в области психиатрии, проведения программ по повышению квалификации в области психосоциальной реабилитации профессионалов, работающих в сфере психического здоровья.

Организация официально зарегистрирована 6 июня 2002 года. Однако к моменту регистрации мы уже накопили довольно большой и очень ценный опыт работы. За двенадцатилетний период в различных реабилитационных программах, которые проводит наша организация, приняли участие уже более 400 пациентов и членов их семей.

В своей повседневной деятельности мы очень часто сталкиваемся с тем фактом, что и сами пациенты, и их родственники не получают четких разъяснений относительно характера и особенностей имеющегося психического расстройства, правил общения в семье с больным человеком, многие годами носят в себе свои переживания и тревоги. Очень часто родственники, приходя к нам на занятие впервые, бывают охвачены страхом и отчаянием из-за болезни близкого человека. Поэтому мы всегда стремимся, во-первых, правдиво и понятно рассказать о психических расстройствах, о возможностях современного лечения, а во-вторых, помочь родственникам понять

больного человека, его внутренний мир, наладить взаимоотношения в семье. Это первый шаг на пути возвращения больного в общество.

Другой аспект нашей деятельности – то, что мы сами часто во многом учимся у людей, которые приходят на занятия. Для многих родственников важно понимание профессионалами их роли в успешном лечении больных. Они хотят, чтобы профессионалы видели в них партнеров по помощи, обладающих знаниями и опытом, которыми они готовы делиться не только со специалистами, но и с другими семьями. В этом заключается новая роль родственников больных, и мы стараемся максимально поддерживать их и способствовать формированию партнерских отношений через их обучение основам психиатрической грамотности.

В настоящее время в Центре действует несколько программ.

А) Для пациентов с проблемами психического здоровья

Тренинги по развитию навыков общения. Цель – развитие и совершенствование навыков общения и уверенного поведения в повседневной жизни.

Программа психиатрического просвещения. Цель – предоставление знаний в области психиатрии, обучение своевременному распознаванию болезненных проявлений и контролю над ними, осознание необходимости раннего обращения за помощью.

Тренинги по развитию навыков независимой жизни. Цель – развитие навыков независимой жизни в обществе, в том числе: самообслуживание, домоводство, навыки повседневной жизни.

Арттерапия. Цель – развитие личности, активизация фантазии и творчества.

Групп-аналитическая психотерапия для пациентов. Цель – развитие уверенности в себе, овладение навыками гармоничной жизни с другими людьми, повышение стрессоустойчивости.

Компьютерные курсы.

Осуществляется лечебно-консультативная помощь с целью коррекции лечения.

Кроме этого, в созданном нами Клубе непосредственно в сообществе работают изостудия, мастерская декоративно-прикладного искусства, музыкальная и театральная студии.

Б) Для родственников пациентов

Программа психиатрического просвещения. Цель – информационная поддержка, формирование партнерских отношений с медицинским персоналом.

Групп-аналитическая психотерапия для родственников. Цель – развитие навыков решения семейных проблем, снижение стресса, связанного с наличием у одного из членов семьи психического заболевания, выявление собственных потребностей, повышение удовлетворенности жизнью.

Психологическое консультирование (индивидуальное и семейное). Цель – улучшение психологического состояния родственников, оказание им эмоциональной поддержки.

Тренинги по гармонизации семейных отношений и эмоциональной сферы родственников пациентов. Цель: снижение критичности, враждебности, развитие эмпатии.

В) Для семьи в целом

Досуговая программа. Цель программы – улучшение досуга, гармонизация семейных взаимоотношений. Регулярно проводятся праздничные концерты, тематические музыкальные вечера, которые по традиции заканчиваются семейным чаепитием. В подготовке и проведении программы активное участие принимают все члены организации. Наши шефы – студенты и выпускники Государственного института современного музыкального искусства.

Просветительская программа «Москвоведение по субботам». Цель – развитие личности, улучшение досуга и отдыха. В программу входит посещение музеев, выставочных залов, проведение экскурсий по Москве.

Поставленные цели мы будем считать достигнутыми, если в трудную минуту кто-то из родственников больного, открыв пособие, обретет для себя поддержку в настоящем и надежду на будущее.

Мы планируем продолжить выпуск небольших сборников-пособий, поскольку в это издание, как уже говорилось, вошла лишь небольшая часть вопросов, обсуждавшихся и обсуждаемых на занятиях в школе.

Мы благодарны тем, кто поверил в нас, приходил на занятия и пытался вместе с нами найти порой очень нелегкие пути к улучшению взаимодействия с больным членом семьи. Именно вы, наши слушатели, вдохновили нас на создание этого пособия.

Коллектив авторов

ОБ ОПЫТЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ СЕМЕЙНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

Идея организации образовательного семинара сформировалась в результате проведенных авторами пособия научных исследований по оценке качества психиатрической помощи и качества жизни семей психически больных.

Наши исследования показали, что работники психиатрических учреждений предоставляют не только самим пациентам, но и их родственникам крайне скудную информацию о заболевании, его возможных последствиях, о современных методах лечения. Мы выяснили также, что семьи, в которых есть психически больной (особенно с тяжелым заболеванием), испытывают серьезные трудности социально-психологического плана. В этих семьях в значительной степени ограничиваются социальные контакты, многие родственники в полной мере ощущают бремя ухода за больным и тяжесть ответственности за него. Часто их охватывает чувство одиночества, изолированности, они испытывают подавленность, а также страх за судьбу больного. Более всего их волнует вопрос, что будет с больным, «когда нас не станет». Наличие в семье психически больного часто нарушает семейные взаимоотношения.

Многие тяготы в значительной мере обусловлены тем, что члены семей не владеют необходимым объемом информации о психических заболеваниях. Они зачастую не могут понять, что происходит с больным, не знают, как ему помочь, как самим вести себя, где можно получить необходимую помощь. Очень слабо они осведомлены о правах психически больного, полагающихся ему льготах.

Что касается потребности в информации, то на одно из первых мест родственники больных ставят получение знаний по уходу за больными и информационно-справочных данных о психиатрической и социальной помощи. Кроме этого, многие отмечают, что сами часто нуждаются в социально-психологической поддержке и психотерапевтическом лечении. Необходимость проведения соответствующей работы очевидна. Только в Москве число семей, в которых есть психически больные, может достигать нескольких десятков тысяч. Именно на семью ложится бремя забот о них.

Как показывает наш опыт, образовательные программы целесообразно проводить для разных групп: для самих больных, родственников впервые заболевших пациентов, родственников пациентов с хроническим течением заболевания, родителей психически больных

детей и подростков, семей, в которых есть психически больные старики. Каждой из этих групп слушателей присущи свои особенности, которые определяются спецификой психической патологии, личностных изменений, уровнем социальной адаптации больного человека. По этой причине наряду с предоставлением слушателям общих знаний по психиатрии, важно включение специальной информации, которая отражала бы все эти особенности.

Реализация программы семейного психиатрического просвещения требует разработки определенных организационных и методических подходов. Нужно учитывать территориальную (и транспортную) доступность места занятий, их приуроченность к вечернему времени. Помещение для занятий должно быть по возможности уютным, обстановка – доброжелательной.

Главной задачей программы является предоставление слушателям основ знаний по психиатрии и повышение информированности семей о современных возможностях психиатрической и социальной помощи. Программа включает базовый курс, тематические лекционные курсы, а также лекции по тематике, предложенной самими слушателями.

Базовый курс состоит из 12 лекций, позволяющих получить достаточно большой объем информации о психических заболеваниях – их клинических проявлениях, лечении, основных формах помощи.

Приводим темы и краткий план лекций базового курса

Лекция 1. Цели и задачи программы психиатрического просвещения родственников пациентов с психическими расстройствами. Немного о семье и семейных взаимоотношениях. Семья в кризисе. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье в преодолении болезни.

Лекция 2. Основные симптомы и синдромы психических расстройств.

Астенический синдром. Навязчивости. Аффективные синдромы. Сенестопатии.

Ипохондрический синдром. Иллюзии. Галлюцинации. Бредовые расстройства. Кататонические синдромы. Синдромы помрачения сознания. Слабоумие (деменция).

Лекция 3. Некоторые наиболее распространенные психические нарушения. Шизофрения и ее распространенность. Причины шизофрении. Клинические проявления шизофрении. Течение шизофрении. Прогноз при шизофрении.

Лекция 4. Биполярное расстройство. Невротические расстройства. Распространенные предрассудки относительно психических расстройств.

Лекция 5. Как близким справиться с повседневными проблемами, которые возникают в процессе совместного проживания с психически больным человеком.

Лекция 6. Современная терапия шизофрении и аффективных расстройств. Нейролептики: основные и побочные эффекты. Характеристика нейролептиков нового поколения: новые возможности и ограничения. Нейролептики пролонгированного действия. Правила проведения терапии нейролептиками.

Лекция 7. Лечение аффективных расстройств. Биологические механизмы аффективных расстройств. Терапия депрессии: основной и побочные эффекты антидепрессантов, противопоказания к назначению некоторых антидепрессантов. Правила проведения терапии антидепрессантами. Терапия маниакального состояния: антимааникальные препараты. Нормотимики: основные характеристики и правила их применения. Психотерапия для болеющих шизофренией и аффективными расстройствами.

Лекция 8. Некоторые психологические проблемы семей, в которых родственник страдает тяжелым психическим заболеванием. Пути их решения. Тяжелые чувства родственников. Принятие болезни. Стили взаимоотношений матери и ребенка. Гиперопека и отвержение. «Достаточно хорошая мать». Роль отца в семье. Психологическая помощь родственникам: основные подходы.

Лекция 9. Психиатрическая помощь: история и современное состояние. Краткая историческая справка. Современные принципы организации психиатрической помощи. Система организации государственной психиатрической помощи. Основные учреждения, оказывающие психиатрическую помощь в системе здравоохранения. Психиатрическая помощь с опорой на сообщество. Учреждения для лиц с психическими расстройствами в системе социальной защиты населения. Учреждения для лиц с психическими расстройствами в системе Министерства образования.

Лекция 10. Психосоциальная реабилитация: современный подход. Определение понятия «психосоциальная реабилитация», ее цели и задачи. Краткая историческая справка. Современные подходы к психосоциальной реабилитации в России. Общественные формы помощи. Цели и задачи общественных организаций. Деятельность общественной организации «Семья и психическое здоровье».

Лекция 11. Общий обзор законодательства о психиатрической помощи. Принудительные меры медицинского характера. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Принудительные меры медицинского характера.

Лекция 12. Недобровольная (принудительная) госпитализация граждан в психиатрический стационар.

При реализации лекционной программы мы придерживаемся следующих принципов.

1. Учитываем потребности родственников в конкретных знаниях исходя из особенностей психических расстройств у больного члена семьи. В индивидуальных беседах с родственниками выясняем особенности течения болезни, а также основные проблемы семьи.
2. Работаем в команде: в программе психиатрического просвещения участвуют психиатры, психологи, организаторы здравоохранения, при соответствующей тематике – также юрист.
3. Анализируем клинические, психологические и социальные аспекты обсуждаемой проблемы; стараемся давать слушателям не только основы теоретических знаний, но также практические советы и рекомендации по освоению навыков.
4. Излагаем лекционный материал доступным для слушателя языком.

Такая методика проведения лекционной работы, как мы считаем, позволяет слушателям хорошо усваивать материал, а по оценке самих родственников, – лучше понимать предоставляемую лечащим врачом информацию о состоянии и лечении пациента.

В начале каждого занятия проводим повторение материала предыдущего занятия, что позволяет родственникам больных освоить и закрепить материал.

Хороший обучающий и вместе с тем психотерапевтический эффект дает совместный просмотр художественных и документальных фильмов, посвященных проблемам психически больных людей и их

семей. Родственники испытывают сопереживание, эмоциональную вовлеченность в происходящее, начинают глубже осознавать внутренний мир больного и собственное отношение к нему.

Анализ нашей деятельности показал, что программа семейного просвещения является эффективной формой информационной и социально-психологической поддержки. Об этом свидетельствуют результаты социологического опроса слушателей. Большинство из них используют полученные на занятиях знания при решении семейных проблем. Многие считают, что стали более оптимистично смотреть в будущее; некоторые высказывают убеждение, что благодаря занятиям в школе у них улучшились отношения с медицинским персоналом, снизилось эмоциональное напряжение в семье, стало менее выраженным ощущение одиночества. Родственники больных делятся своими проблемами друг с другом, более открыто обсуждают их.

Таким образом, потребность в образовательной работе с семьями психически больных очевидна, и эта работа крайне важна. На начальных этапах инициаторами её могут выступать профессионалы – психиатры, социальные работники, психологи, а затем, по мере приобретения знаний – и сами родственники, проводя эту работу в группах взаимопомощи, семейных группах и иных общественных непрофессиональных объединениях в психиатрии.

Часть I

«Я хочу спросить Вас...»

В этой части сборника представлены вопросы, которые нам чаще всего задают участники образовательной программы. Это и вопросы, касающиеся основных понятий психиатрии, и более частные – о проявлениях психических расстройств, роли и месте семьи в оказании помощи, и многие другие. Самим родственникам трудно найти ответы на такие вопросы. Постараемся помочь им.

Поговорим о психическом здоровье, его нарушениях и о том, как общаться с психически больным членом семьи

1. Что такое «психическое расстройство» (заболевание) и что можно назвать психическим здоровьем?

Термин «психическое расстройство» относится к самым разным состояниям. Однако при всем разнообразии проявлений такие расстройства характеризуются определенным сочетанием аномальных мыслей, эмоций, поведения и взаимоотношений с другими людьми. Примерами психических расстройств могут служить галлюцинации, бред, депрессии, тревожное расстройство, умственная отсталость и еще очень много состояний, различающихся тяжестью и длительностью. Поэтому понимание того, что можно назвать психическим расстройством, является достаточно сложной задачей.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), принятой в нашей стране в 1999 г., под психическим расстройством подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. В этой классификации все психические расстройства объединены в 10 разделов, которые содержат более 350 диагностических рубрик. Приведенные цифры доказывают существенное разнообразие психических расстройств.

В международном психиатрическом сообществе понятие психического расстройства рассматривается как отсутствие психического здоровья. При этом все согласны с тем, что *психическое здоровье* есть не только отсутствие психических и поведенческих расстройств: в современном понимании оно включает среди прочего

субъективное благополучие, независимость, компетентность, самооценку, зависимость в вопросах связи поколений и самовыражение интеллектуальных и эмоциональных возможностей. Понимание того, что такое психическое здоровье, – момент очень важный, поскольку является основой понимания механизма возникновения психических расстройств. Научные исследования головного мозга последних лет расширили представление о течении тех или иных психических процессов. Становится все более очевидным, что нормальные функции, ассоциируемые с психическим здоровьем, имеют физиологическую основу и в значительной мере взаимосвязаны с физическим и социальным функционированием, а также с результатами лечения.

Что касается психических расстройств, то при большом объеме накопленных знаний следует признать, что сегодня нейронаука еще очень молода. Вот почему в некоторых случаях врачи и ученые не вполне четко понимают, что же могло вызвать конкретное психическое расстройство или что конкретно нужно делать.

Если Вы разочарованы и находитесь в замешательстве, не получив простого и четкого ответа, например на вопрос, почему у Вашего сына или дочери возникло психическое расстройство, важно осознать, что от Вас не скрывают чего-то умышленно. Поскольку многое о психических болезнях пока ещё остается непознанным, пациенты, их родственники и профессионалы должны объединить свои знания. Постарайтесь установить доверительные взаимоотношения с врачом и определите вместе, что можно и чего нельзя сделать для Вашего близкого.

Возможно, Вы никогда не получите ответа на какие-то вопросы. Однако иногда имеет смысл оставить без ответа вопрос, почему это произошло, и сфокусировать внимание на другом: что может помочь?

2. Сколько людей страдают психическими расстройствами?

Определение общего числа лиц с психическими расстройствами является далеко не простой задачей. Так, по данным государственной статистики, под наблюдением психиатрических учреждений Российской Федерации находится около 4 млн. человек (т.е. приблизительно каждый 36-й гражданин страны). Вместе с тем в специальной литературе встречаются сведения о том, что теми или иными психическими расстройствами в нашей стране могут страдать порядка 54 млн. человек, т.е. примерно треть населения. Эта цифра охватывает все известные на сегодняшний день психические рас-

стройства – от наиболее легких до самых тяжелых; при оценке этих случаев учитывались любые расстройства, имевшие место когда-либо в жизни человека.

Однако нас интересует, сколько людей реально нуждаются в специализированной психиатрической помощи. Согласно данным Научного центра психического здоровья РАМН (В.Г. Ротштейн и соавт., 2001) их число примерно определяется цифрой 21 млн. Это прежде всего больные с разными формами шизофрении, с эпилепсией, деменцией, другими психотическими расстройствами и с олигофренией (всего около 10 млн.).

Существует и ещё одна большая группа лиц с психическими расстройствами менее выраженного уровня, которые также нуждаются в помощи психиатров. Как правило, самостоятельно в психиатрические учреждения эти люди не обращаются, а являются постоянными пациентами врачей общего профиля, у которых лечатся довольно длительное время без особого результата. И лишь случайно попав к психиатру, они начинают получать эффективное лечение. Число таких пациентов – около 4,8 млн.

Особого внимания заслуживает группа больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР). Впервые эта своеобразная психическая патология была описана у участников войны во Вьетнаме, перенесших тяжелый стресс. Субъективно у этих людей отмечаются тяжелые расстройства настроения, нарушения сна, кошмарные сновидения, склонность к противоправным действиям, алкоголизации, употреблению наркотиков. Без квалифицированной психиатрической помощи эти расстройства приобретают хронический характер. Посттравматические стрессовые расстройства могут развиваться у лиц, принимавших участие в войнах, международных конфликтах, у жертв террористических актов, у оказавшихся в районах технологических катастроф, стихийных бедствий, наводнений и в иных стрессогенных ситуациях, участившихся в разных регионах мира в последние десятилетия. К сожалению, точное число лиц, в последние 20–25 лет вовлекавшихся в ситуации так называемого катаклизматического шока (включая войны в Чечне, Афганистане, взрывы домов мирных жителей, землетрясения, наводнения, эмиграцию из стран бывшего СССР и многое другое), неизвестно. По свидетельствам средств массовой информации, участниками этих и аналогичных событий были около 20% россиян. Согласно экспертной оценке сотрудников отдела организации психиатрических служб Научного центра психического здоровья РАМН, число

лиц, с такого рода расстройствами в современной России может достигать 6,0–6,5 млн.

