

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ

Попов С.А.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования
г. Минск, Республика Беларусь*

На сегодняшний день мы обладаем достаточно богатой и противоречивой историей развития понимания, что же есть такое шизофрения и психотические расстройства. Все более очевидным становится тот факт, что для формирования исчерпывающей картины этиологии, патогенеза, а также создания успешных стратегий лечения и реабилитации, недостаточно только биологической точки зрения. Однако использование вместе биологического и психологического понимания психотического процесса, как дополняющих друг друга, оказывается очень трудной задачей. Трудно избежать попадания в крайние позиции, пренебрегая и отрицая тем самым крайне важные аспекты развития психотического расстройства, понимание которых необходимо для оказания эффективной помощи. Особую важность такая интеграция биологического и психологического подходов имеет место при рассмотрении первого психотического эпизода. Тогда еще пока легче дифференцировать, какие конкретные факторы и явления (биологические, психологические, социальные) и в каком их сочетании и взаимном влиянии являются ведущими в развитии психоза, и как они могут влиять на исход ближайший и долговременный. Соответственно, такая тщательная, индивидуализированная и всесторонняя оценка помогают сформировать успешную терапевтическую стратегию, сочетающую в себе органично дополняющие друг друга биологические, психологические и социальные терапевтические интервенции.

Однако, при решении такой сложной диагностической и терапевтической задачи, психиатр или психотерапевт непосредственно в своей клинической практике встречает некоторые трудности. Одна из них

заключается в том, что в классификации МКБ-10, используемой в нашей стране, не выделено такой категории, как первый эпизод психоза.

В реальности клинической практики не представляется возможным с большой долей вероятности предсказать какие последствия будет иметь первый эпизод психоза у того или другого пациента, и по какой линии развития будет развиваться психопатология пациента. Но в случае именно первых психотических эпизодов, можно на это влиять. Так, в соответствии с некоторыми исследованиями, как можно более раннее выявление и вмешательство может предотвращать хроническое течение шизофрении. Так же, госпитализация пациента в «грамотно организованные условия» способствует хорошему восстановлению в социальном плане. Так до 2/3 пациентов восстанавливались до хорошего уровня функционирования, и это наблюдалось как в «до нейрорептическую» эпоху, так и после начала использования антипсихотических препаратов. Это указывает на то, что эффективность терапии пациентов с психозами зависит не только от адекватной лекарственной терапии. Возникает очень важный и сложный вопрос: как должна быть организована помощь таким пациентам, что это за «грамотно организованные условия», и какие специфические терапевтические интервенции необходимы. В «Клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами», регламентирующем стандарты диагностики и лечения, в разделе, посвященной шизофрении, шизотипическим и бредовым расстройствам довольно подробно представлен алгоритм оказания помощи при остром психотическом эпизоде (в рамках шизофрении или острого полиморфного психотического расстройства). Однако «первый» и «острый» психотический эпизод не всегда тождественные понятия.

После того, как пациент с симптомами психоза обратился за получением помощи, необходимо проведение диагностики и оценки состояния пациента. Такая оценка проводится во время первых встреч с пациентом и его семьей параллельно и одновременно с осуществлением психосоциальных

интервенций. В связи с тем, что точный прогноз и вариант развития психоза определить в начале лечения практически невозможно, формулировка диагноза должна быть предварительной в отношении природы психоза и степени его тяжести, так как психотическое расстройство представляет собой динамический психобиосоциальный процесс. Это помогает избежать стигматизации и предотвращает развитие у врача терапевтического нигилизма – неосознанного признания пациента скорее «безнадежным», чем обладающим ресурсами к потенциальному восстановлению. Также предварительной оценке должны подвергнуться дополнительные факторы, отягощающие состояние или возможные триггеры: имеются ли у пациента какие-либо аффективные нарушения, соматические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами. Необходимо оценить уровень психосоциальной поддержки, в котором пациент и члены семьи нуждаются. В процессе лечения пациента необходимо постоянно пересматривать потребность в такой поддержке, так как она может меняться с течением времени. Способности конкретного пациента справляться с проблемами, связанными с переживанием психоза и его последствиями рассматриваются как личностные ресурсы пациента. Они тоже подвергаются критической оценке.

Основная суть психосоциальной помощи пациентам с психозами заключается в профессиональном использовании человеческого взаимодействия. Поэтому использование других модальностей терапии, таких как лекарственная терапия и стационарная помощь, используются не только для непосредственного уменьшения интенсивности симптомов и обеспечения безопасности пациенту, но и для создания оптимальных условий и возможностей использовать пациентом психотерапевтический компонент и человеческие отношения для интеграции себя и разных аспектов внутренней и внешней реальностей. Важный вопрос – как, и на основании каких признаков определить, какая динамика развития состояния будет характерна для пациентов, возможна ли спонтанная ремиссия без использования

фармакотерапии или достаточно хороший терапевтический отклик на психосоциальные вмешательства на ранних стадиях развития психоза. Спонтанные ремиссии у пациентов, переживающих психоз, были описаны еще в 1939 году, так же как и у некоторой группы пациентов отмечались положительные эффекты от проведения комплекса психотерапевтических мероприятий, без использования лекарственной терапии.

