

ОЦЕНКА БИОСОЦИАЛЬНОГО, ТРУДОВОГО И КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД, И ПРОХОДИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Григорьев А. И.¹, Хилькевич С. О.², Шилова О. В.²

¹Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дебют какого-либо, на перспективу ограничивающего основные функции жизнедеятельности заболевания, является одной из основных переломных точек в жизни любого человека. Момент перехода жизни от привычного «удовлетворительного состояния» к осознанию имеющегося дефекта, неопределенности прогноза заболевания, возможных шансов к излечению, оставляет неизгладимый отпечаток на психической и физиологической компонентах человека. Это стрессовое воздействие на организм человека в целом может изменять течение заболевания в негативную сторону. Не является исключением и такое серьезное заболевание как «Шизофрения», а в частности — первый психотический эпизод, зачастую являющийся его дебютом.

Переработка пациентом информации о случившемся с ним осложняется рядом особенностей:

1. Частым отсутствием либо частичной критикой к перенесенным симптомам психотического состояния.
2. Малой информированностью обывателей о характере и течении данного заболевания, обусловленной зачастую лишь крайне искаженными данными из телевизионных передач и кино, а также опытом наблюдения за пациентами с тяжелым течением психического расстройства в социуме.
3. Стигматизацией расстройств психотического спектра обществом.
4. Отношение пациентов к антипсихотикам, как к тяжелым, вызывающим зависимость препаратам.

Именно в этой ситуации роль врача может быть ключевой в помощи создания пациентом внутренней картины болезни, которая будет определять дальнейшую тактику ведения пациента и его социально-трудовую реабилитацию и адаптацию.

На этом этапе развития болезни у пациента чаще всего возникают такие вопросы, как: «Почему я?», «Когда я выздоровлю?», «Каков риск моим детям заболеть тем же?», «Как долго мне теперь принимать лечение?» и т. п. К сожалению, зачастую пациенты на эти вопросы могут найти и услышать только неоднозначные или размытые ответы, не имеющие под собой четкой доказательной базы.

Исследования прошлых десятилетий в основном касались изучения многообразия клинических форм шизофрении. Изучению же причинных или провоцирующих факторов, распределению в различных группах населения уделялось второстепенное место. При этом известно, что в большинстве случаев дебют заболевания приходится на возраст 15–45 лет, причем женщины заболевают раньше [1, 2].

Цель

В основе нашего исследования лежит изучение социального, трудового и клинического статуса пациентов, перенесших первый психотический эпизод. Целью анализа полученных данных является выявление общих предикторов дебюта психотического заболевания с возможной верификацией факторов риска. Так же нами изучалась стабильность ремиссии и длительность приема поддерживающего лечения в течение первого года после дебюта заболевания.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на основании анализа амбулаторных медицинских карт пациентов, впервые лечившихся в стационарных условиях с психотической симптоматикой с 2000 по 2014 гг. (включительно), которым был выставлен диагноз «Шизофрения» или какой-либо вид «Острого психотического расстройства (F23)». При этом от момента госпитализации до анализа медицинской карты должен был пройти временной промежуток не менее года.

В ходе исследования был проведен анализ 120 амбулаторных медицинских карт, отобранных случайным образом. Оценка амбулаторных медицинских карт проводилась по следующим параметрам: пол, наследственность, образование, трудовой анамнез на момент первой госпитализации, семейное положение и с кем пациент проживает, возраст первой госпитализации, сопутствующее документально зафиксированное употребление какими-либо ПАВ, характер дебюта, превалирующая симптоматика, регуляр-

ность посещения врача-психиатра в амбулаторных условиях после первой госпитализации, факт повторной госпитализации в течение первого года наблюдения, сроки установления диагноза «Шизофрения».

Обработка данных проводилась при помощи статистического пакета «Statistica» 6.0 путем сравнения абсолютных показателей и процентного соотношения.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе распределения пациентов по половой принадлежности статистически достоверной разницы нами получено не было, что соответствует данным других авторов [1, 2]. На 68 (56,7 %) госпитализированных женщин приходится 52 (43,3 %) мужчин. Также, не произошло никаких динамических изменений по сравнению с прошлым столетием в распределении пациентов по возрасту дебюта психотического расстройства, что видно по рисунку 1. Пик заболеваемости по-прежнему приходится на возраст 20–35 лет.

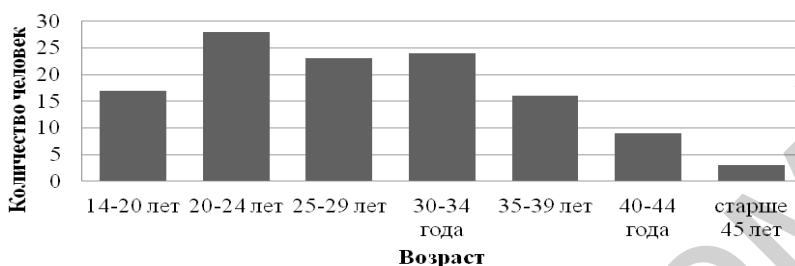


Рисунок 1 — Распределение пациентов по возрасту дебюта психотического заболевания

Из 120 проанализированных амбулаторных карт пациентов у 38 (31,7 %) имелись достоверные сведения об отягощенном психопатологическом анамнезе. Этот показатель является неточным и минимальным, так как возможен недостаточно полный сбор анамнеза лечащим врачом, а также недостаточная информированность пациента о психических расстройствах у родственников.