При этом мы обращаем особое внимание на то, что в приведенных расчетах не учитывается число членов семьи, родственников психически больных, стрессовые и иные воздействия на них, их ущерб и лишения. К большому сожалению, этот вопрос изучен слабо. По нашему глубокому убеждению, данная проблема требует серьезного изучения.

3. Кто такой психиатр и почему, если у человека имеются расстройства психики, необходимо к нему обращаться?

Психиатр – это врач, специализирующийся в области психического здоровья и проходящий подготовку по диагностике и лечению психических расстройств. Он обладает необходимыми знаниями в области психиатрии, психологии, психотерапии и социальных наук, полученными в результате специального образования, а также знаниями, приобретенными в процессе общемедицинского образования. Поэтому психиатр может оценить состояние психического здоровья у конкретного человека во взаимодействии с его физическим здоровьем, поставить диагноз и дать рекомендации относительно методов лечения.

4. Что в наибольшей степени способствует выздоровлению при наличии психического заболевания?

Для этого необходимо несколько условий. Наиболее важные – это своевременное обращение за медицинской помощью, адекватно выбранное учреждение для лечения, хорошо подобранная схема комплексной терапии (включая медикаментозное лечение, психотерапию, возможность участия в реабилитационных программах и пр.), социальная поддержка, помощь семьи и друзей, налаженные взаимоотношения и сотрудничество пациента, его родственников с психиатрами, психологами, психотерапевтами, медицинскими сестрами.

Очень трудно дифференцировать действие перечисленных факторов и определить основной. Все они важны роль в достижении положительного результата лечения. Отсутствие хотя бы одного препятствует процессу выздоровления.

С другой стороны, существуют факторы, способные оказать негативное влияние на течение заболевания. Перечислим некоторые:

- сопутствующее психическое заболевание (например, приобретенная травма головного мозга);

- употребление токсичных веществ (наркотиков, сильно действующих веществ),
- несоблюдение рекомендованных схем приема медикаментов, «экспериментирование» с лекарственными препаратами (отказ от применения, изменение доз и соотношений и пр.);
- необоснованно завышенные или, наоборот, заниженные ожидания членов семьи в отношении психически больного;
- атмосфера постоянной взаимной критики и претензий в семье;
- насилие в семье, в том числе сексуальное.

5. У меня взрослый сын – 26 лет. В последнее время с ним что-то происходит. Вижу его странное поведение: перестал выходить на улицу, ничем не интересуется, даже не смотрит свои любимые видеофильмы, отказывается вставать по утрам и почти не заботится о личной гигиене. Раньше с ним такого не было. Причину изменений не нахожу. Может быть, это психическое заболевание?

Родственники часто задают такой вопрос, особенно в самых начальных стадиях заболевания. Поведение близкого человека вызывает тревогу, но при этом нельзя точно определить причину изменения поведения. В этой ситуации между Вами и близким Вам человеком, может возникнуть существенное напряжение отношений.

Понаблюдайте за Вашим близким. Если возникшие нарушения поведения достаточно стойки и не исчезают при изменении обстоятельств, вполне вероятно, что их причиной может являться психическое расстройство. Если Вы чувствуете какой-то беспорядок, попробуйте проконсультироваться с психиатром.

Попытайтесь не вступать в конфликт с человеком, о котором Вы заботитесь. Вместо этого постарайтесь найти продуктивные пути разрешения ситуации. Иногда бывает полезным начать с того, чтобы как можно больше узнать о психическом заболевании.

6. Как убедить больного обратиться за психиатрической помощью, если он говорит: «Со мной все в порядке, я не болен»?

К сожалению, такая ситуация не редка. Мы понимаем, что родственникам чрезвычайно больно смотреть на члена семьи, страдающего от болезни, и не менее тяжело видеть, что он отказывается обратиться за помощью к врачу и даже к своим близким, чтобы улучшить состояние.

Попробуйте выразить ему свою обеспокоенность – таким образом, чтобы она не выглядела критикой, обвинением или излишним

давлением с Вашей стороны. Если Вы сначала поделитесь страхами и обеспокоенностью с другом, которому доверяете, или с врачом, это поможет Вам поговорить спокойно с больным.

Спросите Вашего близкого, обеспокоен ли он сам своим состоянием, и попытайтесь обсудить с ним возможные пути решения возникшей проблемы. Основным Вашим принципом должно стать по возможности максимальное вовлечение больного в обсуждение проблем и принятие соответствующих решений.

Если с человеком, о котором Вы заботитесь, невозможно что-либо обсуждать, попытайтесь найти поддержку в разрешении трудной ситуации у других членов семьи, друзей или врачей.

Иногда психическое состояние больного резко ухудшается. Вам необходимо знать, в каких случаях психиатрические службы обеспечивают лечение вопреки желанию больного (осуществляют недобровольную госпитализацию и др.), а в каких этого не делают. Главной целью недобровольной (принудительной) госпитализации является обеспечение безопасности как самого больного, находящегося в остром состоянии, так и окружающих его людей.

Помните, что не существует замены доверительным отношениям с врачом. С ним Вы можете и должны говорить о встающих перед Вами проблемах в первую очередь. Не забывайте и о том, что эти проблемы могут оказаться не менее сложными для самих специалистов.

7. Что я должен делать, когда больной сын говорит, что не нуждается в моей помощи? Он даже сердится на меня, иногда кричит. А я беспокоюсь: вдруг это не так и ему необходима моя помощь? И как понять, не назойлив ли я?

Психиатры и психологи с подобными ситуациями сталкиваются довольно часто. Психическое заболевание способно «вбить клин» между заболевшим человеком, его родственниками и друзьями. Больной человек может вести изолированный или ночной образ жизни, надолго закрываться в своей комнате, чрезмерно увлекаться просмотром телепередач. При этом у него могут быть глубокая депрессия, суицидальные мысли, он может нанести себе повреждение или прибегнуть к наркотикам. Однако даже если он очень нуждается в Вашей помощи, все же может заявить что, она ему не нужна. Понятно, что такое поведение вызывает у вас сильное беспокойство.

В такой ситуации Вам следует поговорить с другими членами семьи или с друзьями. Если они эмоционально не вовлечены в Ваши

проблемы и являются независимой – третьей стороной, то могут достаточно объективно определить, Вы назойливы или Ваша помощь действительно необходима.

8. Объясните, пожалуйста, предусмотрен ли в системе психиатрической помощи какой-либо механизм её оказания в случае, если помощь больному нужна, но он отказывается от нее?

Да, в соответствии с Законом Российской Федерации «**О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании**» такой механизм предусмотрен. Пациент может быть помещен в психиатрическое учреждение и удерживаться в нем на недобровольных началах, если психиатр считает, что этот человек страдает психическим заболеванием и, оказавшись без лечения, может причинить серьезные физические повреждения себе или окружающим.

Чтобы склонить больного к добровольному лечению, можно посоветовать следующее:

- Выберите подходящий момент для разговора с подопечным и постарайтесь честно выразить ему свою обеспокоенность.
- Дайте ему понять, что прежде всего Вы беспокоитесь о нем и о его благополучии.
- Посоветуйтесь, как Вам лучше поступать, с родственниками, лечащим врачом.

Если это не помогает, обратитесь за советом к лечащему врачу, при необходимости свяжитесь со скорой психиатрической помощью.

9. Виноват ли я в психическом заболевании сына?

Такой вопрос волнует очень многих родителей. Новейшие исследования в этой области свидетельствуют, что родители не виноваты в возникновении психического заболевания у ребенка. Разберем это на примере шизофрении. Хотя это заболевание в ряде случаев связано с наследственной предрасположенностью, для подавляющего большинства людей вероятность заболеть все же очень мала. Даже если Ваш ребенок и унаследовал повышенную предрасположенность к этому заболеванию, она может реализоваться только при определенных обстоятельствах. Установлено, что если болен один из родителей, то вероятность того, что ребенок останется психически здоровым, равна 90%. Если даже оба родителя больны шизофренией, то вероятность, что их дети не заболеют ею, составляет 60%.

Бесспорно, поведение членов семьи может способствовать компенсации или декомпенсации психического заболевания.

Даже в случае конфликта в семье из-за психического заболевания сына или дочери, Вы не должны винить себя или перекладывать вину за это на супруга. Вероятнее всего, Вы сейчас скажете: все это слова, а что делать? Возможно, Вам необходимо поделиться своими переживаниями с кем-то из родственников других больных, тоже испытавших чувство вины, но сумевших с ним справиться.

10. Мой сын заболел давно – еще в детстве. Беременность протекала тяжело, у меня было обострение соматического заболевания, а потом еще и осложнение в родах. В свое время детский врач сказал мне, что заболевание сына, возможно, связано с моим состоянием во время беременности. Действительно ли моя болезнь во время беременности стала причиной психического заболевания сына, и как мне реагировать, если меня обвиняют в этом?

Этот вопрос перекликается с предыдущим, и мы частично уже ответили на него.

Хотя исследования свидетельствуют о невинности родителей в возникновении психического заболевания у ребенка, многие люди, а иногда, к сожалению, и некомпетентные медицинские работники все еще обвиняют в этом родителей и прежде всего мать. Это чаще происходит в случаях, когда причина заболевания неясна.

Болезнь Вашего сына является результатом внутренних – биологических нарушений в его организме. Постарайтесь это четко понять и не винить себя. Такой подход поможет Вам принять психическое заболевание сына без ощущения вины и тем более стыда. Задайте себе вопрос: как я вела бы себя в своем затруднительном положении, если бы не чувствовала за собой вины за заболевание ребенка? Скорее всего это поможет Вам освободиться от чувства вины и найти другие варианты реагирования на сложившуюся ситуацию. Возможно, Вам стоит подумать над тем, что делать дальше, как справиться с этой ситуацией, а не о том, как и почему это произошло.

11. До автокатастрофы мой сын был совершенно здоров. Могла ли черепно-мозговая травма явиться причиной возникновения психического заболевания?

То, о чем Вы спрашиваете, к сожалению, возможно. Понятие «черепно-мозговая травма» охватывает разнообразные виды и разную степень механического повреждения головного мозга и костей черепа. Среди экзогенных, т.е. возникающих в результате внешних причин, психических расстройств черепно-мозговая травма занима-

ет первое место. Психические нарушения в начальном периоде после травмы характеризуются потерей сознания разной глубины и продолжительности. Затем сознание больного восстанавливается, однако могут появиться астенические расстройства (слабость, утомляемость, головные боли и пр.), нарушения памяти, судорожные припадки и даже кратковременные психозы.

У пострадавших с серьезной черепно-мозговой травмой возможны отдаленные последствия, в том числе со стороны психики. Они проявляются различными формами астении, судорожными припадками, изменениями настроения, поведения, галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, слабоумием и другими нарушениями. Травматическое поражение в детском и позднем возрасте может иметь следствием дефекты в интеллектуальной сфере. Кроме того, черепно-мозговая травма может предопределять развитие психического заболевания.

12. Я почти постоянно испытываю тягостные чувства в связи с болезнью дочери. Это чувство повышенной ответственности, вины и даже стыда за больную дочь. Умом я понимаю, что не нужно так реагировать, но не знаю, что предпринять, чтобы не испытывать таких чувств?

Прежде всего Вам нужно осознать, что вы не одиноки в своих чувствах и мыслях. Очень многие родственники больных прошли через такие переживания.

Опыт показывает, что, помимо специалиста, вызывающего у Вас доверие и симпатию, наибольшую поддержку Вы сможете получить, если поделитесь своими переживаниями с другими родственниками больных.

Самый важный наш совет – не замыкайтесь в себе. Такая позиция вполне объяснима, но совершенно ясно, что изоляция приводит к обострению чувства вины и стыда.

13. Я давно ухаживаю за больным сыном. У нас с ним нормальные отношения; и кажется, что я хорошо научилась понимать его. Но все-таки иногда мои нервы просто не выдерживают и захлестывают разные чувства – гнев, замешательство, разочарование, беспомощность, обида на судьбу. Что мне делать?

Самым главным в таких случаях являются нормальные отношения с больным сыном. Это значит, что Вы приняли его болезнь и научились справляться с нею. Поэтому если у Вас вдруг возникли чувства, о которых Вы говорите, разрешите себе иногда их испы-

тать. Это нормальная реакция на сложную ситуацию, в которой Вы оказались. Но Вам надо научиться справляться с такими чувствами. Некоторые люди считают целесообразным для себя следующее:

- где-нибудь уединиться и поплакать, покричать и пр.;
- позволить себе отвлечься на какое-то время, пусть даже ненадолго, например почитать книгу, посмотреть телевизионную передачу, сходить в гости;
- попробовать преобразовать свои отрицательные эмоции (злость, гнев) в действия, полезные для окружающих (уборка квартиры или высаживание цветов около дома);
- попытаться изложить свои чувства на бумаге или использовать свои переживания в качестве источника вдохновения и написать, например, стихотворение или письмо другу.

14. Что я и другие члены моей семьи можем сделать, чтобы помочь своему больному родственнику?

Это очень важный вопрос. Не сомневаемся, что он волнует многие и многие семьи, а также друзей психически больных. Конечно, в каждой ситуации нужен индивидуальный подход. Но можно дать и общие рекомендации, которые, уверены, будут полезны для каждой семьи. Помните, что от Вашего отношения, Вашего желания помочь близкому человеку во многом будет зависеть не только успех лечения, но и возможность возвращения больного к обычной жизни. Поэтому, давайте остановимся на 10 наиболее общих, но весьма важных советах, которым надо постараться следовать:

1. Любите своего больного родственника, уважайте в нем личность, ее достоинство и ценность.
2. Принимайте больного таким, каков он есть в данный момент, а не каким был до болезни или станет после выздоровления.
3. Контролируйте прием поддерживающих доз психотропных препаратов, не допускайте самовольного прекращения поддерживающего лечения. Важно не пропустить возможное нежелательное побочное действие психотропных препаратов при их назначении в высоких дозах.
4. Постоянно наблюдайте за состоянием больного, чтобы заметить начало обострения заболевания. Важно помнить, что изменения поведения, суждений, высказываний, нарушения сна – нередко не реакция на окружающее, а признаки ухудшения состояния.
5. Ведите больного человека по жизни, мягко и ненавязчиво помогая ему принимать нужные решения. Помните, что он очень

- нуждается в подтверждении со стороны близких своей значимости, их уважения к его собственным решениям и желаниям.
6. Старайтесь сделать жизнь больного более упорядоченной, лишенной внезапных перемен.
 7. Пытайтесь удержать больного в активной жизни. Если он работает, помогите ему сохранить работу. Важно, чтобы он не утратил привычного круга общения, а по возможности приобрел новых друзей.
 8. Побуждайте больного к деятельности, поощряйте его активность.
 9. Важно установить хорошие взаимоотношения с лечащим врачом. Ни в коем случае не пугайте больного лечением в психиатрической больнице или у психиатра. Постарайтесь поддерживать в нем доверительное отношение к врачу.
 10. Не забывайте и о собственном душевном состоянии, здоровье, старайтесь не лишать себя радостей жизни. Помните, что Вы гораздо лучше поможете своему близкому, если будете здоровы сами.

И еще один совет. Продумайте и постарайтесь понять, что Вы можете изменить в своей жизни и жизни больного и что не можете. Беседы со специалистами, с другими больными и их родителями помогут Вам определить, что сделать реально и что – нет. Постарайтесь максимально вовлечь Вашего близкого в процесс принятия решений относительно того, что может оказаться полезным для него.

Иногда родственники попадают в западню, пытаясь сделать для больного как можно больше чего-то, даже если это «что-то» не работает, не помогает. Постарайтесь поэкспериментировать, поискать что-то новое. Правилком номер один для Вас должна быть оценка того, что не приносит результата, и попытка найти другие пути решения проблемы. Если Вы увидите, что это действительно помогает, надо идти по этому пути и решать проблему как можно более последовательно.

15. Мы часто конфликтуем с дочерью. Она очень медлительна, упряма. В настоящее время она получила инвалидность и не работает. Я прошу ее хотя бы помогать мне в ведении домашнего хозяйства. Иногда она помогает, но надолго ее не хватает. Последний конфликт был очень тяжелым для нас обеих. Я настаивала, чтобы она сходила в магазин, она отказывалась, не объясняя причин. Это продолжалось долго, мы кричали, ругались, у меня поднялось давление, но я так ничего и не добилась. Я по-

нимаю, что это проявление болезни дочери, но все равно очень расстраиваюсь и ссорюсь с ней. Что мне делать, чтобы меньше конфликтовать?

Вы должны знать, что сосуществование в семье с психически больным человеком обычно повышает в ней уровень напряженности и конфликтности. Полное избавление от конфликтов – цель не достижимая. Постановка такой цели может даже привести к нарастанию конфликта и появлению у Вас чувства поражения.

Если Вы понимаете, что это связано с болезнью дочери, то значительно продуктивнее постараться найти способы уменьшения конфликтов или же способы справляться с ними. Когда Вы чувствуете, что ссора назревает, или когда она уже произошла, попробуйте переключить свое внимания на какой-нибудь другой вид деятельности или поговорите по телефону с близким другом на приятную, легкую тему. Если Вы владеете приемами релаксации, то позвольте себе расслабиться на несколько минут.

Со временем Вы можете открыть для себя и развить другие способы реагирования на конфликтные ситуации, например избегать трудных тем в разговоре, пока все не успокоится, привлекать кого-нибудь в качестве посредника, использовать юмор.

Помните, что наихудшее время для разработки антикризисных мероприятий – самый разгар кризиса или конфликта. Не бойтесь пользоваться методом проб и ошибок в поиске решения. Профессионалы или другие родственники могут помочь Вам сделать правильный выбор.

И еще. Если Вам кажется, что попытки что-то изменить приводят лишь к ухудшению состояния Вашего родственника, лучшим выходом из конфликта может оказаться Ваше отступление на шаг.

16. Раньше у моей дочери было очень много друзей. Но когда она заболела, их стало значительно меньше. Мне кажется, что дело в ней: она хочет общаться, но у нее это теперь не очень получается. Раньше ей часто звонили подруги, предлагали пойти куда-нибудь, но она отказывалась. Теперь звонят реже. Меня волнует эта проблема. Как ее можно решить?