Так как ни МКБ-10, ни DSM-IV не позволяют сформировать рекомендации по лечению или прогнозированию течения первого эпизода психоза, в клинической практике полезно использовать классификацию деления первых эпизодов шизофренических психозов на три типа. Это деление производится в соответствии с:

1. особенностями психического развития пациента и его преморбидного психосоциального функционирования;
2. особенностями взаимодействия пациента в семье;
3. особенностями взаимодействия семьи с терапевтической системой (отделением больницы или диспансера, персоналом);
4. особенностями взаимодействия пациента с персоналом, лечащим врачом – психиатром или психотерапевтом.

Эта классификация не является диагностическим инструментом, хоть ее клиническая значимость была подтверждена качественным исследованием API-project. В условиях реальной клинической практики она позволяет осмысливать происходящее с пациентом, и планировать, какие специализированные психосоциальные интервенции необходимы в том или ином случае.

Шизофренический психоз I: почти адекватное или адекватное преморбидное психосоциальное функционирование.

Данная группа пациентов обычно имеют хороший прогноз. Несмотря на наличие какой-либо накопительной психической травматизации в истории жизни пациента, психологическое и социальное развитие пациента остается

нормальным и характеризуется сформированной идентичностью и адекватным функционированием. У пациента в процессе развития сформировались способности для сепарации от значимых фигур и индивидуации, т.е. формирования непрерывной устойчивой идентичности (основа для возможностей учиться, работать, сформировывать навыки, создавать и поддерживать отношения вне семьи). Эти способности можно назвать «психосоциальным капиталом» индивида, которые не исчезают полностью даже при развитии психоза, хоть и возможность пользоваться ими может значительно ухудшаться. Такие пациенты также характеризуются тем, что у них сохраняется ориентация на будущее с желанием получать удовольствие и удовлетворение от взрослой жизни в отношениях близости и в социальном контексте.

Атмосфера в семье таких пациентов открытая и свободная, родители не включают пациента в свои проблемы и противостояния друг с другом. Члены семьи способны к адекватному восприятию психоза пациента, и готовы к сотрудничеству. В течение даже первого интервью-консультации, с пациентом и его семьей, несмотря на присутствие психотических симптомов, поведение и мышление пациента может становиться последовательным и адекватным, при фокусировании его внимания на значимых текущих или прошлых константных отношениях пациента.

Психоз развивается быстро, как правило, после воздействия факторов триггеров психосоциальной природы, которые легко идентифицировать. Психотические симптомы могут быть относительно не заметны, в виде параноидных симптомов или незначительных транзиторных слуховых галлюцинаций. Но так же могут быть более выраженные проявления, в виде шизофреноподобных симптомов – идей отношения, постоянно присутствующих галлюцинаций.

При удалении или прекращении воздействия стрессового фактора-триггера, возможны спонтанные ремиссии, рецидивы редки.

Терапевтические вмешательства.

Основным в лечении таких пациентов является интенсивная индивидуальная психотерапия, основанная на инсайте пациента, восстановлении способностей дифференциации внутренней и внешней реальностей и восстановлению саморегуляции аффекта, а также семейная поддерживающая терапия. Также необходима психосоциальная поддержка для улучшения способности справляться со стрессом и решение проблем, связанных со стрессовым фактором-триггером.

Пациенты с данным типом шизофренического психоза переживают интенсивную тревогу, поэтому рекомендовано использование анксиолитиков-транквилизаторов. Назначение антипсихотиков не всегда необходимо, кроме того для пациентов данной группы применение нейролептиков может иметь негативный парадоксальный эффект в виде снижения возможности использования пациентами своих преморбидных возможностей восстановления, вследствие ингибирования регуляторной адаптивной функции фронтальной коры.

Шизофренический психоз II: относительное отставание в преморбидном психосоциальном функционировании.

История таких пациентов характеризуется нарушением на каких-либо фазах психологического и социального развития, вследствие длительных травматичных сепараций в раннем детском возрасте, деформированных ранних детско-родительских отношений и/или вследствие каких-либо биологических факторов (например, генетическая предрасположенность). Пациенты часто вовлечены в проблемы родителей, последние активно вовлекают их в свои конфликты. Атмосфера в семье несвободная и закрытая. Родственники пациента с трудом выстраивают взаимоотношения с персоналом, которые оказываются сложными и малопродуктивными. Способность к социальным взаимодействиям и психосоциальные достижения таких пациентов значительно хуже, чем у пациентов из первой

группы. Поэтому к моменту развития психоза они испытывают недостаточную возможность использовать внутренние и внешние ресурсы для восстановления. Каждодневная связь с другими людьми, также и со специалистами, потенциально несет в себе угрозу и потенциальную тревогу, вследствие невозможности процессов сепарации и индивидуации (формирование отдельного целостного образа себя и целостной идентичности). В процессе лечения пациенты склонны к тяжелым депрессивным эпизодам – проявление неразрешенных сепарационных процессов. В процессе интервью, в отличие от пациентов из первой группы, фокус на значимых отношениях приводит к немедленному усилению тревоги и психотической дезинтеграции.

