

УДК 616.895.8–083–085

ОТДЕЛЕНИЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА – НОВАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. Г. Будза, А. П. Отмахов, Г. Б. Прусс

*ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница
№ 1», Оренбургская государственная медицинская академия*

На современном этапе развития психиатрической службы особое место занимают вопросы создания новых организационных форм, предназначенных для оказания помощи психотическим больным. Этому способствовала переориентация отечественной психиатрии с медицинской на биопсихосоциальную модель психиатрической помощи и полипрофессиональный подход к ее оказанию (1). Объединение в одну интегративную систему психофармакологической, психотерапевтической и психосоциальной помощи больным психозами требует основательной перестройки существующих форм организации психиатрической службы. Кроме того, назрела серьезная необходимость сокращения «закрытых» отделений в психиатрических стационарах, обуславливающих продолжительную изоляцию больных от привычного социального окружения, и замена их, по крайней мере, на полуконтакты с ведущим режимом дневного стационара, объединяющие основные необходимые приемы стационарного ведения больных с предпочитаемыми ими приемами амбулаторной помощи. Одним из важнейших вопросов организации помощи психотическим больным является качественная преемственность стационарной и амбулаторной служб. Указанные обстоятельства вызвали насущную потребность поиска новых форм организации специализированной помощи.

Такой новой формой является создание на базе психиатрического стационара отделения первого психотического эпизода для больных шизофренией и психотическими расстройствами шизофренического спектра, как это указывается в методических рекомендациях, подготовленных в Московском НИИ психиатрии (2). Именно такое отделение позволяет наиболее эффективно реализовывать направления полипрофессиональной (бригадной) помощи этому контингенту больных с возможностью не только ранней диагностики и дифференциальной диагностики болезненных расстройств и купирования продуктивной симптоматики, но и возможнос-

тью коррекции на относительно ранних этапах болезни (преимущественно первых лет) нейрокогнитивного дефицита, который, согласно современным исследованиям, играет ведущую роль в снижении социального функционирования больных (3). Последнее достигается как применением в лечении атипичных нейролептиков, так и различными программами психосоциального и психотерапевтического воздействий, в том числе и специальным методом когнитивного тренинга.

Понимание современных требований к реорганизации психиатрической стационарной помощи обусловили создание в декабре 2003 года на базе стационара Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1 новой организационной структуры для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра – отделения первого психотического эпизода (ОППЭ). Целью создания данной структуры послужило стремление к оптимизации полипрофессиональной помощи больным шизофренией на ранних этапах болезни, оказание им комплекса специализированных, организационных, клинико-терапевтических и психосоциальных реабилитационных мер как на стационарном, так и амбулаторном этапах.

Открытию отделения предшествовала большая подготовительная работа. Стандартное женское общепсихиатрическое отделение стационара путем реконструкции перепрофилировано в отделение ППЭ смешанного типа (мужское/женское) на 60 коек с режимом дневного стационара. Произведено улучшение внутреннего дизайна, направленное на создание в отделении терапевтической среды с оборудованием его новой медицинской и бытовой мебелью, необходимой аппаратурой. В отделении развернуто 30 коек для больных, требующих по психическому состоянию круглосуточного пребывания в условиях стационара, другая половина пациентов находится на режиме дневного стационара. Выделены две изолированные палаты интенсивной терапии (мужская и женская). С учетом реоргани-

зации в штат отделения дополнительно включены два психолога, два психотерапевта, социальный работник, оказывают необходимую помощь специалист по социальной работе, юрист больницы. В основу разработанного «Положения о клинике первого психотического эпизода в ОКПБ № 1» были взяты методические рекомендации «Клиника первого психотического эпизода», изданные Московским НИИ психиатрии МЗ РФ (отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи) в 2003 году.

Отделение первого психотического эпизода ориентировано на оказание помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с давностью заболевания не более 5 лет и перенесшими не более 3-х приступов заболевания. Оно является структурой, куда принимаются впервые обратившиеся за психиатрической помощью пациенты. Это условие потребовало проведения подготовительной работы с участковыми психiatрами психоневрологического диспансера, с врачами психиатрических бригад скорой помощи, установления взаимодействия с психiatрами соматических стационаров и отделения острых отравлений, с разъяснением им цели создания и задач, стоящих перед отделением, показаний и противопоказаний для направления в отделение. Кроме того, в отделении оказывается помощь не только больным с шизофренией, но и пациентам с эндоформными психозами, нуждающимся в дифференциальной диагностике. Основной контингент, находящихся в отделении, составляли больные с выраженными психическими расстройствами, в связи с чем не исключалась и госпитализация пациентов в недобровольном порядке, при условии относительной упорядоченности их поведения. Удельный вес недобровольных госпитализаций составил 12%, в то время как в среднем по больнице количество таких госпитализаций не превышает 5%. Это является в достаточной степени неожиданным, но в свою очередь, отражает специфику отделения как «острого», ургентного, в котором соблюдаются права пациентов в рамках Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Оказание психиатрической помощи в отделении основано на принципе полипрофессионального бригадного обслуживания, с проведением психотерапии, психосоциального лечения и реабилитации психически больных.

