



Kõik,
mida ma
teina teen,
läheb hästi
korda.

СПРАШИВАЮ И УЗНАЮ

Психические расстройства



EESTI
PSÜHHOSOTSIAALSE
REHABILITATSIOONI
ÜHING



СПРАШИВАЮ И УЗНАЮ

Психические расстройства

Целью серии «Спрашиваю и узнаю» является информировать широкую общественность о существовании психических расстройств и изменить первичную информацию о доступности возможностей для современного лечения.

В серии мы планируем опубликовать справочники:

- » О психических расстройствах,
- » Об эмоциональных нарушениях,
- » О проблемах зависимости
- » И о поддержании физического здоровья.

Эстонское Объединение Психосоциальной Реабилитации благодарит всех, кто оказал содействие при подготовке сборников!

Авторы: доктора Катрин Орав, Маарья Крайс и Эве Пильт, а также человек в поисках поддержки и спонсор, которые по чисто человеческим причинам пожелали остаться анонимными.

Редактор Тийна Соон

Оформитель Рейн Мересаар

Печать и оформление Ecoprint AS / Марью Кууск

В электронной печати: www.epry.ee; www.mhcenter.ee; www.sm.ee

© Эстонское Объединение Психосоциальной Реабилитации 2011

Эстонское Объединение Психосоциальной Реабилитации (EPRÜ) является ведущим информатором в области душевного здоровья и действует в интересах общественности; целью объединения является содействие, как в поддержании душевного здоровья народа, так и развитии в Эстонии медицинских, реабилитационных услуг, а также услуг специального попечительства.

Настоящий информационный материал составлен в рамках проекта № 1.3.0102.09-0041 «Увеличение социальной адаптации людей с особыми потребностями и их близких, при помощи опорных групп и групп взаимопомощи – проект DUO», подготовленного в сотрудничестве с Таллинским Центром Душевного Здоровья и Европейского Социального фонда.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧЕЛОВЕК В ПОИСКАХ ПОДДЕРЖКИ	4
ОКАЗАНИЕ ПОДДЕРЖКИ	7
ИСЦЕЛЕНИЕ	10
БОЛЕЗНЬ	12
ПОДДЕРЖКА	28
ПРАВО	31
ОСМОТР И ЛЕЧЕНИЕ, ПРОТИВ ВОЛИ	32
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	36



ЧЕЛОВЕК В ПОИСКАХ ПОДДЕРЖКИ

У жизни свои крутые повороты. Мы накапливаем, как хорошее, так и плохое. И у негативного опыта есть своя позитивная сторона, потому что благодаря трудностям меняются наши ценностные оценки, и мы закаляемся. Только благодаря накопленным испытаниям, можно по настоящему наслаждаться светлыми сторонами жизни.

В своей молодости я испытал крайние эмоции, которые вынудили меня обратиться за помощью в психиатрическую больницу. В действительности таких проблем у меня не должно было быть: я родился в достатке, с приятной внешностью, у меня не было проблем, ни с хозяйством, ни с внешним видом.

Камнем преткновения стали излишняя скромность и послушание, что не давало мне жить и дышать полной грудью. Я сторонился праздников, выпивки, девушек, наркотиков и шалостей. В последствии я понял, что я лишился многого, потому что не упрыгался, но зато у меня был другой опыт. Я в конце концов понял, что у всех событий есть свои причины и последствия. Эти причины могут заполнить сосуд, который начнет переливаться.

Помню, когда я был еще довольно молодым, как я обижался по каждому пустяку и потом горько плакал в подушку. В основном мною овладевали меланхолические мысли. Мне хватало смелости быть в первых рядах. "С дороги, потому что я иду!" не было моим лозунгом, скорее: "Прошу прощения, я не хотел...". В школьные годы был отшельником, не принимал ни в чем участие, боялся спортивных дней, стеснялся выступать перед классом. Дома я всегда был послушным мальчиком, не делал глупостей, не ослушался указаний-запретов родителей, не смотрел на девочек, не дрался.... Старался быть слишком правильным. Я вбил себе в голову, что должен всегда быть пай-мальчиком, учиться на пятерки, беречь свое здоровье, не думать о сексе и т.д. я подчинялся всем приказам и слишком серьезно относился ко всем ограничениям.

В средней школе мне привили интерес к художественной литературе. Потом пришла философия. Через некоторое время философия перестала быть интересной и я стал искать смысл жизни в религии и мистике. Нездоровый интерес к экзистенциальным вопросам стал для меня судьбоносным. Я с большим энтузиазмом искал подтверждение правильности своих «теорий» и доказательства того, что я прав и все другие ошибаются. Воздержание стало моим убежищем. Я максимально старался отказаться от многих интересов в жизни. Зажал все свои естественные страсти и желания. Настойчиво внушал себе, что все это мне не нужно ...

Со временем, проблемы стали углубляться, достигнув кульминации к 21 году, когда я нашел дорогу к Иисусу Христу. Он олицетворил совершенство моих поисков, тот потолок, которого вообще может достигнуть развитие понимания человека.

Я должен стать очередной Мессией. На меньшее я был не согласен. Через некоторое время я действительно верил, что я и есть следующий Сын Божий. Я же был эталоном добродетели в своих глазах – чистый и бесконечно хороший. Я принял решение нести грех всего мира. Чувствовал, что должен страдать за других. В действительности, это было ни что иное, как болезнь духа, а не религиозный опыт, как я вначале ошибочно думал. Это был скрытый психоз, который прогрессировал, что, в конце концов, я не мог больше быть ... Кубок был полон до краев.

2004 год был для меня настоящим испытанием. Мне нужно было преодолевать себя каждый день, когда нужно было идти в школу. На улице мне казалось, что все люди смотрят на меня с упреком. Ведь это я был назначен тем Спасителем, который принесет мир и избавление. Все знали это! Только я отнекивался и не хотел брать на себя ответственность ... Удивительно, как можно было такое нафантазировать! У меня были серьезные сдвиги: большинство рекламных плакатов касались меня, телевизионный диктор смеялся надо мной, пассажиры автобуса читали мои мысли, севший на скамейку в парке белый голубь был божественным знаком и т.д. Я был убежден и чувствовал, что моим мыслям мешает какая-то сила, что меня заставляют говорить против моей воли, и то, что духи влияют на мою энергию и работоспособность. Зато вечера я проводил дома, флегматичный от одиночества, выдумывая все новые глупости. Но для выхода из этого требовалась помощь специалистов. Восстановление было постепенным, потому что от закоренелых идей было очень трудно отказаться. Наряду с лечением в больнице, мне помогли также курсы танцев. Именно здесь я выпрямил спину, почувствовал себя увереннее, и появилась смелость к выступлению.

Также я стал понимать, не все в жизни только черное и белое. Конечно, не так, что только я хороший, а все остальные плохие. Кто вообще тот человек, который может сказать, что хорошо, что плохо, что ложно?! Люди ведь все разные. У них всех есть право устроить свою жизнь по своему усмотрению. Я чувствую радость оттого, что в мире очень много чудесных людей. Я понял, что доведение до крайности – это игра с огнем. Очень трудно почувствовать границу, за которую опасно переступать. Путь по золотой середине является самым безопасным, но не всегда самым интересным.

И все же я не плачу. Я не жалею ни об одном мгновении своей прежней жизни. Напротив, я даже горжусь собой. Для меня все это был один духовный путь, который нужно было пройти. Кроме того, я чувствую, что я получил бесценный жизненный опыт. Я стал намного богаче, как духовно, так и эмоционально. Только сейчас я стал понимать, что дала мне моя болезнь. Я переболел комплексами и страхами, наконец-то я обрел внутреннее равновесие и такое самообладание, которое меня удивляет. Прожитое увеличило мои способности к эмпатии и дало мне необычайную возможность обозначить свое место в этом мире и помогло поставить цели. Я теперь могу лучше воспринимать то, что предлагает мне жизнь, и больше отдавать.

Такова вкратце моя история. Теперь я знаю, что жизнь дана, чтобы жить. Жить нужно сейчас и наслаждаться каждым ее мгновением. И как бы трудно не было, я знаю, что жизнь достойна жизни!



ella lasen bergelt
lahrte minerikust
ja usaldan elu
kulgus.

Rein 2010.

ОКАЗАНИЕ ПОДДЕРЖКИ

Сводная семья. Так называется наша семья в современном эстонском языке. Мы с женой подвели черту под прежней жизнью и основали новую сводную семью. У каждого из нас по два сына. Четыре мальчика уместились в возрастном промежутке 9–12. Особенных трудностей по формированию единой семьи, я, по крайней мере, не помню. Наши младшие сыновья были одного возраста, дни рождения с разницей в две недели. Поэтому они пошли в один класс.

С самого начала мы старались с женой относиться к мальчикам одинаково. При первой же возможности, мы проводили свободное время с детьми, в отпуске также путешествовали вместе с сыновьями. Никогда в нашей семье специально не поднималась тема обучения детей. Это было, как само собой разумеющееся, без образования в жизни трудно чего-либо достичь. В тоже время, у всех мальчиков хватало времени на занятия в кружках по интересам и спортом. Мы живем недалеко от Таллинна. Все под рукой. Очень удобно и безопасно. После окончания 9 класса старший сын жены решил попробовать поступить в Таллиннскую элитную школу, и это у него получилось.

