

Schizophrenia

精神分裂症

Skizofrenia

ஸ்கிட்னோஃபெரனியா



Ministry
of Health



SINGAPORE PSYCHIATRIC
ASSOCIATION

INTRODUCTION

Clinical Practice Guidelines are recommendations to help doctors and patients make appropriate choices about the patient's illness, based on the best scientific evidence currently available. **The guidelines do not replace the judgement of the physician.** It is important to remember that each person is different, and the Clinical Practice Guidelines may not always apply to everyone.

This Patient Education Booklet is based on the Clinical Practice Guidelines on Schizophrenia, and explains the contents of the guidelines. This pamphlet has been written primarily for people with schizophrenia, their family members, and people who care for persons with schizophrenia. It is our hope that patients will be able to use this booklet as a basis to discuss with their physicians the treatment options available to them.

What is schizophrenia?

Schizophrenia is a serious mental illness that affects 1 out of every 100 people at some point in their life. It usually starts when the person is in his or her late teens or early adulthood and seems to affect men and women equally.

The symptoms of schizophrenia include hallucinations (perceiving things that aren't really there) which may affect any of the five senses, delusions (false unshakeable ideas) and disturbances in thinking and behaviour. Many people become withdrawn and lose interest in normal everyday activities. They may have problems with thinking and planning. They may appear odd or different to others. Quite commonly, the illness will affect the person's ability to work, go to school or how they relate to friends and family. The illness can also make

people do or say things that they would not normally do, including unexpected bursts of anger or aggression. The symptoms can be very distressing for the person affected, as well as their family and friends. It can be difficult to understand them and their experiences.

The course of schizophrenia varies considerably between people. Some people recover completely between episodes of illness, while others continue to experience some symptoms even when they are not acutely ill. For a small number of people, the illness develops into a chronic (long-lasting) disorder where they may get worse and become unable to work or interact socially. However, with treatment, most people will improve or recover over time.

Getting help early

Very often, there is a long delay from the start of symptoms to seeking appropriate treatment. This could be due to a number of reasons including lack of knowledge about the illness, denial that a problem exists by the person or family, cultural or religious explanations for mental illness, and shame or stigma associated with having a mental illness.

It is very important that the person experiencing a first episode of schizophrenia be treated as early as possible. This will not only improve the long-term outcome of the illness but also result in less disruption of the person's life as well as of the family.

Initial Assessment

People experiencing symptoms should receive a full check-up, which would include an interview, physical examination and where necessary, laboratory investigations (like blood tests). This is

to make sure that the right diagnosis is made, and that the treatment and care offered can be tailored to the person's particular needs and situation. Whenever necessary, close family members may be asked for additional details of the illness.

MEDICATIONS

There are a number of medications available for treating schizophrenia. Every person should be prescribed medication based on their individual condition. The medications used to treat schizophrenia are collectively called antipsychotics.

There are two main types of antipsychotic medication, called typical and atypical antipsychotics. Typical antipsychotics, also called conventional antipsychotics, have been around for many years. Typical antipsychotics include chlorpromazine, haloperidol, trifluoperazine, flupenthixol, sulpiride and others.

Atypical antipsychotics, also called novel antipsychotics, are relatively new and have become available more recently. Atypical antipsychotics include risperidone, olanzapine, quetiapine, amisulpiride and clozapine. Clozapine is only used for treatment-resistant schizophrenia (see below).

The most marked difference between the two types of antipsychotics is in their side effects. Typical antipsychotics cause relatively more movement problems like stiffness, shaking and slowness (see Table 1) compared to atypical antipsychotics. On the other hand, some atypical antipsychotics may cause more weight gain than typical antipsychotics.

After being started on medication, it may take at least 10 to 14 days before there is a significant improvement in the person's condition.

TABLE 1

COMMON SIDE EFFECTS OF ANTIPSYCHOTICS
--

Extrapyramidal side effects

Problems with movement, such as parkinsonism (stiffness, shaking and slowness), akathisia (marked restlessness), and dystonia (altered muscle tension) are common side effects of antipsychotics, especially conventional antipsychotics.

Sedation

Dizziness

Constipation

Dryness of mouth

Blurring of vision

Weight gain

This is more common with atypical antipsychotics.

Disturbances in menstrual cycles

Sexual dysfunction

Breast enlargement and tenderness

Abnormal secretion of breast milk

Tardive dyskinesia

Abnormal movements of the lips, jaw, tongue and facial muscles, and sometimes the arms, legs and body, that the person cannot help making. This can be a long-term side effect of antipsychotics and may be irreversible.

Oral antipsychotic medication (taken by mouth) is usually prescribed. However, injectable antipsychotic is used if the person has problems with oral medication. This form is also referred to as depot antipsychotic, which is a special preparation of an antipsychotic that is injected into a muscle. Following injection, the medicine is slowly released. This results in the medicine staying in the blood over fairly long periods, so that injections are only needed every few weeks. There are a number of different types of depot antipsychotics. These are usually administered every 2 to 4 weeks.

All medicines are associated with side effects. Different antipsychotics have different side effects (see Table 1). Most side effects are mild, and often improve with time and affect few patients. The development of any side effects should be discussed with the doctor.

Other medications used in schizophrenia

Sometimes, other types of medications may be prescribed. For example an individual with schizophrenia may be very anxious, agitated or even aggressive. To calm the individual it may be necessary to prescribe a sedative like diazepam or lorazepam.

Other types of medications which may be prescribed are anticholinergic agents, which are given to counteract the side effects like problems with movement (stiffness, shaking and slowness).

People with schizophrenia may be depressed (feeling very sad, with loss of appetite, energy, sleep and interests, and even perhaps having suicidal thoughts). They may need antidepressant medications in these instances.

When the usual antipsychotic medications are not effective (treatment-resistant schizophrenia)

There are different strategies to manage schizophrenia that is resistant to treatment and these include:

- Clozapine: use of this atypical antipsychotic is restricted to treatment-resistant cases, because of its side effect of decreasing white blood cells. This can render the person vulnerable to infections. Clozapine can only be prescribed by a psychiatrist and regular blood monitoring is mandatory.
- Combination of two antipsychotics: It may be either a combination of typical and atypical antipsychotics or a combination of two atypical antipsychotics.
- Electroconvulsive therapy: People who have not responded to antipsychotic medications may be considered for electroconvulsive therapy (ECT). This form of treatment involves passing an electric current for a brief period through the brain while the person is under general anaesthesia.

