

Содержание

Введение	7
----------------	---

Часть 1

Шизофрения как она есть	9
Что такое шизофрения?	11
Шизофрения: начало	38
Основные формы шизофрении	50
Особенности развития разных форм шизофрении у детей и подростков	71

Часть 2

Как отличить шизофрению от других нарушений психики?	85
Депрессия vs шизофрения	88
Шизофрения vs биполярно-аффективное расстройство	92
Шизофрения vs обсессивно-компульсивное расстройство	96
Злоупотребление психоактивными веществами vs шизофрения	100
Шизофрения vs посттравматическое стрессовое расстройство	104
Детская шизофрения vs аутизм	107

Часть 3

Причины и лечение шизофрении 111

Мифы о шизофрении 123

Шизофрения от древности до наших дней..... 135

Лечение шизофрении 146

Прием врача 146

Лекарственные препараты 151

Госпитализация 162

Реабилитация 169

Часть 4

Диагноз поставлен. Как жить дальше? 187

Принятие 189

Ограничения и возможности..... 198

Как организовать свою жизнь
после постановки диагноза 203

Что делать, если болен ваш близкий? 217

Как отличить манипуляции
от проявлений болезни? 235

Острые вопросы 241

Самоубийство 241

Алкоголь и наркотики 246

Социальная опасность и агрессия..... 248

Самоповреждающее поведение (селфхарм) 251

Часть 5

Склеенные зеркала (те, кто справился) 255

Заключение 286

Литература 287

Приложение.

Творчество людей с психическими расстройствами.... 289

Введение

Даже несмотря на все это — отличное лечение, прекрасную семью и друзей, благоприятную рабочую среду, — я не делала свою болезнь публичной до относительно позднего возраста, и это потому, что стигма в отношении психического заболевания настолько сильна, что я не чувствовала себя в безопасности с теми людьми, которые знают о нем. Пожалуйста, услышьте: нет шизофреников. Есть люди с шизофренией; такой человек может быть вашим супругом, он может быть вашим ребенком, он может быть вашим соседом, он может быть вашим другом, он может быть вашим коллегой.

Элин Сакс

Городские фонари
Вечером сменяют солнце.
Домофоны на двери
Не пускают незнакомцев.
За моей дверью ад,
Но о нем никто не знает.
В кране кровь, в стакане яд.
И меня не покидает
Страх.
Я знаю, что со мной не так.
Мои мозги сожрали черви.
Мой разум приписал чужак,
А черти действуют на нервы.
Депрессия и эйфория.
Моя петля — шизофрения.
Для чего же я живу,
Если мне желают смерти?
Что во сне, что наяву?
Это знают только черти.
Белый лист, на нем живут
Те, чьи голоса звучат.
И когда они уйдут
Прямоком за всю дрянь
В ад?

Иван Кудряшов

Шизофрения — до сих пор одна из самых таинственных и пугающих тем, несмотря на обилие материала. Это заболевание окружено массой мифов и недомолвок. Что такое шизофрения? Как жить, если ты заболел? А как жить, если болен близкий? Книга, которую вы держите в руках, пытается ответить на эти и множество других вопросов предельно честно и без запугивания. А еще это книга о надежде. О том, что даже самый страшный диагноз — не приговор и что с ним можно и нужно научиться жить. Цель этой книги — помочь справиться со страхом и развеять мифы и недомолвки вокруг этой темы. Вытащить из стены молчания, окружающей заболевших людей, хотя бы один кирпич. Шизофрения находится рядом с каждым из нас, гораздо ближе, чем мы думаем. Гораздо ближе, чем мы боимся думать. Но открыть глаза и увидеть — значит уже вполтину победить свой страх.

Часть 1

Шизофрения как она есть

Что такое шизофрения?

Шизофрения накатывается как медленный туман, незаметно становясь все гуще и гуще. Сначала дни еще яркие, небо ясное, солнечный свет греет ваши плечи. Но вскоре вы замечаете, что вокруг вас собирается дымка, что воздух уже не такой теплый. Потом солнце становится тусклой лампочкой, едва просвечивающей сквозь тучи. Горизонт исчезает в сером влажном тумане, и вы чувствуете густую сырость в легких и обливаетесь холодным потом в полуполуденной темноте.

Элин Сакс

Что вы знаете о шизофрении?

Некоторые думают, что шизофрения сродни чему-то необычному, романтическому, гениальному. На самом деле это очень страшно, когда находишься под одной крышей с человеком, который в бреду, и помочь ничем не можешь...

Родственница женщины с шизофренией

Множество людей в тот самый момент, когда вы читаете эти строки, вглядываются в свое отражение в зеркале или в лица своих близких с мыслью: «А может, это расстройство психики?», «Показалось или нет?», «Есть ли у меня / у него шизофрения?». Для того чтобы ответить на эти вопросы, давайте попробуем разобраться, какие симптомы характерны для шизофрении.

В международном классификаторе болезней МКБ-10 в качестве основных признаков шизофрении выделяют:

- галлюцинации;
- бред;
- кататонические проявления: заторможенность, неподвижность и/или крайне возбужденное, дезорганизованное поведение;
- дезорганизованную речь (к примеру, нарушение логичной связности речи, обрывы речи);
- негативную симптоматику: сглаживание эмоций, обеднение/распад речи, нарушение волевой регуляции поведения.

Окончательный вывод о диагнозе «шизофрения» психиатр делает после длительного наблюдения за человеком. Хотя бы два из перечисленных выше признаков должны проявляться на протяжении месяца. Если отмечаются галлюцинации и бред, для постановки диагноза может быть достаточно одного из этих симптомов.

Предрасположенность к шизофрении формируется в мозге еще до рождения. Но в большинстве случаев эта болезнь не проявляет себя в полном объеме до юности или ранней зрелости. Существует множество форм шизофрении. Однако во всех вариантах заболевания самым тяжелым симптомом является острое психотическое состояние (психоз), когда отклик психики грубо противоречит реальности. Реальный мир во время психоза отражается в сознании заболевшего как в кривом зеркале — с резким искажением. Наблюдая за таким человеком, можно заметить разнообразные нарушения поведения и логики, своеобразное восприятие окружающего мира и неспособность объективно оценивать и правильно объяснять происходящее вокруг. В художественных фильмах и книгах часто описывают самые яркие проявления психотических состояний: это

бред, галлюцинации, нарушения мышления и настроения, двигательные (кататонические) расстройства.