Прошло два года, и мой старший сын, последовал примеру своего сводного брата. Еще через год такой же путь избрали и оба наших младших сына. При этом мы с женой не считали, что получать гимназическое образование надо обязательно в Таллинне. Это была чистая инициатива самих ребят.

И вдруг во втором полугодии в 10 классе у моего младшего сына в школе возникли проблемы: прогулы, успехи в учебе пошли вниз, развлечения стали на первом месте, ночные гулянки. Младший сын жены, с которым они по воле судьбы ходили в одну и ту же школу, и теперь учились в одном классе, позднее вспоминал, что в действительности, уже осенью в десятом классе он обратил внимание на то, что со сводным братом как будто бы не все в порядке. Учебные предметы, которые он раньше схватывал на лету, создавали все большие трудности. Если раньше в случае сложных учебных предметов он совался за помощью к моему младшему сыну, то теперь постепенно стало наоборот. Тогда, в десятом классе, младший сын жены думал, что просто учебные предметы становятся сложнее и поэтому сводный брат время от времени ощущает сложности с учебой.

Десятый класс моему младшему сыну удалось, хоть и с трудностями, но успешно закончить. В последней четверти начались странные разговоры о смене школы. Один раз он сказал мне: "Папа, какая разница в том, в какую школу ты ходишь! Вернись в свою старую школу, не нужно будет ранним утром нестись в город. Поздно вечером возвращаться. Совершенно нет времени на учебу и общение с друзьями!"

Я ему ответил: "Смотри, ты сам выбрал эту дорогу. Ни я, никто другой не заставляли тебя идти в Таллиннскую школу. Совсем наоборот. Весной, за год до этого, мы у вас обоих спросили, вы уверены в своем выборе. Ты сам подтвердил, что это решение окончательное. Тогда мы и договорились, что тогда не сдадимся. Один раз сдашься, будешь каждый раз сдаваться! Если ты уже выбрал этот путь, то иди до конца!"

Это лето, в отличие от предыдущего, прошло совсем по-другому. У моего младшего сына появилась очевидная тяга к алкоголю, и он единственный в нашей семье стал курить. В любом праздничном мероприятии он стал употреблять крепкий алкоголь. Дома не так открыто, а с друзьями да. Мальчик, для которого раньше порядок и чистота были очень важны, совершил разворот на 180 градусов. Кроме этого, он стал по-хамски вести себя по отношению к брату и младшему сводному брату. Мы с женой поначалу не почувствовали это на своей шкуре. Но один раз летом, сын повел себя очень странно. У него путалась речь, неожиданно возникал странный смех, потом он упал на диван и лежал с выпученными глазами. Никакого запаха алкоголя мы не почувствовали. Мальчик дышал, но совершенно не реагировал на нашу попытку привести его в чувство. Я позвонил семейному врачу и объяснил ситуацию. Семейный врач, который практически был другом семьи, выслушал мой рассказ, сделал маленькую паузу и сказал: "Я думаю, что он находится под воздействием наркотика. Поезжайте и сделайте в городе тест на наркотики!"

Это был шок! Меня с женой как будто бы ударили обухом по голове. Один из наших сыновей наркоман!? Не может быть! Тогда и три других сына должны были что-нибудь знать об этом. Они же все время находятся нос к носу. Но никто ни разу не говорил и не намекал на это. Нет, нет! Скорее у него поздний пубертатный период. Ведь до этого он был у нас самый аккуратный. Вдруг сын встал с дивана, рассмеялся и сказал, что поедем и сделаем тест на наркотики, если вы очень этого хотите и ничего не понимаете. Тест не был сделан.

Лето прошло с еще некоторыми нарушениями поведения. В 11 класс младший сын пошел все-таки со сводным братом. Но школу окончить не смог. Через год он сменил школу. Решил обучиться специальности. Но и в профессиональной школе повторился тот же сценарий: прогулы, ночные гулянки, дерзкое поведение, апатия ко всему, что раньше увлекало, и чем он с прилежанием и успешно занимался, как, например спорт, брейк-танцы. Ближе к зиме дела становились все хуже. Постоянные ночные гулянки. Если сын был дома, то в основном спал. Если не спал, то требовал, чтобы его оставили в покое, потому что ему нужно подумать. Он знает, что учеба очень важна, и он хочет окончить школу. Кроме этого странные, часто бессвязные объяснения о том, что в действительности происходит. И он, конечно, знает о том, о чем мы думаем! Взгляд сына стал блуждающим и в них появился странный блеск.

С другими мальчиками и женой мы приняли решение обратиться к специалисту. После беседы психиатр посоветовал нам, в случае ухудшения обстановки, обратиться в больницу. Все еще надо было признаться себе, именно себе, в такой правде. Что это не поздний пубертатный период! Что это расстройство психики!

Последней каплей стало одно утро в начале января, когда сын не смог говорить, самостоятельно одеться и почистить зубы.

Мы отвезли моего младшего сына в психоневрологическую больницу. Там он смог ответить на вопросы врачей только кивком головы, которому сопутствовало нечленораздельное мычание: „Мммммм!“. Или в таком же стиле тряс головой и произносил: „Мммммм!“. В глазах был блуждающий взгляд, со странным блеском. Диагноз был параноидная шизофрения. Причиной этого было, с большой вероятностью, употребление марихуаны. В употреблении других веществ сын не признался, и они не были обнаружены. Следов от уколов также не было.

В голове копошились миллионы мыслей и вопросов. Как же так? Почему в нашей семье? Что я сделал неправильно? Я же воспитывал своего сына сам с самого рождения. Варил кашу, менял подгузники, всегда был для семьи и детей. Я сам никогда не употреблял никаких наркотиков. Всем четверым в свое время, что одно из самых глупых выражений, которое когда-то было сказано, звучит так: “Все нужно попробовать самому!”. Не нужно!!! Потому что глупый человек учится только на своих ошибках. Умный учится на ошибках других. Особенно в свое время мы предупреждали о наркотиках. Что же мы сделали неправильно?

Позднее я задал эти же вопросы и докторам. Очевидно, что они я, ни сводная мать сына, ни его мать не сделали что-то неправильно. Просто часть людей сразу начинают пробовать самые разные вещи. К сожалению, мой сын относится к числу таких людей, для которых употребление марихуаны приводит к шизофрении. Марихуана не вызывает шизофрении. И сегодняшняя методика также не дает возможности выявить людей, относящихся к группе риска. Только впоследствии, после употребления марихуаны, выясняется, может ли марихуана иметь противопоказания или нет. Скрытое время негативного воздействия марихуаны может быть весьма продолжительным, сказали мне. Марихуана – это как русская рулетка.

Вначале лечение продвигалось невероятно хорошо. После выписки из больницы, он опять был почти как прежде. Чтобы деятельность сына была под контролем, я взял его осенью на работу в свою фирму. Он выдержал два месяца. После этого он однажды не пришел вечером домой и пропал на две недели. Когда он появился, то он опять был полностью в растрепанных чувствах, кроме этого много употреблял алкоголь. Снова больница.

Мы надеялись, что теперь все наладится. Мальчик начал регулярно принимать лекарства, пойдет на поправку, окончит школу, приобретет специальность, и будет жить своей жизнью. Ведь есть же примеры, когда люди с таким же диагнозом начинали прекрасную жизнь. Но было далеко до этого. Каждый раз, когда он приходил из больницы домой, через пару месяцев он начинал обманывать, прежде всего, самого себя, а потом и нас. Это означало незамедлительное прекращение принятия лекарств, как только самочувствие улучшалось. Один раз он даже взорвался: “Почему я должен этими таблетками губить свое здоровье? У меня ведь все в порядке!”

С каждым нарушением режима он становился только агрессивнее. Был такой случай. Мы с женой сидели в саду и наслаждались тишиной и теплым вечером в начале лета, сын подошел ко мне и совершенно неожиданно ударил меня кулаком в лицо, стал кричать на меня: „Ты мешаешь мне жить!“ Когда мы с другими сыновьями его усмирили, то он извинился и пообещал, что такое никогда не повторится. Какие-то голоса в его голове приказали ему напасть на меня! Такой аналогичный случай был уже примерно год назад... Когда младший сын был дома, то все другие спали в своих комнатах за запертой дверью.

Режим больница-дом-больница продолжался годами, пока один врач не сказал мне, что в действительности мой сын является пациентом попечительского дома. Я попросил «расшифровать» и спросил уже без шуток: “Доктор, что я должен делать?” Мы прошли сквозь бюрократический строй. Я являюсь попечителем, и мой сын находится в попечительском доме. Ему 26 лет, и он является страстным курильщиком. Пока есть сигареты, он готов выкурить их все, до последней. Когда мы его навещаем, то первый вопрос сына к нам: “Сигареты принесли?” Похоже, что курение стало смыслом жизни. Элементарная гигиена стала нудной обязанностью. Два года в попечительском доме прошли, признаков улучшения не заметно. После каждых трех лет составляется новый план по реабилитации. Остается только надеется, что медицина развивается, и мой сын когда-нибудь поправится настолько, что сможет жить самостоятельно.