Stopping antipsychotics

Stopping or lowering doses of medication too early may lead to a rapid relapse. Someone who has recovered from his or her first episode of schizophrenia and has had no symptoms on maintenance therapy for a year may be considered for a trial period without medication. However those with relapses or with a history of suicide attempts or violent aggressive behaviour may need much longer periods of medication.

PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS

Psychosocial interventions are treatments that do not use medications but involve talking to the patient, and when required, briefing the family, addressing their various concerns and giving social support. A combination of medications and psychosocial interventions will help prevent relapses, improve coping skills, improve social and vocational functioning, and help the patient to function more independently. Such psychosocial interventions include supportive individual and group psychotherapy (which help patients to understand and come to terms with their illness) and cognitive behavioural therapy. Cognitive behavioural therapy is a form of psychotherapy that explores and tries to correct a person's negative beliefs and thinking, which can help in reducing symptoms of depression and anxiety.

Another psychosocial intervention is family intervention. Family intervention includes teaching family members about the illness and treatment, as well as providing support, problem-solving training, and crisis intervention. Crisis interventions are the measures taken to deal with crises that arise from a person's illness, for example, when the person is aggressive towards others, or is suicidal.

Patients may also be given social skills training which uses a structured and educational approach to improve social and interpersonal skills.

Individuals with schizophrenia may have difficulty holding down a job and may require some vocational training. This may involve putting patients in "sheltered workshops" which provide a simple and structured work environment with close supervision.

简介

本临床疗法指导方针旨在协助医生与患者根据当前最确凿的医学证据，就患者的病情做出适当的判断。不过，本指导方针不能取代医生的诊断。谨记：个别患者各有不同之处。所以，本临床疗法指导方针也许无法适用于所有患者。

本患者须知手册乃根据《精神分裂症临床疗法指导方针》而编成，目的是为该指导方针的内容做出解释。本手册主要是为精神分裂症患者、患者的家属及照料此类患者的人士编写的。我们希望患者能够以本手册为基础，与主治医生讨论适合本身的疗法。

什么是精神分裂症？

精神分裂症是种严重的精神病，每一百人当中，就有一人在其人生的某个阶段患上此症。精神分裂症患者通常在少年阶段后期或成人阶段初期患上此症。男女患上此症的机率相等。

精神分裂症的症状包括可影响五官感觉的幻觉（即认为自己看到或听到某些东西，但这些东西实际上并不存在）、错觉（不可动摇的虚幻信念）及思想与行为上的不安。许多患者因此变得孤僻，并对一般的日常活动不感兴趣。他们也许无法正常思考、计划或显得古怪、有异于常人。一般而言，精神分裂症会影响患者的工作与求学能力，也会影响他们与家人朋友的沟通。患者有时也会说些或做些他们平常不说的话或不做的事，比如突如其来的发怒或攻击他人。对患者及其家人朋友来说，这些症状令他们非常苦恼。外人也许不易了解他们或他们所承受的苦痛。

精神分裂症的进程因人而异。有些患者在没发作时一切如常，有些虽然实际上没发病，却一直显示有关的症状。有一小部分患者的病情恶化成慢性（长

期)的精神失调,导致他们的情况更糟,无法工作或与人交往。不过,多数患者经治疗后,病情都渐渐获得改善,甚至康复。

及早求助

通常,患者在出现了症状之后,总拖延很久才寻求适当的治疗。这是因为患者缺乏有关病症的知识、本人或家人不愿承认问题的存在、患者的文化或宗教对精神病所持的负面观点及精神病所带来的羞耻感及污点所致。

在精神分裂症首次发作后,患者就应该尽早就医。因为这不但有助于改善其长期疗效,也能减低此病对患者及其家人的生活所造成的困扰。

初步判断

出现有关症状者应该接受全套健康检查,包括精神检查及身体检查。如有需要,也该进行实验室研究(如血液测试)。这些程序是为了确保病情获得正确的诊断,同时也确保医生所提供的疗法与护理是根据有关患者的实际需要及情况而定的。如有需要,医生也会向患者的家属询问,以获知更多详情。

药物治疗

有许多药物可以治疗精神分裂症。所有患者都应根据其个别病情而获得配药。一般总称治疗精神分裂症的药物为“抗精神病药”。

抗精神病药主要可分为两类,即典型抗精神病药及非典型抗精神病药。已有多年的历史的典型抗精神病药又称传统抗精神病药,包括氯丙嗪(chlorpromazine)、氟哌啶醇(haloperidol)、三氟拉嗪(trifluoperazine)、三氟噻吨(flupenthixol)、舒必利(sulpiride)及其他药物。

比较新的非典型抗精神病药又称新一代抗精神病药，是近年来才出现的药物。这类药物包括理思必妥（risperidone）、奥氮平（olanzapine）、奎太平（quetiapine）、氨磺必利（amisulpiride）及氯氮平（clozapine）。氯氮平只用在难以治愈的精神分裂症患者身上。（请参考下述资料。）

这两种抗精神病药最显著的不同之处在于其副作用。相对于非典型抗精神病药而言，典型抗精神病药导致服药者产生较多的行动问题，如僵硬、颤抖及行动迟缓等（请参考表·）。另一方面，某些非典型抗精神病药可能比典型抗精神病药更易导致服药者体重增加。

患者开始服药后，也许要十到十四天后，其病情才能有显著的改善。

通常，医生给患者开的是口服抗精神病药。但是，如果患者无法服食药物，医生就会改用可注射的抗精神病药。这种形式又称为抗精神病药注射剂（depot antipsychotic），抗精神病药需要经过特别安排才可注射入肌肉。注射后，药物就会慢慢释放，并在血液里留存相当久。这样，患者就可数星期才注射一次。抗精神病药注射剂有几个类别，通常每二到四个星期注射一次。

所有药物都有副作用；不同的抗精神病药的副作用也各异（请参考表·）。一般上，这些药物只产生轻微的副作用，而且其程度随着时间减低，并只影响少数患者。如果发现任何副作用，您应该和医生讨论。

表一

抗精神病药的一般副作用

锥体外系统反应

抗精神病药，尤其是传统抗精神病药的副作用包括帕金森神经机能障碍等行动困难(僵硬、颤抖及行动迟缓)、失静症(显著烦躁)及张力障碍(肌肉引力失调)。

过度镇静

昏眩

便秘

口干

视觉模糊

体重增加

较常见于服用非典型抗精神病药的患者。

月经周期失调

性功能障碍

乳房增大、疼痛

乳房异常分泌乳汁

迟发性运动障碍

患者的嘴唇、颚、舌头及脸部肌肉，有时甚至连手臂、双腿及身体都会有不正常的动作，而患者却无法加以控制。这可能是抗精神病药的长期副作用，而且这种情况可能无法加以消除。