Галлюцинации — один из самых частых симптомов шизофрении. Это нарушения восприятия, когда ощущение возникает без реального сенсорного стимула и человек «видит», «слышит», «осязает» что-то отсутствующее в окружающей его реальности.

Галлюцинации прежде всего классифицируются по ведущему ощущению:

- слуховые — шумы, музыка или голоса;
- зрительные — видения неясных образов, предметов, людей, животных, героев фильмов и книг;
- тактильные — прикосновения, покалывание, шевеление под кожей, ползание, царапание;
- обонятельные — неожиданные или странные запахи от предметов, других людей или самого заболевшего человека;
- вкусовые — странный или неожиданный вкус, не свойственный данной еде;
- висцеральные — ощущение присутствия живого существа или инородного объекта внутри: вшитых чипов, радиопередатчиков, дополнительных органов, червей, рыб, змей;
- моторные — ощущение выполнения каких-либо действий, хотя на самом деле человек сидит или лежит неподвижно. К примеру, ему может казаться, будто он сжимает пальцы в кулак, покачивает головой, поднимает ногу. Встречается явление «письменного автоматизма»: человеку кажется, что не он контролирует свою руку, а его рукой пишет Бог, дьявол или инопланетяне с целью донести информацию.

Все виды галлюцинаций можно разделить на две большие группы: простые (неразборчивый шум, звонки, гудение,

оклики по имени) и сложные (развернутая речь, события с несколькими участниками).

Также галлюцинации делят на две основные категории:

Истинные галлюцинации для человека с психическим расстройством практически неотличимы от реальности: если человек слышит «голос», то воспринимает его как реальный, если видит насекомых или животных — они выглядят как живые. Даже когда психоз миновал, человек порой не может понять, где была реальность, а где — галлюцинации. Часто истинные галлюцинации побуждают заболевшего к активным действиям: например, если ему кажется, что на него нападают, он пытается спастись бегством или вступить в драку.

Псевдогаллюцинации больше похожи на фантазии, человек понимает, что они не ощутимы для окружающих. Но псевдогаллюцинации возникают произвольно, и от нормальных фантазий их отличают детальность, яркая образность и устойчивость.

Больше всего при шизофрении распространены слуховые галлюцинации и псевдогаллюцинации. Люди, столкнувшиеся с ними, иногда или постоянно слышат «голоса», звучащие снаружи, внутри головы или тела. Эти «голоса» воспринимаются человеком как абсолютно реальные независимо от того, принадлежат они кому-то знакомому или нет (иногда люди с шизофренией утверждают, что это голоса не людей, а роботов или инопланетян). Многие уверены, что «голоса» передаются им при помощи гипнотического воздействия, телепатии или датчика, вживленного прямо в тело человека. Распространено мнение, что галлюцинации — это «всего лишь мультфильмы в голове», они могут быть милыми и даже забавными, но люди с шизофренией с этим не согласятся. Им галлюцинации зачастую причиняют тяжелейшие страдания и серьезно дезориентируют в реальности. Психиатры классифицируют слуховые галлюцинации по содержанию:

- не связанные с эмоциональными состояниями — «Все говорит со мной: стены, мебель, деревья»;
- командные — «Голоса велют мне ударить мою мать»;
- диалоговые — «На одном плече у меня сидит дьявол, на другом — Бог, они постоянно спорят»;
- религиозные — «Со мной говорит Бог»;
- преследующие — «Голоса обещают навредить мне, если я не сделаю, как они хотят»;
- комментирующие — «Я слышу голос, который говорит мне, что сегодня я была хорошей девочкой».

Реагируют на звучащее в голове все по-разному: одни отвечают голосам, пытаются спорить с ними, другие пассивно подчиняются, кто-то не выдерживает постоянного прессинга и со временем начинает прислушиваться к голосам больше, чем к реально существующим людям, все глубже погружаясь в мир своих болезненных идей.

Как галлюцинации могут проявляться внешне

- Приступы внезапного смеха без видимой внешней причины.
- Общение вслух с самим собой, странные фразы, как будто человек поддерживает диалог с невидимым собеседником; активная мимика во время этих «бесед».
- Неожиданные длительные паузы во время разговора, словно человек прислушивается к чему-то, что не слышно всем остальным.
- Встревоженный, озабоченный вид, сопровождающийся отказом говорить о причине такой настороженности.
- Поведение, похожее на реакцию на несуществующий раздражитель.
- Попытки поинтересоваться у окружающих, не испытывают ли они нечто подобное.
- Нарушение внимания — от легкой отвлекаемости до полной неспособности сосредоточиться на теме разговора, определенной деятельности.

Что можно сделать, если вам кажется, что у человека галлюцинации

- Аккуратно спросите, видит ли, слышит или ощущает сейчас он что-либо и что именно.
- Деликатно и некатегорично выскажите мнение, что то, что он видит, слышит или ощущает, может являться признаком заболевания и, возможно, стоит обратиться к врачу.
- Если человек открыт к диалогу — обсудите, можно ли ему помочь справиться с этими ощущениями и что для этого стоит предпринять.

Чего делать НЕ НУЖНО, если вам кажется, что у человека галлюцинации

- Смеяться над его необычными ощущениями.
- Говорить ему, что то, что он ощущает, — ненормально, нереально или не имеет никакого значения.
- Бояться и демонстрировать страх.
- Вдаваться в подробное, детальное обсуждение галлюцинаций.

При шизофрении часто встречается *бред* — расстройство мышления, выражающееся в формировании искаженных представлений о реальности, в которых человек непоколебимо убежден. Бредовые мысли овладевают сознанием человека полностью, не поддаются разумным доводам и доказательствам со стороны, психологической коррекции. Возникает бредовая идея как следствие болезненного, неадекватного понимания окружающего реального мира. Как правило, содержание бреда лишь минимально отражает реальное положение дел, а чаще всего никакого отношения к объективной действительности не имеет. Если человека пытаются убедить в том, что он ошибается, это, как правило, заканчивается тем, что он еще больше убеждается в истинности своих суждений. Содержание бредовых идей может быть совершенно различным.

