

В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, И. И. Кислицкая

ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД И ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: хронические психические расстройства, реабилитация

Психосоциальная реабилитация – это процесс, который открывает людям, страдающим психическими расстройствами возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе [1,2]. В соответствии с современными подходами к проблеме лечения хронических психических заболеваний именно реабилитация должна стать тем звеном в общей структуре психиатрической помощи, которое необходимо для реализации комплексного вмешательства. В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это позволяет задействовать сохраненные стороны личности больных, создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение. Практически психосоциальная реабилитация должна начинаться с первого контакта больного с психиатрической службой и продолжаться до тех пор, пока не будет восстановлен его социальный и профессиональный статус. Подобный подход является экономически более выгодным по сравнению с чисто медицинской моделью оказания психиатрической помощи [3,4].

В недалеком прошлом акцент в реабилитации делался на трудовой терапии. Действовали лечебно-трудовые мастерские, в которых работало значительное количество больных, была развита внутриотделенческая терапия. Изменение экономической ситуации в стране привело к практически полному разрушению системы трудовой терапии. С другой стороны, современная действительность ставит очень высокие запросы к способности пациентов жить независимо. Крайне усложнились процедуры получения документов, расчета и выплаты пенсий и посо-

бий, изменилась система взимания коммунальных платежей, возникли совершенно новые проблемы с оформлением права собственности на жильё, другие юридические проблемы. В таких условиях даже человеку, не имеющему психиатрических проблем нелегко адаптироваться, не говоря о психически больном человеке.

С точки зрения эффективности различных этапов и методов медико-социальной реабилитации (МСР) пациента чрезвычайно важным является первый психотический эпизод заболевания, в частности шизофрении. Как правило, медицинская помощь в этих случаях исчерпывается купированием психотической симптоматики медикаментозными средствами. Методы реабилитации при этом практически не используются. В то же время первый психотический эпизод шизофрении является тяжелым биологическим и социальным стрессом для больного и его родственников [5]. Основные риски для личности заболевшего и его социального функционирования заключаются в: 1) ограничении социальных связей; 2) потере способности к независимому проживанию; 3) стигматизирующем влиянии психиатрического диагноза; 4) нарушении межличностного общения; 5) формировании нейрокognитивного дефицита; 6) эмоциональной напряженности в семье с повышенным риском ее распада; 7) вытеснении пациента в более низкие социальные слои общества; 8) снижении качества жизни.

Наибольшее внимание в последнее время направлено на изучение риска формирования после манифестных приступов шизофрении и заболеваний шизофренического спектра нейрокognитивного дефицита. Накоплено значительное количество новых данных, важных для оценки нейрофункциональных процессов в головном мозге у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра [6]. В частности, с помощью методов нейровизуализации (позит-

ронно-эмиссионная томография – PET, однофотонная эмиссионная компьютерная томография – SPECT, магнитно-резонансная спектроскопия – MRS) у больных шизофренией были выявлены однотипные изменения (в том числе снижение уровня метаболизма, мембранного синтеза и регионального кровотока префронтальной коры, а также уменьшение дельта-сна на ЭЭГ в определенных областях мозга, преимущественно в префронтальной коре, что позволило сделать предположение о роли «гипофронтальности» в развитии симптоматики шизофрении [7]. Еще большее значение имеют данные нейропсихологических исследований. В частности, тесты, с помощью которых оценивается когнитивная функция больных, выявляют нарушения в тех же областях мозга, что и результаты, полученные с помощью методик нейровизуализации. Все это привело к новому парадигмальному сдвигу в понимании патогенеза шизофрении, существенная роль в котором придается нейрокогнитивному дефициту. В настоящее время проявления нейрокогнитивного дефицита рассматриваются в качестве третьей (наряду с позитивными и негативными расстройствами) ключевой группы симптомов при шизофрении, ответственных, в частности, за нарушения социального функционирования больных [8-10]. Показано, что 94% больных шизофренией (по сравнению с 7% в здоровой популяции) в той или иной степени обнаруживают нейрокогнитивный дефицит [11]. Когнитивный дефицит в значительном числе случаев выявляется у родственников пациентов, страдающих шизофренией [12, 13]. Он обнаруживается у нелеченных больных с первым приступом заболевания [14] и, как предполагается, наибольшее его углубление происходит в первые 2-5 лет после дебюта болезни, что требует наиболее активного вмешательства (как медикаментозного, так и психосоциального) в этот период.