治疗精神分裂症的其他药物

有时，医生会开出其他的药物。比如当精神分裂症患者的情绪显得非常焦虑、激动甚至带有侵略性时，医生也许必须使用苯甲二氮卓（diazepam）或氯羟安定（lorazepam）等镇静剂，使患者平静下来。

另外，医生可能用抗胆碱能药（anticholinergic agents）来消除行动不便等副作用（僵硬、颤抖及行动迟缓）。

精神分裂症患者也可能感到忧郁（非常伤心、胃口差、没力气、失眠、对事物漠不关心，甚至有自杀的念头）。这时，他们可能需要抗忧郁药。

一般抗精神病药无效的时候（难以治愈的精神分裂症）

应付难以治愈的精神分裂症可采取不同的策略，其中包括：

- 氯氮平：这个非典型抗精神病药只限用在难以治愈的病例，因为其副作用会降低白血球的水平，导致患者易受感染。氯氮平只能由精神病医生开出，服用者必须定期接受血液检查。
- 结合两种抗精神病药：这两种药可以是典型与非典型抗精神病药的组合，或两种非典型抗精神病药的组合。
- 电惊厥疗法：对抗精神病药没反应的患者可考虑使用电惊厥疗法（ECT）。这种疗法需要对患者进行全身麻醉，再以电流对其脑部进行短暂的刺激。

停止服食抗精神病药

太早停止服食或降低剂量可能导致病症迅速复发。如果患者已经自首次发作复原，并于维持疗程中没出现任何症状达一年之久，那医生可尝试中止施药。不过，曾复发或尝试自杀的患者，或有强烈攻击性行为的患者的施药期也许要更长。

心理调解法

心理调解法是无药物治疗法，其方法是与患者交谈，如有需要，也对其家人进行解释、消除他们的担忧并给予支援。药物治疗配合心理调解可防止旧病复发、改善患者的应对能力、增进其社交与职能能力并协助患者更为独立。心理调解法包括支援性的个人与小组精神疗法（协助患者了解并接受本身的病情）及认知行为疗法。认知行为疗法是精神疗法的一种，旨在找出并纠正患者的负面观念及思想。这种疗法有助于减轻_代郁及焦虑的症状。

另一类的社会心理调解是家庭调解，其中包括教导患者的家人有关精神分裂症的知识及疗法、支持他们、给他们进行与解决问题有关的训练及危机调解。危机调解主要是采取措施以处理因患者的病症而引起的危机，如患者可能攻击他人或有自杀倾向等危机。

患者也可以进行社交技能训练，这种训练通过有组织的教育性方法改善患者的社交及人际关系技能。

精神分裂症患者也许无法保有工作，因此他们也许需要职能训练。患者可能必须在“保护工场”工作，以便在简单及有组织的工作环境内接受严密的监督。

PENGENALAN

Garis Panduan Amalan Klinikal merupakan saranan-saranan bagi membantu para doktor dan pesakit membuat pilihan yang sesuai mengenai penyakit pesakit, berdasarkan bukti saintifik terbaik yang ada pada masa ini. **Garis panduan ini tidak menggantikan keputusan yang dibuat oleh doktor.** Adalah penting untuk mengingati bahawa setiap orang itu adalah berbeza, dan Garis Panduan Amalan Klinikal tidak semestinya sesuai untuk semua orang.

Risalah Pendidikan Pesakit ini adalah berdasarkan Garis Panduan Amalan Klinikal mengenai Skizofrenia, dan menerangkan kandungan garis panduan tersebut. Risalah ini telah ditulis khusus untuk mereka yang menghadapi skizofrenia, anggota keluarga mereka, serta mereka yang menjaga orang yang menghadapi skizofrenia. Adalah menjadi harapan kami supaya pesakit dapat menggunakan buku kecil ini sebagai asas untuk berbincang dengan doktor mereka mengenai pilihan-pilihan rawatan yang ada untuk mereka.

Apakah skizofrenia?

Skizofrenia merupakan sejenis penyakit mental yang serius yang menjejaskan 1 daripada 100 orang pada satu-satu masa dalam hidup mereka. Ia biasanya bermula apabila seseorang berada di dalam usia lewat remaja atau awal dewasa dan kelihatan menjejaskan lelaki dan perempuan dengan sama banyak.

Gejala-gejala skizofrenia termasuk halusinasi (membayangkan sesuatu yang sebenarnya tidak wujud) yang boleh menjejaskan salah satu daripada lima deria, delusi (idea-idea karut yang tidak boleh disangkal) dan gangguan di dalam pemikiran serta kelakuan. Ramai daripada mereka akan memencilkan diri dan hilang minat pada kegiatan harian yang biasa. Mereka mungkin mempunyai masalah dengan pemikiran dan perancangan. Mereka mungkin kelihatan ganjil atau berbeza daripada yang lain. Agak lazim juga bagi penyakit

tersebut untuk menjejaskan keupayaan seseorang melakukan atau berkata sesuatu yang biasa dilakukannya, termasuk meradang dengan tiba-tiba serta menjadi agresif. Gejala-gejala tersebut boleh membuat mereka yang terjejas, serta anggota keluarga dan teman-temannya, merasa sedih. Agak sukar untuk memahami mereka serta pengalaman yang dilalui.

Pengalaman seseorang dengan skizofrenia berbeza dengan ketara. Seseorang daripada mereka pulih sepenuhnya di antara kejadian-kejadian penyakit, sementara yang lain terus mengalami gejala-gejala walaupun semasa mereka tidak begitu sakit. Untuk sebilangan kecil, penyakit tersebut menjadi penyakit kronik (berpanjangan) di mana mereka mungkin menjadi lebih teruk dan tidak dapat bekerja atau bercampur-gaul. Walau bagaimanapun, dengan rawatan, kebanyakan daripada mereka akan menjadi lebih baik atau pulih dengan perjalanan masa.

Mendapatkan bantuan awal

Selalunya, terdapat kelewatan yang berpanjangan daripada permulaan gejala kepada mendapatkan rawatan yang sesuai. Ini mungkin disebabkan oleh beberapa sebab termasuk kekurangan pengetahuan mengenai penyakit tersebut, menafikan kewujudan masalah tersebut oleh mereka yang menghidapinya atau oleh keluarganya, penerangan budaya atau agama tentang penyakit mental, dan merasa malu atau stigma yang dikaitkan dengan penyakit mental.