Бред преследования — уверенность, что больного преследует один человек или группа людей. Чаще всего бред преследования возникает у людей, для которых характерны такие личностные черты, как недоверчивость, подозрительность, настороженность. При шизофрении бред преследования может также связываться не с людьми, а с колдунами, таинственными спецслужбами, инопланетянами. Подобные бредовые идеи вызывают у больных тревогу, страх, а также желание избежать преследования, которое может выражаться в двух типах поведения:

- попытки физически оградить себя от преследователей: убежать, уехать в другой город, закрыть комнату на дополнительные замки, забить гвоздями окна и двери на балкон, надеть защитную одежду, отказаться от еды, иногда — совершить самоубийство;
- попытки сделать преследование невозможным («преследуемые преследователи»): найти «гонителей» или самому следить за ними, разложить по квартире метки, по которым можно было бы вычислить и доказать присутствие чужих. Бывает, что люди с такой формой бреда угрожают тем, кого подозревают в преследовании, а в некоторых случаях проявляют физическую агрессию.

Бред отношения — убежденность, что все, что происходит вокруг, — не случайность, заболевший находится в эпицентре всех событий, к нему имеет отношение абсолютно все: слова, действия, выражение лиц других людей, их жесты.

Бред величия — тотальная уверенность в собственной значимости, важности, превосходстве, особой миссии на этой Земле. Часто сопровождается различными фантастическими идеями. Бредовые идеи величия могут сочетаться с идеями преследования. В большинстве случаев люди с бредом величия не склонны к агрессии, спокойны и доброжелательны, хотя иногда раздражаются, если окружающие не признают

их превосходство, отказываются слушать их или следовать за ними.

Бред воздействия — убежденность заболевшего в том, что все его мысли, чувства и поступки, даже самые потаенные, подчинены чьему-то стороннему влиянию и как будто становятся известны другим людям до мельчайших деталей. На основании этих мыслей может сформироваться *бред разъяснения*: человек объясняет окружающим, что на его мысли и действия влияют самым неожиданным образом некие реальные или потусторонние силы. Вариантом бреда воздействия является уверенность, что в тело человека проникли какие-то предметы или существа, которые попали туда при глотании, вдохе, через кожу, глаза, ушные отверстия. Эти бредовые идеи часто служат основой для формирования бреда одержимости.

Бред самообвинения (депрессивный) — вера заболевшего в то, что в будущем его ждут серьезные неприятности, наказание, расплата за ошибки или грехи.

Чаще всего при шизофрении развиваются бред преследования и воздействия: человек убежден, будто на него имеют влияние колдуны, экстрасенсы и инопланетяне, вокруг плетутся интриги, за ним следят спецслужбы, ему «проникают лучами в мозг», в него вживляют чипы. Эти воздействия вызывают боль и тошноту, меняют настроение, провоцируют странные ощущения на коже и во внутренних органах. В любых своих трудностях и непривычных ощущениях человек с бредовыми идеями подозревает влияние извне. Чаще всего виноватыми «назначают» тех, кто рядом: близких, приятелей, соседей. Все внешние события заболевший трактует как относящиеся лично к нему (за ним везде наблюдают, везде контролируют, на улицах полно переодетых полицейских, которые следят за ним, и т. п.). Люди с шизофренией могут быть убеждены, например, что прохожие на улице свободно читают их мысли и тут же

повторяют их вслух, что из головы воруют идеи. Заболевший может постоянно писать заявления в полицию на преследующих его бандитов, пытается скрыться от слежки, уезжает из квартиры, дома, города, чтобы «оторваться от хвоста», но и на новом месте преследователи сразу же находят его. Нередко у людей с шизофренией наблюдаются бредовые идеи реформаторства, изобретательства, особого отношения (человеку кажется, что все вокруг обсуждают его проблемы и недостатки, смеются над ним или осуждают его, что коллеги на работе замолкают при виде него, потому что говорят о нем за спиной «плохое»). Часто можно столкнуться с *ипохондрическим бредом*: человек абсолютно уверен сам и убеждает окружающих, что он ужасно и неизлечимо болен, считает, что у него поражены все внутренние органы, требует немедленно назначить ему радикальное лечение или провести операцию. На первом этапе этот вариант бреда зачастую не распознают даже врачи, не специализирующиеся на психическом здоровье. Но постепенно бредовые предположения о состоянии здоровья и причинах заболевания становятся все более странными. *Бред ущерба* чаще всего встречается у пожилых людей (некие люди, когда хозяина нет дома, воруют и портят его личные вещи, добавляют в пищу отраву, хотят выжить из квартиры и присвоить жилплощадь, пытаются навредить другими способами).

Бредовые идеи могут носить откровенно нелепый или фантастический характер, и тогда окружающие сразу замечают у человека проблемы с психическим здоровьем. Например, он заявляет, что является императором Австралии, перемещен на север с помощью телепатии, но продолжает поддерживать ментальную связь со своими подданными при помощи розеток. Поведение такого человека радикально меняется, что тоже невозможно не заметить: он начинает верить, что родственники — чужие для него люди, отказывается от любого взаимодействия с ними, переходит с ними

на «вы», ведет себя надменно и холодно даже с теми, с кем был в очень близких отношениях до начала болезни.

Но бредовые идеи могут казаться вполне правдоподобными, и тогда даже психиатр может не сразу распознать бред. Например, если бизнесмен утверждает, что криминальные структуры устраивают с ним «разборки», установили в квартире «жучки» и камеры, чтобы за ним следить, фотографируют из проезжающих машин, или когда человек настойчиво рассказывает о супружеской неверности, приводя в качестве примера сотни «доказательств», жалуется на то, что его «обижают в школе», «не принимают в коллективе», «сплетничают за спиной». Окружающие сопереживают бедняге, на которого внезапно навалились проблемы, и даже не догадываются, что он нездоров психически. Особо опасным врачи считают бред самообвинения (депрессивный) и бред греховности. В случае формирования бреда греховности больной считает, что все окружающие его люди лучше, духовнее и безгрешнее, чем он сам, убежден, что он осквернил святыни, нарушил заповеди Бога и поддался влиянию Сатаны. В соответствии с этими убеждениями человек настойчиво требует от окружающих наказания за свою «греховность». В такой ситуации больной может совершить расширенный суицид: сначала (из самых лучших побуждений, «чтобы ушли безгрешными и не мучились в этом жестоком и страшном мире») он убивает всех членов семьи, включая маленьких детей, а потом совершает самоубийство.