ИСЦЕЛЕНИЕ

В случае психических нарушений признаки (симптомы) болезни с различной степенью тяжести проявляются в течение длительного времени таким образом, что они начинают все больше мешать человеку в обычном ритме жизни и дееспособности. Не всегда границы этих признаков ясные и узнаваемые, усталость или депрессия, надлежащая осторожность или общепризнанная тревога, необходимость в обособлении или изоляция, обусловленная шизофренией, скромность или социальная тревога. Даже ясно параноидный разговор о преследовании мафией или вооруженном нападении получает другой оттенок, если появится дочь мужчины, отправленного на лечение, и сообщит, что ее отец действительно является коллекционером оружия и поэтому к нему проявляет острый интерес подпольный мир.

Врачи диагностируют нарушения с учетом времени возникновения жалоб и того, какое влияние они оказывают на ежедневную дееспособность. Психические нарушения являются часто встречающейся проблемой, у каждого четвертого человека могут в течение жизни возникать состояния, которые он может разъяснить как одно или другое психическое нарушение. Психические нарушения можно вылечить и жить обычной жизнью.



Täna muutun üle kõik
head asjad ~~oma~~ elus
ja olen nende
eest tänulik

21.11.2010 Rea/Maria/Rea.

БОЛЕЗНЬ

*Хотя окружающий мир один и тот же, каждый из нас живет в своем, отличающемся мире.
Немецкий философ Артур Шопенгауэр*

Психоз – такое изменение реального времени, что человеку трудно отличить, что является реальным, и что нет. К психическим нарушениям относятся острое психическое, расстройство, шизофрения, шизоаффективное расстройство, параноидальное параноидное расстройство и расстройство шизофренического типа.

Шизофрения – сводное название болезненных состояний для группы в основной совершеннолетней молодежи, с хроническим течением и различными симптомами. Болезнь является, по-прежнему, тяжелой проблемой, как для ученых, врачей, так и для близких заболевшего. Современное описание шизофрении и ее форм представил немецкий врач Эмиль Крепелин уже в 1893 году. В 1886–1891 годы Крепелин работал в Тартуском Университете в должности заведующего психиатрической клиникой.

В настоящее время врачи стараются все больше и больше увеличить точность и достоверность при диагностировании шизофрении, используя для этого международные диагностические инструкции. При первичном психическом состоянии шизофрению не диагностируют до прохождения продолжительного времени, в среднем это год периода наблюдений, а до этого говорят о психических нарушениях.

И в настоящее время шизофрения вызывает страх и неверное понимание, потому что связана с различными мифами, стереотипами и предубеждениями, а также вызывает обособление и отторжение.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

Шизофрения присутствует у 1% населения. Чаще всего заболевают в возрасте 18–25 лет, у мужчин отмечается несколько более раннее начало. Чаще всего заболевание связано с большими страданиями для пациентов и семей.

ПРИЧИНЫ

Одной конкретной причины болезни не выявлено. В исследованиях выясняются новые данные о генетических, биологических, социальных и психологических факторах риска, а также влияние использования наркотических веществ. Более серьезные нарушения проявляются при совместном проявлении нескольких

факторов риска. Члены семьи часто чувствуют вину за ошибки при воспитании, будто бы ставшие причиной заболевания, но научные исследования отрицают эти предположения.

Наследственность

Несомненно, наследственность влияет на риск проявления расстройства, но это не означает, что все близкие родственники больного обязательно заболеют. Если среди населения риск заболевания шизофренией составляет около 1%, то степень заболевания среди близких родственников составляет примерно 12%. Риск у разнояйцовых близнецов составляет 16%, а у однояйцовых близнецов в три раза больше. В обширном финском исследовании риск заболевания у однояйцовых близнецов (если один уже заболел) составляет 46% и риск для разнояйцовых близнецов составляет 9%. Когда исследовалась относительная важность генетических и экологических факторов при заболевании близнецов, то нашли, что причиной в 83% случаев заболеваний были совместное воздействие генетических факторов и в оставшихся 17% соответственно экологические факторы. Гены не обуславливают непосредственно психические нарушения, а только вследствие физиологических процессов. Психоз возникает в совместном действии генетической уязвимости и экологических факторов. Об исследованиях генетических и экологических факторов, которые проводятся в 2010–2015 годы, можно подробно ознакомиться по адресу в Интернете: www.eu-gei.eu.

Окружающая среда

Окружающая среда или благоприятствует, или сдерживает формирование симптомов, определяемых генами. С риском возникновения психозов связываются несколько экологических факторов: осложнения во время беременности (кислородное голодание, недостаток фолиевой кислоты), инфекционные болезни, стресс матери во время беременности, травмы в детском возрасте (пренебрежение и злоупотребление), урбанизация, миграция, принадлежность к меньшинствам, употребление марихуаны.

Установлено, что у лиц, употребляющих марихуану, чаще проявляются психические симптомы, также выяснили, что лица с диагнозом психических расстройств, больше употребляют марихуану. Употребление марихуаны может повлиять на срок заболевания психозом и увеличить риски заболевания, также ухудшается результативность лечения. Например, в течение пятилетнего периода наблюдений установлено, что объем мозга у шизофренических больных, употребляющих марихуану, сильно уменьшился, по сравнению с теми больными, которые марихуану не употребляют. Одна из химических составляющих марихуаны, а именно дельта-9-тетрагидроканнабинол, может обусловить необратимые изменения в центральной нервной системе. Меньше изучено косвенное влияние прекращения потребления марихуаны. Установлено, что у шизофренических больных связь с марихуаной является комплексной: при постоянном потребле-



нии марихуаны очевидно негативное влияние и после окончания потребления марихуан ощущается в свою очередь позитивное влияние, но это выражается достаточно ясно только в ходе трехлетнего периода наблюдений. В случае постоянного потребления марихуаны болезнь, с большей долей вероятности, становится хронической и выявляется больше негативных симптомов. В отношении подробного обзора потребления марихуаны и ее негативного влияния ведущие исследователи в этой области Давид Кастл и Робин Муррей предоставили соответствующие факты в своей книге „Marijuana and Madness“.

Анатомические и функциональные изменения мозга представлены в большей части у шизофренических больных, часть изменений могла быть еще до заболевания, даже в зародышевом возрасте. Все больше говорится о шизофрении, как о раннем развитии нарушения нервной системы, к которому добавляется нарушение созревания мозга.

Функциональные изменения

- » Шизофрению можно понимать как «разобщенность» нервной системы: болезнь не проявляется в какой-либо определенной области мозга, скорее проявляется **в виде нарушения связей между различными областями мозга**, и выражается в виде изменения некоторых функций (например, мышление и восприятие). В мозгу человека имеются миллиарды нервных клеток, отростки которых передают и принимают информацию от других нервных клеток. Это сложная и объемная сеть, функция и активность различных областей которой подробно исследуются.
- » **Передающее вещество** или **нейротрансмиттер** или **нейромедиатор** является химическим веществом, с помощью которого нервная клетка передает

посредством химических синапсов (места соединения нервных клеток) импульсы другой нервной клетке. Рецепторы являются приемной частью раздражения нервной клетки. Очевидно, что взаимное равновесие передающего вещества мозга является важным фактором при обнаружении психических расстройств. Одним из наиболее старых изученных нейромедиаторов является допамин, важным считается также серотонин, норадреналин, глутамат натрия и гамма-аминомасляная кислота (GABA). Лекарства оказывают действие, регулируют баланс передающих веществ в различные области мозга.

Анатомические изменения

- » Расширение желудочков мозга.
- » Уменьшение серого вещества в придатке гипофиза и гипофизе, также установлено количественное изменение белого вещества.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Если сравнить диагностику шизофрении и сердечных болезней, то клинический диагноз шизофрении основывается на таких характерных симптомах, как выражение иллюзий и кошмаров, также как на основании инфаркта можно наверняка диагностировать болезнь сердца. В действительности болезнь уже существует давно, до диагностирования. В развитии шизофрении можно различить несколько фаз:

1. Фаза риска – генетические, вирусные, риски, связанные с рождением, и риски, выявленные позднее, например, употребление марихуаны (по аналогии с сердечным инфарктом характерным для этой фазы риска является повышение содержания холестерина в крови);
2. Предпсихотическая фаза или продромальная фаза – может проявиться социальная изоляция, уход из школы или трудовой жизни, странное или чуждающее (но не психотическое) мышление (на примере болезни сердца – период проявления стенокардической боли);
3. Психотическая фаза – выявляется позитивная симптоматика (см. стр. 17) (по аналогии с возникновением инфаркта сердечной мышцы);
4. Хроническая фаза – может проявиться в некоторых положительных симптомах, но на переднем плане негативные симптомы, например, безволие и эмоциональное равнодушие (в случае болезни сердца можно сравнить с сердечной недостаточностью или падением физической выносливости).