Adalah sangat penting bagi orang yang mengalami kejadian skizofrenia buat kali pertama dirawat secepat mungkin. Ini bukan saja akan memperbaiki hasil jangka panjang penyakit tersebut tetapi juga menyebabkan kurang gangguan kepada hidup serta keluarganya.

Penilaian awal

Orang yang mengalami gejala-gejala harus menerima pemeriksaan penuh, yang akan termasuk temuduga, pemeriksaan fizikal dan di mana perlu, penyelidikan makmal (seperti ujian darah). Ini bagi memastikan bahawa diagnosis yang betul dilakukan,

dan rawatan serta penjagaan yang ditawarkan boleh disesuaikan dengan keperluan dan situasi tertentu seseorang. Apabila perlu, butir-butir tambahan mengenai penyakit tersebut akan diminta daripada anggota keluarga yang rapat.

UBAT-UBATAN

Terdapat beberapa jenis ubat untuk merawat skizofrenia. Setiap orang harus dipreskripiikan dengan ubat berdasarkan keadaan individu masing-masing. Ubat-ubatan yang digunakan untuk merawat skizofrenia secara kumpulan dikenali sebagai antipsikotik.

Terdapat dua jenis ubat antipsikotik utama, yang dikenali sebagai antipsikotik tipikal(biasa) dan atipikal (tidak biasa). Antipsikotik tipikal, juga dikenali sebagai antipsikotik konvensional, telah wujud sejak beberapa tahun yang lalu. Antipsikotik tipikal termasuk chlorpromazine, haloperidol, trifluperazine, flupenthixol, sulphiride dan lain-lain lagi.

Antipsikotik atipikal, juga dikenali sebagai antipsikotik novel, agak baru dan hanya wujud baru-baru ini. Antipsikotik atipikal termasuk risperidone, olanzapine, quetiapine, amisulpiride dan clozapine. Clozapine hanya digunakan untuk skizofrenia yang tahan rawatan (sila lihat di bawah).

Perbezaan yang paling ketara di antara kedua-dua jenis antipsikotik ialah pada kesan sampingannya. Antipsikotik tipikal menyebabkan, secara relatifnya, lebih banyak masalah pergerakan seperti kekejangan, bergetar dan lambat (lihat Carta 1) berbanding dengan antipsikotik atipikal. Manakala, sesetengah antipsikotik atipikal pula menyebabkan lebih banyak pertambahan pada berat badan daripada antipsikotik tipikal.

Selepas memulakan ubat, ia mungkin akan mengambil masa sekurang-kurangnya 10 hingga 14 hari sebelum ada kemajuan besar pada keadaan seseorang.

CARTA 1

KESAN SAMPINGAN ANTIPSIKOTIK YANG LAZIM

Kesan sampingan 'Extrapyramidal'

Masalah dengan pergerakan, seperti parkinsonisme (kekejangan, bergetar dan lambat), akatisia (keresahan yang amat sangat), dan distonia (ketegangan otot yang diubah) adalah kesan sampingan yang lazim bagi antipsikotik, terutama sekali antipsikotik konvensional.

Sedasi

Pitam

Sembelit

Mulut yang kering

Penglihatan yang kabur

Berat badan yang bertambah

Ini adalah lebih lazim dengan antipsikotik atipikal (tidak biasa).

Gangguan pada pusingan haid

Disfungsi seksual

Payu dara yang membesar dan lembut

Pengeluaran susu yang ganjil dari payu dara

Tardif diskinesia

Pergerakan bibir, rahang, lidah dan otot muka yang luar biasa, dan kadang-kala pada lengan, kaki dan tubuh, yang tidak dapat dielakkan oleh orang tersebut. Ini boleh menjadi kesan sampingan antipsikotik yang lama dan mungkin tidak dapat dipulihkan.

Ubat antipsikotik oral (yang diambil melalui mulut) biasanya dipreskrikan. Walau bagaimanapun, antipsikotik yang disuntik digunakan jika seseorang itu mempunyai masalah dengan ubat oral. Bentuk ini juga dirujuk sebagai antipsikotik depot, yang merupakan antipsikotik yang disediakan khas untuk disuntik ke dalam otot. Selepas disuntik, ubat tersebut dilepaskan dengan perlahan. Ini mengakibatkan ubat tersebut berada di dalam darah untuk jangka masa yang agak lama, supaya suntikan hanya diperlukan setiap beberapa minggu. Terdapat beberapa jenis antipsikotik depot. Ini biasanya diberikan setiap 2 hingga 4 minggu.

Semua ubat dikaitkan dengan kesan sampingan. Antipsikotik yang berbeza mempunyai kesan sampingan yang berbeza (lihat Carta 1). Kebanyakan kesan sampingan adalah ringan, dan biasanya akan pulih dengan perjalanan masa dan menjejaskan sedikit pesakit. Kemajuan sebarang kesan sampingan harus dibincangkan dengan doktor.

Ubat lain yang digunakan untuk skizofrenia

Kadang-kala, ubat lain mungkin akan dipreskrikan. Misalnya, seseorang individu yang menghidapi skizofrenia mungkin sangat cemas, mudah marah atau malah bersikap agresif. Untuk menenangkan individu tersebut, mungkin perlu untuk mengpreskrikan sedatif seperti diazepam atau lorazepam.

Ubat jenis lain yang mungkin dipreskrikan ialah agen-agen antikolinergik, yang diberikan bagi menangani kesan sampingan seperti masalah pergerakan (kekejangan, bergetar dan lambat).

Orang yang menghidapi skizofrenia mungkin menjadi murung (merasa sedih, dengan kehilangan selera makan, tenaga, tidur dan minat, dan malah mempunyai fikiran-fikiran untuk membunuh diri). Di dalam keadaan begini, mereka mungkin memerlukan ubat anti-depresan.