Как может проявляться бред

- Странные беспричинные высказывания о преследовании спецслужбами, собственной виноватости, греховности либо, наоборот, святости или величии.
- Беспричинное изменение отношения к близким в сторону равнодушия, скрытности, враждебности.

- Тщательный контроль процесса приготовления пищи, полный отказ от еды или неготовность ее есть, пока сам заболевший не понюхает пищу и не заставит попробовать ее кого-то из близких.
- Постоянная тревога за жизнь и здоровье, собственные и близких, без реальных причин, иногда она достигает такого уровня, что полностью парализует активность больного.
- Боязнь чего-либо, причины которой заболевший не может или не хочет объяснить, при этом совершает множество защитных действий в виде навешивания плотных штор на окна, установки дополнительных запоров на внешние и балконные двери, постоянного контроля за тем, чтобы все замки были закрыты.
- Постоянные непонятные намеки, загадочные и многозначительные высказывания при обсуждении самых обыденных тем.
- Действия сутяжнического характера без реального и сколько-нибудь существенного повода (например, постоянное написание заявлений в полицию и суд, жалоб в различные инстанции на соседей и родственников), которые отнимают у заболевшего большую часть времени и сил.

Как реагировать, если вам кажется, что у человека бред

- Не вступайте в споры, не пытайтесь разубедить человека в истинности его идей, приводя разумные аргументы. Это, как правило, не только не работает, но и приводит к ухудшению его состояния.
- Если обсуждение бредовых идей сопровождается нарастанием силы эмоций (тревожности, злости, тоски) и вам кажется, что ситуация вот-вот выйдет из-под контроля, как можно скорее свяжитесь с врачом и постарайтесь успокоить больного.

- Не поддавайтесь попыткам втянуть вас в долгое и подробное обсуждение бредовых идей, не задавайте уточняющие вопросы, не пытайтесь разобраться в деталях бредовых убеждений.
- Если заболевший в состоянии поддержать общение и относительно спокоен, дайте ему возможность высказаться, внимательно выслушайте все, что он сочтет нужным сообщить, и попытайтесь убедить добровольно обратиться к врачу.

Обычные спутники шизофрении — расстройства настроения, такие как депрессии и мании.

Депрессия — психическое расстройство, к основным характеристикам которого относятся продолжительное и глубокое снижение настроения, психическая и моторная заторможенность, эмоциональная подавленность, пессимистическая оценка всего прошлого, настоящего и будущего жизненного опыта человека, суицидальные тенденции, потеря интересов и желаний, которые раньше казались важными. Однако депрессия затрагивает не только эмоциональную жизнь человека, но и влияет на физическое состояние: появляются потливость, учащенное сердцебиение, снижение или патологическое повышение аппетита и массы тела, бессонница, трудности с засыпанием, ранние пробуждения, снижение либидо, нарушения менструального цикла у женщин. Кроме постоянного ощущения тоски и безнадежности депрессия приводит к резкому снижению трудоспособности, ухудшению памяти. Замедляется скорость мышления, резко сужается круг тем для размышлений, замещаясь элементарными бытовыми мыслями, голова «пустеет», человек не в силах рассуждать на масштабные и разнообразные темы; теряется уверенность в себе. У людей с депрессией симптомы обычно достаточно ярко выражены в первой половине дня, во второй они несколько ослабевают, а на следующий день с утра

состояние снова ухудшается. Депрессия может проявляться в широком диапазоне: от чувства печали до беспредельного отчаяния, приводящего к суициду, от легкого понижения активности, практически не влияющего на обычную жизнь, до ступора (крайней степени заторможенности, которая может завершиться полной неподвижностью). Депрессия может как сопровождать шизофрению и другие психические расстройства, так и быть самостоятельным заболеванием.

Мания — состояние, противоположное депрессии, представляющее собой сочетание длительной эйфории с ускорением темпа мышления и повышением двигательной и психической активности. Выраженность этих симптомов варьируется в достаточно широком спектре. Самый легкий случай — гипомания. Со стороны люди с гипоманией выглядят просто активными, жизнерадостными, веселыми, хотя и, возможно, несколько расторможенными и безответственными. Неадекватность этого состояния ярко проявляется при внезапной смене гипомании депрессией или при нарастании симптомов мании. При выраженном маниакальном состоянии эйфоричное, неадекватно приподнятое настроение сочетается с исключительно высокой самооценкой, идеями о собственной значимости и особой роли в этом мире, построением фантастических планов с попытками немедленно их реализовать, бессонницей, расторможенностью влечений — человек в состоянии мании может злоупотреблять алкоголем и наркотиками, сменить множество сексуальных партнеров. По мере развития мании адекватная оценка своего состояния пропадает очень быстро, люди совершают нелогичные, странные поступки, пишут заявление об уходе с работы, могут выйти за хлебом и отправиться в путешествие автобусом, транжирят деньги, раздаривают вещи, могут набрать кредитов или вступить скоропостижно в брак. Мания, как и депрессия, может сопровождать не только шизофрению, но и другие расстройства психики.

Шизофрения часто сопровождается *двигательными (кататоническими) расстройствами* — комплексом психических нарушений, проявляющимся в форме двигательной заторможенности (ступора) или чрезмерно возбужденного, расторможенного поведения. При *кататоническом ступоре* тонус мышц повышен, но при этом может наблюдаться «восковая гибкость»: состояние, в котором телу человека можно придать почти любое положение и оно сохранится надолго. Распространенное проявление «восковой гибкости» — синдром «воздушной подушки» («симптом психической подушки» по Дюпре): если приподнять голову лежащего больного, он ее не опустит, словно лежит на невидимой подушке. При кататоническом ступоре больной замирает в одной позе, прекращает отвечать на обращенные к нему слова, смотрит в одну точку застывшим взглядом, перестает есть. Это состояние может сопровождаться негативизмом — немотивированным, бессмысленным сопротивлением пациента любым словам и действиям человека, который пытается общаться с ним. Речевой негативизм может проявляться в виде мутизма (от лат. *mutus* — немой), когда человек не может произвольно говорить и отвечать на обращения, притом что способность разговаривать и понимать обращенную к нему речь полностью сохранна.