С этой проблемой в семье сталкиваются часто, и решение ее непростое. Когда у молодого человека развивается психическое заболевание, одним из последствий действительно может стать ограничение общения с ровесниками и друзьями, значение которого в жизни трудно переоценить. В таком случае родители больного, его братья и сестры считают себя обязанными обеспечить больному прием-

лемое общение. Однако существует несколько моментов, которые затрудняют решение этой проблемы.

Один из них связан с тем, что часто родители пытаются включить больного в свой круг общения. Но молодые люди не хотят общаться только с родителями, поскольку их интересы часто не совпадают. Иногда хорошим взаимоотношениям родителей и детей мешает эмоциональный климат в семье, крайне неустойчивый из-за наличия психически больного.

Другой момент часто определяется ситуацией, когда в семье есть здоровые братья и сестры, и все у них хорошо, а больного постоянно мучают мысли: «я ни на что не годен», «я неудачник», «я всех обременяю». В такой обстановке ему трудно не поддаться естественному чувству ревности и даже негодования. Поэтому хорошие отношения между детьми тоже часто не складываются. Но братья и сестры и сами оказываются в исключительно трудном положении: их успехи могут вызвать негативные эмоции у больного. Можно ли просить здоровых детей оказывать ещё больше помощи, если их жизнь перегружена собственными обязанностями и эмоциональными переживаниями? Будут ли они помогать больному в будущем, когда родители уже не смогут этого делать?

Для решения такой проблемы можно порекомендовать следующее. Не нужно ограничивать общение больного рамками семьи. Принцип, который мы пытаемся здесь развить, состоит в том, что психически больные люди нуждаются в помощи, одобрении и поддержке семьи только для того, чтобы жить своей собственной жизнью. Такая возможность может быть обеспечена в том числе и за счет проведения соответствующих социальных, досуговых, профессионально-обучающих программ – иными словами помощи извне.

Создание своей собственной жизни, включая формирование интересов, выполнение посильных видов деятельности, привлечение новых друзей, зачастую тоже душевно больных, уменьшают зависимость от семьи. Это делает больного более самостоятельным и адаптированным и при всем том способствует улучшению внутрисемейных взаимоотношений.

17. Что делать, если психически больной становится агрессивным?

Термин «агрессивность» обозначает нападение с целью насильственных действий. Как показывают исследования, агрессивные действия у психически больных встречаются не чаще, чем у здоро-

вых людей. О вероятности агрессивного поведения можно судить, проанализировав проявления болезни в прошлом. Если больному ранее не были свойственны агрессивные поступки, то и в будущем вероятность такого поведения невелика.

Однако если больной с тяжелым психическим заболеванием все-таки агрессивен, родственникам бывает очень трудно решить, что же делать: ждать ли, пока психическое расстройство пройдет, и терпеть продолжительный период агрессивности или немедленно реагировать на проявление агрессии?

Простых решений здесь нет, но опыт показывает, что попытки немедленно положить конец агрессивным действиям не дают положительных результатов. Наиболее правильным является одновременное решение проблемы агрессивности и лечения психического расстройства. Хотим дать еще несколько советов:

- если все-таки подобные случаи уже были, вспомните, при каких обстоятельствах это происходило: при обострении ли заболевания, в состоянии ли алкогольного опьянения или в период отказа от приема лекарственных препаратов или снижения их доз, а может быть, агрессия была чем-то спровоцирована? В дальнейшем это поможет предупреждать подобные приступы у Вашего близкого;
- если же агрессивное поведение проявилось в состоянии обострения заболевания на почве бреда или галлюцинаций, в таком состоянии больной не поддается убеждению, уговорам. ***Помните, что в этом случае агрессивное поведение является прямым показанием к немедленной госпитализации!***
- агрессивное поведение может возникать и при потере контроля над собой, когда больной чувствует себя обиженным, оскорбленным, загнанным в угол. Важно знать, что проявление страха или гнева окружающих в подобной ситуации провоцирует больного к агрессивным действиям. Родственникам по возможности необходимо оставаться спокойными, постараться не показывать своих чувств, эмоций, сохранять максимальную физическую дистанцию. Важно убедиться в собственной безопасности.

Когда больной успокоится, нужно выяснить, что вызвало его агрессию, и вместе обсудить, как вести себя в будущем. Необходимо понимать, что больному тоже свойственны чувство вины, угрызания совести, и, успокоившись, он будет готов к обсуждению случившегося вместе с Вами.

Иногда агрессивное поведение больного имеет целью заставить других поступить по-своему или самому поступить по-своему. В этих ситуациях, после того как больной успокоился, необходимо вместе с ним оценить случившееся, дать ему однозначно понять недопустимость подобного поведения. Предупредите, что повторение таких вспышек будет иметь для него определенные последствия, например ограничения в чем-то. В случае повторного нарушения будьте готовы выполнить то, о чем Вы предупреждали больного.

18. Каковы общие правила обращения с возбужденным больным?

Возбужденное поведение – одна из наиболее пугающих форм поведения людей, страдающих психическим заболеванием. Больные в состоянии возбуждения все время перемещаются, усиленно жестикулируют, почти всегда кричат, чего-то требуют, от чего-то спасаются. Врачи называют такое состояние психомоторным возбуждением. Практически любой возбужденный пациент опасен как для себя, так и для окружающих. Возбуждение свидетельствует об обострении психического заболевания, даже если пациент не совершает никаких разрушительных действий. По этим двум причинам любое возбуждение требует принятия неотложных лечебных мер.

Если у Вашего родственника возникло состояние психомоторного возбуждения, то, как правило, необходимо срочно вызвать врача для решения вопроса о госпитализации.

Трудности ухода за пациентом с психомоторным возбуждением в значительной мере обусловлены тем, что это состояние обычно начинается неожиданно, часто ночью и нередко достигает наивысшей точки за несколько часов. Родные пациента, соседи или другие окружающие не всегда правильно просчитывают возможные последствия: недооценивают опасность, если возбужденный больной хорошо им знаком, или, напротив, переоценивают ее, поскольку остро заболевший вызывает неоправданный страх и панику среди окружающих.

Нужно иметь в виду несколько общих правил обращения с возбужденным больным:

1. спокойная беседа часто сразу помогает снизить уровень возбуждения;
2. ни при каких условиях не следует вступать в спор, возражать или пытаться разубедить больного в неправомерности его убеждений;

3. до приезда врача желательно справиться с растерянностью и паникой, создать условия для оказания помощи, попытаться изолировать больного в отдельном помещении. Из комнаты, где он находится, нужно удалить всех посторонних и оставить только тех, кто может быть полезным, необходимо убрать все колющие, режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы в качестве орудий нападения или самоповреждения;
4. при любых обстоятельствах должна быть обеспечена Ваша собственная безопасность. Чувствуя, что Вам угрожает опасность и что больному не в состоянии собою управлять, прекратите контакт с ним или вызовите милицию, чтобы обезопасить и себя, и больного до приезда врача;
5. научитесь распознавать первые признаки потери родственником контроля над собой (расширенные зрачки, учащенное дыхание).

В оценке вероятности возбужденного поведения помогает история заболевания родственника. Если раньше такого состояния у него никогда не было, то скорее всего не будет и в дальнейшем.

19. Я много лет отказывала себе во всем из-за болезни дочери. Думала, что пока она не выздоровеет, я не имею права на нормальную жизнь, удовольствия. Да и не хотелось ничего. Уход отнимает много физических и моральных сил, я сильно устаю. И иногда мне кажется, что мне самой нужна помощь. Что Вы можете посоветовать в такой ситуации?

То, о чем Вы спрашиваете, достаточно типично для родственников психически больных. Многие считают, что они сами не могут жить полноценной жизнью до тех пор, пока не выздоровеет родственник. Это могло бы иметь какой-то смысл для короткого по времени периода, однако лечение психического заболевания – длительный, многолетний процесс. Поэтому Вам не следует пренебрегать и своими собственными потребностями. Например, можно посетить психолога или психиатра и поговорить о своих переживаниях и чувствах. Беседа с профессионалом, который является хорошим слушателем, доброжелателен и способен дать несколько практических советов, вероятнее всего поможет Вам более успешно справляться с ролью опекуна. Для некоторых людей побеседовать с профессионалом даже проще, чем с родственниками или друзьями, – со специалистами они чувствуют себя более свободно. В то же время со сто-

роны профессионалов Вы должны чувствовать, прежде всего уважение, а не критику. Даже если Вы считаете, что консультант не способен Вам помочь, поделитесь с ним своими проблемами, но вместе с тем постарайтесь найти другого специалиста.

20. Объясните, пожалуйста, что означает термин «конфиденциальный» и что такое принцип конфиденциальности?

Термин «конфиденциальный» означает «доверительный, не подлежащий огласке». Это один из этических принципов медицины, сущность которого сводится к неразглашению врачом медицинской информации о больном. Принцип конфиденциальности тесно сопряжен с понятием «врачебная тайна».

В соответствии со статьей 9 «Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи» Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сведения о наличии у человека психического заболевания, о состоянии его психического здоровья, обращение за психиатрической помощью, лечение в психиатрическом учреждении являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов человека, страдающего психическим расстройством, сведения о состоянии психического здоровья и об оказанной психиатрической помощи могут быть предоставлены ему по его просьбе либо по просьбе его законного представителя (опекуна).

Врачу разрешается предоставлять определенную информацию членам семьи или лицам, осуществляющим непосредственный уход, т.е. тем, кому она может пригодиться при оказании дальнейшей поддержки больного. Характер информации, которую они могут получить, зависит от конкретных обстоятельств.

21. Иногда у меня возникают сомнения в том, хорошо ли психиатр лечит мою жену. Как я могу быть уверен в том, что она получает хорошую помощь от психиатра?

Если у Вас или Вашего родственника появились сомнения в том, что врач лечит не лучшим образом, думаем, что сначала Вы должны поговорить непосредственно с ним. Если этот разговор не дал никаких результатов или оказался для Вас трудным, Вам следует поговорить о лечении с другим психиатром и выслушать его мнение.

22. Я думаю, что психиатр, который уже много лет лечит моего сына, хороший специалист. Но он главным образом контролирует состояние сына и назначает лекарства. Он редко

интересуется нашей семьей, тем, как мы живем, какие у нас интересы. Я чувствую, что сыну хочется поговорить с врачом, но врач всегда занят и нам неловко его беспокоить. А нам хотелось бы иметь в его лице и друга семьи. Иногда я думаю, не сменить ли врача. Как Вы считаете, это реально или только наши мечты?

Что ответить на этот вопрос? То, что вы доверяете своему врачу как специалисту, уже хорошо. Но Вы в праве поискать для сына и другого врача. Поговорите с другими семьями, располагают ли они положительным опытом общения со своим психиатром. Со своей стороны мы можем рассказать вам, какими качествами, помимо профессиональных, должен обладать хороший психиатр. Среди специалистов бытует мнение, что хороший врач будет действовать следующим образом:

- самостоятельно предпримет определенные шаги для того, чтобы наладить общение с семьей больного;
- не будет настаивать на том, чтобы впервые к нему обратился сам больной, так как понимает, что пациент может находиться в критическом состоянии и не способен на это;
- не будет опасаться учитывать точку зрения семьи или самого больного относительно его лечения;
- будет открыто обсуждать симптомы заболевания, вопросы терапии и возможные побочные эффекты;
- будет достаточно гибким, чтобы экспериментировать с различными терапевтическими подходами и будет привлекать членов семьи в качестве помощников в процессе лечения (например, для наблюдения и предоставления информации о том, как больной реагирует на изменение терапии);
- при составлении графика посещений больного будет учитывать возможности семьи: изменит интервалы между посещениями, предоставит более удобное время посещения;
- будет относиться серьезно, с уважением к предоставляемой семьей информации о состоянии больного.

Вопросы о шизофрении, которые Вы задавали

«Когда мне сказали, что у моего сына серьезное психическое заболевание и скорее всего это шизофрения, я не поверила... Это было для меня настоящим ударом. В тот период мне казалось, что лучше бы он совершил что-то плохое, чем заболел шизофренией».

В этом высказывании проявляются не только огромная обеспокоенность матери за своего сына, но и её страх, отчаяние, разочарование.

Такие чувства нередко возникают у родственников больных. Во многом они связаны с тем, что родственники мало знают или совсем ничего не знают о психических расстройствах и в частности о шизофрении.

В дальнейшем мы часто встречались с этой мамой, много разговаривали. После того как прошла первая – шоковая реакция, у нее появилась потребность больше узнать о шизофрении. Позднее она очень образно рассказывала: «Первое впечатление, которое возникло у меня, когда я стала читать о шизофрении, было то, что я попала на неизвестную землю. Не было карт, не было опознавательных знаков. Теперь я осознаю, что для того, чтобы помочь сыну в лечении, надо многое знать о болезни и понимать, что делают врачи и психологи. Я поняла, что надо учиться столько, сколько можешь».

1. Что такое шизофрения?

Шизофрения – это распространенное хроническое психическое заболевание, при котором имеется вероятность развития стойких, необратимых изменений личности. Оно не является редким. В мире из каждых 100 человек один болеет шизофренией в течение всей своей жизни. Шизофрения представляет основную клиническую и социальную проблему психиатрии: такие пациенты составляют около 60% всех психически больных, находящихся в психиатрических стационарах, на них приходится около 80% всех инвалидов по психическому состоянию. Заболевание может развиваться в любом возрасте, однако чаще всего оно начинается у молодых – до 30 лет.

Шизофрения имеет много вариантов проявления (так называемых клинических форм заболевания) – от тяжелых, которые могут

приводить к инвалидности, до наиболее мягких, не препятствующих больным оставаться активными в жизни, иметь семью, работу и чувствовать себя достаточно полноценным, несмотря на некоторые ограничения. Болезнь может протекать непрерывно, практически не оставляя больного свободным от симптоматики, а может носить приступообразный характер – с периодами обострения и периодами ремиссии, когда симптоматика или существенно ослабевает, или вообще отсутствует. У большей части больных шизофрения проявляется выраженными расстройствами, которые в психиатрии имеют обобщенное название «психоз». При психозе человек утрачивает способность правильно оценивать окружающий мир, реальные впечатления смешиваются с такими болезненными психическими проявлениями, как бред и галлюцинации, причем последние приобретают для больного первостепенное значение, являются самыми важными переживаниями. Из-за этого поведение больного становится малопонятным для других людей и часто неправильным, так как определяется не реальными событиями и отношениями, а болезненными переживаниями. Важно отметить, что у значительной части больных течение шизофрении принимает более мягкие формы, при которых состояние можно оценить как психоз лишь во время обострения болезни. В спокойном периоде, когда бред и галлюцинации частично или полностью нивелируются (период ремиссии), больные вновь понимают грань между реальностью и их болезненными представлениями, способны в той или иной степени вернуться к обычной жизни, обязательствам в семье, а некоторые возвращаются к работе.

2. Кто может заболеть шизофренией, и каков процент заболевших в разных возрастных группах?

Шизофренией может заболеть любой человек в любом возрасте. Как мы уже говорили, отвечая на предыдущий вопрос, этим заболеванием поражается около 1% населения. Однако приблизительно у 75% больных первые симптомы появляются в возрасте от 17 до 24 лет. Люди старше 40 лет заболевают шизофренией намного реже. Мужчины болеют несколько чаще, и заболевание у них начинается раньше.

У женщин болезнь обычно развивается несколько позднее. К моменту начала заболевания многие уже успевают получить образование, приобрести трудовые и жизненные навыки. Поэтому для женщин характерен несколько более благоприятный прогноз заболевания.

3. Расскажите: каковы основные проявления шизофрении?

Проявления шизофрении очень разнообразны. Не существует какого-либо единого абсолютного критерия, на основании которого можно поставить диагноз шизофрении. Многие проявления шизофрении можно наблюдать и при других психических болезнях. Именно поэтому диагностика шизофрении вызывает столько споров и затруднений.

И все же, несмотря на чрезвычайное многообразие симптомов, наблюдающихся у больных шизофренией, есть группа болезненных проявлений, которые с разной степенью выраженности и в разном соотношении друг с другом встречаются практически у всех людей с этим заболеванием.

Нарушения мышления в виде ослабления или утраты целенаправленности мыслительных процессов – характерный для шизофрении симптом. Высказывания человека с такими нарушениями становятся туманными, расплывчатыми, что мешает уловить их смысл. Больной с расстройствами мышления может говорить очень много и долго без остановки, без дополнительных побуждений со стороны собеседника (монолог). Такие особенности мышления, несмотря на отсутствие нарушений памяти, сохранность приобретенных знаний и зачастую весьма широкий кругозор и информированность больного, снижают его интеллектуальную продуктивность, не позволяя делать логичные умозаключения. У некоторых больных нарушения мышления особенно заметны в период обострения, а с наступлением ремиссии мышление становится более последовательным и целенаправленным.

У других больных мышление приобретает витиеватый характер, их высказывания переполнены рассуждениями на абстрактные темы, далекими по смыслу аналогиями, философствованием. На окружающих это может производить впечатление оригинальности, заумности, однако часто такие особенности мышления мешают больному мыслить четко и приходиться к конкретным умозаключениям. Некоторым больным, наоборот, бывает трудно оперировать абстрактными понятиями – врачи называют это явление конкретным мышлением. В иных случаях мышление отличается излишеством рассуждений, привлечением не относящихся к конкретной задаче деталей, использованием данных не в том ключе, который нужен для принятия решений. Иногда при усугублении состояния у больного ослабевают связи между мыслями, его высказывания становятся беспорядочными.

Для шизофрении характерны и **нарушения эмоционального строя**. Они могут проявляться в виде длительно сохраняющейся тревоги, внутренней напряженности, раздражительности, преобладания отрицательных эмоций. Другим характерным проявлением служит снижение эмоционального реагирования – стойкое эмоциональное безразличие, тусклость переживаемых эмоций. При иных типах нарушения эмоциональные реакции больного могут быть малопонятными окружающим – человек может смеяться при неприятных новостях и плакать, когда кто-то смеется, не всегда соответствующими ситуации. Нарушения эмоций могут проявляться и тем, например, что больной, любя своих близких, скучая по ним, в то же время совершает поступки, причиняющие им боль. Несоответствие эмоционального отклика в определенной мере обусловлено тем, что больной просто не понимает переживаний окружающих, не ощущает эмоционального резонанса с ними. Однако, несмотря на внешнюю непроницаемость и даже холодность, больные часто чувствуют нюансы отношения к ним. Они сохраняют отзывчивость на желание их поддержать, понять, помочь и в то же время чувствительны к непониманию или равнодушию окружающих.