Apabila ubat antipsikotik biasa tidak berkesan (skizofrenia tahan rawatan)

Terdapat strategi-strategi yang berbeza untuk mengurus skizofrenia yang tahan rawatan dan ini termasuk:

- Clozapine: penggunaan antipsikotik atipikal ini terbatas kepada kes-kes tahan rawatan, kerana kesan sampingannya yang mengurangkan sel-sel darah putih. Ini boleh membuat orang tersebut terdedah kepada jangkitan. Clozapine hanya boleh dipreskripikan oleh pakar psikiatrik dan pengawasan darah secara tetap wajib dilakukan.
- Gabungan kedua-dua antipsikotik: Ia mungkin suatu gabungan antipsikotik tipikal dan atipikal atau suatu gabungan dua antipsikotik atipikal.
- Terapi elektrokonvulsif: Sesiapa yang tidak memberikan tindak balas terhadap ubat antipsikotik mungkin akan dipertimbangkan bagi terapi elektrokonvulsif (ECT). Rawatan berbentuk ini melibatkan pemberian gelombang elektrik untuk tempoh yang sekejap melalui otak sementara orang tersebut berada di bawah bius am.

Menghentikan antipsikotik

Menghenti atau mengurangkan dos ubat terlalu awal mungkin akan mengakibatkan penyakit tersebut berulang. Seseorang yang telah pulih daripada pengalaman skizofrenianya yang pertama dan tidak mempunyai gejala pada terapi penjagaan selama setahun boleh dipertimbangkan untuk tempoh percubaan tanpa ubat. Walau bagaimanapun, mereka yang mengalami penyakit tersebut semula atau mempunyai sejarah percubaan membunuh diri atau kelakuan yang agresif mungkin memerlukan ubat bagi jangka masa yang lebih lama.

CAMPUR TANGAN PSIKOSOSIAL

Campur tangan psikososial adalah rawatan-rawatan yang tidak menggunakan ubat tetapi melibatkan

perbualan dengan pesakit, dan apabila diperlukan, menerangkan kepada keluarga, menyelesaikan pelbagai kebimbangan mereka dan memberikan sokongan sosial. Gabungan ubat-ubatan dan campur tangan psikososial akan membantu mencegah penyakit daripada berulang, memperbaiki kemahiran untuk menanganinya, memperbaiki fungsi sosial dan vokasional, dan membantu pesakit untuk berfungsi dengan lebih berdikari. Campur tangan psikososial tersebut termasuk psikoterapi individu dan kumpulan yang menyokong (yang membantu pesakit memahami dan menerima hakikat penyakit mereka) dan terapi kelakuan kognitif. Terapi kelakuan kognitif adalah sejenis psikoterapi yang mencari dan mencuba untuk memperbaiki kepercayaan dan pemikiran negatif seseorang, yang boleh membantu mengurangkan gejala kemurungan dan kegelisahan.

Satu lagi campur tangan psikososial ialah campur tangan keluarga. Campur tangan keluarga termasuk mengajar anggota keluarga tentang penyakit tersebut dan rawatannya, serta memberikan sokongan, latihan menyelesaikan masalah, dan campur tangan krisis. Campur tangan krisis ialah langkah-langkah yang diambil untuk menangani krisis yang timbul daripada penyakit seseorang, misalnya, apabila seseorang bertindak agresif kepada orang lain, atau ingin membunuh diri.

Pesakit juga boleh diberikan latihan kemahiran sosial yang menggunakan pendekatan berpendidikan dan secara tersusun untuk memperbaiki kemahiran-kemahiran sosial dan di antara seseorang.

Individu yang menghadapi skizofrenia mungkin mempunyai kesukaran untuk kekal dengan sesuatu pekerjaan dan mungkin memerlukan sedikit latihan vokasional. Ini mungkin melibatkan penempatan pesakit di dalam 'bengkel terlindung' yang boleh menyediakan sekitaran pekerjaan yang mudah dan teratur dengan penyeliaan yang rapi.

மருந்தக நடைமுறை வழிக்காட்டிக் குறிப்புகள், தற்போது கிடைக்கக்கூடிய சிறந்த அறிவியல் ஆதாரத்தின் அடிப்படையில் நோயாளியின் நோய்க்கூறு குறித்த சரியான தேர்வுகளைச் செய்வதற்கு மருத்துவர்களுக்கும், நோயாளிகளுக்கும் உதவக்கூடிய பரிந்துரைகளாகும். வழிக்காட்டிக் குறிப்புகள் மருத்துவரின் முடிவை மாற்றக்கூடியவை அல்ல. ஒவ்வொரு நபரும் மாறுபட்டவர் என்பதை நினைவில் கொள்வது முக்கியம். மேலும் மருந்தக நடைமுறை வழிக்காட்டிக் குறிப்புகள் எப்போதும் எல்லோருக்கும் பொருந்தாமலும் இருக்கலாம்.

நோயாளிக்களுக்குரிய இந்த விளக்கக் கையேடு ஸ்கிட்ஸோஃபெரனியா மனநோய் குறித்த மருந்தக நடைமுறை நெறிகளின் அடிப்படையில் அமைந்தது. மேலும் அதன் உள்ளடக்கங்களை விளக்கக்கூடியது. முக்கியமாக மனநோயினால் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கும், அவர்களின் குடும்ப உறுப்பினர்கள் மற்றும் மனநோயற்றவர்களை கவனித்துக் கொள்பவர்கள் ஆகியோருக்காக வரையப்பட்ட கையேடு இது. நோயாளிகள் தங்களுக்கு கிடைக்கக்கூடிய சிகிச்சை வாய்ப்புகள் பற்றி மருத்துவர்களுடன் கலந்தாலோசிக்க இந்தக் கையேட்டை ஓர் அடிப்படையாக பயன்படுத்திக் கொள்ள முடியும் என்று நம்புகிறோம்.

ஸ்கிட்ஸோஃபெரனியா என்றால் என்ன?

கடுமையான ஒரு மனநோயான ஸ்கிட்ஸோஃபெரனியா (Schizophrenia) 100 பேரில் ஒருவரை அவர்களின் வாழ்க்கையின் ஒரு கட்டத்தில் பாதிக்கிறது. வழக்கமாக இந்த நோய் ஓர் ஆண் அல்லது பெண்ணின் பதினம வயதின் பிற்பகுதியில் அல்லது முதுமையின் முதற்கட்டத்தில் தொடங்குவதுடன் ஆண்களையும் பெண்களையும் சம அளவில் பாதிப்பதாகத் தெரிகிறது.