Риск формирования неблагоприятных последствий в сфере социального функционирования больных шизофренией значительно возрастает при неправильной организации и неадекватной тактике медико-социальной реабилитации при манифестном приступе болезни. Клиническая практика свидетельствует о том, что основными направлениями помощи при первом психотическом эпизоде, способствующими минимизации психосоциального стресса и негативных последствий болезни, являются:

1) раннее выявление больных и своевременная диагностика шизофрении и расстройств

шизофренического спектра;

2) сокращение времени «нелеченного психоза»;

3) наименее стигматизирующие условия оказания помощи;

4) оптимальный выбор нейролептической терапии;

5) раннее включение пациента в индивидуальную реабилитационную программу.

Раннее выявление больных и своевременная диагностика шизофрении и расстройств шизофренического спектра. До первого манифестного эпизода у части больных отмечается довольно длительный период расстройств различного уровня, отмечаемых до обращения за психиатрической помощью. В значительном числе случаев, кроме наследственной отягощенности психическими заболеваниями, имеют место явления дизонтогенеза (запаздывание развития моторики, моторная неловкость, трудности в приобретении навыков самообслуживания; диссоциация речевого развития с преобладанием механического воспроизведения речи окружающих; диссоциация между моторным и психическим развитием, недостаточность развития инстинкта самосохранения), личностные акцентуации. Длительность продромального периода заболевания, определяемого как промежуток времени с момента появления любых психопатологических расстройств (характерологические изменения с заострением преморбидных черт или приобретение несвойственных ранее; психопатоподобные проявления; аффективные колебания; преходящие навязчивые состояния; «форпост» – симптомы, представленные идеями отношения, транзиторными депрессивно-параноидными, галлюцинаторными, онейроидными эпизодами) до начала манифестного психотического состояния, зачастую довольно значительна и, как показывают полученные данные, составляет в среднем 5,5 лет [15]. Однако несмотря на глубокий, иногда психотический уровень ряда отмеченных расстройств, как правило, они не служат поводом к обращению за помощью, даже с учетом отчетливого снижения социального функционирования у большинства больных. Следует отметить, что после манифестации заболевания значительная часть больных обращается за психиатрической помощью слишком поздно. Так, средняя длительность нелеченного психоза (с момента появления психотических симптомов до обращения за специализированной помощью и назначения антипсихотической терапии) составляет около 8,5 мес. и только 1/3

больных попадает в поле зрения психиатров в течение первых двух месяцев [5]. Среди причин позднего обращения за помощью и отсроченного начала лечения называются недостаточное понимание пациентами природы имеющихся расстройств, страх последствий выявления психического расстройства (стигматизация и самостигматизация), недостаточный скрининг врачами общей практики, неверная диагностика при обращении за психиатрической помощью [15-17].

Сокращение времени «нелеченного психоза». Установлена связь длительности инициального периода заболевания без проведения терапии с последующими сроками становления и полнотой терапевтической ремиссии, а также «биологическая токсичность» длительного нелеченного психотического состояния при манифестации болезни [17].

Наименее стигматизирующие условия оказания помощи. Предпочтение отдается полустационарной и амбулаторной форме обслуживания больных, поскольку, как показывают полученные данные, до 60% больных с первыми психотическими эпизодами могут обходиться без госпитализации [5].

Оптимальный выбор нейролептической терапии. Атипичные нейролептики рассматриваются в этих случаях как препараты первого выбора в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное функционирование больных, а также лучшей переносимостью по сравнению с традиционными препаратами и более благоприятным профилем побочных эффектов, что особенно важно для пациентов, которым лечение назначается впервые. Психотерапия должна сочетать интенсивность назначений с принципом минимальной достаточности доз.

Раннее включение пациента в индивидуальную реабилитационную программу. Современная концепция психосоциальной реабилитации может быть представлена биопсихосоциальной моделью, предусматривающей выделение трех сфер, на которые оказывается то или иное терапевтическое воздействие:

- сфера повреждения (психическое расстройство, выраженное в конкретном категориальном диагнозе);
- сфера функциональной недостаточности (дисфункция личности);
- сфера ограничения (дефекта) социальной активности пациента.