Болезнь начинается до того, как ее замечают. Одной из целей развития новой лечебной практики является раннее или предупреждающее вмешательство, уже на предпсихотической фазе. Основным вопросом острых дебатов знатоков является найти ответ на вопрос, какая методика является наиболее эффективной и максимально свободной от рисков. В исследованиях используются антипсихотические, антидепрессивные и психосоциальные программы.

Следующий перечень дает обзор различным симптомам, возможным на предпсихотической фазе, которые могут свободно характеризовать, как обычное инакомыслие, так и нарушения настроения:

- » Агрессивность, чувствительность, раздражительность;
- » Недоверие, изоляция от человеческих отношений;
- » Странные мысли, поступки и изменившееся поведение, касающееся личной гигиены или внешности;
- » Сложности с концентрацией, запоминанием и вниманием;
- » Склонность к попаданию в опасные ситуации или самоуничтожению, суицидальность;
- » Физические симптомы, изменение аппетита и веса;
- » Плохая устойчивость к стрессу;
- » Трудности в человеческих отношениях, в семейной жизни, школе или на работе;
- » Нарушение сна, раздражение;
- » Отсутствие психической энергии и мотивации;
- » Резкие колебания настроения, депрессивность, невозможность испытывать наслаждение.

Ход болезни может быть разным, есть примеры спонтанного или полного или почти полного выздоровления, с повторяющимися обострениями в протекающих состояниях и случаями с хроническими или постоянными симптомами болезни, в отношении которых человек нуждается в постоянной сторонней поддержке. Целью лечения шизофрении является улучшение, что означает снижение симптомов, самостоятельная ежедневная жизнь, привлечение к процессу учебы или работы, близкие отношения, предлагающие удовлетворение, а также активное заполнение свободного времени. Это означает содержательную жизнь, несмотря на то, что нарушения могут или не могут проявиться.

С лучшим прогнозом связывается:

1. женский пол, который можно связать с более поздним возрастом заболевания, поэтому личность и навыки самостоятельности в начале болезни уже сформировались, и говорится об эстрогенной защитной роли;
2. заболевание в зрелом возрасте;
3. хорошие душевные способности до заболевания, личностные ресурсы;
4. проявление нарушений настроения, как одна из частей симптомов болезни;
5. отсутствие заметных когнитивных расстройств;
6. резкое начало болезни и быстрая реакция на лечение;
7. ранее и хорошее лечение, т.е. чем продолжительнее период не лечения психоза, тем хуже прогноз;
8. действенное сотрудничество при лечении;

9. поддерживающие отношения;
10. воздержание от наркотиков;
11. подходящие реабилитационные и социальные услуги.

СИМПТОМЫ ШИЗОФРЕНИИ

Симптомы шизофрении выражаются в мышлении, восприятии, чувствительности и поведении, а также их разделении в условные группы. Ниже приведены три деления.

1. Позитивные симптомы, к реальным ощущениям которых кое-что добавляется:
 - » Нарушения восприятия – самые типичные - это нарушения слуха, или «голоса», которые комментируют, угрожают, спорят, иногда даже хвалят, но могут иметь место нарушения восприятия в области обоняния, вкуса, ощущения тела или зрения;
 - » Параноидальные мысли или системы (паранойя – это твердое убеждение, которое невозможно оспорить), такие как преследование, слежка, чтение мыслей, телепатическое воздействие, крайняя религиозность, мысленное эхо, распространение мыслей, форменные нарушения мышления (связность, отклонения, подробность или рассеянность, неологизмы, изменения темпа мышления).
2. Негативные симптомы, которые выражают дефицит, отсутствие чего-либо:
 - » Эмоциональное равнодушие, уменьшение красноречия, неспособность накапливать чувства, потеря навыков к общению, углубление в себя, отстранение от активной жизни, бедность речи и мыслей, отсутствие мотивации, апатия, беспомощность.
3. Дезорганизация и когнитивные симптомы:
 - » Нарушения внимания, нарушения мышления, трудности со сосредоточением (невозможность выбора информации среди большого числа важных фактов, трудности при принятии и планировании решений, странное поведение), признаком является именно дефицит рабочей памяти (краткое запоминание информации и ее незамедлительное использование), который выявляется у 2/3 заболевших.

Дополнительно к указанным выше признакам у заболевшего могут быть проблемы с депрессией, озлобленностью, раздражением, паническими порывами, навязчивыми мыслями или нарушением ритма сна.

ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

1. Для параноидальной шизофрении характерно параноидальное мышление и часто также присутствие ложных голосов.
2. В случае гебефренной шизофрении на первом месте необычная эмоциональная реактивность или равнодушие, бессвязное мышление и несоответствующая месту речь или поведение.
3. Проявлением кататонической шизофрении являются симптомы, связанные с поведением и движением, начиная с уменьшения активности, ооченением, вынужденных положений и негативизма, до крайнего беспокойства. Частота проявления этих форм уменьшилась.
4. Так называемая резидуальная шизофрения является поздней стадией болезни, в которой преобладают негативные симптомы, такие как углубление в себя, пассивность, безразличие, равнодушие, рассеянное или нелогичное мышление.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Шизофрении часто сопутствуют другие психические нарушения, болезни тела и социальные проблемы.

1. Падение настроения может быть реакцией на тяжелую и продолжительную болезнь, а также некоторые лекарства или распорядок жизни могут ухудшить настроение. Проявление депрессии может ухудшить качество жизни человека сильнее, чем иллюзии и паранойя. Распознавание депрессии поможет найти подходящие дополнительные возможности и уменьшить риск самоубийства. В случае подозрения на депрессию важно информировать психиатра или семейного врача, который уточнит причины и даст рекомендации по лечению (психотерапия или лекарства).
2. Курение, малая активность и увеличение веса повышают риск заболевания сердечно-сосудистыми или легочными болезнями. Примерно 2/3 жителей домов опеки курят. Большая часть из них хотели бы бросить курить, и исследования показывают, что шизофренические больные могут это сделать также успешно, как и другие курильщики (соотношение реально бросивших курить и вернувшихся к курению примерно одинаковое). Процесс бросания не простой, рекомендуются консультационные услуги, когнитивно-поведенческая психотерапия, средства, замещающие никотин (пластыри и жевательная резинка) или лечение бупропионом, который относится к группе антидепрессантов. Лечащий врач должен знать о привычке к курению пациента или о желании бросить курить, потому что курение может повлиять на обмен веществ некоторых психиатрических лекарств.
3. В сотрудничестве при лечении важно иметь в виду важные показатели физического здоровья: размер талии, вес тела, индекс массы тела (показывает соотношение веса и роста человека, для нахождения индекса массы тела вес тела в килограммах делится на рост в метрах в квадрате), кровяное давление, уровень сахара и холестерина в крови, нарушения обмена веществ, связанное с болезнью и продолжительным лечением, и предупреждением диабета.

4. Для оценки гормональных и сексуальных проблем или сопутствующего воздействия лекарств важно наблюдать за менструальным циклом, уточнять жалобы и при необходимости отслеживать гормональные анализы крови (пролактин, гормоны щитовидной железы, некоторые половые гормоны). В случае некоторых жалоб очень важно сотрудничество гинеколога и психиатра. Мужчину нужно информировать о медицинской помощи, которую предлагает мужской врач.
5. По данным различных исследований в среднем около половины шизофренических больных употребляют алкоголь или наркотики. Это усложняет сотрудничество при лечении, увеличивает риски сопутствующего воздействия лекарств и способствует обострению болезни. По состоянию на 2011 год, в Эстонии отсутствует целостная сеть лечения зависимостей и реабилитации, направленная, как на детей, так и на взрослых, и возможности получения помощи отличаются по регионам. Относительно хорошо действуют группы взаимопомощи для людей, зависимых от алкоголя (Анонимные алкоголики), для наркозависимых создаются дневные центры и отдельные реабилитационные центры, также иницируются программы замещающего лечения, а в более тяжелых случаях может быть необходима услуга по круглосуточному уходу.
6. У больных есть большой риск угодить в несчастный случай, отравиться или заболеть вирусным заболеванием. Часто сопутствующие этому физические проблемы не замечаются, и не просят о помощи, также система психиатрической помощи не обеспечивает рассмотрению сопутствующих рисков для здоровья, таких как, избыточный вес, диабет, травмы и т.д. Также проявление психиатрических нарушений может повлиять на лечебные решения в других медицинских областях, например, иллюзорными считаются жалобы по физическим проблемам, не применяются более сложные процедуры, при организации другой медицинской помощи психиатрическим больным не осуществляется сотрудничество между специалистами по физическому здоровью и психиатрами. При медицинском обслуживании жителей домов опеки они не считаются перспективными, и оказываемая помощь часто бывает недостаточной. Люди с психическими нарушениями выписываются из больниц без окончательного проведения исследований, потому что их поведение мешает другим. В отношении двух этих тем помощью для человека с психическими отклонениями было бы наличие опорного лица, которое бы отстаивало его интересы и отслеживало процесс его лечения или ход проводимых исследований. Это предполагает активное вмешательство попечительского дома или местного самоуправления. В реорганизации нуждается врачебная помощь на первой ступени для жителей попечительских домов, если не удастся регистрация в список регионального семейного врача. Также психиатрическое обслуживание пациентов попечительского дома предполагает сотрудничество специалистов в области социальной и здравоохранения.
7. Частое проявление зубных болезней может быть обусловлено проблемами гигиены ротовой полости или лекарствами, которые обуславливают сухость ротовой полости. При сухости ротовой полости могут быть боли и неудобства, воспаление слизистой оболочки или гортани, обширный кариес, воспаление и растрескивание губ и уголков рта. Лечение зубов является дорогим, также серьезным препятствием может быть и страх перед зубным врачом.