இந்த நோயின் அடையாளங்களில் ஐந்து உணர்வுகளில் எதையும் பாதிக்கும் பிரமைகளும் (இல்லாதது இருப்பது போல் தோன்றும் உணர்வு) மாயைகளும் (அசைக்க முடியாத பொய்யான எண்ணங்கள்) மற்றும் சிந்தனை செயல்முறைக் கோளாறுகளும் அடங்கும். அதனால் பலர் செயலிழந்து அன்றாட வாழ்க்கை நடைமுறைகளில் நாட்டம் இழந்துவிடுகின்றனர். சிந்திப்பதிலும் திட்டமிடுவதிலும் அவர்களுக்குப் பிரச்சினைகள் ஏற்படும். அவர்கள் தன் வசம் இழந்தவராக அல்லது மற்றவர்களிடமிருந்து

மாறுபட்டவர்களாகத் தோன்றலாம். மேலும் பொதுவாக, இந்த நோய் ஒருவரின் வேலைத் திறனை, பள்ளிக்குச் செல்வது அல்லது நண்பர்கள் மற்றும் குடும்பத்தினருடன் பழகுவது போன்றவற்றை பாதிக்கும். மேலும், இந்த நோய் மக்களை அவர்களின் வழக்கத்திற்கு மாறான காரியங்களைச் செய்யவோ, பேசவோ இடமளிக்கும். எதிர்பாராத ஆத்திர எழுச்சி அல்லது கிளர்ச்சி அவற்றில் அடங்கும். அந்த அறிகுறிகள் பாதிக்கப்பட்டவருக்கும் அவருடைய குடும்பத்தினர் மற்றும் நண்பர்களுக்கும் மிகுந்த துன்பத்தைத் தரும். அவர்களையும் அவர்களின் அனுபவங்களையும் புரிந்து கொள்வது சீரமமாகவே இருக்கும்.

மக்களிடையே ஸ்கிட்ஸோஃபெரனியா மனநோயின் போக்கு கணிசமாக மாறுபடும். சிலர் அந்த நோயின் கட்டங்களுக்கு இடையே முற்றாகக் குணமடைந்தவராகக் காணப்படுவார்கள். மற்றவர்கள், கடுமையான நோய் இல்லாத நிலையிலும்கூட சில அறிகுறிகளை தொடர்ந்து அனுபவிப்பார்கள். ஒரு சிலருக்கு இது தீராத (நாள் பட்ட) நோயாகிவிடும். அப்போது அவர்களின் நிலை மோசமடைந்து செயல்பட முடியாமல் அல்லது சமூக சகவாசமில்லாமல் போகக்கூடும். எனினும், சிகிச்சையின் மூலம், பெரும்பாலானவர்கள் சீரடைவர் அல்லது காலப் போக்கில் குணமடைந்துவிடுவர்.

தொடக்கத்திலேயே உதவி பெறுதல்

அறிகுறிகள் தென்பட்டதுமே முறையாக சிகிச்சையை நாடாமல் நீண்ட காலம் தாமதிக்கும் வழக்கம் பொதுவாக உள்ளது. இதற்குப் பல காரணங்கள் உண்டு. நோய் குறித்த அறிவின்மை, பாதிக்கப்பட்டவர் அல்லது குடும்பத்தினர் மனநோய் இருப்பதை மறுத்தல், கலாசார அல்லது சமய விளக்கங்களை மனநோய்க்குக் கொடுத்தல், மனநோய் சம்பந்தப்பட்ட வெட்கம், அவமதிப்பு ஆகியவை அவற்றில் அடங்கும்.

ஸ்கிட்ஸோஃபெரனியா மனநோயின் ஆரம்ப கட்டத்தில் உள்ளவர் இயன்ற அளவுக்கு முன்கூட்டியே சிகிச்சை பெறுவது அவசியம். நோயின் நீண்ட கால விளைவுகளிலிருந்து மேம்படுத்திக் கொள்ள அது உதவுவதுடன், பாதிக்கப்பட்டவர் மற்றும் அவருடைய குடும்பத்தினரின் வாழ்க்கையை சீர்ப்படுத்துகிறது.

தொடக்க மதிப்பீடு

நோய் அறிகுறியுள்ளவர்கள் முழுமையான பரிசோதனை செய்து கொள்ள வேண்டும். விசாரிப்பு, உடல் பரிசோதனை மற்றும் தேவைப்பட்டால் ஆய்வுக்கூட சோதனைகள் (இரத்தப் பரிசோதனை போன்றவை) ஆகியவை அவற்றில் அடங்கும். ஒருவர் முறையான சோதனை செய்யப்பட்டு அவருடைய குறிப்பிட்ட தேவைகள் மற்றும் நிலைக்கு ஏற்ற சிகிச்சையும் பராமரிப்பும் வழங்கப்படுவதை உறுதிப்படுத்துவது இதன் நோக்கம். தேவைப்படும் சமயங்களில், நெருங்கிய குடும்ப உறுப்பினர்களிடம் நோய் குறித்த மேல் விவரங்கள் கேட்கப்படலாம்.

மருந்துகள்

ஸ்கிட்லோஃபெரனியா மனநோய் சிகிச்சைக்கு பல மருந்து வகைகள் கிடைக்கின்றன. ஒவ்வொருவருக்கும் அவர்களின் தனிப்பட்ட நிலைமையின் அடிப்படையில் மருந்து பரிந்துரைக்கப்படும். இந்த நோய் சிகிச்சைக்கு பயன்படுத்தப்படும் மருந்துகள் ஒட்டுமொத்தமாக ஆண்டிசைக்கோடிக்ஸ்- மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்து எனக் குறிப்பிடப்படுகின்றன.

இந்த மருந்துகள் முறை சார்ந்த மற்றும் மாற்று வகை (atypical) மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகள் என இரு முக்கிய வகைப்படும். முறை சார்ந்த மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்து பல ஆண்டுகளாக புழக்கத்தில் இருப்பதால் அவை பாரம்பரிய மருந்துகள் என்றும் அழைக்கப்படுகின்றன. குளோர்பெரோமரின், ஹலோபெரிடொல், டிரைஃபுளூபெராசீன், ஃபுளூபென்டிக்ஸோல், சல்பிரைட் உள்ளிட்ட மருந்துகளும் மற்றவையும் இதில் அடங்கும்.

மாற்றுவகை மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகள் புதியவை. மிக அண்மைக் காலத்திலே கிடைக்கப்பட்டதாலும் அவை நவீன மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகள் எனக் குறிப்பிடப்படுகின்றன. ரிஸ்பெரிடோன், ஓலன்ஸபின், கியூட்டியாபின், அமிசல்பிரைட் மற்றும் குளோஸாபின் ஆகியவை அவற்றில் அடங்கும். குளோஸாபின் மற்ற மருந்துகளால் குணப்படுத்த முடியாத மனநோய்க்கு மட்டுமே பயன்படுத்தப்படுகிறது (கீழே காண்க).