У ряда больных с течением времени может **понижаться сила воли**. Это проявляется бездеятельностью, постоянным стремлением лежать, не предпринимая никаких действий, отсутствием какой-либо инициативы. Однако это не лень в бытовом смысле слова, хотя отдаленно и напоминает ее. Такие больные чувствуют себя уставшими, утомленными даже в отсутствие какой-либо деятельности, например при длительном пребывании в стационаре, где не надо прилагать особых усилий даже по самообслуживанию. Проявление это отличается стойкостью и существенно влияет на способность больного вернуться к полноценной жизни. Такое положение требует особого понимания со стороны близких, которым предстоит определить меру необходимой стимуляции больного к активности, чтобы как-то противостоять болезненному проявлению, не ухудшая при этом его самочувствия и не провоцируя реакции гнева.

Слуховые галлюцинации относятся к числу наиболее частых нарушений при шизофрении. Больным представляется, что они слышат в голове собственные мысли, которые повторяются голосом самого больного или чужого человека. Нередко содержание того, что произносится голосом или голосами, уже не переживается больным как повторенные собственные мысли. Больной вступает в диа-

лог с голосами, считая, что с ним ведут переговоры люди, находящиеся на расстоянии. Нередко они отличаются стойкостью и неприятным содержанием, вызывая у больного мучительные переживания. Это могут быть голоса знакомых или незнакомых людей, которые звучат в голове и обвиняют, дразнят, оскорбляют больного. Голоса могут назойливо комментировать поступки и действия больного, его мысли и более того – давать советы или отдавать приказы поступить тем или иным образом. Больной абсолютно убежден в том, что эти голоса ему передаются с помощью гипноза, телепатии, электромагнитных волн. Характерно, что эта внутренняя жизнь, переговоры с голосами, комментарии и советы голосов подчас становятся для больного важнее, чем обстоятельства реальной жизни. При обострении болезни он начинает верить больше голосам, чем себе или окружающим. Это может явиться причиной странных, нелогичных в глазах окружающих поступков, неправильного или даже опасного поведения. В состоянии ремиссии многие больные допускают, что голоса – это болезнь мозга.

Окружающий мир может пугать их. Иногда больные теряют ощущение четких границ между собственной личностью и окружающими людьми или предметами, не могут разграничить свои болезненные фантазии и реальность.

Бредовые расстройства также являются характерным признаком заболевания. Бредом можно назвать ошибочные, не разделяемые окружающими людьми идеи или мысли больного человека, от которых он не может отказаться, несмотря ни на какие логичные доводы. Одна из наиболее простых форм бредовых расстройств заключается в том, что человек начинает воспринимать происходящие вокруг него события как нечто имеющее прямое отношение лично к нему. Например, он замечает, что на нем специально задерживают взгляд, на него смотрят, окружающие отпускают реплики, имеющие к нему непосредственное отношение, посторонние люди в метро ведут о нем разговоры. Дальнейшее развитие бреда может сопровождаться идеями о наблюдении за ним специальных агентов, применении подслушивающей аппаратуры, привлечении к наблюдению близких родственников или сотрудников на работе, которые якобы действуют заодно с преследователями. Часто больной испытывает переживание воздействия на его психику техническими средствами или путем телепатии. В голову ему «вкладывают» чужие мысли, а его собственные «отнимают», «стирают» па-

мять, показывают не его сновидения, «заставляют» слышать голоса, через тело «пропускают ток», вызывают другие неприятные ощущения в теле, «заставляют» говорить или молчать не по собственной воле. Таким образом, у больного как бы утрачивается возможность регулировать собственные психические процессы, которые теперь представляются полностью подчиненными воле преследователей. Если на начальном этапе бредовых идей отношения больные могут в какой-то момент допустить болезненность характера своих подозрений, то в последующем способность воспринимать собственные переживания как болезненные пропадает. Вместе с тем больные в ряде случаев понимают, что прием лекарственных препаратов делает их «более устойчивыми» к воздействию. Об этом им говорит собственный опыт, и, не имея возможности однозначно определить свои переживания как результат болезни, как собственные болезненные фантазии, больные все же способны идти на некий компромисс, соглашаясь лечиться.

Нарушение социального поведения. Для больных шизофренией характерна тенденция отгораживаться от окружающих, поведение которых зачастую ими воспринимается как непонятное и угрожающее. Содержание сознания наполняется фантазиями об уже реализованных во внутреннем мире желаниях. Реальные взаимодействия с окружающим миром утрачивают для больного значение. Он ограничивает социальные контакты, становится домоседом, не общается с друзьями, знакомыми, в наиболее тяжелых случаях болезни ограничение контактов распространяется и на близких. В связи с изменениями в эмоциональной сфере больные не всегда могут соотнести свое поведение с ожиданиями окружающих, поэтому их поступки воспринимаются людьми как нелогичные, странные, чудаковатые. Отношение окружающих, которое часто носит стигматизирующий характер, усиливает тенденцию к отгораживанию от окружающего мира, приводя к еще большей дезадаптации в социуме.

Как мы уже говорили, у конкретного больного не обязательно присутствуют все перечисленные проявления. Симптомы болезни комбинируются в разных сочетаниях, что и определяет неоднозначность клинической картины болезни.

4. Какова основная причина шизофрении? Или их может быть несколько?

Ученые до сих пор не знают точных причин этого заболевания. Однако изменения таких функций мозга как мышление, поведение,

эмоции свидетельствуют о том, что именно в головном мозге находятся структуры, ответственные за возникновение шизофрении. Некоторые исследователи полагают, что в механизм возникновения заболевания вовлечены особые вещества – нейротрансмиттеры (например, серотонин, дофамин), посредством которых нервные клетки передают информацию. При шизофрении могут быть затронуты такие структуры мозга, как лимбическая система (ответственная за эмоции), таламус (координирующий передачу информации в центральной нервной системе) и некоторые другие.

К сожалению, точный механизм и время возникновения изменений в мозге остаются неизвестными, однако имеются свидетельства того, что изменения, приводящие в дальнейшем к развитию шизофрении, могут возникать в ранних стадиях развития мозга.

Представляет интерес концепция так называемой уязвимости в отношении стресса у больных шизофренией, т.к. она учитывает не только биологическую составляющую человека, но и его психологическую и социальную сущность. Перечисленные выше биологические особенности головного мозга обуславливают изменение переработки поступающей информации. Это в свою очередь оказывает влияние на развитие психики, становление личности при взаимодействии с окружающим миром, а в дальнейшем – на пути реагирования человека на различные значимые для него события.

Суть таким образом формирующихся особенностей заключается в высокой ранимости, или уязвимости к стрессам. И если у одних людей в ответ на какие-либо стрессовые события развивается язвенная болезнь желудка или бронхиальная астма, то у других возникает психоз, происходит срыв психики и работы головного мозга. Проблема заключается в том, что трудно предположить, какие именно события могут оказаться стрессовыми для такого уязвимого человека и «запустить» болезнь, – ведь процесс переработки информации у него иной, чем у большинства людей.

5. Скажите: какова роль наследственности в возникновении шизофрении?

Деятельность нейротрансмиттеров, о которых мы упоминали при ответе на предыдущий вопрос, в значительной степени контролируется генами. Сегодня наукой установлены факты, свидетельствующие о роли наследственности в развитии шизофрении. В частности, эти данные получены в ходе изучения семей больных шизофренией, при проведении близнецовых исследований.

Напомним, что шизофрения возникает у 1% населения, однако риск ее развития возрастает при наличии больного родственника. Так, если шизофренией болен один из родителей, родной брат или родная сестра, то риск возрастает до 10–15%, если больны оба родителя, – до 40–50%. Что касается племянников, внуков больных шизофренией, то у них риск ее развития составляет 3%. Для уточнения этих вопросов в каждом конкретном случае сегодня имеется возможность получить консультацию у медицинских генетиков.

Очень важен вопрос, какие факторы способствуют тому, что шизофрения не развивается у 85 детей из 100, если ею болен один из родителей, и у 50 из 100 в случае, когда больны и мать, и отец, и какие факторы способствуют ее развитию в соответствующей части случаев. С ответом на этот вопрос ассоциируются возможности построения схемы профилактики заболевания.

6. Есть ли у больных шизофренией надежда выздороветь и найти своё место в обществе?

Да, такая надежда есть. Расширяются научные исследования в этой области, резко возрастают возможности медикаментозного лечения, так как ежегодно появляются новые эффективные лекарственные препараты, совершенствуются методики психотерапевтической помощи больным и членам их семей, проводятся программы социальной реабилитации, растёт помощь со стороны семьи, ближайшего окружения больных, улучшаются понимание обществом и его осведомленность об этом заболевании. Все это в целом составляет основу, которая помогает человеку справиться с заболеванием и найти свое место в жизни.

7. Чувствуют ли себя изолированными больные шизофренией?

К сожалению, да. Общество часто не понимает их и проявляет нетерпимость к тому, что они – другие. Чувствуя это, больные сами стремятся отгородиться от окружающей действительности. Многие из них не могут работать, имеют очень низкие доходы, не в состоянии удовлетворить своих потребностей в жилье, приобретении одежды, других вещей, что усугубляет социальную изоляцию. Поэтому задача семьи, медицинских работников, всего общества – помочь людям с психическими расстройствами не быть и не чувствовать себя изолированными.

8. Могут ли какие-то больные полностью излечиться и адаптироваться в обществе, без каких бы то ни было проблем? Каков прогноз при шизофрении?

До настоящего времени не известно средства, полностью излечивающего это заболевание. Однако примерно у 30% больных развивается длительная, стабильная ремиссия (период вне обострения болезни), они возвращаются к нормальной жизни, т.е. практически выздоравливают. У них не обнаруживается психических расстройств, вызывающих дезадаптацию. В 30% случаев болезнь, к сожалению, приобретает хронический характер. Для этих больных типичны ее частые обострения, постепенное усугубление расстройств, что приводит к утрате работоспособности и к социальной дезадаптации.

Состояние оставшейся трети больных можно определить как промежуточное. Для них характерны умеренные расстройства и периодические обострения заболевания. Многие из таких больных способны научиться справляться с болезнью и восстановить большинство навыков.

Тем не менее всем больным шизофренией необходимо медикаментозное лечение и создание благоприятного микроклимата. Важной составляющей успеха является активная позиция самого больного в лечении – умение замечать первые симптомы обострения и принимать необходимые меры. Постепенно к ним могут вернуться такие качества, как уверенность в себе, инициативность, способность решать финансовые и бытовые вопросы, а также навыки общения.

9. Какие чувства испытывают люди, когда понимают или узнают, что они больны шизофренией?

На этот вопрос трудно ответить однозначно. Реакция на болезнь определяется целым рядом обстоятельств, в частности мерой страдания самого больного от проявлений болезни, понимания, что его переживания носят болезненный характер. Реакция зависит от информированности о своей болезни, закономерностях ее проявления (адекватной или чрезмерно схематичной), от отношения окружающих к факту болезни. Дополнительным самостоятельным аспектом проблемы реагирования на данный диагноз является стигма – отвергающее, дискриминирующее отношение общества к человеку по какому-либо критерию, в данном случае – наличию психического заболевания. Если в кругу семьи и друзей проблемы, связанные с за-

болеванием шизофренией, не обсуждаются открыто и спокойно, как это обычно бывает при других болезнях, пациент может почувствовать, что его состояние настолько ужасно, что семья не в силах ему помочь. Это может вызвать у больного страх, обиду, унижение, душевную боль.

Бывает и так, что сами больные не испытывают стыда или зашатаательства, но если такие чувства возникают у членов их семьи или друзей, они пугаются и могут отгородиться от окружающих.

10. Как семьи реагируют на известие о том, что их ребенок или другой близкий родственник болен шизофренией?

Шок, горе, страх, отчаяние – лишь часть эмоций, которые семья испытывает, впервые столкнувшись с этим, как, впрочем, и с любым другим тяжелым заболеванием их ребенка или другого члена семьи. Иногда возникают протест, отрицание возможности того, что это могло произойти именно с их семьей. Такая реакция неблагоприятно сказывается на состоянии заболевшего, поскольку в этом случае оттягиваются момент обращения за квалифицированной помощью и соответственно начало приема лекарств. Лишь спустя какое-то время приходит понимание необходимости получения знаний о заболевании, о существующих возможностях его лечения, желание научиться справляться с ним.

11. Как лечить это заболевание?

Примерно в 70% случаев проявления шизофрении хорошо поддаются воздействию лекарственных средств. У многих больных эффективна психотерапия. Очень важны семейная и общественная поддержка, разнообразные реабилитационные программы.

12. Удовлетворены ли психиатры эффективностью лечения людей, больных шизофренией?

Не всегда. К сожалению, не всем больным удастся помочь в полной мере. Однако важно понимать, что за последние тридцать лет психиатрия добилась значительных успехов в лечении шизофрении. Ученые и практики всего мира не останавливаются на достигнутых результатах, постоянно стремятся к разработке новых и совершенствованию имеющихся методов лечения, к обеспечению эффективной помощью всех нуждающихся в ней.

Аффективные расстройства: что это?

Для всех нас естественно, нормально испытывать грусть и подавленность в периоды, когда вдруг обрушиваются беды и несчастья, и, напротив, ощущать прилив сил, оптимизм при радостных событиях. Однако в данном разделе мы не будем обсуждать нормальные чувства грусти и радости – речь пойдет только о болезненных изменениях настроения, или об аффективных расстройствах.

1. Объясните, пожалуйста, что такое «мания»?

Манія (с ударением на втором слоге) – это состояние, основным проявлением которого является беспричинно приподнятое радостное настроение, которое сочетается с облегчением мышления и повышенной двигательной активностью. Данное состояние может быть симптомом (проявлением) разных психических расстройств. При довольно мягком, не тяжелом варианте маниакального состояния (так называемой гипоманіи) человек испытывает подъем творческих сил, интеллектуальной продуктивности, жизненного тонуса, работоспособности. Он может много работать и мало времени уделять сну. Все события воспринимаются им с оптимизмом, весь мир предстает в радужных тонах. Однако в ряде случаев гипомания переходит в манию, т.е. состояние становится более тяжелым. Тогда к отмеченным проявлениям присоединяются крайняя неустойчивость внимания, связанная с этим потеря продуктивности любой деятельности, повышается аппетит, усиливаются сексуальные желания, при этом поведение бывает несдержанным. В таком состоянии больные могут устанавливать множественные сексуальные связи, женщины зачастую пренебрегают мерами предохранения от беременности, повышается риск заражения венерическими инфекциями. Многие становятся расточительными, совершают малообдуманные, подчас нелепые поступки: раздаривают все свои вещи незнакомым людям, бросают хорошую работу или приступают к реализации рискованных планов. Иногда веселое, радостное настроение сменяется раздражительностью и гневливостью. Как правило, при мании утрачивается понимание болезненности своего состояния.

2. Расскажите, пожалуйста, что такое депрессия. Что испытывает больной в состоянии депрессии?

Депрессия, депрессивное настроение – это симптом, являющийся компонентом многих психических расстройств; кроме того, депрессия

может отмечаться при некоторых соматических заболеваниях. В отличие от мании депрессия – крайне тягостное расстройство. Как правило, в период депрессии больной испытывает ничем не объяснимую тоску, которую ощущает как «душевную боль», нередко тревогу, а также снижение интереса ко всему и всем – окружающему, близким, к самому себе. Замедляется процесс мышления, обедняется круг представлений вплоть до ощущения отсутствия мыслей. В этом состоянии больному трудно сосредоточиться на чем-либо, чем-то себя занять, тяжело даже участвовать в разговоре. Характерна неуверенность в себе, неспособность принимать решения. Может ощущаться мышечная скованность, замедленность движений. К вечеру выраженность симптомов может снижаться, что облегчает самочувствие больного, но утром они приобретают прежнюю силу. Для таких больных характерны снижение аппетита, снижение сексуального влечения, расстройства сна: пробуждение в ранние утренние часы, на рассвете или задолго до него. При тяжелой депрессии эмоциональная жизнь может расстраиваться настолько, что все утрачивает смысл, включая заботу о беспомощных близких (детях, родителях) и о сохранении собственной жизни. Человек, находящийся в состоянии депрессии, может не только перестать ценить свою жизнь, но, бывает, стремится избавиться от нее – уйти из жизни. При депрессии очень высок риск совершения суицидальных попыток.

3. Мой сын, страдающий депрессией, несколько раз пытался покончить жизнь самоубийством. Скажите, можно ли вовремя заметить опасность суицидальных намерений?

Риск суицидальных мыслей, фантазий, намерений и действий существенно зависит от тяжести депрессии. Поэтому задача близких – вовремя заметить саму депрессию, убедить больного обратиться за медицинской помощью и предотвратить утяжеление состояния. Медикаментозное лечение уже само по себе снижает риск появления суицидальных намерений.

Очень важно внимательно следить за изменениями состояния больного. На возможность совершения суицидальной попытки могут указывать повторяющиеся высказывания больного на тему того, что вся его прошлая жизнь насыщена ошибками и неудачами; что он сам виноват в таком своем состоянии; что ему лучше было бы совсем не родиться; что желал бы заснуть и не проснуться. Всё перечисленное относится к этапу так называемой пассивной суицидальности, когда человек еще не вполне осознает направленность своих

высказываний. Однако ждать уже нельзя – больного в состоянии депрессии с такого рода высказываниями необходимо срочно проконсультировать у психиатра и решить вопрос о госпитализации в психиатрический стационар, где возможно обеспечить интенсивное лечение и профессиональное наблюдение. Действия родственников должны быть решительными, иначе человека можно потерять.

Неотложная госпитализация тем более показана в случаях, если больного застали за теми или иными приготовлениями к осуществлению суицидальных намерений – написанием прощального письма, выбором средств реализации грозных планов. Нельзя откладывать проблему до утра – времени уже нет. Не бойтесь оскорбить родственника мерами недобровольного характера – ведь выйдя из депрессии, он будет благодарен за то, что Вы предупредили непоправимое. Нужно помнить, что риск совершения суицидальных действий особенно велик в ранние утренние часы, когда бдительность окружающих притуплена.

4. Несколько лет назад моей дочери поставили диагноз «маниакально-депрессивный психоз». Расскажите об этом заболевании.