8. Если у больного есть семья и дети, то в случае обострения или стационарного лечения болезни, ответственность, кроме родственников, несет также и местное самоуправление, которое должно обеспечить уход за детьми, посещение ими школы и, при необходимости, психологическую кризисную помощь и консультирование. Практика в этих случаях различается по регионам и нуждается в сотрудничестве различных ведомств и дополнительных средствах.

Шизоаффективное расстройство располагается по своей сути между шизофренией и иллюзорными расстройствами. Расстройство состоит из периодов тяжелых иллюзорных расстройства, когда на первом месте депрессия, мания или обе вместе, и которому сопутствуют типичные шизофренические расстройства, как иллюзии и паранойя. Часто шизофренические расстройства выявляются только после нескольких периодов обострений.

Шизоаффективное **расстройство** встречается реже, чем шизофреническое, по неподтвержденным данным у примерно 0,5% населения. Расстройство встречается чаще у женщин, чем у мужчин, и расстройство депрессивного подтипа встречается чаще у взрослых. Возраст заболевания находится между 16 и 30 годами. Причины возникновения неясны, снова говорят, как о генетических, так и об экологических факторах. Для точного диагностирования нарушения предполагается долгосрочное сотрудничество между семьей и командой по психиатрическому лечению. Распознавание нарушения является важным, потому что в лечебном плане нужно объединить принципы лечения, как психотических, так и параноидальных нарушений.

ЛЕЧЕНИЕ

Обращение к лечению

К врачу обращаются в основном по инициативе близких, потому что заболевший сам не понимает об изменении реальности своего мышления и может отказать от всяких рекомендаций в поиске врачебной помощи. Если у вас или ваших близких выявляется психиатрическая проблема, то можно спросить совет у семейного врача, который сможет по состоянию сказать, в какой помощи нуждается человек. Если человек, вследствие психоза, не хочет выходить из своей комнаты или дома, то нужно вызвать семейного врача домой. Информацию можно получить и у консультанта, школьного психолога, на портале здоровья и по телефону доверия, от работников кризисной помощи или помощи жертвам.

Душевному расстройству могут сопутствовать также и физические проблемы, поэтому может понадобиться врач-специалист (невролог, кардиолог, эндокринолог, терапевт, дежурный врач отделения кризисной медицины и т.д.), который может направить на прием к психиатру. Некоторые пациенты, к сожалению, попадают под воздействие ведьм/колдунов и ясновидящих. Этим людям, обещающих в случае психоза без лекарств вылечить человека, нельзя принимать всерьез. Нужен только один специалист или команда, которые смогут организовать весь

дальнейший курс психиатрического лечения и необходимые социальные услуги. Если человеку уже диагностировано психическое нарушение, то дальнейшее лечение и поддержка зависит от тяжести состояния и местных возможностей.

В Эстонии можно без сопроводительного письма обратиться к дежурному врачу психиатрической больницы, если человек нуждается в чрезвычайной психиатрической помощи или консультации частного практикующего психиатра. До этого нужно по телефону или на месте договориться о времени приема. Круглосуточная дежурная служба находится при психиатрических клиниках в крупных городах. В частной практике можно, используя платную услугу, зарегистрироваться на консультацию к психологу или психотерапевту, больничная касса оплатит медицинскую услугу в том случае, если для обращения на прием к психологу или психотерапевту будет представлено направление врача.

В случае душевного кризиса часто возникают проблемы с алкоголем и наркотиками. Первичная помощь людям с проблемными зависимостями в Таллинне сосредоточена в больнице Висмари, в других местах Эстонии нужно обращаться к психиатру или в центр лечения зависимых нарушений (А-Клиника в Тарту и т.д.). Неотложная помощь и первичная помощь предоставляется бесплатно, в части амбулаторной помощи есть различные возможности по регионам и учреждениям.

Результативность лечения психиатрических нарушений зависит от некоторых обстоятельств: времени обращения, надлежащего выбора лечебных методов, сотруднических отношений, комбинацию лекарств с психотерапией и т.д. Как правило, лечение является продолжительным, т.е. процесс продолжается несколько лет, в который обязательно нужно привлекать и членов семьи.

В случае тяжелых и продолжительных психических нарушений может быть потеря трудоспособности и возникнуть необходимость использовать различные услуги, предлагаемые социальной системой, в части этих возможностей информацию могут дать врачи, социальные работники или работники пенсионного департамента, обслуживающие клиентов.

Лечебное вмешательство в психоз

Для лечения шизофрении используются, как **лекарства, так и психотерапия**, самым важным является врач или лечащая команда, в которую, наряду с психиатром, входят психолог, медицинская сестра, может быть социальный работник, в сотрудничестве с больным и его семьей. Лечение организуется, с учетом состояния пациента и фазы болезни, или в больнице, или амбулаторное.

Лекарства, которые называются **антипсихотики**, начинают оказывать действие постепенно, в течение двух месяцев, некоторые проявления болезни могут выражаться и более продолжительное время, поэтому человек выписывается из больницы домой только после того, как будут полностью устранены все проявления болезни.

Антипсихотики делятся на типичные и атипичные.

Типичные антипсихотики действуют, в основном, на описанные выше, так называемые, позитивные симптомы (см. стр. 17).

- » Галоперидол
- » Хлорпромазин
- » Флуфеназин
- » Флупентиксол
- » Перферназин
- » Пимозид
- » Сультририд
- » Циклопентиксол

Относительно их могут выявиться следующие побочные воздействия: окоченение мышц, дрожание рук, мышечная судорога, непроизвольные или замедленные движения, даже оцепенение, появиться сухость во рту, гормональные нарушения, уменьшение сексуального интереса и сонливость.

Атипичные антипсихотики являются лекарством второй группы, которые смягчают и устраняют нарушения мышления (позитивные симптомы, см. стр. 17), улучшают настроение и увеличивают активность больного, другими словами, оказывают влияние на депрессию и смягчают негативные симптомы шизофрении (см. стр. 17).

- » Амисульприд
- » Арипипразол
- » Клозапин
- » Оланзапин
- » Кветиапин
- » Рисперидон
- » Сертиндол
- » Ципразидон
- » Зотепин

Побочные действия проявляются и у атипичных лекарств, например, можно привести изменение аппетита, повышение веса и гормональные отклонения (увеличение грудных желез, боли при отделении молока и менструальные нарушения у женщин), также могут быть нарушения в сексуальном интересе и сексуальной функции. У больных повышен риск заболевания диабетом. Обо всех побочных явлениях необходимо информировать своего врача, который может изменить прием, изменить лекарство или порекомендовать лекарства или другие приемы для смягчения побочных действий.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА

Для обеспечения хорошего самочувствия и предупреждения повторения психоза лекарства необходимо принимать в течение **продолжительного времени**: после психоза два года, при выявлении повторных психозов в течение пяти лет и в случае хронической шизофрении потребность в лекарствах может быть пожизненной. К продолжительному лечению трудно приспособиться, особенно тогда, когда обычное самочувствие и самостоятельность будут восстановлены. Прерывание лечения заканчивается, обычно, обострением болезни. Наряду с лекарствами, в лечении психоза важна и научно обоснованная терапия индивидуального когнитивного поведения и применение семейной и художественной терапии.

В отделении интенсивной терапии первичных психических нарушений психиатрической клиники Региональной Больницы Пыхья-Ээсти лечение организуется по принципу командной работы: команда, состоящая из специалистов разных областей – психиатра, психолога, медицинской сестры, осуществляют лечебное сотрудничество с пациентом и его семьей в течение нескольких лет. Первоначально встречи проводятся еженедельно, затем раз в месяц. При такой модели лечения большинство лекарств принимаются по рекомендации врача постоянно и в течение продолжительного времени, семья получает помощь в преодолении кризиса, связанного с заболеванием, большая часть вылечившихся или находящихся в стабильном состоянии людей возвращаются в школу или на работу.

Результативной методикой считается также, так называемая, когнитивная ремедиация, которая означает тренировки по определенным программам внимания, рабочей памяти, концентрации и решительности. В успешности лечения психоза решающим значением для дальнейшего улучшения является раннее вмешательство и первичный опыт лечения. Лечение каждого нового обострения усложняется.