இருவகை மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகளுக்கும் இடையிலுள்ள மிக முக்கிய வேறுபாடு அவற்றின் பக்கவிளைவுகளே ஆகும். முறை சார்ந்த மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகள் மாறுபட்ட புதிய மருந்து வகையுடன் ஒப்பிடும்போது இறுக்கம், நடுக்கம், வேகமில்லாத மந்தம்

அட்டவணை 1

மனநோய் மருந்துகளின் பொதுவான பக்க விளைவுகள்

எக்ஸ்டிரா பிரமிடல் பக்கவிளைவுகள்

உடல் இயக்கப் பிரச்சினைகள், பார்க்கின்சன் (இறுக்கம், நடுக்கம் மற்றும் வேகமில்லாத மந்தம்) அகதீசியா (ஓயாத பதற்றம்), டிஸ்டோனியா (தசை இறுக்க மாற்றங்கள்) போன்றவை பொதுப்படையான பக்கவிளைவுகள். குறிப்பாக இவை முறை சார்ந்த மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகளின் பக்கவிளைவுகள்.

நிதாமின்மை

தலைசுற்றல்

மலச்சிக்கல்

வாய் உலர்வு

பார்வைச் சிதறல்

எடை அதிகரிப்பு

மாற்று வகை மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகளால் பொதுவில் அதிகமாக ஏற்படக்கூடியது

மாதவிலக்கு பாதிப்புகள்

உடல்வலி பாதிப்புகள்

மார்பக வளர்ச்சி மற்றும் பலவீனம்

மார்பக பால் சுரப்பு அதிகரிப்பு

பார்டிவ் டிஸ்கினேசியா

ஒருவரால் கட்டுப்படுத்த முடியாத உதடு, தாடை, நாக்கு மற்றும் முகத் தசைகளின் அசாதாரணமான இயக்கங்கள், சில சமயங்களில் கைகள், கால்கள், மற்றும் உடல் கூட பாதிக்கப்படலாம். இது மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகளின் நீண்டகால பக்கவிளைவாகும். மாற்ற முடியாததாகவும் போகலாம்.

ஆகிய உடல் இயக்கப் பிரச்சினைகளை ஏற்படுத்தும். மறுபுறம், மாற்றுவகை புதிய மருந்துகளில் சில முறைசார்ந்த மருந்து வகையுடன் ஒப்பிடும்போது எடை அதிகரிப்பை ஏற்படுத்தக்கூடும்.

மருந்தை உட்கொள்ளத் தொடங்கிய பிறகு, குறைந்தபட்சம் 10 முதல் 14 நாட்கள் பின்னரே ஒருவரின் நிலைமையில் குறிப்பிடத்தக்க முன்னேற்றம் தெரியும்.

உட்கொள்ளக்கூடிய (வாய் வழியாக) மருந்துகளே வழக்கமாக பரிந்துரைக்கப்படும். எனினும் வாய் வழியாக மருந்து உட்கொள்வதில் பிரச்சினைகள் உள்ளவர்களுக்கு ஊசி மூலம் மருந்து தரப்படும். இந்த மருந்து மனநோய் எதிர்ப்பு இரூப்பு (depot antipsychotic) மருந்து எனவும் குறிப்பிடப்படும். இந்த மருந்தை தசையில் ஊசி மூலம் செலுத்துவதற்கு சிறப்பு ஏற்பாடு தேவைப்படுவதால் இவ்வாறு கூறப்படுகிறது. ஊசி குத்தப்பட்ட பிறகு மருந்து மெதுவாக வெளியேற்றப்படுகிறது. இதன் விளைவாக மருந்து இரத்தத்தில் கணிசமான கால அளவுக்கு தங்கிவிடுகிறது. அதனால் சில வார இடைவெளிக்கு ஒரு முறை இந்த ஊசியைக் குத்திக் கொள்வது போதுமானது. இந்த மனநோய் எதிர்ப்பு இரூப்பு மருந்துகளில் வெவ்வேறு வகைகள் உள்ளன. வழக்கமாக 2 முதல் 4 வாரத்திற்கு ஒரு முறை அவை ஊசி மூலம் கொடுக்கப்படவேண்டும்.

எல்லா மருந்துகளுமே பக்கவிளைவுகளைக் கொண்டவை. ஒவ்வொரு வகை மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்தும் வெவ்வேறு வித பக்கவிளைவுகளைக் கொண்டவை (இணைப்பை காண்க). பெரும்பாலான பக்க விளைவுகள் மிதமானவை. காலம் செல்லச் செல்ல அவைகள் குறைந்து, சிலரை மட்டுமே பாதிக்கும். பக்கவிளைவு எதுவும் அதிகரித்தால் மருத்துவருடன் கலந்தாலோசிக்க வேண்டும்.

ஸ்கிட்.ஸோஃபெரனியா மனநோய்க்குப் பயன்படுத்தப்படும் மற்ற மருந்துகள்

சில சமயங்களில் மற்ற வகை மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்படலாம். எடுத்துக்காட்டாக ஸ்கிட்.ஸோஃபெரனியா மனநோயுள்ள ஒருவர் மிகுந்த பரபரப்பும் பதற்றமும் அல்லது ஆதிக்க வேகமும் உள்ளவராக இருப்பார். அவரை அமைதிப்படுத்த டயாஸிபாம் அல்லது லொராஸிபாம் போன்ற தணிப்பு மருந்துகள் பரிந்துரைக்கப்படலாம்.

இயக்கத்தை சீர்ப்படுத்தும் மற்ற மருந்து வகைகளும் (anticholinergic agents) பரிந்துரைக்கப்படலாம். உடல்

இயக்கப் பிரச்சினை (இறுக்கம், நடுக்கம் மற்றும் வேகமில்லாத மந்தம்) போன்ற பக்க விளைவுகளை கட்டுப்படுத்த அவை தரப்படும்.

ஸ்கிட்லோஃபெரனியா மனநோயாளிகள் விரக்தியுடன் இருப்பார்கள் (அதிக கவலையுணர்வு, பசி, சக்தி, தூக்கம் மற்றும் உற்சாகம் இல்லாமை, அதற்கும் மேலாக தற்கொலை எண்ணங்கள்). இவ்வித சந்தர்ப்பங்களில் அவர்களுக்கு விரக்தி நிவாரண மருந்துகள் தேவைப்படலாம்.