Кататоническое возбуждение внешне выглядит как постоянное перемещение с места на место, болтливость, гримасничанье, передразнивание собеседника, дурашливое и импульсивное поведение, иногда может проявляться агрессия. Человек в состоянии возбуждения совершает множество странных, непоследовательных поступков, руководствуясь совершенно непонятной окружающей мотивацией, действия в структуре этих поступков однообразные, в них много копирования движений, поз и жестикуляции окружающих. Речь в таком состоянии теряет связность, состоит из сим-

волических многозначительных высказываний и намеков, которые не понятны никому, рифмовок, повторения одних и тех же фраз. Многозначительность и расторможенность могут внезапно смениться полным молчанием и неподвижностью. Кататоническое возбуждение, как правило, сопровождается яркими эмоциональными реакциями — патетикой, экстазом, злобой, яростью, — которые, в свою очередь, сменяются апатией и полным безразличием.

Во время кататонического возбуждения общаться с человеком при помощи речи практически невозможно, а двигательную расторможенность можно снять только медикаментами. В этот период у близких нередко возникает искушение изолировать человека с шизофренией, чтобы он «взял себя в руки», но делать этого ни в коем случае нельзя. В таком состоянии навыки самообслуживания, даже самые простые, нарушаются (пользование туалетом, потребность в приеме пищи и возможность реализовать ее самостоятельно), больной может совершать неожиданные импульсивные поступки, которые причинят вред ему самому или окружающим. При такой ситуации лучше всего как можно быстрее обратиться за медицинской помощью и, вероятно, согласиться на госпитализацию.

Кататоническое возбуждение начинается обычно внезапно, чаще всего ночью, и может достигнуть пика в течение нескольких часов. Близкие не всегда оказываются в состоянии правильно оценить опасность ситуации, особенно когда сталкиваются с психомоторным возбуждением впервые. Ситуация осложняется тем, что от родного и вроде бы хорошо знакомого человека не ждут неожиданных поступков, не предполагают, что он может причинить сколько-нибудь серьезный вред людям рядом или самому себе. Либо, наоборот, из-за острого психомоторного возбуждения человека у окружающих начинается паника, и тогда их суетливость и полная растерянность только усугубляют состояние пациента.

Что делать, если у близкого развивается психомоторное возбуждение

- Если состояние больного угрожает (или вы думаете, что может стать угрожающим) его или вашей безопасности, поместите человека в помещение без окон, выхода на балкон и вне доступа к внешней двери в подъезд и вызывайте врача-психиатра и полицию.
- Не отказывайтесь от предложения госпитализации со стороны врачей, даже если больной активно возражает.
- Не суетитесь вокруг человека в кататоническом возбуждении, не поддавайтесь растерянности и панике.
- Уберите из поля его зрения колюще-режущие и другие предметы, которые можно использовать для нападения, суицида или селфхарма (самоповреждения).
- Попробуйте переключить его внимание, задавая отвлеченные вопросы, но не вступайте в споры и пререкания.
- Не повышайте голос, даже если вам очень страшно и хочется как можно быстрее прекратить это все, следите за тем, чтобы интонации оставались спокойными и доброжелательными, не совершайте резких движений, соблюдайте физическую дистанцию.
- Оставьте рядом с возбужденным человеком только тех, кто может чем-либо помочь, удалите всех любопытствующих и тех, кто не знает, куда себя деть.
- Если вы уже сталкивались с подобной ситуацией, постарайтесь вспомнить рекомендации лечащего врача касательно препаратов, которые могут уменьшить или снять возбуждение.

Процесс развития шизофрении сопровождается расстройствами мышления: разрушается логика, нарушаются последовательность и целенаправленность мыслительной деятельности. Мысли начинают путаться или «обрываться», мышление сильно обедняется, становится необычным, искаженным. Появляются своеобразные и часто нелепые ассоциации, которые

самому человеку с шизофренией кажутся вполне логичными. В мыслях преобладают абстракции и символы, теряется образность мышления. На более поздних этапах развития болезни связь между мыслями разрывается даже в пределах одной фразы. Внешне это выражается в разорванности речи — окружающие слышат бессмысленный набор обрывков фраз, никак не связанных между собой. Кроме того, для мышления людей с шизофренией характерно *резонерство* — бесплодное, длительное, навязчивое заумное рассуждательство, часто на совершенно незначительную тему: пациент с ушибом ноги начинает пространно рассуждать на тему того, что такое самочувствие. «Чувствовать можно разные вещи: можно испытывать любовь к женщине, а можно — физическую боль. Физические чувства не имеют значения, ведь душа бессмертна. Так утверждают все религии...»

Для больных шизофренией характерно также *соскальзывание*: человек начинает излагать одну мысль, но потом без видимой причины перескакивает на другую мысль, внешне никак с предыдущей не связанную, и продолжает развивать уже ее так же уверенно, как первую. Нередко встречается паралогичное мышление («кривая логика»), когда рассуждения заканчиваются неожиданным выводом: сосед сегодня с работы вернулся позже, значит, завтра пойдет дождь. Для обобщений и выводов человек опирается на слабые, то есть второстепенные, признаки, несущественные для предмета или явления: в тесте на классификацию предметов люди с шизофренией могут объединить в одну группу шкаф и кастрюлю, так как «у обоих предметов есть отверстие». *Шперрунг* — ощущение, что мысли резко обрываются либо стопорятся. Потом их течение возобновляется, но продуктивность мышления падает. Часто в речи возникают *неологизмы* — слова, изобретенные самим человеком и имеющие смысл только для него, например «шуфырчатый зеркаластр». К особенностям мышления при шизофрении относятся и «затопление мыслями», когда

идей в голове становится слишком много и они путаются, и параллельно текущие потоки мыслей.