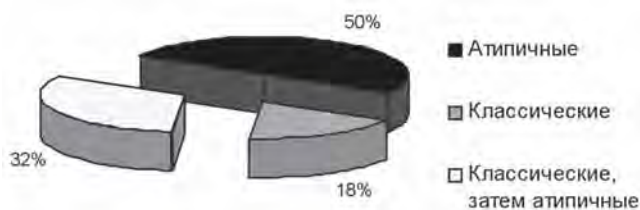


Рис. 1. Биологическая терапия (антипсихотики)

На стационарном этапе проводится активное лечение антипсихотиками, причем в подавляющем числе случаев атипичными, классические же нейролептики применяются в случае недостаточной эффективности предшествующего лечения атипичными препаратами.

Как видно из рис. 1, половине пациентов с первых дней пребывания было начато лечение атипичными нейролептиками, и лишь 18% больных проводилось лечение привычными классическими нейролептиками. 32% пациентов вначале получали терапию традиционными нейролептиками для купирования психомоторного возбуждения и снижения аффективной заряженности переживаний, но затем они были переведены на лечение атипичными нейролептиками. Наличие в отделении современных препаратов позволяет быстро справиться с психомоторным возбуждением и снизить аффективную заряженность переживаний, в связи с чем переводы пациентов в другие отделения были единичными и определялись их отказом, в силу разных причин, от необходимой психотерапевтической и психосоциальной работы.

После нивелировки эмоциональной заряженности психоза, к концу 1–2-й недели пребывания, пациенты включаются в групповые психотерапевтические мероприятия с использованием арт-терапевтических методик. Эти группы являются открытыми, с привлечением среднего медперсонала, и проводятся ежедневно в течение одного часа, со свободным посещением. По нашему мнению, привлечение дежурной смены среднего медперсонала позволяет добиться формирования более благоприятной терапевтической среды и является полезным не только для пациентов, но и для сотрудников отделения.

При положительной динамике лечения и начальных проявлений медикаментозной ремиссии у пациентов, на еженедельном собрании членов бригады обсуждается текущее состояние больных, непосредственные задачи по дальнейшему их ведению на ближайшую неделю, поскольку медикаментозное купирование психоза является лишь одной из задач в комплексе действий, направленных на уменьшение последствий начавшегося психического расстройства. Прежде всего внимание членов бригады обращается на уровень социальной адаптации и функционирования пациента, определяются «слабые места», на которые повлияло начало заболевания (семья, работа, учеба и т.д.), после чего ставятся конкретные задачи перед каждым членом бригады для достижения поставленной цели.

Психосоциальная реабилитация проводится с учетом психического статуса больных, особенностей преморбидной личности, включает такие ее формы, как психообразование, тренинг когнитивных и социальных навыков, индивидуальная психотерапия, решение медико-социальных вопросов, привлечение к терапии родственников пациентов и т.п. Мы не преследовали цели организовать в отде-

лении полноценного самоуправления пациентов, так как ориентировались на возможно более быстрый их перевод на режим дневного стационара. Однако некоторые элементы социотерапии для находящихся в стационаре больных у нас внедрены: организован стенд с работами пациентов, оформляется стенная газета, есть возможность для внесения анонимных предложений по улучшению организации работы с пациентами.

Особое внимание уделяется проведению психообразовательных циклов (4), как неотъемлемой части лечебного процесса, имеющих не только информационную значимость для пациента, но и решающих определенные аспекты «социальной поддержки», актуализирующие адаптивные стратегии совладания с болезнью (копинг-стратегии). Психообразование проводится в закрытых группах, двумя ведущими, в частности, опытным врачом-психиатром, имеющим некоторый педагогический опыт при прохождении обучения в клинической ординатуре, и врачом-психотерапевтом. При этом роли ведущих четко структурированы: так содержательную часть обучающей программы, которая является основным компонентом цикла, берет на себя врач-психиатр, а врач-психотерапевт следит за соблюдением правил группы, поддерживает атмосферу эмпатии, эмоциональной безопасности. Сами занятия строятся по принципу семинаров с элементами социально-поведенческого тренинга. Психообразование ориентировано на работу с содержанием, которое включает перечень определенных проблем, обсуждаемых в группе. Участникам на протяжении 6 занятий, проводимых через день, предоставляется информация по конкретным вопросам, во время этих занятий пациенты знакомятся не только с симптомами и причинами возникновения психических расстройств, но и мотивируются на продолжение поддерживающего лечения и наблюдения, а также с их участием обсуждаются правовые аспекты оказания психиатрической помощи.