வழக்கமான மனநோய்த் தடுப்பு மருந்துகள் உதவாத வேளையில் (சிகிச்சையால் குணமாக்க முடியாத ஸ்கிட்லோஃபெரனியா)

சிகிச்சையால் குணமாக்க முடியாத ஸ்கிட்லோஃபெரனியா மனநோயைக் கையாள்வதற்கு பல உத்திகள் உள்ளன. அவற்றில் இவை அடங்கும்:

- குளோஸாபின்: புதிய மாற்று வகை மருந்தான இது மற்ற மருந்துகளால் குணப்படுத்த முடியாத மனநோய் இருப்பவர்களுக்கு மட்டுமே தரப்படவேண்டும். அதன் பக்கவிளைவு இரத்த வெள்ளை அணுக்களைக் குறைத்துவிடும் என்பதே காரணம். அதனால் அவர்களுக்கு கிருமி பரவும் அபாயம் உள்ளது. மனநோய் மருத்துவர் மட்டுமே குளோஸாபின் மருந்தை பரிந்துரைக்க முடியும். வழக்கமான இரத்தப் பரிசோதனையும் அதற்கு அவசியம்.
- இரண்டு மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகளின் சேர்க்கை: அது முறை சார்ந்த மற்றும் மாற்று வகை மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகளின் சேர்க்கையாகவோ அல்லது இரண்டு மாற்று வகை எதிர்ப்பு மருந்துகளின் சேர்க்கையாகவோ இருக்கலாம்.
- மின்அதிர்வு சிகிச்சை (electroconvulsive therapy-ECT) மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகளால் குணம் பெறாதவர்கள் மின்அதிர்வு சிகிச்சைக்குரியவர்களாகக் கருதப்படுவர். சம்பந்தப்பட்ட நபர் மயக்க மருந்து தரப்பட்ட நிலையில் இருக்கும்போது முளை வழியாக சிறிது நேரம் மின்சாரத்தை பாய்ச்சும் சிகிச்சை முறையே இது.

மனநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகளை நிறுத்துதல்

மருந்தை மிக முன்கூட்டியே நிறுத்தினால் அல்லது அளவைக் குறைத்தால் நோய் பழைய நிலைக்குத் திரும்பிவிடும். ஸ்கிட்ஸோஃபெரனியா மனநோயின் முதல் கட்டத்திலிருந்து குணமடைந்த ஒருவர் ஓர் ஆண்டுவரை ஒரே அளவு மருந்தை உட்கொண்டு, மனநோய் அறிகுறிகள் காணாது இருந்தால், அவருக்கு மருந்து இனியும் தேவையா என்பதைச் சோதிக்க, சிலநாட்கள் மருந்தை உட்கொள்ள வேண்டாம் என்று கேட்டுக் கொள்ளப்படலாம். எனினும் நோய் மீண்டும் திரும்பியவர்கள் அல்லது தற்கொலை முயற்சியில் ஈடுபட்டவர்கள் அல்லது வன்மையான ஆதிக்க வேகம் உள்ளவர்களுக்கு நீண்ட காலத்திற்கு மருந்து தேவை.

சமூக உளவியல் ஈடுபாடுகள்

சமூக உளவியல் ஈடுபாடுகள் மருந்துகள் தேவைப்படாத சிகிச்சை முறைகளாகும். நோயாளிகளுடன் உரையாடுதல், தேவைப்படும் போது குடும்பத்தினருக்கு விளக்கமளித்தல், அவர்களின் கவலைகளைக் கேட்டறிதல், மற்றும் சமூக ஆதரவு வழங்குதல் ஆகியவை அவற்றில் அடங்கும். மருந்துகளுடன் சமூக உளவியல் ஈடுபாடுகளையும் சேர்த்து வழங்குவதன் மூலம் நோய் திரும்புவதைத் தடுக்கவும், திறன்களையும் சமூக தொழில் நடவடிக்கைகளையும் மேம்படுத்தவும் முடியும். நோயாளி மேலும் சுதந்திரமாகச் செயல்படவும் அது உதவும். தனியார் மற்றும் குழு ஆதரவு மனநோய் சிகிச்சை (நோயாளிகள் தங்கள் நோய்க்கூறுகளைப் புரிந்து செயல்பட அது உதவும்) மற்றும் நடத்தை உணர்வுக்கூறு சிகிச்சை ஆகியவை சமூக உளவியல் ஈடுபாடுகளில் அடங்கும். நடத்தை உணர்வுக்கூறு சிகிச்சை (cognitive behavioural therapy) ஒருவரின் எதிர்மறை நம்பிக்கைகளையும் எண்ணங்களையும் கண்டறிந்து அவற்றைச் சரிப்படுத்த முயலும் ஒரு வகை மனநோய் சிகிச்சையாகும். மனத் தளர்ச்சி மற்றும் கலவர அறிகுறிகளைத் தணிக்க அது உதவும்.

குடும்ப ஈடுபாடு மற்றொரு சமூக உளவியல் ஈடுபாடாகும். நோய் மற்றும் சிகிச்சை குறித்து குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கு எடுத்துரைத்தல், ஆதரவு வழங்குதல், பிரச்சினை தீர்வுக்கான பயிற்சி, நெருக்கடி ஈடுபாடு ஆகியவை அதில் அடங்கும். ஒருவரின் நோயினால் ஏற்படும் நெருக்கடியைச் சமாளிக்க

மேற்கொள்ளப்படும் நடவடிக்கைகளை நெருக்கடி
பாட்பாடாகும். ஒருவருக்கு மற்றவரீது ஏற்படக்கூடிய
ஆதிக்க வேகம் அல்லது தற்கொலை உணர்வு
நெருக்கடிக்கு உதாரணங்கள்.

நோயாளிகளுக்கு சமூகத் திறன் பயிற்சிகளையும்
வழங்கலாம். சமூகம் மற்றும் தனிநபர்களுக்கு இடையிலான
திறன்களை மேம்படுத்த இவை உதவும்.

ஸ்கிட்ஸோஃபெரனியா மனநோய் உள்ளவர்கள் ஒரு
வேலையைச் செய்வதில் சிரமம் ஏற்படலாம். சில
தொழிற்பயிற்சி தேவைப்படலாம். அதனால் சிரமம்
இல்லாத, நல்ல வேலைக்குமூலும் அணுகக்கூடிய
மேற்பார்வையும் உள்ள வேலை முகாம்களில்
அவர்களுக்குப் பயிற்சி தரலாம்.