Принципиальные различия в содержании различных уровней несостоятельности пациента находят отражение при разработке целей реабили-

литации, методов воздействия на пациента и этапов реабилитации. Это дает основание для выделения трех этапов медико-социальной реабилитации (табл. 1):

1. Этап медицинской (медико-психиатрической) реабилитации.
2. Этап психологической (социально-психологической) реабилитации.
3. Этап социальной реабилитации.

Этап медицинской реабилитации представляет собой комплекс медико-психиатрических мероприятий, осуществляемых при манифестных или повторных психотических эпизодах и различных кризисных состояниях. Этот этап проводится в обычном психиатрическом стационаре (диспансере, дневном стационаре). Он включает в себя медикаментозное лечение, а также при необходимости биологические методы воздействия (ЭСТ, инсулинотерапия и пр.), направленные на купирование симптомов заболевания, в т.ч. поведенческих расстройств и стабилизацию клинического состояния больного.

Этап социально-психологической реабилитации в свою очередь состоит из двух этапов: 1) этапа психологической реабилитации (госпитальный этап реабилитации) и 2) этапа социальной реабилитации (экстрагоспитальный этап реабилитации). Программы социально-психологической реабилитации реализуются на всех этапах постманифестного течения болезни (включая первый психотический эпизод).

Этап психологической реабилитации является обязательным для всех пациентов, как в постманифестном периоде, так и после купирования последующих обострений психического расстройства. Основанием для назначения реабилитационных процедур являются различные формы функциональной несостоятельности (дисфункции) личности, необходимость повышения уровня социального функционирования больного и создание оптимальных предпосылок для его реинтеграции в сообщество. Этот этап осуществляется в специализированных отделениях (центрах) медико-социальной реабилитации с использованием бригадного принципа обслуживания пациента. Помимо медикаментозной терапии (чаще всего поддерживающей) на этом этапе широко используются индивидуальные и групповые формы личностно ориентированной психотерапии, когнитивно-бихевиоральная терапия, психообразовательные программы, семейная терапия, тренинг социальных навыков и другие формы психосоциальных воздействий, осуществляемых в условиях адекватно

организованной реабилитационной среды.

Важными задачами этапа психологической реабилитации является предотвращение ранней

инвалидизации больного, распада его семьи, разрыва социальных связей, сохранение привычного уровня социального функционирования.

Таблица 1

Биопсихосоциальная модель реабилитации больных с психическими расстройствами

Сферы воздействия	Повреждение (психическое расстройство)	Функциональная несостоятельность (дисфункция) личности	Ограничения (дефект) социальной активности
Определение сферы воздействия	Утрата (снижение, извращение, аномалия) психических функций и процессов	Неспособность (ограниченная способность) личности использовать навыки и выполнять социально полезные действия	Невозможность адекватного социальнорольного функционирования в различных сферах
Цель	Редукция или устранение симптомов психического расстройства (достижение терапевтического инсайта)	Формирование утраченных в результате болезни эмоциональных и мотивационных ресурсов личности, а также навыков и умений, необходимых для повышения уровня ее функционирования	Интеграция пациента в сообщество и приспособление к требованиям реального окружения (достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение реальных полномочий, улучшение качества жизни)
Методы воздействия	Фармакотерапия	1. Психообразовательные и обучающие программы 2. Тренинг социальных навыков 3. Психотерапевтические методы 4. Нейрокогнитивный тренинг	Различные приемы поддержки окружения, направленные на создание условий (возможностей) для реализации навыков и оптимизации социального опыта функционирования в обычной для пациента среде
Место проведения	Отделение кризисных состояний	Отделение медико-социальной реабилитации	По месту жительства (в сообществе)
Этап реабилитации	Медицинский	Психологический	Социальный

Этап социальной реабилитации предусматривает по возможности бездефектную реинтеграцию пациента в сообщество, приспособление к требованиям реального окружения, достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий и улучшение качества жизни. Психосоциальные мероприятия должны быть направлены на совершенствование социальных навыков пациента, расширение круга восприятия и межличностного общения. Для сохранения и поддержки коммуникативных навыков, навыков самообслужи-

вания и самостоятельного проживания служат различные тренинговые программы (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе). Одновременно используются различные приемы поддержки окружения, направленные на создание условий (возможностей) для реализации навыков и оптимизации социального функционирования в обычной для пациента среде. Все мероприятия проводятся в сообществе по месту жительства пациента.