После завершения психообразовательных занятий пациенты включаются в групповой тренинг когнитивных и социальных навыков, который осуществляется врачом-психотерапевтом и психологом отделения по методике, разработанной лабораторией клинической психологии и психотерапии (руководитель А.Б.Холмогорова) совместно с отделом внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии (руководитель И.Я.Гурович). Отбор в группу тренинга проводится после психологического тестирования по основным функциям и способностям, на развитие которых в последующем будет направлен тренинг.

Тренинг когнитивных и социальных навыков состоит из двух этапов: интенсивного, рассчитанного на больных непосредственно после перенесенного обострения, и поддерживающего, который проводится на амбулаторном этапе для пациентов с трудностями в социальной и трудовой адаптации. Интенсивный этап тренинга проводится в форме

закрытой группы в количестве 8–12 пациентов, продолжительностью 15 сессий по 60 минут 5 раз в неделю; поддерживающий этап – в форме полукруглой группы из 10–15 пациентов на режиме дневного стационара или амбулаторном режиме, продолжительностью 8 сессий по 90 минут 1 раз в неделю. После завершения поддерживающего этапа тренинга пациентам проводится повторное психологическое исследование, определяющее динамику показателей познавательных процессов.

На начальных этапах стационарирования кроме первичного психологического исследования оценивается социальный статус пациентов, на основании которых и определяются цели и задачи психосоциального лечения и реабилитации. Начатое лечение и первичные реабилитационные мероприятия продолжают на режиме дневного стационара, на который пациенты переводятся после купирования острой психотической симптоматики, примерно через 3 недели лечения. Широкое применение режима дневного стационара позволяет снизить не только дезадаптирующую роль стационарирования, но и стоимость лечения. После подбора поддерживающей терапии пациенты завершают стационарный этап и переходят на амбулаторное наблюдение врачами отделения первого психотического эпизода. Это наблюдение является не только консультативным, но и диспансерным, что позволяет говорить о «полном цикле» курации профильных больных.

За 2004 год под наблюдением в отделении находилось 48 пациентов, в настоящее время – 70 пациентов, что составляет всего около 50% от числа выписанных профильных больных. Это объясняется невозможностью подобной диспансеризации пациентов из отдаленных сельских районов области: 90% оставленных под наблюдением в отделении составляют жители города Оренбурга. Организация работы такая же, как и в психоневрологическом диспансере. Как правило, пациенты охотно приходят к врачу, у которого лечились, с которым сложились доверительные, откровенные отношения. Врач, который хорошо знает пациента, его семью, особенности течения заболевания, структуру перенесенного психопатологического синдрома, реагирование больного на те или другие медикаменты, быстрее и правильнее оценивает его состояние на амбулаторном приеме, подбирает адекватное лечение и дозировки. На этапе амбулаторного наблюдения сохранена тесная связь с близкими родственниками пациента, которые при изменении его состояния вовремя информируют об этом врача, что дает возможность быстрее купировать начавшееся ухудшение или обострение, продолжить начатые в стационаре реабилитационные мероприятия. Такой переход от стационарного лечения к амбулаторному при курации больного одним врачом, прежней бригадой специалистов, снимает нередко серьезные трудности для больных, обусловленные необходимостью адаптации к новой личности врача, новым условиям наблюдения и т.д.

На амбулаторном этапе поддерживающее лечение проводится у 90% наблюдающихся больных, причем только 18% получают классические нейролептики, преимущественно пролонгированного действия (рис. 2). 8% пациентов принимают поддерживающую терапию антидепрессантами. 64% пациентов и после выписки продолжают принимать атипичные нейролептики.

Кроме поддерживающей психофармакотерапии, еженедельно проводятся группы поддерживающего тренинга когнитивных и социальных навыков, в который включаются пациенты уже прошедшие активный этап этого тренинга.