Для лечения сопутствующей депрессии врач рекомендует **антидепрессанты**, которые смягчают душевную боль и другие физические симптомы, например, боль, аппетит и нарушения сна, восстанавливает естественную действенность известных участков нервной системы. Это действие проявляется постепенно. Чаще всего улучшения не стоит ждать раньше, чем через 2–4 недели, и первые десять дней в качестве типичных проявлений могут быть, наоборот различные побочные действия (головная боль, раздражение, беспокойство, рвота и т.д.), которые исчезнут с привыканием к лекарству или с использованием, по рекомендации врача/, дополнительного лекарства. Для улучшения продолжительного настроения/улучшающее лечение чаще всего переносится легко.

Успокаивающие (диазепам, бромазепам, алпразолам) и **снотворные** (золпидем, зопиклон) применяются в психическом лечении только при конкретных показаниях и в течение короткого времени. Продолжительное употребление успокаивающих по нескольким причинам опасно: побочные действия (проблемы с памятью, нарушение равновесия, заторможенность) и риск зависимости. Зависимость от успокаивающих можно сравнить с алкоголизмом.

Из других лекарств в комбинированных лечебных схемах можно найти **стабилизаторы настроения** (абсенор, карбамазепин, литий, топирамат, ламотригин) и **корректоры** для смягчения побочного действия (тригексифенедил или циклодол).

Лекарства очень дорогие, но в Эстонии действует при психических и шизофренических диагнозах 100% льгота на антипсихотикумы и часть антидепрессантов (флуоксетин, амитриптилин), это означает, что лицо, имеющее медицинскую страховку, платит за лекарство, выдаваемое на основании рецепта, свое участие в размере нижнего значения в сумме 1.27 евро. С одним рецептом обычно выдается лекарство, рассчитанное на потребление в течение двух месяцев. Если исключить полностью компенсируемые антидепрессанты, то в отношении большинства антидепрессантов для застрахованных лиц действует льгота в размере 50%, т.е. больничная касса компенсирует 50% от суммы, превышающей 3.19 евро, но не более чем 12.79 евро на один рецепт. Стоимость месячного лечения антидепрессантами варьируется, при наличии 50% льготы, в пределах 4–45 евро. В Эстонии для лечения пациентов можно воспользоваться всеми современными лекарствами и льгота на антипсихотикумы обеспечивает возможности для лечения всех нуждающихся.

В аптеке имеются в продаже, как оригинальные лекарства или запатентованные лекарства, так и дженерики. Лекарство – дженерик является копией запатентованного лекарства, которое содержит действующее вещество в такой же дозе, как и в запатентованном лекарстве, и которое равнозначно запатентованному лекарству со стороны безопасности, эффективности действия и качества. Лекарства – дженерики дешевле, потому их производитель не должен нести расходы по разработке нового лекарства. Если патентная защита окончена, то другие производители имеют право ходатайствовать о разрешении на продажу лекарств – дженериков.

Если лекарство не действует

1. Слишком маленькая доза

Лекарство принимается в предусмотренном количестве. Если в целях экономии, по рекомендации друзей или ориентируясь на свои чувства, вы принимаете только некоторую часть от назначенной дозы, то лекарство может и не действовать. Посоветуйтесь со своим врачом при нахождении оптимальной дозы.

2. Пренебрежение лечебной схемой

Прием антипсихотиков, стабилизаторов настроения и/или антидепрессантов по лечебной схеме должен иметь место ежедневно в определенное время. Это не то лекарство, которое принимается только тогда, когда у Вас плохое настроение или самочувствие. Для изменения дозы лекарства нужно посоветоваться с врачом.

3. Лекарства принимались непродолжительное время

Продолжительность минимального курса при первичном психозе составляет два года, при повторных психозах пять лет и при выявлении хронических психотических жалоб требуется соответственно постоянное лечение. Если врач из-за депрессии рекомендовал антидепрессанты, то их нужно употреблять, по меньшей мере, полгода после того, как вы стали себя лучше чувствовать.

4. Первоначально выбранное лекарство не действует

Как антипсихотикумы, так и антидепрессанты, по своему химическому составу делятся на классы. Каждый класс действует на конкретные нервные клетки и воздействует на симптомы известных нарушений. Если пациент не реагирует на одно лекарство, то это дает врачу важную информацию в части химического уровня признаков болезни, на основании которой можно выбрать новое лекарство. Часто бывает трудно оценить, какой класс лекарств нужно выписать, прежде всего. Самым тесным должно быть сотрудничество с врачом в начале лечения, чтобы найти подходящее лекарство, дозу и лечебную схему.

5. Психологические причины

Лекарство не меняет отношений и не делает несуществующим пережитое, травмирующая ситуация теперь или в прошлом нуждается в рассмотрении психотерапией. Спросите у врача информацию в отношении возможностей психотерапии.

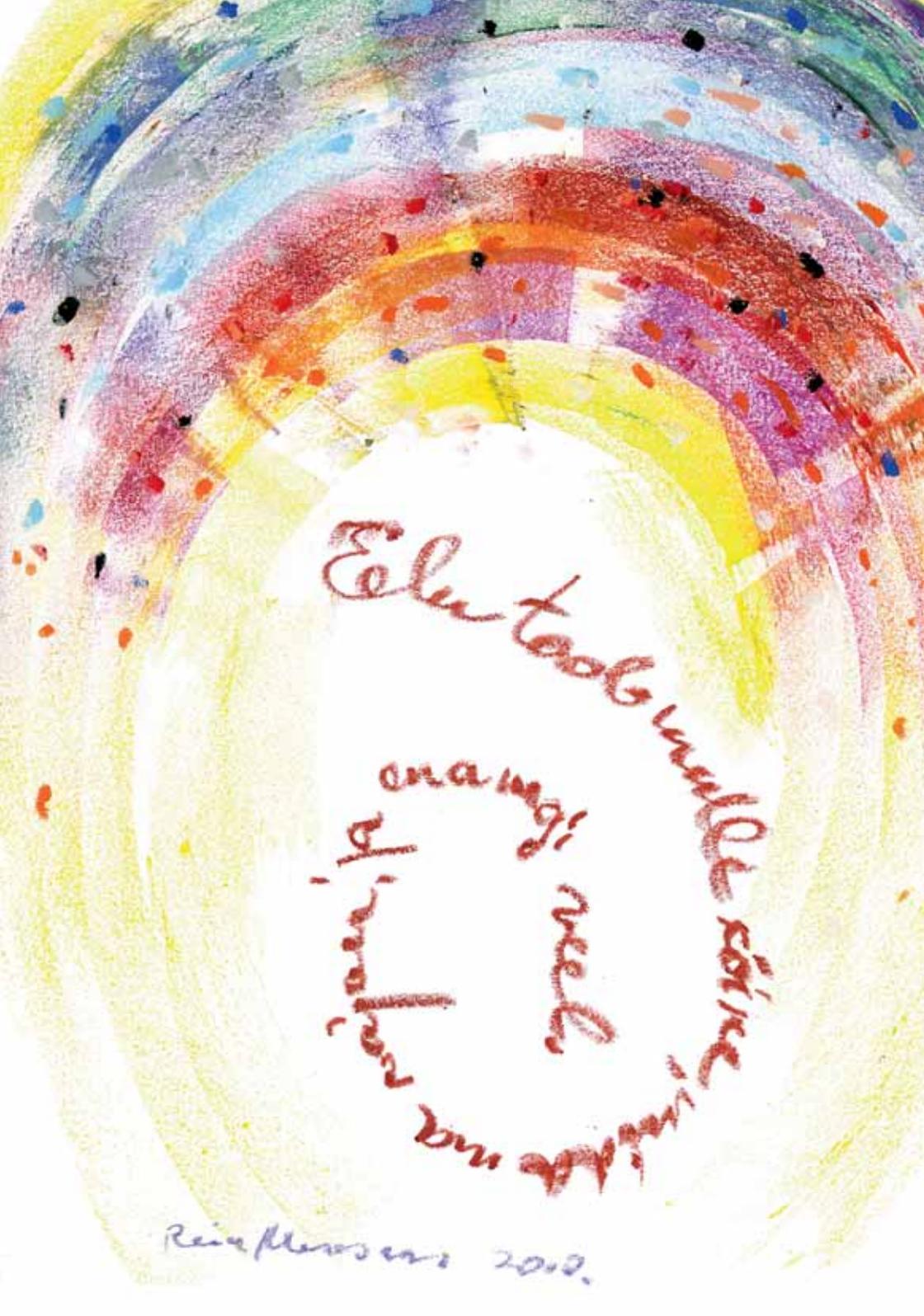
Советы при приеме лекарств

1. Внимательно изучите информацию о назначенном лекарстве или лечении, получив ее от врача или в информационном вкладыше к лекарству, запомните, кроме названия производителя лекарства, также и действие лекарства. Вначале и для разъяснения, перечисляются действующие вещества.
2. Посоветуйтесь с врачом о возможных побочных явлениях и совместного действия с другими лекарствами и веществами, например, с алкоголем и сигаретами.
3. Убедитесь в том, что врач выписал лекарство только после тщательного исследования, диагностики и взвешенно.
4. Не требуйте, чтобы лечебное свойство подействовало бы немедленно, как бы мучительной не была болезнь. Лекарства – это не наркотики, с которыми самочувствие меняется мгновенно.
5. Если лекарство оказывает побочное действие, то нужно незамедлительно сообщить об этом врачу. От них можно избавиться, или изменив дозу, или переключившись на другое лекарство. Важно, чтобы достижение желаемого результата лечения сопровождалось ценой минимальных побочных действий.