Под термином «маниакально-депрессивный психоз» (в настоящее время используется термин «*биполярное аффективное расстройство*») во многих психиатрических школах и в том числе отечественной понимают заболевание, которое проявляется приступами расстройств настроения (депрессии или мании) и которое не приводит к изменениям личности. В целом это заболевание имеет благоприятный прогноз, так как сколько бы приступов больной ни перенес, каких-либо изменений его личности вне приступа болезни не ожидается. Заболевание может проявляться только приступами депрессии, которые длятся от нескольких недель до нескольких месяцев (в среднем 5 месяцев). У разных больных депрессии развиваются с разной частотой: у одних светлый промежуток между приступами (интермиссия) может длиться годами, у других более короткий – несколько месяцев, так что депрессия развивается каждый год. Встречаются и крайние варианты: известны случаи, когда болезнь проявляется единственным приступом в жизни, но в то же время есть наблюдения непрерывного течения заболевания, когда депрессии носят затяжной характер, растягиваясь на годы, с короткими светлыми промежутками. У некоторых, помимо депрессии, может развиваться маниакальная фаза заболе-

вания (см. ответ на вопрос 1 – о мании). Без лечения маниакальное расстройство может длиться несколько месяцев и затем смениться периодом нормального настроения.

Легкие – более сглаженные формы маниакально-депрессивного психоза называют *циклотимией*. Если болезненные колебания настроения всегда направлены в сторону снижения и периоды приподнятости отсутствуют, то расстройство принято обозначать как *дистимия*.

Изучение причин данного заболевания в настоящее время сконцентрировано на биохимических исследованиях (установлено наличие в организме больных депрессией определенных биохимических нарушений), генетических исследованиях (установлено, что при наличии у близкого родственника аффективного расстройства риск заболеть существенно повышается) и на оценке роли семьи, факторов окружающей среды.

5. Моя дочь перенесла два приступа депрессии за последние два года. Первый длился 2 месяца, второй – 6 месяцев. Может ли приступ депрессии повториться?

Да, вероятность развития следующего приступа депрессии существует, поэтому после нормализации эмоционального состояния человека в настоящее время принято проводить поддерживающую терапию еще на протяжении нескольких месяцев, а порой и лет. При этом дозы лекарств могут быть минимальными, однако это позволяет предупредить очередной приступ депрессии, который на несколько месяцев в буквальном смысле выключает больного из нормальной жизни, не говоря уже о его крайне тягостных ощущениях, а порой и с трудом переносимых страданиях.

6. Нужна ли поддерживающая терапия с целью профилактики очередного приступа депрессии, если они повторяются каждые 2–3 года?

Правильнее решить этот вопрос совместно с лечащим врачом. Все зависит от того, насколько тяжела развивающаяся депрессия, и как долго она длится. Профилактическая терапия способна предупредить развитие очередного приступа или уменьшить тяжесть уже развившейся депрессии. Ответить на вопрос, нужна ли поддерживающая терапия или нет, можно, только зная подробности течения депрессии у конкретного больного.

7. Как лучше лечить депрессию – с использованием лекарств (антидепрессантов) или прибегая к помощи психотерапевтов?

Если речь идет о депрессии при маниакально-депрессивном психозе, то нужно иметь в виду, что биологической основой этого заболевания является периодическое изменение работы головного мозга и организма в целом на биохимическом уровне, т.е. на уровне обмена веществ. Поэтому назначение медикаментозных препаратов, оказывающих нормализующее влияние на биохимическом уровне, является основой лечения таких депрессий. Медикаментозное лечение позволяет с довольно высокой вероятностью добиться наиболее быстрого эффекта. Роль психотерапевтического метода оказания помощи таким больным активно обсуждается. Исследования показывают, что использование психотерапии у больного с депрессией возможно, но предсказать, каким быстрым окажется эффект, очень трудно. Дело в том, что результативность психотерапии определяется многими факторами – особенностями личности больного, квалификацией психотерапевта, особенностями депрессивного состояния. Во многих случаях оптимальным представляется сочетание обоих методов, особенно, когда депрессивный приступ спровоцирован психотравмирующими обстоятельствами.

8. Мой сын на протяжении нескольких месяцев принимает антидепрессанты. Может ли у него сформироваться зависимость от них?

Риск развития зависимости от лекарственного препарата имеется, когда препарат аналогично алкоголю способен вызывать эйфорию (повышенное настроение, безмятежность, беспечность, не сопровождающиеся выраженным речевым и двигательным возбуждением). В мире признано, что антидепрессанты не вызывают эйфории, и, следовательно, зависимости. Вместе с тем существует определенное правило назначения и отмены некоторых антидепрессантов (например, amitriptyline, meprobamate, anafранила, лудиомила) – это постепенное увеличение дозы препарата вплоть до лечебной дневной и такое же плавное уменьшение при возможности его отмены. Это правило обусловлено особенностями метаболизма препарата в организме и механизмами его действия в головном мозге.

Немного о невротических расстройствах

«Дочери моей приятельницы 20 лет. Она переживает длительную разлуку с молодым человеком – он ушел в армию. Первое время девушка очень скучала, волновалась за него, ей казалось, что он не вернется к ней. Через несколько месяцев у нее ухудшился сон, стало переменчивым настроение и неожиданно появилась боязнь поездок в метро, что сопровождалось сильным сердцебиением и страхом удушья. Она обратилась к терапевту по месту жительства, он направил ее к психиатру».

Терапевт принял верное решение. Скорее всего, у дочери Вашей знакомой невротическое расстройство. Мы думаем, что при хорошо подобранном лечении ее состояние улучшится. Но самым лучшим лекарством будет возвращение ее друга.

Как Вы поняли, в этом разделе мы ответим на вопросы о невротических расстройствах. Сегодня это очень распространенная патология.

1. Что такое невроз?

В повседневной жизни мы часто употребляем понятие «невроз», предполагая при этом любую реакцию человека на неприятную, тягостную для него ситуацию. Это не совсем правильно. Сегодня этот термин отошел в прошлое и применяется лишь в повседневной психиатрической практике. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) для обозначения таких состояний используется термин **«невротическое расстройство»**.

Невроз – собирательный термин для характеристики психических расстройств, объединенных рядом признаков. Во-первых, это функциональные расстройства, то есть не сопровождающиеся органическими изменениями головного мозга; во-вторых, при них человек не утрачивает контакта с реальной действительностью, сохраняет критическое отношение к болезни, а также способность руководить своими действиями, поведением. В-третьих, для невротических расстройств характерно их различимое начало. Основной причиной возникновения невротических расстройств является психическая травма. Среди способствующих развитию того или иного невротического расстройства причин большое значение имеют склад лично-

сти и социальные факторы. Проявления этих расстройств многообразны, динамичны и – что очень важно – обратимы.

Что еще характерно для таких состояний? Практически всегда при них имеются вегетативные и соматические проявления: боли в сердце и других органах, учащенное сердцебиение, чувство удушья, ползания мурашек по телу, нарушения сна, потливость, ощущения то жара, то холода и др. Человек стремится к преодолению ситуации и болезненной симптоматики: – они тягостны для него, он хочет от них избавиться.

Невротические расстройства чаще возникают у людей с определенными личностными чертами, такими как замкнутость, робость, тревожность, педантичность и пр. В МКБ-10 выделено большое число невротических расстройств: тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, неврастения и ряд других.

2. Насколько распространено это заболевание?

Говоря о распространенности невротических расстройств в населении, обычно в литературе называют цифру 2–2,5%. С возрастом этот процент увеличивается: среди больных преобладают женщины (до 70%).

3. Какая психическая травма может вызвать невротическое расстройство?

Возникновение невротических расстройств может быть прямо или опосредованно связано с очень большим числом психических факторов: это смерть близкого, тяжелая болезнь ребенка, развод, конфликт на работе, сексуальная неудовлетворенность, измена, предательство и многое другое. Очень часто то или иное невротическое расстройство развивается не сразу после психической травмы, а спустя некоторое время, когда человек осознал, осмыслил неблагоприятную ситуацию и оказался не способным адаптироваться к новым условиям. Чаще расстройство формируется, если психическая травма является продолжительной, хронической (например, длительная болезнь близкого человека).

4. Расскажите более подробно о невротических расстройствах.

Невротические расстройства – обширная группа состояний. В рамках нашего небольшого пособия рассмотрим лишь некоторые из них:

- *диссоциативные (конверсионные) расстройства;*
- *обсессивно-компульсивные расстройства;*

- *тревожные расстройства;*
- *неврастения.*

Диссоциативные (конверсионные) расстройства. До последнего времени, говоря об этих расстройствах, употребляется, как правило, термин «истерия». Воспользуемся этим удобным собирательным термином.

Проявления истерических расстройств наиболее многообразны и изменчивы. «Истерия – это хамелеон, который беспрестанно меняет свой цвет». Истерия может принимать вид самых разных болезней.

Человек, страдающий истерическим расстройством, очень впечатлителен. Увидев какое-либо проявление болезни у других, он может ощутить такое же и у себя. Эти больные делают акцент на особой исключительности своих страданий – «ужасные», «непереносимые» боли, «сотрясающий озноб» и т.п. Этим они подчеркивают необыкновенный, неповторимый характер своих страданий.

Обсессивно-компульсивные расстройства. В недавнем прошлом они назывались навязчивостями, Для них характерно следующее:

- ощущение, что они возникают сами по себе;
- полная критика больного к этим расстройствам;
- стремление избавиться от них.

По содержанию обсессивно-компульсивные расстройства могут быть разными: это нежелательные, назойливые мысли, зачастую неприятного содержания; навязчивые размышления, или внутренние дебаты, при которых бесконечно пересматриваются аргументы за и против даже в отношении простейших повседневных действий; навязчивые сомнения, вынуждающие больного помногу раз перепроверять, запер ли он дверь, отключил ли электроприборы и пр.; повторяющиеся, внешне целенаправленные, но при этом бессмысленные поступки (например, мытье рук по двадцать раз в день и более) и т.п.

Тревожные расстройства. Основными признаками этих расстройств являются физические и психологические симптомы тревоги. К психологическим симптомам относят ощущение тревожного предчувствия, беспокойство, повторяющиеся тревожные мысли. В свою очередь тревожные мысли могут быть спровоцированы физическими проявлениями тревоги: например, учащенное сердцебиение может вызывать у больного беспокойство и тревожные мысли о наличии у него серьезного заболевания сердца. Порой больные с тревожными расстройствами испытывают *приступы паники*, для которых характерны внезапные приступы сильной тревоги с ощу-

щением надвигающейся катастрофы. Такие приступы всегда внезапны, кратковременны и непредсказуемы. Они могут сопровождаться чувством нехватки воздуха, удушьем, болями в грудной клетке, дрожью, страхом смерти.

Неврастения. Для нее характерны быстрая утомляемость, склонность к снижению настроения, частые головные боли, плохое общее самочувствие. Эти симптомы знакомы всем, но у здоровых людей они проходят после отдыха, а у больных неврозом могут длиться месяцы и даже годы.

5. Нужно ли лечить невротические расстройства?

Лечить невротические расстройства необходимо. Ведь даже от той боли, которая проходит сама, хочется избавиться. Но главное состоит в том, что когда человек болен, он неправильно оценивает и себя, и окружающий мир, на всё смотрит сквозь призму своей болезни. В результате он может измениться, приобрести негативные черты характера, которых раньше у него не было. И эти новые черты характера способны серьёзно усложнить жизнь, как самого больного, так и его близких. Жизнь пациента, вовремя обратившегося к квалифицированному специалисту, складывается совсем по-другому: – ведь современная психиатрия обладает мощным арсеналом средств для лечения невротических расстройств.

6. Как помочь близкому, страдающему невротическим расстройством?

Вот несколько советов:

- прежде всего, важно быть внимательным к близкому человеку;
- ни в коем случае не ограничиваться советами типа «пора взять себя в руки»;
- нельзя упрекать такого больного в слабости. Невротическое расстройство – не слабость, а болезненное состояние;
- постараться избавить своего близкого от горя или действия других психотравмирующих факторов;
- очень важно настроить близкого на лечение, убедить обратиться к врачу.

Как лечить психические заболевания?

1. Расскажите о существующих методах лечения психических заболеваний.

Все методы лечения (терапии) психических заболеваний можно разделить на три группы: методы *биологического* воздействия, методы *социо-терапевтического* воздействия и разнообразные виды психотерапии.

Они не только не исключают друг друга, но наоборот, наилучших результатов лечения можно достичь лишь при их совместном, комбинированном применении.

К *биологическим* методам относят терапию лекарственными средствами, а также инсулинокоматозную, электросудорожную и разгрузочно-диетическую терапию.

Методами *социо-терапевтического* воздействия являются психосоциальные воздействия, а также трудовая реабилитация.

Важным разделом психосоциальных воздействий являются тренинги навыков управления болезнью. Это специальные занятия, направленные на осознание больным важности участия в собственном лечении. Больному помогают проанализировать, с чего у него начинается обострение болезни, с каких известных и заметных только ему изменений своего функционирования у него начинает ухудшаться психическое состояние. Важно развить у больного навык самонаблюдения и умение вовремя – гораздо раньше, чем это заметят близкие, а тем более окружающие или лечащий врач, прибегнуть к необходимым мерам: принять лекарство, сообщить врачу о наступающем ухудшении состояния и обсудить с ним схему лечения, изменить режим труда и отдыха.

2. Что такое психотерапия и кто такой врач-психотерапевт?

В самом общем виде *психотерапию* можно понимать как психологическое вмешательство, направленное на помощь в разрешении эмоциональных, поведенческих и межличностных проблем.

Известно как минимум около 450 видов психотерапии. В зависимости от применяемых подходов целью психотерапии могут быть выяснение и разрешение внутренних конфликтов и проблем; изменение поведенческих стереотипов, приводящих к конфликтам; изменение мышления как механизма возникновения проблем; переосмысление жизненного опыта. Кроме этого, есть подходы, ориентированные на полный охват проблем и помощь в их решении.

При проведении психотерапии больным с психозами, например с шизофренией, главными задачами являются научение или восстановление утраченной способности находиться в обществе других людей и свободно общаться с ними, учитывать присутствие других людей и их интересы; развитие способности совладания с негативными чувствами и переживаниями; осознание своих потенциальных возможностей.

Психотерапия может проводиться при амбулаторном приеме пациента, в стационаре и в дневном стационаре, т. е. на всех этапах его лечения. Различают индивидуальную и групповую психотерапию. Как правило, длительность индивидуального занятия 45–60 минут, группового – от 30 минут до 1,5 часов, частота занятий – от нескольких в неделю до одного в месяц, длительность курса лечения – от нескольких занятий и до открытого срока окончания.

Перечислим наиболее часто применяемые методы психотерапии: арттерапия, или лечение творчеством; аутогенная тренировка (формирование навыков саморегуляции организма); гипнотерапия; игровая психотерапия; музыкотерапия; психодрама; рациональная (разъясняющая, психотерапия убеждением); семейная.

Врач-психотерапевт – это специалист с высшим образованием (медицинским или психологическим), прошедший специальную подготовку в области теоретических основ психотерапии и владеющий практическими навыками, т.е. психотерапевтическими методиками. Подготовка в области психотерапии (после получения базового медицинского или психологического образования) требует 2–5 лет.

3. Что такое семейная психотерапия?

Семейная психотерапия представляет особый вид психотерапевтического воздействия, когда лечение пациента осуществляется в семье и при помощи семьи. Специально обученный опытный специалист проводит «сеансы семейной терапии», во время которых члены семьи обсуждают ее жизненные проблемы и способы их решения. Часто используются ролевые игры. Этот вид терапии имеет целью помочь родственникам достичь взаимопонимания с больным или научиться неконфликтным способам реагирования на трудности, порожденные наличием психического заболевания у члена семьи.

Некоторые родители высказывают опасения, что терапевтические сеансы, в которые вовлекаются все члены семьи, могут подорвать их авторитет. На это можно ответить следующим образом: семейная терапия построена на принципе равного уважения ко всем членам семьи. При разборе семейных проблем признается и тот

факт, что время от времени семьи допускают ошибки и поступают нежелательным образом по отношению к больному.

В процессе семейной психотерапии выявляются и по возможности корректируются сложившиеся стереотипы неправильных взаимоотношений, которые способны оказывать негативное влияние на течение психического заболевания у больного.

4. Что подразумевается под реабилитацией психически больного?

Реабилитация – это процесс восстановления у больного социальных или профессиональных навыков, в той или иной степени утраченных за время болезни. Даже у психически здорового человека после перерыва в работе, скажем месяца на два при возвращении к прежнему режиму активности возникают сложности – нужно ежедневно вставать рано, совмещать работу с домашними обязанностями, взаимодействовать с незнакомыми людьми в таких ситуациях как покупка продуктов в магазине, получение талона к врачу в поликлинике, оплата коммунальных услуг в банке и пр. Что уж тогда говорить о тех, кто проводит не один месяц в больнице в условиях «закрытых дверей», часто лишен какой-либо ответственности и активности в этот период, а, кроме того, по природе своей болезни имеет тенденцию к изоляции от окружающих! Этим людям требуется продуманная и планомерная программа «вхождения в жизнь» заново, ресоциализация как говорится «мелкими шагами», начиная с восстановления навыка ходить в магазин за хлебом, пользоваться городским транспортом, элементарно самостоятельно выходить из дома на прогулку. Чтобы облегчить сложный и многоступенчатый процесс реабилитации должны проводиться специальные мероприятия непосредственно перед выпиской пациента из больницы, так и в первое время после выписки. К таким мероприятиям относятся восстановление навыков самообслуживания, развитие навыков повседневной жизни, улучшение навыков общения, восстановление трудоспособности, различные виды психотерапии и пр.

В настоящее время в процесс реабилитации человека, имеющего проблемы с психическим здоровьем, принято вовлекать его близких, особенно тех, с кем он вместе живет. Это объясняется тем, что, с одной стороны, проблемы с психическим здоровьем у одного из членов семьи влияют на психологическое самочувствие его близких, вызывая тревогу, печаль, ощущение вины. С другой стороны, показана связь между продолжительностью ремиссии у пациентов, вы-

писанных из стационара, с обстановкой в семье, в частности, с выраженностью так называемой эмоциональной экспрессии и вовлеченности: насколько бурно принято проявлять в семье эмоции (говорить спокойно или кричать друг на друга), как часто звучат в семье претензии и критические замечания друг к другу. Поэтому для облегчения состояния близких психически больного показана психотерапия, в процессе которой они получают поддержку, как от психотерапевта, так и от других людей, столкнувшихся с аналогичной проблемой. На таких занятиях они могут поделиться чувствами, выразить которые больше нигде не удастся по тем или иным причинам, в совместных дискуссиях сформировать для себя более адекватные ожидания от больного, каковые изначально бывают или необоснованно завышенными или, наоборот, заниженными. Кроме того, существуют специальные тренинги понижения эмоциональной экспрессии, необходимые для семей, где этот показатель явно повышен.