При шизофрении формальный интеллект длительное время остается достаточно сохранным, уровень коэффициента интеллекта (IQ) у людей с шизофренией совсем немного ниже, чем IQ нормотипичных людей. Но при этом быстро проявляются и нарастают расстройства внимания, способность к планированию своей деятельности и к обучению (в том числе из-за выраженного снижения волевых процессов). У человека с шизофренией серьезно страдает навык решения задач, которые требуют использования новой информации. Заболевшие все небрежнее формулируют фразы, не заботясь о смысле произносимого, не подбирают слова, применяя первые пришедшие в голову, на вопросы собеседников отвечают через раз, пропускают их. Какие-то нарушения мышления появляются только в период обострения (психоза) и сглаживаются, когда состояние более-менее выравнивается. Другие сохраняются в ремиссии и создают выраженный когнитивный дефицит, при котором интеллект «застывает» примерно на том же уровне, который был к началу болезни. Это одна из причин, почему раннее начало болезни считается плохим прогностическим признаком.

Бред, галлюцинации, кататонические нарушения — группа *позитивных, или продуктивных, симптомов*. Это название совсем не говорит о том, что они хорошо влияют на жизнь заболевшего и вносят в его повседневность что-то приятное. Слово «позитивные» в данном контексте означает, что возникшие в процессе болезни патологические проявления добавляются к тому состоянию психики человека, которое было до болезни.

В структуре шизофрении также всегда присутствует *негативная симптоматика*, получившая такое название потому, что из психики больных при развитии заболевания «выпадают» важные функции. Эти расстройства выражаются в заметных изменениях личностных качеств: заболевшие становятся

вялыми (снижение энергетического тонуса), перестают проявлять инициативу, строить планы на будущее, у них пропадают увлечения, эмоции теряют яркость и тонкость. Люди с шизофренией становятся замкнутыми, стараются как можно меньше контактировать с окружающими, родственники часто жалуются, что заболевшему «все стало не интересно». При прогрессировании заболевания эмоционально-волевое снижение постепенно переходит в стойкий эмоционально-волевой дефект. Человек практически полностью утрачивает яркость и глубину переживаний. Какое-то время он еще улыбается, смеется, грустит, но его ощущения становятся все более тусклыми, выражения лица и глаз — менее разнообразными, хуже и хуже передают демонстрируемые вовне чувства. Чем меньше остается возможностей проявить адекватные эмоции, тем холоднее отношения с близкими. Со временем голос заболевшего становится маловыразительным и монотонным, утрачивает живость и интонации. Лицо кажется маскообразным, застывшим, мимика теряет выразительность. Человек с шизофренией достаточно долго сохраняет способность чувствовать и переживать — но не может адекватно выразить свои эмоции. Воля быстро ослабевает: снижается интерес к событиям вне собственного внутреннего мира, человеку становится неинтересно учиться и работать, он выходит из квартиры, а затем и из своей комнаты только по необходимости. Правда, желание отгородиться от всего и всех может проявляться и противоположным способом: общение с близкими и необходимость делать что-то по дому становятся иногда настолько невыносимыми для заболевшего, что он отправляется в путешествие «куда глаза глядят» или начинает бродяжничать. Человек постепенно перестает соблюдать личную гигиену, следить за своей внешностью, но при этом ощущает свой внутренний мир как удивительно богатый и значимый. Каждое обострение усиливает эмоционально-волевое снижение и все больше

приближает человека с шизофренией к стойкому и необратимому эмоционально-волевому дефекту.

С этим связан и так называемый феномен «стекла и дерева», когда малозначительные события вызывают бурные переживания, а то, что значимо для любого другого человека, вызывает у заболевшего шизофренией лишь слабый отклик. То же касается отношений с людьми: нередко человек с шизофренией очень переживает о людях малознакомых, заботится об их мнении, но почти равнодушен к самым близким.

Еще одно нарушение, которое развивается при шизофрении и относится к группе волевых нарушений, — *аутизм*. Он не имеет отношения к широко известному «детскому» диагнозу. Аутизм при шизофрении — это расстройство, которое проявляется отрывом личности от окружающей реальности и возникновением своеобразного внутреннего мира, который постепенно поглощает всю психическую деятельность человека. Обычно аутизм при шизофрении нарастает постепенно, не присутствует с самого начала. Поведение многих людей с шизофренией вначале не имеет аутичных особенностей. И только в процессе длительного наблюдения можно заметить, как человек постепенно все глубже погружается в себя, все больше и больше отгораживается от окружающей действительности. На ранних этапах болезни аутизация может выражаться в совсем незначительном сужении круга общения, отношения с окружающими приобретают все более формальный характер. Близкие часто не догадываются о развивающемся психическом расстройстве и считают, что человек стал замкнутым из-за усталости, неприятностей на работе или учебе, болезни, естественных возрастных изменений. Но постепенно человек полностью замыкается в своих личных идеях, мыслях и переживаниях. У кого-то аутизм проявляется в общей пассивности, при этом люди с шизофренией совершенно не интересуются делами и событиями в жизни людей рядом, даже самых

близких. Другие погружаются в бредовые переживания, их поведение подчиняется только этим идеям, и они оказываются не в состоянии вести себя так, чтобы это соответствовало окружающей действительности и социальным нормам. Мнения относительно окружающего мира, убеждения, оценки приобретают крайне субъективный характер, подчиняются только внутренней искаженной логике. Иногда возникает аутистическое фантазирование, когда в сознании человека с шизофренией искаженные представления об окружающей жизни складываются в целое системное особое мировоззрение. Внешний реальный мир радикально противоречит образам, которые рождаются в фантазиях людей с шизофренией, и иногда рассматривается ими как откровенно пугающий и враждебный. Некоторые, особенно в начале болезни, сознательно уходят от реального мира, потому что на них наваливается непосильно тяжелый груз эмоций. Заболевшие стремятся сбежать от всего, что вызывает эмоции, и безразличие по отношению к внешнему миру оказывается следствием чрезмерной эмоциональности. Если болезнь прогрессирует со временем, аутизм часто начинает проявляться и во внешнем поведении. Человек ничем не интересуется и остается неподвижным физически, отворачивает лицо от собеседника, избегает зрительного контакта с другими людьми, смотрит только на стены и пытается отрешиться от любого раздражителя, приходящего извне, натягивает на голову одеяло или халат, сжимается в комок, чтобы уменьшить, насколько это возможно, поверхность тела, соприкасающуюся с внешним миром.