6. Будьте осведомлены и готовы к сотрудничеству. Лекарства не дают смысла в жизни, но помогают жить и чувствовать себя лучше для поиска и определения смысла жизни.

Как может помочь семья?

1. Помогите своему ближнему в начале лечения и в соблюдении рекомендаций по лечению, тактично следите за соблюдением лечебной схемы.
2. Помогите в формировании и сохранении упорядоченного дневного и ночного режима.
3. Учитесь узнавать ранние признаки обострения расстройства (читайте, спросите у врача или у своего заболевшего близкого, примите участие в семейном обучении), чтобы вы могли их узнавать и действовать надлежащим образом.
4. Составьте с семьей единый план для решения кризисных ситуаций.
5. Старайтесь сохранять терпимость и понимание.
6. Улучшение у большинства больных – это постепенный процесс, не перегружайте своего близкого планами и советами на тему „вот, когда поправишься...“.
7. Для семьи очень важно сохранение ритма жизни и учет потребностей членов семьи даже в кризис, обусловленный болезнью.
8. Учитесь замечать и признавать позитивные изменения вместо склонности к критике.
9. Узнайте, что такое активное слушание и используйте его для общения со своим заболевшим близким.
10. Учитесь понимать и подходящим способом выражать гнев и пытайтесь конструктивно решать проблемы.



Edu tool will be
na nagi need
di nagi
na nagi

Rein Messers 2010.

ПОДДЕРЖКА

Что такое услуги специальной опеки

Целью услуг специальной опеки является развитие самостоятельности человека и направление его деятельности. Человек должен максимально вкладываться в свою ежедневную деятельность и его направляют и оказывают помощь в соответствии с его потребностями.

Услугами специальной опеки являются:

- » Услуга по поддержке ежедневной жизни,
- » Услуга по поддержке в работе,
- » Услуга в поддержке проживания,
- » Услуга по жизни в обществе,
- » Круглосуточная услуга специальной опеки.

Кто имеет право на услугу специальной опеки

Услуги специальной опеки предусмотрены для людей с тяжелыми и продолжительными психическими расстройствами. Под психическим расстройством понимается как душевная недоразвитость, так и душевная болезнь.

Услуги специальной опеки не предусмотрены для людей с диагнозом слабоумие, достигших пенсионного возраста по старости, у которых кроме слабоумия не диагностировано других психических расстройств, и у людей, психические расстройства которых связаны с алкогольной или наркотической зависимостью.

Куда обращаться?

Направление и оказание услуги организует Департамент социального страхования <http://www.ensib.ee/erihoolekanne/>.

Документы, необходимые для ходатайства услуги

Если человек хочет ходатайствовать о какой-либо услуге специальной опеки, то он должен представить Департаменту социального страхования **ходатайство о направлении на услугу специальной опеки**. Для получения помощи можно обратиться в департамент к **организатору случая**. Ходатайство может представить человек сам, или его законный представитель. В ходатайстве человек может указать подходящее для себя лицо, оказывающее услугу, у которого выражается желание получить услугу.

Для получения услуги, должно быть, или

- a) **Направление психиатра**, в котором он рекомендует услугу для поддержания ежедневной жизни, или
- b) **Реабилитационный план** с рекомендацией использовать конкретную услугу специальной опеки для обеспечения лучшей самостоятельности, при этом реабилитационный план необходим для всех услуг специальной опеки, за исключением, услугу по поддержанию ежедневной жизни и круглосуточной услуги специальной опеки, оказываемой на основании судебного постановления, или
- c) **Судебное постановление**, если лицо направляется принудительно на круглосуточную услугу специальной опеки.

Кто предлагает услуги специальной опеки

Услуги специальной опеки могут предлагать учреждения с соответствующим разрешением на деятельность. Разрешение на деятельность является подтверждением, что в учреждении работает персонал с соответствующим образованием или выучкой, и здание соответствует требованием пожарной безопасности и защиты здоровья. Перечень учреждения с действующими разрешениями на деятельность находится по адресу: <http://www.ensib.ee/halduslepingud-hoolekande-teenuse-osutamiseks-3/>.

Где можно получить дополнительную информацию?

Задачей **организаторов** случаев, работающих в Департаменте социального страхования, является информирование людей о возможностях получения услуг (в том числе, процесс, нужные документы) и поддержка людей в процессе направления на услугу. Целью работы организаторов случаев является поддержка людей в делопроизводстве, связанным с использованием услуги специальной опеки. Контактные данные организаторов случаев находятся по адресу: <http://www.ensib.ee/juhtumikorraldajate-kontaktandmed-2/>

Обращаться также можно и к социальному работнику местного самоуправления, который разъяснит, что нужно сделать, чтобы получить подходящую услугу. При необходимости, социальный работник окажет человеку услугу по социальному консультированию и/или составит план случая.

Содержание каждой услуги специальной опеки описывается **в разделе 4 главы 3 закона о социальной опеке**. Более подробную информацию об услугах специальной опеки можно прочитать по адресу: <http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/erihoolekanne.html>.



Ja kukaan tänä aamuna
ei käy läbi / päivä.
Kokole

2010.

ПРАВО

У тебя есть право

- » На информацию о своем психическом нарушении и используемых лекарствах и методах диагностики, или на отказ от этого¹;
- » На осознанное согласие² и право на отзыв согласия в течение разумного времени³;
- » Право при согласии лечащего врача на ознакомление со своими лечебными документами⁴;
- » На добровольное лечение, за исключением специальных случаев, установленных законом⁵;
- » На выбор лица, оказывающего услугу и право на другое мнение⁶;
- » Требовать, чтобы лицо, оказывающее услугу, хранило в тайне от третьих лиц оказываемую тебе услугу⁷;
- » На отказ от участия в учебном процессе⁸;
- » На свою одежду, если она соответствует требованиям гигиены;
- » Знать о процедуре представления жалобы, установленного у лица, предоставляющего услугу, и на контакт руководством лица, предоставляющего услугу, и/или подразделением, занимающимся качеством услуги;
- » Обращаться с жалобой на деятельность работников здравоохранения, возникшей в отношении лица, предоставляющего услугу, к руководству лица, предоставляющего услугу, в региональное отделение больничной кассы, Департамент здравоохранения или к старейшине⁹.

У тебя есть обязанность

- » Представлять лицу, предоставляющему услугу по здравоохранению, информацию, касающуюся своего здоровья и способствовать своему лечебному процессу¹⁰;
- » Платить предусмотренную плату¹¹.

¹ Ч. 1 и ч.5 ст. 766 ЗОП и п.2 ст.4 закона о психиатрической помощи

² Артикул 5 Конвенции о правах человека и биомедицине, <https://www.riigiteataja.ee/akt/78570>.

³ Ч. 3 ст. 766 ЗОП

⁴ за исключением случая, если это может оказаться вредным для его душевного здоровья или безопасности других лиц.

⁵ Ч. 3 ст. 766 ЗОП и ч.1 ст.3 закона о психиатрической помощи

⁶ ст. 40 закона о медицинском страховании, постановление № 111 министра социальных дел, Условия и порядок принятия обязательств по уплате платежа за другое мнение от лица, застрахованного Больничной кассой Эстонии, вступило в силу с 01.10.2002, <https://www.riigiteataja.ee/akt/201933>.

⁷ ст. 768 ЗОП

⁸ ст. 765 ЗОП

⁹ постановление от 15.12.2004 г. № 128 министра социальных дел „Требования по обеспечению качества услуг по здравоохранению“ ч. 4, <https://www.riigiteataja.ee/akt/13252905>

¹⁰ ЗОП, ст. 764

¹¹ ЗОП, ст. 761

ОСМОТР И ЛЕЧЕНИЕ, ПРОТИВ ВОЛИ

Психиатрический осмотр, против воли

Психиатр может против твоей воли, осмотреть тебя, если:

- 1) Твое поведение указывает на сильное психическое нарушение;
- 2) Выявится, что твое состояние представляет опасность появления обычного нарушения;
- 3) Нет подходящих, менее ограничивающих методов для принятия такого решения.

Размещение в больнице и лечение, против воли

Размещение в больнице и применение лечения, против воли, применяются к пациенту, который является дееспособным и отказывается от лечения или пациенту, который не является дееспособным и спорит против размещения в больнице и применения лечения, если у пациента присутствуют одновременно следующие обстоятельства:

- » Тяжелое психическое нарушение, которое ограничивает его способность понимать свое поведение или управлять им;
- » В случае оставления без лечения он угрожает, вследствие психического нарушения, жизни, здоровью или безопасности своей или других людей;
- » другая психиатрическая помощь является недостаточной.