5. Для лечения психических расстройств существует очень много лекарственных препаратов. Как научиться в них разбираться?

Это непростой вопрос. Для лечения психических расстройств используется очень много лекарств. Они действуют по-разному, применяются в разных дозах, даже название одного и того же препарата может быть разным, в зависимости от фирмы – производителя. Знание названий лекарств, механизмов их действия, показаний и противопоказаний к применению, побочных эффектов является компетенцией врача-психиатра. Прежде чем назначить лекарство, доктор должен предоставить пациенту или его родственникам основные сведения о нем. Соответствующую информацию можно получить и из листовки-вкладыша, которая всегда имеется в упаковке.

Основной совет: никогда не назначайте и не отменяйте лекарства сами.

Кроме того, родственникам пациентов мы рекомендуем ознакомиться с основными психотропными лекарственными препаратами. Выделяют следующие группы психотропных средств.

- ***Нейролептики (антипсихотики)*** – самая многочисленная группа препаратов, основная при лечении психических нарушений. Первый представитель этой группы – аминазин – был впервые применен во Франции в 1952 г. Нейролептики, как доказано испытаниями во всем мире, могут быть очень эффективными при лечении

большинства случаев шизофрении, а также маниакальных и депрессивных расстройств. Препараты, относящиеся к данной группе, положительно влияют на проявления психозов: уменьшают галлюцинации, бред, возбуждение, а также оказывают седативное действие (уменьшают чувство тревоги, страха). К препаратам класса нейролептиков относятся аминазин, тизерцин, галоперидол, стелазин (трифтазин), этаперазин, сонапакс, хлорпротиксен и многие другие. Два давно применяемых в психиатрической практике препарата называются атипичными нейролептиками – это азалептин (лепонекс) и эглонил. В последние годы появились препараты нового поколения, которые также относятся к атипичным нейролептикам: рисперидон (рисполепт), клопиксол, флюанксол, оланзапин (зипрекса), кветиапин (сероквель). Атипичными их назвали потому, что при назначении, особенно в малых дозах, они реже вызывают экстрапирамидные побочные эффекты (см. ниже). В отличие от своих предшественников эти средства не только действуют на бред, галлюцинации, но также обладают способностью стабилизировать эмоциональную сферу, уменьшать депрессивный компонент состояния, что приводит к уменьшению пассивности, улучшает самочувствие. В первые годы применения этих препаратов было принято говорить о сглаживании ими негативной симптоматики, но в настоящее время подобные высказывания стали более сдержанными, а активизацию пациентов нередко объясняют вышеприведенным механизмом влияния на депрессивный компонент состояния.

- **Антидепрессанты.** Как следует из названия данной группы препаратов, они влияют на депрессию в целом, нормализуют патологически сниженное настроение. Назовем две группы антидепрессантов, наиболее широко используемых для лечения расстройств настроения: *трициклические антидепрессанты* – amitриптилин (триптизол), имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил); *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина* – флуоксетин (прозак, профлузак), пароксетин (паксил), золофт (сертралин, стимулотон). В настоящее время в клинической практике широко используются и такие препараты, как тианептин (коаксил), ремерон и др. Нередко антидепрессанты назначаются в комбинации с препаратами других групп, нейролептиками или транквилизаторами.

- **Транквилизаторы:** элениум, реланиум (седуксен), феназепам, радедорм, ивадал, рудотель (мезапам), ксанакс (альзолам), лорафен (лоразепам) и др. Препараты этой группы оказывают успокаивающее действие, уменьшают эмоциональную напряженность,

тревогу, страх непсихотического происхождения, нарушения сна. Чаще всего данные средства не являются основными при лечении затяжных расстройств. Нередко их добавляют к препаратам других групп (нейролептикам или антидепрессантам) для усиления успокаивающего действия или для коррекции определенных побочных эффектов основных препаратов.

- **Ноотропы:** ноотропил (пирарцетам), пиридитол (энцефабол), глицин, гаммалон (аминалон), пикамилон и др. Они влияют на обмен веществ в нервных клетках, защищают мозговые клетки от повреждения при недостаточном снабжении кислородом, отравлениях, механической травме; кроме того, они улучшают внимание, запоминание. В некоторых случаях эти препараты назначают для коррекции побочного действия нейролептиков. Но их также следует принимать только по рекомендации и под наблюдением врача, поскольку у некоторых больных эти препараты могут провоцировать ухудшение состояния.

- **Стимуляторы:** активируют интеллектуальную и двигательную деятельность. При лечении неврастении ограниченное применение находят биогенные стимуляторы растительного и животного происхождения – настойка женьшеня, китайского лимонника и пр. В других случаях, особенно при шизофрении или маниакально-депрессивном психозе, эти препараты практически не используются, так как их применение может вызывать обострение симптоматики.

- **Нормотимики (стабилизаторы настроения):** карбамазепин (финлепсин, тегретол), депакин (вальпроат натрия), лития карбонат служат для профилактики приступов аффективных (эмоциональных) расстройств, удерживают эмоции в ровном состоянии.

- **Корректоры побочного действия лекарств:** устраняют или уменьшают нежелательное воздействие лекарственных препаратов. Чаще всего для коррекции побочных эффектов нейролептиков применяются циклодол, акинетон, анаприлин (обзидан), транквилизаторы.

6. Какие побочные эффекты может вызвать применение лекарственных препаратов? Не опасно ли их использование?

Для разных групп лекарственных препаратов эти эффекты неоднородны.

Наибольшее количество побочных действий вызывают *нейролептики*. Эти эффекты в целом называют *нейролептическим синдромом*. Основные проявления его состоят в следующем.

В первые часы и дни терапии возможно развитие так называемых *мышечных дистоний* – спастического сокращения мышц какой-либо группы, чаще на одной стороне тела. Нередко такие сокращения охватывают мышцы шеи, языка, жевательные, глазодвигательные мышцы. Как правило, больные пугаются этих неожиданных проявлений, но сами расстройства довольно легко устранимы (циклодол 1–2 таблетки, димедрол 1 таблетка, любой транквилизатор – феназепам или реланиум 1 таблетка под язык, пирацетам 2–4 капсулы внутрь, кофеин или крепкий чай).

В процессе приема нейролептиков в течение недель или месяцев возможно появление симптомов так называемого *«лекарственного паркинсонизма»* – также обратимого явления при назначении адекватных доз корректора. Лекарственный паркинсонизм может проявляться мышечной скованностью, замедлением походки, обеднением мимики, тремором (дрожанием) в конечностях, сальностью кожных покровов, а также *акатизией* – неусидчивостью. При акатизии больной постоянно ерзает на стуле или двигает ногами, перекатывая ступни с пяток на носок и обратно, в более выраженных случаях не способен долго усидеть на одном месте, ходит, не может лежать в одной позе, крутится в постели. Этому сопутствует переживание постоянного дискомфорта. Все перечисленные побочные явления устраняются приёмом циклодола, а акатизия – назначением транквилизаторов или (при отсутствии противопоказаний!) анаприлина.

В отдаленном периоде длительного приема нейролептиков могут выявляться *поздние дискинезии* – стереотипные движения мышц рта, языка или конечностей. Борьба с этими симптомами сложнее; медики продолжают поиск способов помощи при таких проявлениях. Назначают анаприлин, блокаторы кальциевых каналов, транквилизаторы, ноотропы. Основной мерой профилактики поздних дискинезий остаются избегание быстрых изменений доз принимаемых нейролептиков и их адекватность.

Помимо проявлений лекарственного паркинсонизма, у некоторых больных на фоне приема нейролептиков наблюдается заметная прибавка в весе, что в ряде случаев делает неприемлемым продолжение использования данного препарата. Этот побочный эффект чаще развивается при назначении атипичных нейролептиков.

Наблюдаемое у некоторых больных при приеме нейролептиков изменение гормональной функции, в том числе нагрубание грудных желез у мужчин и синдром лактореи-аменореи у женщин, обратимо при уменьшении дозы или смене нейролептика. Лекарственная аме-

норея не предполагает какой-либо коррекции, особенно с помощью гормональных препаратов, которые могут обострить симптоматику психического заболевания.

Применение *трициклических антидепрессантов* может вызвать затруднение мочеиспускания, обострение глаукомы, нечеткость зрения, запоры, прибавку в весе, сухость во рту и другие побочные реакции. У современных антидепрессантов из группы *селективных ингибиторов обратного захвата серотонина* побочные действия менее выражены, к ним относятся тошнота, сухость во рту, головные боли, головокружение, нервозность и др.

При назначении *транквилизаторов* возможны нарушение координации движений, нарушение внимания, снижение памяти, сонливость и др. Наиболее опасным побочным действием транквилизаторов является привыкание вплоть до формирования зависимости, когда больному уже трудно обходиться без этих лекарств.

Препараты других групп также могут вызывать побочные реакции.

Любое лекарственное средство небезразлично для организма. Но те проявления болезни, от которых избавляют лекарства, также очень опасны и тяжелы. Чтобы свести к минимуму опасность применения лекарств, необходимо помнить о важнейшем: ***только врач может назначить или отменить препарат.***

Часть II

Полезная информация

Часто нам задают вопросы: зачем нужны общественные организации в психиатрии? могут ли члены семей психически больных сами создать общественную организацию и официально ее оформить? В данном разделе мы попытаемся рассказать об этом, а также познакомить Вас с основными направлениями работы уже существующих и успешно работающих общественных организаций.

Для создания и развития общественных организаций могут быть использованы различные пути. В большинстве случаев инициаторами их создания группы являются либо сами люди, затронутые общей проблемой, либо работающие с ними специалисты (например, медицинские или социальные работники), которые видят необходимость в дополнительной морально-психологической поддержке своих клиентов или их близких. Со временем неформальная группа людей может превратиться в организацию с собственным юридическим статусом или стать структурной частью существующего общественного объединения.

Возможны разные способы существования такой группы. У каждого из них есть свои плюсы и минусы. Это следующие способы:

- создание общественной организации с последующей ее регистрацией;
- создание общественной организации без регистрации;
- осуществление совместной деятельности без создания организации.
- вхождение в состав некоммерческой организации.

Выбор формы существования организации зависит от масштабов ее деятельности и, прежде всего, от планов финансового развития.

Если Вы предполагаете вести относительно обособленную жизнь, не заниматься поиском пожертвований, не подавать заявок на гранты, не обращаться с предложениями к городским или федеральным властям, то следует избрать самый простой вариант – существовать как неформальная группа, без каких бы то ни было процедурных проблем.

Если группе единомышленников тесно или неудобно в том помещении, где они собираются, например, на квартире какой-то семьи, и она хочет иметь для своей работы нежилое помещение, подать заявку на грант или найти понимание у спонсоров, то имеет смысл задуматься над поиском партнера для сотрудничества.

Если же группа финансово крепко стоит на ногах, ведет разнообразную деятельность, то у нее наверняка найдутся силы, возможности и средства для полностью самостоятельного и признанного государством существования. В этом случае неизбежно назреет вопрос о необходимости официальной регистрации общественной организации.

Сейчас в Москве работает уже немало общественных организаций, связанных с проблемами психического здоровья. Ниже мы предоставим краткую информацию деятельности некоторых из них, адреса и телефоны.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФЕССИОНАЛОВ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Благотворительный горнолыжный центр детей-инвалидов «Снежок»

Региональная общественная организация инвалидов. Проводятся занятия горнолыжным спортом с детьми-инвалидами, имеющими повреждения опорно-двигательного аппарата вследствие ДЦП, а также с детьми, страдающими аутизмом, олигофренией и воспитанниками детских домов.

Руководитель: Миненков Борис Васильевич.

Адрес: г. Москва, ул. Крылатские холмы, Горнолыжная база «Лато-Трек»

Телефон: 131-43-02

Благотворительный фонд помощи родственникам душевнобольных

Оказывает помощь в экстренных ситуациях по уходу за психически больными или пожилыми больными в период отсутствия их родственников (в течение дня, нескольких часов); информационную поддержку семей психически больных.

Руководитель: Зотова Наталья Дмитриевна.

Адрес: г. Москва, 1-й Краснокурсантский проезд д. 1/5 кв. 101

Телефон: 362-46-08, 8-906-085-84-47

«Вера и свет»

Общественная организация

Оказывает психологическую поддержку умственно отсталым детям разных возрастных групп и их родственникам. Основные формы деятельности: организация общения и праздничных встреч. В летний период организуются выезды детей и родителей в подмосковные лагеря, где работают кружки по интересам и досуговая программа. Помощь организована инициативной группой родителей.

Руководитель: Хазанова Ирина Владимировна.

Адрес: г. Москва, ул. Баркляя, д. 16, корп. 3, кв. 129

Телефон: 255-91-97

Факс: 145-27-35

«Взгляд ребенка»

Региональный благотворительный общественный фонд содействия развитию творчества детей-инвалидов

Осуществляется внедрение методики арттерапии в процесс обучения изобразительному искусству в детских интернатных учреждениях; проводятся выставки детского творчества, фестивали и праздники.

Руководитель: Казак Наталья Владимировна.

Адрес: 109180, г. Москва, ул. Большая Полянка, д. 33/4

Телефон: 607-73-50

Факс: 607-72-6

e-mail: baby@babyglance.ru, www.babyglance.ru

«Добро»

Региональная общественная благотворительная организация

Осуществляет поддержку семей, имеющих детей с аутизмом, включая: консультирование по социальным вопросам, информационную поддержку семей детей инвалидов с синдромом Дауна и другими нарушениями интеллекта.

Руководитель: Морозов Сергей Алексеевич.

Телефоны: 917-37-41, 8-926-819-16-03

«Дорога в мир»

Межрегиональная общественная организация помощи детям с особенностями психо-речевого развития и их семьям

Цель работы – интеграция в общество детей с особенностями психо-речевого развития.

Руководитель: Леонова Елена Ивановна.

Адрес: 117334, г. Москва, ул. Косыгина, д. 5, кв. 264

Телефон: 426-75-00

Факс: 425-60-66

Клуб «Надежда»

Клуб объединяет лиц, страдающих психическим заболеванием, их родственников, профессионалов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, друзей.

Цель работы – преодоления стигмы в отношении людей, страдающих психическими расстройствами, их родных и близких, защита их прав и интересов; взаимная поддержка.

Клуб «Надежда» осуществляет следующие направления работы: предоставление информации о проблемах в сфере психического здоровья и путях их преодоления на сайте www.clubnadezhda.narod.ru; работа на форуме www.clubnadezhda.forum24.ru; подготовка и распространение информационных материалов о проблемах в сфере психического здоровья на бумажных носителях; сбор и распространение информации обо всех существующих формах поддержки психически больных; защита прав и интересов членов клуба; организация для членов клуба различных мероприятий, направленных на повышение качества их жизни и улучшение социального функционирования.

Руководитель: Яковлева Наталья Викторовна.

Адрес: Центр социального обслуживания «Бибирево», г. Москва, ул. Пришвина, 12/2

Телефон: (495) 407-82-94

e-mail: drsnv@yandex.ru

«Ковчег»

Региональная общественная организация инвалидов и родителей инвалидов

Цель работы – интеграция людей с особенностями развития и особыми нуждами в среду здоровых людей. Проводится программа

дошкольного и школьного образования детей с особенностями развития, арттерапия, иппотерапия, работа в мастерских.

Руководитель: Ленартович Александра Михайловна.

Адрес: 111124, г. Москва, ул. Авиамоторная, д. 30 «А»

Тел/факс: 673-11-44 (вт., пятн. с 14.00 до 20.00)

e-mail: sch1321@mtu.net.ru

«Круг»

Региональная общественная организация социально-творческой реабилитации детей и молодёжи с отклонениями в развитии и их семей

Организация объединяет специалистов (педагогов, психологов, врачей, художников, музыкантов), детей с особенностями развития (с ДЦП, аутизмом, шизофренией, олигофренией, синдромом Дауна) и их родителей.

Основная цель деятельности организации – содействие интеграции детей и молодежи с ограниченными возможностями и их семей в культуру и общество.

Проводятся комплексные занятия для детей с особенностями развития и их семей (трехгодичный реабилитационный цикл), индивидуальные и групповые занятия с детьми с глубокими нарушениями; действуют игровые группы, театральная студия, различные мастерские, летний лагерь, родительский клуб.

Проводятся семинары для специалистов.

Руководитель: Попова Наталья Тимофеевна.

Адрес: 123592 Москва, Строгинский бульвар, д. 17, корп. 2

Тел/факс: (095) 758-15-47

e-mail: roo-krug@mtu-net.ru

«Мария плюс»

Региональная общественная организация

Проводятся развивающие занятия в группах инвалидов и здоровых детей, творческие, досуговые программы.

Цель работы – творческая адаптация и интеграция в общество людей с ограниченными возможностями.

Руководители: Асташкина Марина Анатольевна, Срапьян Александр Семенович.

Адрес: 109382, г. Москва, просп. 40 лет Октября, д. 40

Телефон: 351-69-77

«Новые возможности»

Общероссийская общественная организация инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников

Объединяет 49 региональных отделений.

Цель деятельности – осуществление практической помощи инвалидам вследствие психических расстройств для улучшения их положения в обществе, защита их прав и интересов, изменение образа психически больного человека в обществе, оказание взаимной поддержки психически больным и их семьям, предупреждение инвалидности вследствие психических заболеваний. Осуществляются программы: создание рабочих мест для молодых людей с психическими расстройствами, общежития для душевнобольных с реабилитационной программой, системы координационных связей в деятельности региональных отделений ООО «Новые возможности».

Руководитель: Левина Нелли Борисовна.

Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3

Телефон: 963-76-47(по понед. с 15.00 до 18.00)

e-mail: levinan@rol.ru

http: //www.nvm.org.ru

Общество инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов «Салюс»

Региональная общественная организация

Проводятся консультации по медицинским и правовым вопросам, программы социальной и медико-психологической реабилитации, оказывается помощь в организации отдыха во время каникул.

Руководитель: Белова Любовь Михайловна.

Адрес: 129346, г. Москва, ул. Коминтерна, д. 46

Телефон: 475-38-88

Общество инвалидов «Благодать» Региональная общественная организация

Цель работы – объединение усилий инвалидов вследствие психических расстройств и их семей для решения имеющихся у них проблем.