С первых же дней лечения пациента начинается активная работа с его родственниками, которая в начале направлена на купирование стресса, вызванного известием о заболевании и стационарировании члена семьи. В последующем с ними еженедельно проводятся семейные консультации, а также организуются психообразовательные семинары, которые еженедельно ведут врачи отделения. Другим видом работы с родственниками является семейное консультирование, которое проводится опытным врачом-психотерапевтом. Данный метод применяется для развития коммуникаций в семейных системах, которые часто бывают нарушены в семьях больных шизофренией, и позволяет добиться снижения напряженности во взаимоотношениях между членами семьи, что в последующем благоприятно сказывается на состоянии пациента после его выписки.

Включение родственников пациентов в реабилитационные мероприятия бывает порой довольно сложным и далеко не всегда удается провести их в полном объеме из-за недостаточной их мотивации. Это обусловлено избеганием проблем, связанных с болезнью члена семьи в виде перекладывания основной ответственности на врача, или нерациональной психологической защитой – вытеснением тревоги, связанной с болезнью родственника, а также, в меньшей степени, серьезной профессиональной занятостью родственников. Однако, несмотря на все трудности, этот этап психосоциальной реабилитации является необходимым.

Из числа наблюдавшихся у 16% отмечались случаи обострения заболевания, но только половина из них были госпитализированы повторно, остальным удалось купировать обострение в амбулаторных условиях.

Для формирования терапевтической среды отделения с медицинскими сестрами ежемесячно проводится тренинг взаимодействия с пациентами. При участии врача медсестры расширяют свои возможности общения с пациентами посредством обмена опытом сестер с большим стажем работы и начинающих. Это позволяет сделать более эффективным, доверительным и доброжелательным отношение сотрудников отделения к пациентам, с учетом их индивидуальных особенностей и психического состояния.

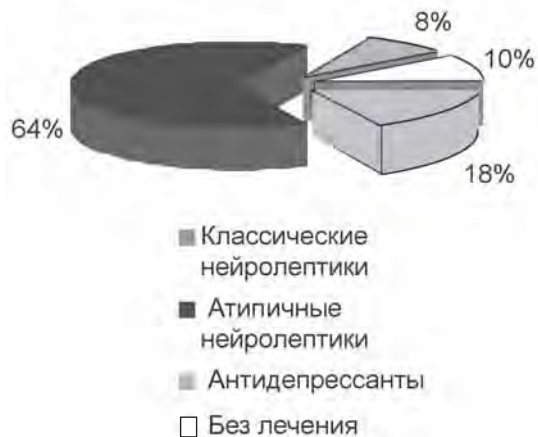


Рис. 2. Поддерживающее лечение на амбулаторном этапе



Рис. 3. Уровень социального функционирования

В связи с кратковременностью существования отделения мы не можем в полной мере провести анализ эффективности его работы. Однако есть определенные данные, свидетельствующие о перспективности выбранного направления. Так удалось добиться сокращения длительности лечения «профильных» пациентов, при том, что непосредственно в стационаре ими проводится в среднем 21 день, а «реабилитационный» этап лечения занимает не менее 35 дней. Обнадеживающими, по нашему мнению, являются сведения о сохранении социального функционирования после перенесенного приступа заболевания (рис. 3).

Так в настоящее время свыше 70% наших пациентов из всех, полностью прошедших реабилитационные мероприятия, после выписки вернулись на прежнее место работы и учебы, 20% считаются «пограничными» в плане социально-трудового функционирования (ожидают возобновления учебы после академического отпуска или они находятся в поиске подходящего места работы). С этой группой пациентов проводится более активная работа и на амбулаторном этапе, направленная на повышение и стабилизацию их социального функционирования.

вания. У 9% пациентов ОППЭ наблюдалось снижение социальных и трудовых показателей с прекращением учебы и инвалидизацией.

Таким образом можно утверждать, что применяемый в отделении первого психотического эпизода интегральный подход позволяет минимизировать явления госпитализма, стигматизации, семейной

дезадаптации, наиболее полно восстанавливать статус больного, значительно повысить эффективность, сократить сроки лечения, а также с определенной степенью условности прогнозировать становление более качественной и длительной ремиссии при продолжении курации пациентов на амбулаторном этапе в данном отделении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 492 с.

2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и соавт. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделения с режимом дневного стационара, профилированные для помощи

больным с первым эпизодом шизофрении). Методические рекомендации. – М., 2003. – 23 с.

3. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе. Пособие для врачей. – М., 2002. – 39 с.

4. Магомедова М.В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования больных шизофренией. Пособие для врачей. – М., 2002. – 24 с.