Такие пациенты в период своей жизни до развития первого психоза могут быть определены как пациенты с пограничной структурой личности, с диагнозами пограничного расстройства личности или шизотипического расстройства. Триггер часто не удается идентифицировать, он часто является совсем незначительным, по сравнению с тяжестью психотической симптоматики, которую он может вызвать. Не редки случаи злоупотребления психоактивными веществами, что также может в будущем являться триггером для возникновения рецидива психоза. Психоз часто протекает с шизофреноподобными симптомами, с постоянными интенсивными галлюцинациями и бредовыми нарушениями. В общем, при адекватной терапии, прогноз хороший, но существует риск возникновения рецидивов психоза.

Терапевтические вмешательства.

Основной вид психосоциальной помощи – интенсивная и длительная семейная терапия, особенно в начале лечения, направленная на помощь пациенту в отделении себя от значимых родительских фигур. В последующем – длительная индивидуальная психотерапия – систематическая работа с проблемами пограничного уровня функционирования. 2/3 пациентов этой группы нуждаются в назначении антипсихотиков, обычно в малых дозах и короткими курсами, при условии оказания активной психосоциальной

поддержки. При аффективных нарушениях назначаются соответственно антидепрессанты и стабилизаторы настроения.

Шизофренический психоз III: очевидный дефект эго-функций, значительное отставание в преморбидном психосоциальном функционировании.

Длительные симбиотические отношения в семье приводят к развитию у пациента уплощенного аффекта, аутистического стиля мышления, регрессивных психических состояний и изоляции. Вследствие биологических причин и/или крайне патологических и травматичных ранних детско-родительских взаимоотношений, развитие пациента нарушено на ранних стадиях развития психики с фундаментальными личностными изменениями. Что проявляется в отсутствии каких-либо значимых достижений во многих сферах жизни. Конкретный четко очерченный момент начала психоза определить невозможно.

В процессе клинического интервью пациент скорее ведет себя крайне пассивно и часто вместе с родителями настроен агрессивно и негативно по отношению к любой психиатрической помощи и попыткам изменить патологический стиль взаимодействия в семье и семьи с окружением. Такие пациенты обычно имеют длительный период нелеченого психоза и плохой прогноз.

Терапевтические вмешательства.

Психосоциальные интервенции должны включать в себя семейную психотерапию в большей степени психообразовательного направления, а также индивидуальную психотерапию, основанную на когнитивно-поведенческом подходе, для обучения способам совладения с нарушениями восприятия и/или бредовыми идеями. Также такие пациенты нуждаются в длительном психотерапевтическом поддерживающем групповом лечении, когда через групповое взаимодействие восполняется дефицит межличностных внесемейных взаимодействий.

Лечение антипсихотиками имеет позитивный эффект, однако в связи с необходимостью длительного приема, необходимо постоянно находить баланс между достаточной эффективной дозировкой и меньшим количеством побочных эффектов. Слишком большие дозы могут усилить и так существующую пассивность, безынициативность, эмоциональную уплощенность и нонкомплайентность.

Крайне важным моментом остается гибкость специалистов, оказывающих помощь таким пациентам. Одним из главных факторов успешности терапевтической работы является построение доверительных терапевтических отношений, являющихся основой для оказания специалистом и принятия пациентом разных видов помощи. Погружение в терапевтический альянс с пациентом, может формировать такой тип взаимоотношений, который можно назвать «бессознательный сговор с пациентом», когда специалист теряет способность видеть всю ситуацию пациента в целом. Однако, при работе с психотическими пациентами крайне важно оставаться способным сохранять реалистическое видение ситуации, и постоянно пересматривать, и вновь оценивать существующие риски и ресурсы пациента, не допуская переоценки состояния пациента, основанной на надежде, и с другой стороны – не быть слишком критичным по отношению к пациенту, не давая ему никакого шанса на более лучший прогноз.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ ИНСОМНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Ремизевич Р.С.

*432 ордена Красной Звезды главный военный клинический
медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь
г. Минск, Республика Беларусь*

Инсомнические нарушения связаны с трудностями инициации и поддержания сна. В МКБ-10 (1992) инсомния определяется как «первично психогенные состояния с эмоционально обусловленным нарушением