Позитивные симптомы выглядят ярко и необычно, они чаще всего заметны даже неспециалистам и диагностируются достаточно легко. А вот равнодушие, вялость, неспособность к адекватному эмоциональному отклику на происходящее, потеря интересов и увлечений, малоинициативность, неуверенность в себе, беднеющий словарный запас — то есть

негативные симптомы — чаще всего сначала воспринимаются окружающими как результат переутомления на работе или учебе, плохого самочувствия и других повседневных причин. Негативные симптомы могут долго оставаться в тени позитивных симптомов, которые бросаются в глаза гораздо сильнее. Однако именно негативная симптоматика в большей степени определяет дальнейшую жизнь человека с шизофренией. Кроме того, хотя негативные симптомы и кажутся бледными, они гораздо хуже, чем позитивные, поддаются медикаментозной коррекции.

Много лет лечившие шизофрению врачи стремились снять острую психотическую симптоматику. И только в последние годы стало очевидно, что прежде всего стоит обращать внимание именно на негативную симптоматику: изменения интеллектуальных функций, снижение способности к концентрации, к восприятию новой информации, к планированию собственной деятельности. Кроме того, именно из-за негативной симптоматики человек может некритично относиться к своему болезненному состоянию. Людям с шизофренией кажется, что у них все в порядке, что постепенно нарастающие болезненные проявления скоро пройдут сами по себе, «нужно только отдохнуть», и они не понимают, что у них серьезное психическое расстройство, которое необходимо лечить. При этом правильная оценка своего состояния и понимание того, что оно требует коррекции, — важнейшие моменты в сотрудничестве врача и пациента, без такого сотрудничества лечение вряд ли будет эффективным.

Самым важным при диагностике шизофрении является в первую очередь не определенный набор психических симптомов, а их своеобразное сочетание.

Потеря единства психических процессов выражается в нарушении логического строя мышления, характерного для психически здорового человека, разрыве между выражаемыми внешними эмоциями, высказываниями и поведением, утрате

контролирующей функции речи, оторванности суждений от реальной ситуации.

Эмоции сглаживаются, скудеют, уплощаются, и человек теряет интерес к прежним увлечениям и привязанностям, становится безразличным и инертным по отношению к окружающему миру, к своей внешности, отказывается от повседневных гигиенических процедур.

Снижается активность, поэтому человек становится малоинициативным, пассивным и вялым, теряет способность взять себя в руки, совершать волевые усилия.

Довольно долго считалось, что шизофрения не связана со структурными изменениями мозга. Но современные исследования мозга пациентов, не проходивших лечение, показали, что со временем при шизофрении заметно снижается количество серого вещества коры головного мозга, которое состоит из тел и дендритов нервных клеток.

Шизофрения встречается часто. Ее распространенность составляет примерно 1%, то есть ею страдает один из ста людей. Эта величина удивительно стабильна: она не меняется со временем, она одинакова в разных странах, во всех слоях общества, во всех культурах. Риск заболевания шизофренией до сих пор точно и однозначно не удалось связать ни с какими обстоятельствами жизни, ни с какими внешними факторами, воздействиями или нагрузками. Наибольший риск заболеть приходится на молодые годы (20–30 лет), но известно множество случаев, когда шизофрения развивалась независимо от возраста пациента.

Мужчины и женщины заболевают шизофренией примерно с одинаковой частотой, но при этом течение болезни и варианты ее начала у них различаются.

Шизофрения у мужчин обычно раньше дебютирует (то есть проявляет первые признаки) — до 20 лет, хотя средний возраст манифестации (то есть явного начала заболевания) — 20–30 лет. При этом симптомы проявляются более

остро, а само заболевание принимает более тяжелые формы. Мужчины хуже поддаются медикаментозному лечению, а следовательно, требуют более высоких дозировок препаратов. Мужчинам также нужно больше времени на лечение и адаптацию, и при этом они теряют трудоспособность раньше женщин при одинаковой длительности болезни.

У «мужской» шизофрении есть еще ряд особенностей:

- Она чаще проявляется в виде агрессии, в том числе и в виде аутоагрессии (агрессии, направленной на самого себя).
- Из-за быстрого прогрессирования заболевания у мужчин чаще встречаются злокачественные формы шизофрении, не поддающиеся ни лечению, ни психологической коррективке.
- Больным обычно сложнее принять свой диагноз, они чаще замыкаются в себе, что приводит к ухудшению состояния.
- Интеллект у больных шизофренией чаще сохранен, но при этом мужчина-пациент не стремится его использовать в полном объеме, создавая иллюзию снижения уровня IQ.
- Мужчины с диагнозом больше склонны к аутизации: заболев, сильнее замыкаются в себе, избегают общения.
- Быстрее наступает изменение эмоциональной окраски реакций, быстрее развивается эмоционально-волевой дефект.
- Более выражены волевые нарушения.
- В промежутках между вспышками агрессии для больных обычно характерна апатия.

Шизофрения у женщин обычно манифестирует в более позднем возрасте — в 25–35 лет, может проявиться

и к 40 годам. Ученые считают, что есть связь манифеста шизофрении с гормональными циклами у женщин: «стартовым выстрелом» для развития болезни может стать рождение ребенка, прекращение лактации (особенно резкое), климакс. Женщины более склонны к проявлению бредовых состояний и истерии. При этом симптомы проявляются менее остро. Женщины легче поддаются медикаментозному лечению, но, правда, на достаточно короткий срок. Любой гормональный всплеск (предменструальный синдром, климакс, изменение уровня гормонов на фоне стресса) быстро «отбрасывает» женщину в острое состояние. Несмотря на это, социальная адаптация у женщин с шизофренией протекает легче.