Организация лечения, против воли

- » если дежурный врач, при приеме в больницу, установит, что у тебя одновременно присутствуют три обстоятельства из перечисленных в предыдущем пункте, то он незамедлительно информирует об этом, против воли, о применении лечения.
- » По возможности, он информирует о решении по лечению, против воли, в течение 12 часов также твоих близких и/или законного представителя.
- » Не позднее, чем в течение 24 часов с начала лечения, точку зрения о состоянии твоего здоровья выскажет и другой психиатр. Если лечение, против воли, все-таки нужно, то психиатр составляет соответствующее мнение о необходимости применения лечения, независимо от воли, в порядке первичной защиты прав, которое направляется вместе с заявлением лица, оказывающего услугу, в уездный суд.

- » лечение, против воли, продолжительностью свыше 48 часов, может осуществляться только по разрешению суда на основании судебного постановления.
- » В течение четырех дней, после приема в больницу, судья должен побеседовать с тобой и подготовить судебное постановление о необходимости лечения, против воли. Он имеет право продлить лечение, против воли, в порядке первичной защиты прав, до 14 дней.
- » В производстве по применению первичной защиты прав ты можешь сам назначить себе представителя. По твоему ходатайству суд назначает, при продлении лечения, против воли, в порядке первичной защиты прав, представителя в порядке государственной правовой помощи.
- » Лечащий врач регулярно оценивает твое состояние и в зависимости от изменения состояния здоровья составляет мнение об окончании или продлении лечения, независимо от воли.
- » Если и после прохождения 14 дней у твоего здоровья не видно признаков улучшения и по-прежнему присутствуют одновременно три упомянутых выше обстоятельства, то больница информирует местное самоуправление, которое вносит в суд заявление о помещении тебя в закрытое учреждение.
- » Во время нахождения на лечении, против воли, на тебе нельзя проводить клинические опыты или испытывать новые лекарства или лечебные методы.
- » Во время нахождения на лечении, против воли, по отношению к тебе применяются минимальные ограничивающие методы, которые обеспечивают безопасность твою и других лиц.
- » Лицо, оказывающее услугу здравоохранения, должно в месте своей деятельности информировать о твоем праве обратиться с жалобой на деятельность работников здравоохранения к руководству лица, оказывающего услугу здравоохранения, в региональное управление больничной кассы, Департамент здравоохранения или к старейшине, а также дать их контактные данные.

Ограничения, применяемые в ходе лечения, против воли

- » Во время нахождения на лечении, против воли, ты не можешь покинуть больницу и должен подчиняться применяемому режиму лечения и следующим из этого ограничениям. Ограничения вводятся с лечебным режимом, установленным в правилах внутреннего трудового распорядка больницы .
- » Лечебный режим назначает лечащий или дежурный врач. С режимом, внутренним распорядком в отделении и сопутствующими правами и обязанностями, тебя ознакомит сестра отделения.
- » Ограничения регулируют использование личной одежды и предметов, телефонные звонки, курение, общение.
- » Во время нахождения на лечении, против воли, выход за пределы отделения разрешен только в сопровождении больничного работника.
- » Предметы, принятые на хранение в начале лечения, против воли, возвращаются при изменении режима или ухода из больницы.

- » Лицо, оказывающее услугу, имеет право применить к тебе физические, механические или химические методы сдерживания, если возникла прямая опасность членовредительства или насилия по отношению к другим лицам, и иные средства для устранения опасности оказались недостаточными.

Права в ходе лечения, против воли

У тебя есть право

- » Быть привлеченным к составлению плана лечения, в зависимости от наличия дееспособности, осознанному согласию или отказу от применения лечения электрошоком или отказ от этих методов, за исключением случая, если для этого имеются жизненные показатели;
- » На беседу с лечащим врачом, чтобы объяснить ему причины своего поведения, если в отношении тебя были применены методы сдерживания и лечащий врач, в свою очередь, разъяснит причины сдерживания;
- » Требовать, чтобы по отношению к тебе использовались как можно меньше ограничивающих методов;
- » Требовать, чтобы суд выслушал тебя лично;
- » На встречу в течение времени, назначенного лечащим врачом, со своим законным и/или представителем, назначенным в порядке государственной правовой помощи, или договорным представителем;
- » С представителем, если суд примет решение о продлении срока первичной правовой защиты, и тогда, когда вы выразите желание оспорить применение постановления, принятого в отношении тебя в отношении первичной правовой защиты, или постановления о помещении в закрытое учреждение;
- » На независимую экспертизу, если суд примет решение о продолжении лечения, против воли, после прохождения срока применения первичных прав защиты;
- » Получить копию судебного постановления, как о применении первичных прав защиты, так и о помещении в закрытое учреждение или решении суда из постановляющей части судебного постановления, подтвердив получение судебного постановления своей подписью. У тебя есть право требовать от суда получение всего текста судебного постановления;
- » Представлять жалобу на постановление в окружной суд в течение десяти дней после получения судебного постановления через тот же уездный суд, который принял судебное решение;
- » Требовать от адвоката, назначенного в порядке государственной правовой помощи, составления и представления жалобы на постановление;
- » Получить информацию о порядке разрешения жалоб, установленном в лечебном заведении, и контактные данные тех лечебных учреждений, к которым нужно обращаться для разрешения жалоб;
- » Обращаться к надзорному отделу Департамента здравоохранения о проверке лечения, против воли, примененного по отношению к тебе;

- » Обратиться к руководству лечебного учреждения и/или канцлеру права, если лицо, оказывающее услугу, в ходе применения лечения, против воли, нарушает добрые традиции ухода или применяет необоснованные ограничения, следующие из твоей социальной принадлежности или других обстоятельств;
- » Получать совет и информацию от Представительского Объединения пациентов Эстонии.

Куда, при необходимости, обращаться

- » **Контактные данные надзорного отдела Департамента здравоохранения:**
Департамент здравоохранения, ул. Хийю 42, 11619 Таллинн;
www.terviseamet.ee
- » **Контактные данные Канцлера права:**
канцелярия Канцлера права, ул. Кохту 8, 15193 Таллинн;
www.oiguskantsler.ee
- » **Контактные данные Экспертной комиссии качества услуг здравоохранения:**
Министерство социальных дел, ул. Гонсиори 29, 15027 Таллинн;
anne.poll@sm.ee
- » **Контактные данные Представительского Объединения пациентов Эстонии:**
Представительское Объединение пациентов Эстонии, ул. Каупмехе 14, 10114 Таллинн.



ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Fact Sheet. Schizophrenia. National Institutes of Health. 2010.

[http://report.nih.gov/NIHfactsheets/Pdfs/Schizophrenia\(NIMH\).pdf](http://report.nih.gov/NIHfactsheets/Pdfs/Schizophrenia(NIMH).pdf)

C. Henquet, M. Di Forti, P. Morrison, R. Kuepper, R. M. Murray, Gene-Environment Interplay Between Cannabis and Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 2008, vol. 34 no. 6 pp. 1111–1121.

M. A. R. Hodge, D. Siciliano, P. Withey, B. Moss, G. Moore, G. Judd, E. A. Shores, A. Harris, A Randomized Controlled Trial of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2010, vol. 36 no. 2 pp. 419–427.

Learning about schizophrenia: Rays of hope. A reference manual for families & caregivers.

Third revised edition. Schizophrenia Society of Canada, 2003.

http://www.schizophrenia.ca/Rays_of_Hope.pdf

B. Lumby, Guide Schizophrenia Patients to Better Physical Health. *The Nurse Practitioner* 2007. vol 32, no 7.

J. Lõnnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, Psühhiaatria. *Medicina*. Tallinn, 2007.

A. G. Pinto, S. Alberich, S. Barbeito, M. Gutierrez, P. Vega, B. Ibanez, M. K. Haidar, E. Vieta, C. Arango, Cannabis and First-Episode Psychosis: Different Long-term Outcomes Depending on Continued or Discontinued Use. *Schizophrenia Bulletin* 2011, vol. 37 no. 3 pp. 631–639.

S. Pridmore, *Download of Psychiatry*, 2006.

<http://eprints.utas.edu.au/287/>

Schizophrenia: Public Attitudes, Personal Needs; Views from People Living with Schizophrenia, Caregivers, and the General Public Analysis and Recommendations. The National Alliance on Mental Illness, 2008.

Schizophrenia: The Journey to Recovery. A Consumer and Family Guide to Assessment and Treatment. Canadian Psychiatric Association, Schizophrenia Society of Canada, 2007.

Schizophrenia. Understanding NICE guidance. Information for people who use NHS services. Information about NICE clinical guideline 82. National Institute for Clinical Excellence guidance. London, 2009.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43611/43611.pdf>

Schizophrenia. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health National Institute of Mental Health NIH Publication

No. 09-3517, 2009.

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/schizophrenia-booket-2009.pdf>

Skisofreenia bioloogilise ravi juhis. Tallinn, 2003.

<http://www.psy.ee/>

M. Stefan, M. Travis, R. M. Murray, *An Atlas of Schizophrenia*. Second Edition. The Parthenon Publishing Group, 2002.