В структуре процесса медико-социальной

реабилитации выделяют несколько фаз:

I. Подготовительная фаза:

- установление неформального контакта с пациентом;
- получение добровольного осознанного согласия на участие в реабилитационной программе;
- обеспечение готовности пациента к совместному с профессионалом формированию конечных целей реабилитации;
- оценка предшествующей социальной динамики жизни пациента.

II. Фаза реабилитационно-диагностических процедур:

1. Оценка уровня социального функционирования и когнитивных процессов:

- определение рейтинга специфических сфер жизнедеятельности (ролевого функционирования) пациента;
- оценка способности к психосоциальной адаптации;
- определение способности сознательного контроля социального поведения;
- определение способности включаться в совместную деятельность и общение;
- оценка уровня когнитивного и эмоционально-мотивационного дефицита.

2. Оценка реальных ресурсов поддержки пациента:

- оценка степени неудовлетворенности пациента его внебольничным окружением;
- изучение альтернативного окружения пациента;
- оценка поддержки на государственном уровне:

- а) профессиональная реабилитация;
 - б) промежуточное трудоустройство;
 - в) социальная защита;
 - г) финансовая поддержка;
 - д) поддержка по проблемам жилья;
 - е) поддержка по проблемам здравоохранения;
 - ж) поддержка по проблемам образования.
- Оценка уровня общественной поддержки:
 - а) благотворительные фонды;
 - б) семья пациента;
 - в) семейные группы поддержки;
 - г) общественные организации пациентов;
 - д) клубы пациентов.

3. Формулирование реабилитационного диагноза.

III. Фаза определения конечной цели реабилитации – отражает необходимость достижения удовлетворения наиболее значимых потребностей

в избранном окружении и более оптимального и независимого функционирования.

IV. Фаза планирования реабилитационного вмешательства.

Цель – составление плана действий, направленных на коррекцию дефицита навыков и дефицита возможностей окружения.

1. Составление перечня навыков решения социальных проблем и ресурсов, требующих коррекции и развития.

2. Выбор реабилитационной технологии и конкретных методов развития навыков и ресурсов.

3. Определение плана действий членов реабилитационной бригады.

V. Фаза непосредственного реабилитационного вмешательства.

Цель – коррекция дефицита (дефекта) навыков, повышение уровня социального функционирования пациента и создание возможностей для их реализации по месту жительства.

1. Прямое обучение навыкам решения социальных проблем.

2. Программирование навыков.

3. Поддержка в вопросах координации и оптимального использования реальных возможностей окружения.

4. Модификация ресурсов – приспособление существующих внешних возможностей к нуждам пациента для их удовлетворения наилучшим способом (повышение уровня поддержки).

Обязательный ресурс реабилитационного процесса включает:

1. Предоставление пациенту возможности выбора наиболее предпочтительного окружения.

2. Создание условий для вовлечения пациента в процесс его реабилитации.

3. Индивидуальный подход по развитию социальных и коммуникативных навыков и ресурсов.

4. Активную роль пациента в развитии своих собственных видов поддержки.

5. Оценку уровня социального функционирования и выбор пациента.

6. Возможность жизнедеятельности в естественном окружении пациента или в наименее стигматизирующих условиях.

7. Возможность достижения реабилитационных целей пациента.

8. Возможность согласования специфической реабилитационной деятельности с такими ценностными принципами реабилитации, как вовлечение, выбор, функционирование, ориентация на результат, потенциал роста, поддержка

и удовлетворенность.

К обязательным условиям достижения основных целей реабилитационного процесса можно отнести:

1. Признание всего спектра потребностей пациента.
2. Подход к пациенту как к партнеру по лечению.
3. Использование возможностей окружения, в том числе семьи пациента.
4. Исчерпывающее обеспечение пациента информацией, необходимой для овладения необходимыми знаниями и навыками.
5. Возможность структурированного и недирективного подхода к реабилитации.
6. Возможность усвоения пациентами различных видов обучающей деятельности, навыков и умений решать социальные проблемы.
7. Личная активность пациента на всех эта-

пах реабилитационной деятельности.

8. Возможность реального социального роста и самореализации.
9. Социальное одобрение и принятие (ощущение) своей принадлежности к определенной группе.
10. Продуктивность повседневной и долгосрочной реабилитационной деятельности.
11. Мультидисциплинарный (бригадный) подход к организации реабилитационной деятельности; профессионализм сотрудников.
12. Сочетание индивидуальных и групповых психокоррекционных, обучающих и тренинговых занятий.