Руководитель: Цветкова Наталья Дмитриевна.

Адрес: 119121, ул. Плющиха, д. 27, кв. 57

Телефон: 300-45-94

«Озон»

Центр психолого-медико-социального сопровождения для детей, подвергшихся жестокому обращению и насилию

Осуществляет помощь детям до 18 лет, подвергшимся жестокому обращению, физическому и сексуальному насилию. Психологическая помощь в разрешении внутрисемейных конфликтов.

Руководитель: Сафонова Тамара Яковлевна.

Адрес: 107066. г. Москва, ул. Нижняя Красносельская, дом 45/17

Телефон: 265-01-18 (по будням с 10.00 до 18.00)

Факс: 265-26-63

«Парус надежды»

Общественная организация

Оказывает помощь детям с нарушением интеллекта, имеющим инвалидность. Имеются обучающие программы.

Руководитель: Зеленцова Лариса Николаевна.

Адрес: г. Москва, ул. Большая Якиманка, д. 15/20, стр. 1

Телефон/факс: 954-67-98

Психологический центр «Вера»

Автономная некоммерческая благотворительная организация

Оказывает психологическую помощь при семейных конфликтах и кризисных состояниях.

Руководитель: Савеличева Вера Леонтьевна.

Адрес: 124489, Зеленоград, корп. 601

Телефон: 534-17-85

Тел./факс: 535-02-72

«Радуга»

Региональная благотворительная общественная организация

Оказывает бесплатную помощь лицам в возрасте до 26 лет, имеющим инвалидность с диагнозом детский церебральный паралич, олигофрения и шизофрения. В организации имеются мастерские, в которых создаются условия для реализации творческих способностей.

Руководитель: Дмитриева Валентина Георгиевна.

Адрес: г. Москва, ул. Трофимова, д. 11, кв. 33

Телефон: 679-55-30

Факс: 679-55-30

**Реабилитационный художественный центр
«Дети Марии»
Региональная общественная организация**

Цель работы – социальная, интеллектуальная и психологическая реабилитация, содействие социальной адаптации детей с недостатками развития.

Проводятся занятия живописью и другими видами творчества для детей с недостатками развития и детей-сирот, оказывается помощь в выборе и получении профессии.

Руководитель: Елисеева Мария Леонидовна.

Адрес: 130031, г. Москва, Дмитровский переулок, д. 2/10

Телефон: 692-48-70

«Родник»

**Региональная общественная организация помощи детям,
подросткам и взрослым, имеющим инвалидность**

Оказывает помощь детям с глубокой умственной отсталостью. Основная форма деятельности – платные образовательные программы.

Руководитель: Волжина Анна Евгеньевна.

Адрес: г. Москва, ул. Автозаводская, д. 9/1

Телефон: 675-10-03

Факс: 958-85-38

«Сёстры»

**Независимый благотворительный центр помощи
пережившим сексуальное насилие**

Оказывает бесплатную психологическую, медицинскую и юридическую помощь, пережившим сексуальное насилие.

Руководитель: Мухова Мария.

Адрес: 127560, Московский а/я 76

Телефон: 901-02-01(по будням с 10.00 до 20.00)

**Учебный центр «Дом детского творчества»
Негосударственное образовательное учреждение**

Цель работы – социальная и психологическая адаптация и реабилитация детей, в том числе и с ограниченными возможностями через дополнительное гуманитарное образование. Проводятся кон-

сультации психолога, музыкальные занятия, занятия в художественной студии. Действуют клубы общения для детей и родителей.

Руководитель: Сягаева Елена Георгиевна.

Адрес: 121609, г. Москва, Осенний бульвар, д. 7, корп. 2

Телефон: 413-00-84

«Центр лечебной педагогики» Общественная негосударственная организация

Оказывает помощь детям до 15 лет с тяжёлыми нарушениями психического развития, такими как аутизм, генетические нарушения, органические поражения центральной системы. Консультации новорожденных. Помощь оказывают профессионалы-педагоги, психологи, логопеды, врачи, арттерапевты, массажисты, инструкторы по лечебной физкультуре, игротерапевты.

Руководитель: Битова Анна Львовна.

Адрес: 117311, г. Москва, ул. Строителей, д. 176

Телефон/факс: 131-06-83

Центр инвалидов «Пеленг» Региональная общественная организация

Осуществляет программы социальной, творческой и физической реабилитации и адаптации инвалидов разного возраста (включая лиц с болезнью Дауна, олигофренией и аутизмом).

Руководитель: Крейндлин Леонид Эммануилович.

Адрес: 125167, Москва, Ленинградский проспект, дом 45, корп. 3, кв. 275

Телефон/факс: 198-69-78

Центр профессионально-творческой реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства «Преодоление-Л» Региональная общественная организация

Цель работы – профессионально-творческая реабилитация детей-инвалидов, инвалидов с детства, детей-сирот, детей из малообеспеченных семей.

Действуют разнообразные творческие студии, проводится профессиональная подготовка инвалидов.

Руководитель: Иванова Лидия Борисовна.

Адрес: 113906, г. Москва, Союзный проспект, д. 4, подъезд 8

Телефон: 301-61-50

«Центр социализации молодых инвалидов»

Автономная некоммерческая благотворительная организация

Цель работы – реабилитация и социально-трудовая адаптация детей-олигофренов и детей-инвалидов с другими сложными нарушениями интеллекта. Проводятся программы с использованием психолого-педагогических и игровых развивающих технологий, а также программы трудового воспитания. Спортивные занятия, консультации для родителей.

Руководитель: Баскаков Андрей Георгиевич.

Адрес: 109156, г. Москва, Хвальныйский бульвар, д. 7/11 (1 этаж)

Телефон: 700-74-96

Центр социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье»

Региональная благотворительная общественная организация

Осуществляет социально-психологическую и информационную поддержку психически больных и членов их семей, а также проводит мероприятия по их психосоциальной реабилитации. Объединяет в своих рядах специалистов в области психического здоровья, а также людей, страдающих психическими расстройствами, и их родственников. Действуют программы психиатрического просвещения, по развитию навыков независимой жизни, оказывается консультативная и психологическая помощь. Проводится досуговая программа. Работает Клуб и реабилитационный центр.

Руководитель: Ястребов Василий Степанович.

Исполнительный директор: Солохина Татьяна Александровна.

Адрес: г. Москва, Загородное шоссе, д. 2, корп. 2

Телефон: 952-88-50

Факс: 952-92-01

E-mail: vsyastrebov@gmail.com tama_sol@live.ru

«Ярославна»

Центр психологической помощи женщинам

Осуществляет психологическую помощь женщинам в кризисной ситуации.

Руководитель: Пашина Альбина Ханифовна.

Адрес: г. Москва, ул. Ярославская, д. 13

Телефон: 682-84-50

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Российское общество психиатров (РОП)

Является одной из первых отечественных общественных организаций в области психического здоровья. Объединяет всех специалистов, работающих в психиатрии. Основные задачи – координация научной, организационной и практической работы региональных общественных психиатрических ассоциаций, осуществление международного сотрудничества. В последние десятилетия – проведение реформ в отечественной психиатрической службе, определение национальной политики в области психического здоровья, разработка перспектив дальнейшего развития службы.

Руководитель: Краснов Валерий Николаевич.

Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3

Телефон: 963-76-26

Независимая психиатрическая ассоциация (НПА)

Оказывает бесплатно консультативную медицинскую и юридическую помощь душевнобольным, права которых были нарушены при оказании психиатрической помощи, а также их семьям. Для профессионалов организует платные тематические семинары-тренинги.

Руководитель: Савенко Юрий Сергеевич.

Адрес: г. Москва, Ленинградский проспект, 47, офис: 904

Телефон: 221-41-63

Факс: 221-41-62

Независимая ассоциация детских психиатров и психологов

Оказывает бесплатно помощь душевнобольным и их семьям, а также лицам в кризисной ситуации и трудным подросткам. Предоставляет необходимую информацию, оказывает психологическую, психотерапевтическую помощь, а также осуществляет юридическую защиту. Имеются реабилитационные программы, направленные на социальную адаптацию.

Руководитель: Северный Анатолий Алексеевич.

Телефон: 251-43-06

**«Общественные инициативы в психиатрии»
Региональная общественная организация**

Содействует развитию общественных инициатив и программ, направленных на улучшение качества жизни лиц с нарушениями психического здоровья. Оказывает помощь в создании общественных организаций среди психически больных и их родственников, а также среди профессионалов. Осуществляет информационную деятельность по проблемам психического здоровья. Способствует получению бесплатной юридической помощи лицам с нарушением психики.

Руководитель: Ротштейн Владимир Григорьевич.

Адрес: г. Москва, Средняя Калитниковская ул., д. 29

Телефон: 670-85-20

**Московское городское отделение
Российского Красного Креста**

Оказывает помощь по рекомендации врача-терапевта. Осуществляет поддержку одиноких пожилых жителей и инвалидов с сосудистыми нарушениями и психическими расстройствами старческого возраста. Имеются бюджетные и платные палаты Красного Креста для госпитализации в стационарах, аптека, пункт проката предметов ухода за больным, центр реабилитации детей, попавших в кризисную ситуацию.

Руководитель: Дорофеева Надежда Алексеевна.

Адрес: 119034, г. Москва, Большой Левшинский пер, д. 6/2, строение 1

Телефон: 143-63-75, 363-20-32

6	Управление здравоохранения Северного административного округа 125284, г. Москва, ул. Поликарпова, д.4 Начальник лечебного отдела Горячая линия	946-11-09 946-11-00
7	Управление здравоохранения Северо-Восточного административного округа 127322, г. Москва, ул. Яблочкова, д.27 Зам. начальника управления по медицинской помощи	610-65-20 610-22-50
8	Управление здравоохранения Восточного административного округа 111141, г. Москва, Зелёный просп., 6, корп. 1 Зам. начальника управления по медицинской помощи	368-01-51 368-02-11
9	Управление здравоохранения Юго-Восточного административного округа 109443, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 113, корп. 5 Зам. начальника управления по медицинской помощи	177-00-48 177-22-00
10	Управление здравоохранения Южного административного округа 113587, г. Москва, Варшавское шоссе, д. 116 Зам. начальника управления по медицинской помощи	318-47-71 318-00-11
11	Управление здравоохранения Юго-Западного административного округа 117292, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 16/10 Зам. начальника управления по медицинской помощи	125-62-00 125-33-75 124-45-47
12	Управление здравоохранения Западного административного округа 119620, г. Москва, ул. Богданова, д. 50 Зам. начальника управления по медицинской помощи	439-44-02 435-03-97

13	Управление здравоохранения Северо-Западного административного округа 123362, г. Москва, ул. Долгова, д. 5 Зам. начальника управления по медицинской помощи	491-55-93 491-55-93
14	Управление здравоохранения Зеленоградского административного округа 103489, г. Зеленоград, Медицинский комплекс Зам. начальника управления по медицинской помощи	 535-54-49
15	Управление здравоохранения Центрального административного округа 113184, г. Москва, ул. Большая Татарская, д. 30/32 Зам. начальника управления по мед. помощи	953-04-55 959-38-86

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ИНСТИТУТЫ

1	Научный центр психического здоровья РАМН 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34 Амбулаторно-поликлиническое отделение	 8-499-617-81-47
2	Московский научно-исследовательский институт психиатрии 107076, г. Москва, Потешная ул., 3 консультативный отдел	 963-71-25
3	Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского 119992, г. Москва ГСПЗ, Кропоткинский пер, д. 23 секретариат	 637-40-00
4	Московский научно-практический центр профилактики наркомании 117526, г. Москва, ул.26 Бакинских комиссаров, д.10, корп. 3 справочная	 434-12-13 (доб. 1-15)

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДИСПАНСЕРЫ Г. МОСКВЫ

1.	ПНД № 1 (Западный административный округ) 119285, г. Москва, ул. Мосфильмовская, д. 65 регистратура	143-49-14
2	ПНД № 2 (Западный административный округ) 121099, г. Москва, Смоленская площадь, д. 13/21 регистратура помощь на дому	248-79-35 248-79-26
3	ПНД №3 (Северо-Западный административный округ) 123362, г. Москва, ул. Циолковского, д. 5 регистратура Лечебно-трудовые мастерские 123100, г. Москва, Шмидтовский проезд, д. 11-б	491-69-44 256-55-08
4	ПНД №4 (Северный административный округ) 125493, г. Москва, ул. Смольная, д. 5 регистратура	452-51-11
5	ПНД №5 (Северный административный округ) 125422, г. Москва, ул. Костякова, д. 8/6 регистратура	976-15-92
6	ПНД №7 (Северо-Восточный административный округ) 129515, г. Москва, ул. Академика Королева, д. 9, корп. 1 регистратура Орлово-Давыдовский пер., 2А, стр.3 Орлово-Давыдовский пер., 2А, к.1 Орлово-Давыдовский пер., 2А, к.2	602-13-32 688-82-72 680-39-23 680-36-22
7	ПНД № 8 (Восточный административный округ) 107258, г. Москва, ул. Игральная, д.8 регистратура	169-41-60

8	ПНД № 9 (Восточный административный округ) 105275, г. Москва, Окружной пр., д. 34 регистратура Лечебно-трудовые мастерские 105275, г. Москва, Окружной проезд, д. 34	365-15-36 365-14-25
9	ПНД № 10 (Южный административный округ) 109193, г. Москва, ул. Петра Романова, д. 2, корп. 1 регистратура	679-44-85
10	ПНД № 11 (Юго-Восточный административный округ) 109029, г. Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 29 регистратура Лечебно-трудовые мастерские	670-85-21 912-68-08
11	ПНД № 12 (Восточный административный округ) 111020, г. Москва, Юрьевский пер., д. 20 регистратура	360-31-35 360-42-14
12	ПНД № 13 (Юго-Западный административный округ) 113209, г. Москва, ул. Зюзинская, д. 1 регистратура Лечебно-трудовые мастерские 113209, г. Москва, ул. Зюзинская, д. 1	120-05-62 125-78-10
13	ПНД № 14 (Центральный административный округ) 103006, г. Москва, Селезневская ул., 20 регистратура Лечебно-трудовые мастерские 103006, г. Москва, ул. Малая Дмитровка, д. 23/15 103055, г. Москва, ул. Палиха, д. 3., стр. 3	8-499-973-59-02 699-87-01 251-93-29
14	ПНД № 15 (Центральный административный округ) 101000, г. Москва, Армянский пер., д. 3/5, строение 4 регистратура	623-58-53

	<i>Лечебно-трудоуые мастерские</i> 101000, г. Москва, Армянский пер., д. 7	623-89-67
15	ПНД № 16 (Северо-Восточный административный округ) 129226, г. Москва, ул. Докукина, д. 18, корп. 1 регистратура справочная <i>Лечебно-трудоуые мастерские</i>	187-96-11 181-00-82 181-00-02
16	ПНД № 17 (Северо-Западный административный округ) 123362, г. Москва, ул. Свободы, д.24/9 регистратура <i>Лечебно-трудоуые мастерские</i> 125362, г. Москва, ул. Подмосковная, д.5 Мещерякова ул., 4, к.1, кв. 1, 2	491-11-25 491-60-10 490-39-43
17	ПНД № 18 (Южный административный округ) 115522, г. Москва, Пролетарский проспект, д. 4 регистратура <i>Лечебно-трудоуые мастерские</i> 115516, г. Москва, ул. Веселая, д.21	324-78-07 322-10-91 324-78-07
18	ПНД № 19 (Северо-Восточный административный округ) 127572, г. Москва, Алтуфьевское шоссе, д. 149 регистратура	400-47-47
19	ПНД № 20 (Юго-Восточный административный округ) 109462, г. Москва, Волжский бульвар, д.27, корп. 4 регистратура	179-17-12 179-25-13
20	ПНД № 21 (Центральный административный округ) 109180, г. Москва, ул. Малая Полянка, д. 9 регистратура	238-03-42
21	ПНД № 22 (Зеленоградский административный округ) 103617, Зеленоград, корп.1450 регистратура	537-01-73

22	ПНД № 23 (Центральный административный округ) 119146, г. Москва, Фрунзенская наб., д. 24/1 регистратура Лечебно-трудовые мастерские 119048, г. Москва, ул. 10-летия Октября, д. 2, стр. 2	8-499-242-56-88 246-76-19
23	ПНД № 24 (Западный административный округ) 119634, г. Москва, Боровское шоссе, д. 54 регистратура	733-52-45

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ БОЛЬНИЦЫ Г. МОСКВЫ

1	№ 1 им. Н.А. Алексеева клиническая 117152, г. Москва, Загородное шоссе, д. 2 Справочная Приёмное отделение Главный врач Регистратура Лечебно-трудовые мастерские	952-88-33 952-91-61 952-87-90 952-82-88 952-87-33
2	№ 1 Центральная Московская областная клиническая 125083, г. Москва, ул. 8 Марта, д.1 Справочная Приёмное отделение Главный врач Диспансерное отделение Регистратура взрослая Регистратура детская	614-19-11 614-19-11 612-15-22 612-23-33 612-61-62
3	№ 2 им. О.В. Кербилова 142044, Московская обл., Домодедовский р-н, п/о Добрыниха Приемное отделение Главный врач	8(279)605-49 8(272)431-87
4	№ 3 им. В.А. Гиляровского 107076, г. Москва, ул. Матросская Тишина, 20 Справочная Приемное отделение Главный врач Лечебно-трудовые мастерские	268-04-16 268-79-52 268-07-65 268-46-49

5	№ 4 им. П.Б. Ганнушкина клиническая 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3 Справочная Приемное отделение Главный врач Лечебно-трудоовые мастерские	963-40-42 963-01-64 963-08-64 963-09-20
6	№ 5 142370, Московская обл, Чеховский р-н., п\о Троицкое-Антропово Приемное отделение Главный врач Лечебно-трудоовые мастерские	996-79-36, доб. 6-48 996-79-37 8-27243659
7	№ 6 детская 117334, г. Москва, 5-й Донской проезд, 21-а Приемное отделение Главный врач Городской консультативный диспансер Регистратура	952-49-20 954-36-53 954-37-54
8	№ 7 клиническая 107076, г. Москва, ул. Потешная, 5 Приемное отделение Главный врач	963-11-40 963-76-44
9	№ 8 клиническая специализированная им. Соловьева «клиника неврозов» 117419, г. Москва, ул. Донская, д. 43 Приемное отделение Главный врач Консультативно-поликлинический отдел Филиал Адрес: Новорублевская ул., 2, к. 1	952-44-40 237-01-70 237-41-53 8-499-727-3376
10	№ 9 142813, Московская обл., Ступинский р-н, пос. Больничный, д. 9 Приемное отделение Главный врач	8 (264) 115-98 8 (264) 112-45 8 (264) 450-98
11	№ 10 142435, Московская область, Ногинский р-н, с. Кудиново	