Особенности «женской» шизофрении:

- Постепенное усиление симптомов. У мужчин заболевание проявляется резко, у женщин же личностные изменения происходят постепенно, поэтому окружающие не всегда понимают, что женщине необходима помощь, пока ситуация не становится критичной.
- Для больных больше характерна эмоциональная нестабильность: то поведение нейтральное, отстраненное, то проявляются бурные эмоциональные реакции, которые могут не соответствовать степени воздействия раздражителя, от агрессии до эйфории.
- Больные часто становятся эмоционально безучастными по отношению к своим детям, при этом на словах женщина может пытаться убедить окружающих, что продолжает любить своих детей.
- Женщины с шизофренией быстрее становятся небрежными и неряшливыми, перестают следить за собой. При этом они могут одеваться броско, но нелепо, надевая заведомо несочетаемые вещи, дополнять свой наряд детскими аксессуарами, совершенно не подходящими по стилю, образу, возрасту.

- Для больных чаще характерно проявление агрессивной сексуальности: женщина с шизофренией может оголяться в общественном месте, принимать вызывающие, вульгарные и откровенно пошлые позы, не стесняться ходить голой перед детьми, даже если они противоположного пола, и так далее.
- Для женщин с шизофренией больше характерны нецелесообразные, импульсивные траты, неумение рассчитывать и планировать расходы, которое прогрессирует с развитием болезни.
- Больные больше склонны к развитию бредовых состояний, заикленности на одной идее. Идея занимает все мысли и разговоры.
- Женщины с шизофренией чаще предрасположены к ипохондрии: мысль о том, что они тяжело и неизлечимо больны, полностью захватывает их мышление.
- Уровень умственной деятельности выраженно снижается, уровень IQ заметно падает.
- Больные больше склонны к мании величия, неоправданно высокой самооценке.

Молодой человек, 21 год

(диагноз — шизотипическое расстройство), анонимно:

С момента, когда я заметил, что со мной что-то не так, прошло примерно полгода, и только тогда я задумался о походе к врачу. Я не мог понять своего состояния. Я раньше не знал, что такое панические атаки, но теперь был уверен, что испытываю именно их. Я переживал панические атаки 10–15 раз в день. Ситуацию осложняло то, что никакого триггера не было, атака могла начаться абсолютно в любой момент. Ко всему прочему все это время сильнее и сильнее возрастала тревожность, портился сон.

Я записался к неврологу. О том, что стоит посетить психиатра, я даже не думал. Невролог выявил тревожно-

депрессивное расстройство, ВСД (вегетососудистую дистонию) и прописал нейролептик и антидепрессант. Я по-прежнему не чувствовал себя больным человеком: подумаешь, тревожно-депрессивное расстройство, пережить можно и лечить сравнительно недолго, по крайней мере, это точно не навсегда.

Через пару месяцев мне стало в разы лучше, панические атаки периодически появлялись, но в гораздо меньшем объеме, и они не забирали столько ресурсов и сил, как это было до лечения. Через полгода я почти забыл о том, что были какие-то проблемы. Я плавно забыл о лечении и совсем перестал принимать лекарства. И через пару месяцев вся симптоматика начала появляться снова. Я снова обратился к неврологу, был отчитан за свое поведение и отношение к лечению, но тем не менее мне прописали новую схему. На той же консультации невролог сказал, что не мешало бы посетить психиатра.

Я записался на прием к психиатру. Консультация была долгой, и я чувствовал себя максимально открыто и безмятежно, как будто просто разговаривал с хорошим человеком о своей жизни. По итогу прозвучал диагноз «шизотипическое расстройство». Сначала я было обрадовался, мол, наконец-то знаю, что со мной творилось все это время. Но потом радость сменилась депрессией, появилось осознание, что всю жизнь я был болен и что только сейчас узнал об этом. Жизнь разделилась на две части — до и после.

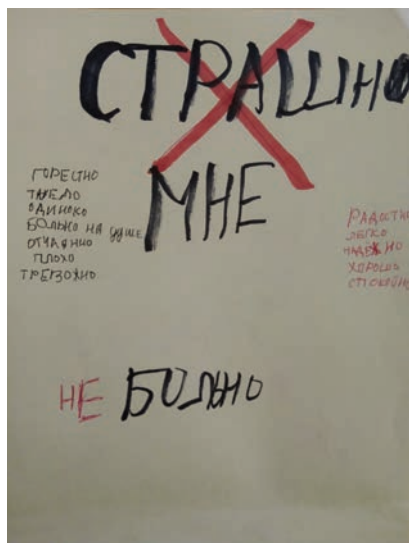
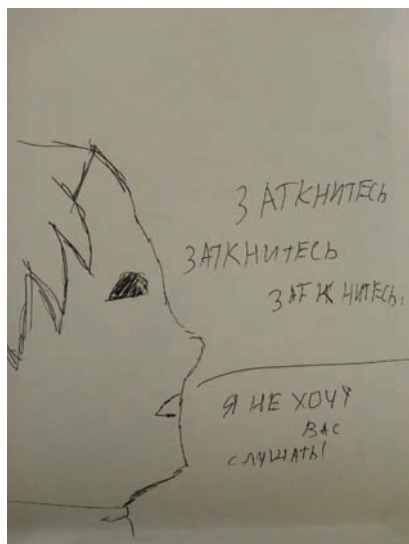
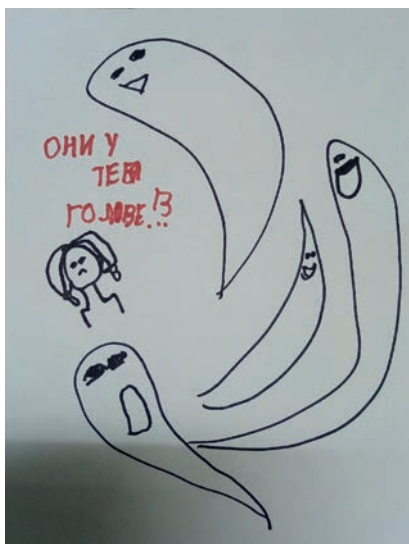
На данный момент я чувствую себя достаточно стабильно и принимаю препараты, назначенные психиатром. Антидепрессант, нейролептик, антиконвульсант и препарат против синдрома паркинсонизма. Последние два направлены на уменьшение побочной симптоматики. Сейчас я полностью доволен медикаментозной схемой и постоянно держу связь со своим специалистом, который, в свою очередь, регулярно отслеживает мое состояние. Посмотрим, что будет дальше.

Приложение

Творчество людей с психическими расстройствами

Вика, 10 лет





Лиза Худякова