Таким образом, представленная модель медико-социальной реабилитации содержит гипотетические данные о целесообразности использования ее в контексте оказания помощи пациентам с первым психотическим эпизодом.

В. А. Абрамов, І. В. Жигуліна, І. І. Кислицька

ПЕРШИЙ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

У статті обґрунтовуються основні напрямки стабілізації клінічного стану хворих на шизофренію: 1) раннє виявлення хворих та своєчасна діагностика шизофренії та розладів шизофренічного спектру; 2) скорочення терміну «нелікованого психозу»; 3) найменш стигматизуючі умови надання допомоги; 4) оптимальний вибір нейролептичної терапії; 5) раннє включення пацієнта у індивідуальну реабілітаційну програму.

Наведений нарис основних структурних особливостей різних фаз реабілітації, систематизовані умови досягнення основних реабілітаційних цілей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 3-9)

V. A. Abramov, I. V. Zhigulina, I. I. Kiclitsika

THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE AND THE PROBLEMS OF MEDICAL AND REHABILITATION

Donetsk State Medical University

The main directions of stabilization state of clinical state of the patients with schizophrenia are grounded: 1) early founding of the patients and opportune diagnostics of schizophrenia and disorders of schizohrenical spectrum; 2) the abbreviations of the term of 'untreated psychoses'; 3) the least stigmatizing conditions of care giving; 4) the optimal choice of neuroleptical therapy; 5) early including of the patients into the individual program of rehabilitation.

The descriptions of structural peculiarities of the rehabilitation phases are given, the conditions of achievement of main rehabilitation's targets are systematized. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 3-9)

Литература

1. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Ленинград, 1978. — Медицина. — 230 с.
2. The principles of psychiatric rehabilitation. Amherst, MA: Human Research Development Press. 1979.
3. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. Донецк, 2000. — 129 с.
4. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. — ООО «Лебедь». — Донецк, 2002. — 279 с.
5. Гурович А.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Молина Л.Г. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом) // Методические рекомендации. — М., 2003. — 23 с.
6. Баккер Й.М., Хаан Л.Де. Нейробиологические гипотезы патогенеза шизофрении от дегенерации до прогрессирующего

нарушения развития мозга // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т. 11., № 4. — С. 94-100.

7. Могемедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. — Т. 10., № 4. — С. 92-98.

8. Addington J., Addington D., Neurocognitive and social functioning in schizophrenia // Dch. Bull. — 1999. — Vol. 25. — P. 173-182.

9. Breier A. Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis // Br. J. Psychiat. — 1999. — Vol. 174, Suppl. 37. — P. 16-18.

10. Gallhofer B. The long-term outcome of schizophrenia // Schizophr. Rev. — 2000. — Vol. 7, N 1. — P. 22-24.

11. Waldo M.C., Carey G., Myles-Worsley M., et al. Codistribution of a sensory gating deficit and schizophrenia in multi-affected families // Psychiat. — 1991. — Vol. 39. — P. 257-268.

12. Park S., Holzman P.S., Goldman-Rakic P.S. Spatial Working memory deficits in the relatives of schizophrenia patient // Arch. Gen. Psychiat. – 1995. - Vol. 52. – P. 821-828.

13. Siegel C., Waldo M.C., Mizner G. Et al. Deficit in sensory gating in schizophrenic patient and their relatives // Arch. Gen. Psychiat. – 1984. - Vol. 41. – P. 607-612.

14. Saykin A.J., Shtasel D.L., Gur R.E. et al. Neuropsychological deficit in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia // Arch. Gen. Psychiat. – 1994. - Vol. 51. – P. 124-131.

15. Wirchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Et el. The influence of ethnicity and family structure on relapses in first episode of schizophrenia // Br. J. Psychiat. – 1992. - Vol. 161. – P. 783-790.

16. Johnstone E.C., Crow T.J., Johnson A.L. et el. The Northwick Park Study of first episode of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relatint to admission // Br. J. Psychiat. – 1986.

17. Loebel A.D., Lieberman J.A., Alvir J.M.J. et al. Duration of psychosis and outcome of first episode of schizophrenia. Am. J. Psychiat. – 1992. - Vol. 149,N 9. – P. 1183-1188.

Поступила в редакцию 21.09.2005