	Приемное отделение Главный врач <i>Лечебно-трудоовые мастерские</i>	992-46-04 992-46-02 992-46-04
12	<i>№ 11 детская</i> 141144, Московская область Щелковский р-н, п/о Орловский, пос. Медное-Власово Главный врач	8 (256) 328-20
13	<i>№ 12 клиническая</i> 123367, г. Москва, Волоколамское шоссе, 47 Справочная Приемное отделение Главный врач	8-499-193-04-00 8-499-193-55-77 8-499-193-72-33
14	<i>№ 13 клиническая</i> 109559, г. Москва, Ставропольская ул., 27 Справочная	358-41-56
15	<i>№ 14 клиническая</i> 115477, г. Москва, ул. Бехтерева, 15 Справочная Приемное отделение Главный врач <i>Лечебно-трудоовые мастерские</i>	325-45-22 325-29-15 325-39-20 325-43-00
16	<i>№ 15 клиническая</i> 115522, г. Москва, ул. Москворечье, 7 Справочная Приемное отделение Главный врач <i>Подростковый диспансерный центр</i> Регистратура Заведующий <i>Лечебно-трудоовые мастерские</i>	324-54-89 324-54-59 324-53-89 324-41-05 323-99-29 325-43-00
17	<i>№ 16</i> 142431, Московская область, Ногинский р-н, дер. Авдотьино (м. Бирлюки) Приемное отделение	584-92-20
18	<i>№ 18 (детская психо-неврологическая)</i> 117602, г. Москва, Мичуринский проспект, 74 Справочная <i>Поликлиническое отделение</i>	430-80-40 430-02-29

19	№32 (детская психоневрологическая) 111116, г. Москва, ул. Энергетическая, д.8, корп.2 Приёмное отделение Главный врач	362-51-35 362-55-60
----	--	------------------------

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Городская психотерапевтическая поликлиника № 223 117602, г. Москва, ул. акад. Анохина, д. 22, корп. 2 Регистратура Главный врач Филиал 101000, Большой Златоустовский пер., дом 6 Регистратура Зам. главного врача	430-37-93 928-36-21 925-57-82 923-38-87 924-24-39 921-19-88
---	--

ЦЕНТРЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

№ п/п	Наименование ЦСО (филиала)	Телефон	Адрес
<i>Восточный административный округ</i>			
1	Богородское	160-24-78 (спр.) 160-25-17	ул. Бойцовая, д.10, строение 5
2	Вешняки	тел. 373-00-90, факс 373-76-21	111538, г.Москва, ул. Молдагуловой, д. 15 а
3	Гольяново	тел. 163-84-47, факс 163-04-26	107241, г. Москва, шоссе Щелковское, д. 27
4	Перовский	тел. 304-44-04, факс 304-44-12	105173, г. Москва, ул. Металлургов, д. 23а
5	Преображенское	тел. 269-10-64, факс 269-16-95	107076, г. Москва, ул. Стромынка, д. 21 стр. 1
6	Сокольники	тел. 268-69-34, факс 269-74-26	107014, г. Москва, пер. 2-й Полевой, д. 2
7	Северное Измайлово	тел. 164-48-78, факс 164-48-78	105425, г. Москва, ул. 3-я Парковая, д. 44 корп. 3 а
8	Ивановский	тел. 307-01-07, факс 301-07-74	111555, г. Москва, просп. Свободный, д. 19

9	Новокосино	тел. 702-09-01, факс 702-09-01	111673, г. Москва, ул. Новоко- синская, д. 15 корп. 2
10	Соколиная гора	тел. 366-07-00, факс 369-34-01	105318, г. Москва, шоссе Из- майловское, д. 15
11	Измайлово	тел. 367-00-05, факс 165-91-02	105037, г. Москва пр. Заводской, д. 3 стр. 1
12	Восточное Измай- лово	тел. 965-98-51, факс 965-98-51	105077, г. Москва, ул. Первомайская, д. 107 а
<i>Западный административный округ</i>			
13	Внуково	тел. 436-30-78, факс 436-30-78	119027, г. Москва, ул. 2-я Рей- совая, д. 25 Б
14	Дорогомиловский	тел. 8-499-249- 04-67, факс 8- 499-249-11-06	121165, г. Москва, ул. Студенче- ская, д. 31
15	Кунцевский	тел. 417-91-75, факс 417-91-75, 417-51-14	121351, г. Москва, ул. Кунцев- ская, д. 4 корп. 3
16	Крылатское	тел. 415-50-07 факс 415-57-78	121609, г. Москва, шоссе Руб- левское, д. 36 корп. 1
17	Очаково- Матвеевское	тел. 437-55-14, факс 437-55-14	119361, г. Москва, ул. Б.Очаковская, д. 22
18	Можайский	тел. 446-05-78, факс 446-02-05	121354, г. Москва, ул. Гришина, д. 8 стр. 3
19	Новопеределкино	тел. 731-88-04, факс 731-88-04	119634, г. Москва, ул. Лукин- ская, д. 1
20	Проспект Вернад- ского	тел. 133-77-45, факс 133-77-45	119415, г. Москва, ул. Удальцо- ва, д. 4
21	Раменки	тел. 932-78-91, факс 932-78-91	117607, г. Москва, ул. Раменки, д. 8, корп.2
22	Солнцево	тел. 435-23-66, факс 435-23-66	119619, г. Москва, ул. Богдано- ва, д. 54
23	Фили-Давыдково	тел. 146-00-77, факс 146-61-21	121433, г. Москва, ул. Большая Филевская, д. 57, стр.1
24	Тропарево- Никулино	тел. 433-64-00, 438-18-94, факс 438-79-89	117602, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 156
<i>Зеленоградский административный округ.</i>			
25	Зеленоградский	тел. 536-00-22, факс 8-499-762-42-80	124482, г. Зеленоград, корп. 313
26	Крюково	тел. 8-499-733- 58-01, факс 8-499-733-02-93	103683, г. Зеленоград, корп. 1818 а

<i>Северный административный округ.</i>			
27	Аэропорт	тел. 153-82-82, факс 153-57-37	125239, г. Москва, проезд Черепановых, д. 22
28	Бескудниково	тел. 487-80-92	127474, г. Москва, ул. Дубнинская, д. 31
29	Беговой	тел. 8-499-761-12-51, факс 8-499-761-12-49	125124, г. Москва, ул. Правды, дом 1/2
30	Войковский	тел. 450-84-79, факс 459-44-44	125130, г. Москва, ул. З. и А. Космодемьянских, д. 24-а
31	Головинский	тел. 456-54-51, факс 456-54-63	125438, г. Москва, ул. Онежская, д. 2
32	Дмитровский	тел. 485-30-33, факс 485-19-33	127411, г. Москва, шоссе Дмитровское, д. 1/141
33	Зап. Дегунино	тел. 906-08-77, факс 906-08-77	127486, г. Москва ул. Ивана Су-санина д.2, кор. 1
34	Коптево	тел. 153-82-82, факс 153-57-37	125239, г. Москва, проезд Черепановых, д.22
35	Левобережный	тел. 451-88-92, факс 451-99-09	125445, г. Москва, ул. Беломорская, дом 1
36	Савеловский	тел. 8-499-760-72-61, факс 8-499-760-95-31	128287, г. Москва, ул. 1-ая Хуторская, д. 5А
37	Сокол	тел. 8-499-943-33-35, факс 8-499-157-34-71	125252 г. Москва, ул. Сальвадора Альенде, д. 1
38	Тимирязевский	тел. 976-71-56, факс 976-33-54	127434, шоссе Дмитровское, д. 5/1
39	Ховрино	тел. 454-14-40, факс 454-14-40	125413 г. Москва ул. Флотская, дом 15, корпус 1
40	Хорошевский	тел. 8-499-195-81-02, факс 8-499-195-21-59	123007, г. Москва, Хорошевское шоссе, д. 68, корп. 5
41	Восточное Дегунино	тел. 900-44-72, факс 900-44-72	127237, пр. Керамический, д. 57 корп.1
<i>Северо-Восточный административный округ.</i>			
42	Алексеевский Останкинский	тел. 682-30-00, факс 683- 67-12	129366, г. Москва, ул. Космонавтов, д.4
43	Алтуфьевский	тел. 481-44-41 , факс 481-44-41	127410, г. Москва, проезд Черского, д.1
44	Бабушкинский	тел. 470-30-76 , факс 470-30-76	129344, Москва, ул. Верхоянская, д. 10

45	Бибирево	тел. 407-00-58 , факс 407-00-58	127560, г. Москва, ул. Плещее- ва, д. 7Б
46	Бутырский Марфино	тел. 8-499-760- 95-63, факс 8- 499-760-95-63	127015, г. Мосва, ул. Бутырская, д. 84
47	Лианозово	тел. 909-04-37 , факс 909-04-37	127576, г. Москва, Алтуфьев- ское ш., д.87
48	Лосиноостровский	тел. 471-08-33 , факс 471-08-33	129327, г. Москва, ул. Рудневой, д.6
49	Марьино Роща	тел. 619-49-01, факс 619-49-01	127521, г. Москва, шоссе Ста- ромарьинское, д. 15
50	Отрадное	тел. 404-33-17 , факс 404-33-17	127566, г. Москва, ул. Римского- Корсакова, д. 16
51	Северное Медвед- ково	тел. 476-25-24 , факс 476-25-24	129226, г. Москва, ул. Грекова, д.7
52	Южное Медвед- ково	тел. 477-10-10, факс 477-10-10	127081, г. Москва, пр-д Дежне- ва, д. 34
53	Ростокино Алексеевский	тел. 187-36-10 , факс 187-36-10	129226, г. Москва, ул. Докукина, д. 11 стр.2
54	Ярославский	тел. 188-70-74 , факс 188-70-74	129337, г. Москва, ул. Палех- ская, д. 14
<i>Северо-Западный административный округ</i>			
55	Митино	тел. 751-01-91, факс 751-01-92	123310, шоссе Пятницкое, д. 7
56	Покровское- Стрешнево	тел. 491-82-24, факс 491-72-11	123362, ул. Свободы, д. 8/4
57	Щукино	тел. 193-65-01, факс 193-65-01, 193-80-12	123098, ул. Живописная, д. 48
58	Строгино	тел. 758-84-66, 758-93-33, факс 750-78-55	123592, бульв. Строгинский, д. 2 корп.2
59	Хорошево- Мневники	тел. 197-72-59, 199-25-66, факс 946-99-01	123154, бульв. Генерала Кар- бышева, д. 14
60	Южное Тушино	тел. 948-96-88, факс 948-82-00	123459, бульв. Яна Райниса, д. 17
61	Северное Тушино	тел. 948-92-72, 949-17-18, факс 949-07-85	123459, бульвар Яна Райниса, д. 17

<i>Центральный административный округ</i>			
62	Арбат	тел. 8-499-249-04-67, факс 8-499-249-11-06	121165, г. Москва, ул. Студенческая, д. 31, корп. 2
63	Басманный	тел. 267-63-00, факс 267-75-28	105064, г. Москва, Гороховский пер., д. 5, стр. 11
64	Замоскворечье Даниловский	тел. 951-12-41, факс 236-33-16	115093, г. Москва, ул. Люсиновская, д. 43
65	Красносельский	тел. 8-499-264-71-85, тел. 8-499-264-71-85	107140, г. Москва, ул. Краснопрудная, д. 13
66	Пресненский	тел. 256-24-11, факс 256-10-91	123100, г. Москва, Ул. 1905 года, д. 5
67	Таганский	тел. 912-27-03, факс 912-77-28	109147, г. Москва, ул. Воронцовская, д. 196-21 стр. 2
68	Тверской	тел. 688-38-35, факс 688-19-33	127473, г. Москва, 4-й Самотечный пер., д. 9
69	Хамовники	тел. 246-01-20, факс 246-01-20	119021, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 5/2
70	Якиманка	тел. 238-11-57, факс 238-11-57	119180, г. Москва, ул. Малая Полянка, д. 4/6
71	Мещанский	тел. 8-499-763-18-27, факс 8-499-763-18-29	129110, г. Москва, Переяславский пер., д. 6
<i>Юго-восточный административный округ</i>			
72	Выхино – Жулебино	тел. 919-33-61, факс 919-33-61	109542, г. Москва, Рязанский пр-т, д. 64, корп. 2
73	Кузьминки	тел. 172-26-76, факс 172-93-06	109443, г. Москва, Волгоградский пр-т, д. 96, корп. 3
74	Лефортово	тел. 362-57-04, факс 362-69-97	111250, г. Москва, ул. Красноказарменная, д. 19
75	Люблино	тел. 351-55-21, факс 351-57-01	109382, г. Москва, пр-т 40 лет Октября, д. 20
76	Марьино	тел. 654-95-12, факс 654-95-14	109451, ул. Братиславская, д. 21, корп. 1
77	Рязанский, Нижегородский, Поселок Некрасовка	тел. 371-98-02, факс 371-16-66	109456, г. Москва, Рязанский пр-т, д. 77/2
78	Печатники	тел. 354-78-41, факс 352-36-25	109388, г. Москва, ул. Гурьянова, д. 77
79	Текстильщики	тел. 919-65-01, факс 919-88-07	109263, ул. 7-я Текстильщиков, д. 2/20
80	Южнопортовый	тел. 677-19-59, факс 677-26-43	115280, г. Москвы, ул. Велозаводская, д. 11/1

<i>Юго-Западный административный округ</i>			
81	Академический	тел. 125-70-11, факс 125-70-11	117292, г. Москва, Нахимовский пр-г, д. 46
82	Гагаринский	тел. 137-53-03, факс 137-47-33, 137-53-03	119333, г. Москва, Ленинский пр-г, д. 60/2
83	Зюзино	тел. 8-495-319-06-32, факс 8-499-794-55-86	117452, г. Москва, Симферопольский б-р, д. 16, корп. 1
84	Коньково	тел. 420-30-33, факс 420-34-22	119647, ул. Профсоюзная, д. 111/1
85	Котловка	тел. 8-499-793-62-31, 8-499-793-61-41, факс 8-499-793-61-41	117186, г. Москва, ул. Ремизова, д. 5/48
86	Ломоносовский	тел. 131-22-56, факс 131-22-56	119331, г. Москва, ул. Крупской, д. 19/17
87	Обручевский	тел. 120-65-41, факс 128-37-05	117393, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 60
88	Северное Бутово	тел. 712-04-36, факс 712-29-90	113216, бульв. Дмитрия Донского, д. 12
89	Тёплый Стан	тел. 424-36-06, факс 424-36-16	117133, г. Москва, ул. Теплый Стан, д. 4
90	Черёмушки	тел. 120-54-00, факс 719-02-03	117418, г. Москва, ул. Новочеремушкинская, дом 57 корпус 2.
91	Южное Бутово	тел. 716-29-18, факс 716-05-72	113042, г. Москва, ул. Южнобутовская, д. 33
92	Ясенево	тел. 421-43-11, 423-89-20, факс 423-89-51	117463, ул. Голубинская, д. 31 корп.1
<i>Южный административный округ</i>			
93	Бирюлево-Восточное	тел. 328-85-84, факс 328-85-84	115547, г. Москва, пр. Михневский, д. 6, корп. 2
94	Братеево, Зябликово	тел. 340-81-59, факс 340-81-59	115612, г. Москва, ул. Ключевая, д. 22, корп. 1
95	Даниловский	тел. 675-20-72, факс 675-61-58	115280, г. Москва, 1-й Кожуховский пр-д., д. 3, стр.1
96	Донской	тел. 633-00-60, факс 954-28-49	117152, г. Москва, Загородное шоссе, д. 4, корп. 2
97	Москворечье-Сабурово	тел. 320-53-25, факс 320-53-25	115477, г. Москва, ул. Кантемировская, д. 29 корп. 1
98	Нагатино-Садовники	тел. 545-44-47, факс 545-44-47	115487, г. Москва, пр-т Андропова, д. 42, корп. 1

99	Нагатинский Затон	тел. 8-499-615-65-59, факс 8-499-725-59-38	115487, г. Москва, пр-т Андропова, д. 29, корп. 2
100	Нагорный	тел. 8-499-723-19-36, факс 8-499-723-19-36	113556, г. Москва, Варшавское шоссе, д. 74, корп. 3
101	Орехово-Борисово Северное	тел. 343-81-11, факс 392-88-33	115551, г. Москва, Ореховый бульвар, д. 7, корп. 1
102	Царицыно	тел. 320-53-51, факс 320-33-55	115477, г. Москва, ул. Кантемировская, д. 29, корп. 1
103	Чертаново Северное	тел. 311-20-02, факс 311-51-77	113587, г. Москва, Варшавское шоссе, д. 124
104	Чертаново Центральное	тел. 315-86-77, факс 315-85-82	117519, г. Москва, ул. Красного Маяка, дом 4 корп. 5
105	Чертаново Южное	тел. 388-81-63, факс 388-82-98, 388-06-45	117405, г. Москва, Варшавское шоссе, д. 154, корп. 2
106	Орехово-Борисово Южное	тел. 397-63-01, факс 399-10-74	115583, г. Москва, ул. Воронежская д.3

Рекомендуемая литература

1. *Вулис Р.* Если Ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей. Друзей и социальных работников. Пер. с англ. – М.: «Нолидж», 1998. – 192 стр.

2. *Фуллер Торри Э.* Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. Пер. с англ. – СПб: «Питер Пресс», 1997. – 448 с.

3. *Хелл. Д., Фишер-Фельтен М.* Шизофрении. Основы понимания и помощь в ориентировке. Пер. с нем. – М.: «Алетейа», 1998. – 197 с.

4. Шизофрения. Информация для семей. Пособие для родственников лиц, страдающих психическими заболеваниями. – Киев: «Сфера», 1997, 63 с.

5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001г. психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Всемирная организация здравоохранения, 2001. – М.: «Весь Мир», 2001. – 215 с.

6. «Адреса милосердия». Справочник негосударственных некоммерческих организаций г. Москвы, помогающих людям. – М., 2003. – 64 с.