При оценке имеющегося образования у пациентов на момент первой госпитализации оказалось, что наибольшее количество пациентов имеют среднее-специальное образование — 56 (46,7 %) человек. Являлись студентами либо имели среднее образование 34 (28,3 %) человека, высшее образование — 23 (19,2 %) человека. Наименьшую группу составили пациенты, имеющие базовое образование, либо учащиеся школ — 7 (5,8 %) человек.

Интересным оказался тот факт, что на момент первой госпитализации не менее 70 % пациентов (84 человека) имели удовлетворительную социально-трудовую адаптацию. Из них 22 (18,3 %) человека учились, 50 (41,7 %) человек работали и 12 человек находились в декретном отпуске по уходу за несовершеннолетними детьми не достигшими возраста 3 лет, что является пятой частью от всех заболевших женщин. Только 36 (30 %) человек официально нигде не учились и не работали.

Так же оказался показательным семейный анамнез. Из 120 заболевших только 35 (29,2 %) человек на момент госпитализации состояли в браке, 17 (14,2 %) человек были разведены и 68 (56,7 %) человек никогда не состояли в браке. Половина пациентов на момент госпитализации проживали с родителями. Остальное распределение по группам отражено на рисунке 2.

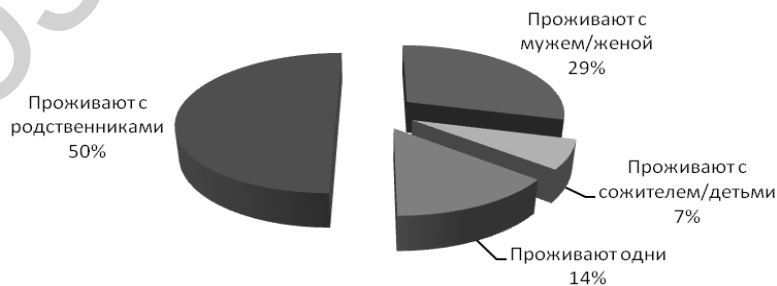


Рисунок 2 — Распределение пациентов по фактам совместного проживания

Распределение пациентов по времени обращения за специализированной психиатрической помощью показало, что 60 (50 %) пациентов попали в поле зрения психиатров более чем через 2 месяца после появления каких-либо симптомов, относящихся к общим диагностическим указаниям рубрики F20 МКБ-10. В течение 2 недель 32 (26,7 %) человека, 28 (23,3 %) человек в промежуток времени от двух недель до двух месяцев. Это может свидетельствовать о значительной стигматизации обществом психических расстройств и врачей-психиатров, отрицанием развивающегося психического рас-

стройства не только пациентом, но и его близким окружением, большом удельном весе случаев с медленным развитием психотического состояния.

У 75 (62,5 %) пациентов, в клинической картине были отмечены различные продромальные расстройства, такие как утрата повседневных интересов, пренебрежение правилами личной гигиены и своей внешностью, генерализованная тревога, легкие аффективные нарушения.

В 99 (82,5 %) проанализированных амбулаторных картах не было данных за злоупотребление какими-либо ПАВ.

По полученным данным только 45 (37,5 %) пациентов регулярно посещали участкового психиатра в первый год после первого стационарного лечения, 31 (25,8 %) пациент посещал психиатра эпизодически и 44 (36,7 %) пациента сразу после выписки отказались от наблюдения и поддерживающего лечения. Можно предположить, что минимум 62,5 % первичных психотических пациента не выполняют рекомендации лечащего врача после выписки из стационара, что соответствует мировым показателям [3]. Как возможный итог вышеперечисленной статистики, в течение первого года наблюдения 46,6 % пациентов госпитализируются повторно, а в течение первых трех лет эта цифра достигает 76,7 %. Диагностическим итогом наблюдения данных пациентов стало то, что 33 (27,5 %) из них диагноз «Шизофрения» был выставлен в первую госпитализацию, 30 (25 %) — во вторую, 29 (24,2 %) — в последующие госпитализации.

Выводы

Суммируя полученные в ходе исследования данные, можно сделать ряд выводов:

1. Не менее 1/3 пациентов имеют отягощенную психопатологическую наследственность.
2. Более чем половина пациентов никогда не состояли в браке и проживает с родственниками или одиноким.
3. Большинство пациентов, госпитализированных с психотическим расстройством из рубрики F2x.xx, не имеют отягощенного наркологического анамнеза.
4. Отмечается высокий уровень поздней обращаемости за психиатрической помощью при наличии частых явных продромальных расстройств.
5. После купирования психотического эпизода 2/3 пациентов не выполняет рекомендации лечащего врача.
6. Большинство пациентов, перенесших психотический эпизод, проходит стационарное лечение повторно и им выставляется диагноз «Шизофрения».

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок; пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1. — 672 с.
2. Руководство по психиатрии: в 2 т. / А. С. Тиганов [и др.]; под ред. А. С. Тиганов. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — 712 с.
3. Несоблюдение режима лечения пациентами с психотическими расстройствами: эпидемиология, предрасполагающие факторы и тактика / J. M. Kane [и др.]; под ред. П. В. Морозов; пер с англ. // Всемирная психиатрия. Официальный журнал Всемирной психиатрической ассоциации. — 2012. — Т. 12, № 3. — С. 177–272.

УДК 616.89-008.441.33-085.851-027.521-035.1

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Григорьева И. В., Кралько А. А.

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Профессиональная психотерапия обоснованно считается одним из основных методов лечения зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) [1]. Она позволяет успешно воздействовать на такие важные психопатологические феномены, как анозогнозия, различные формы патологических проявлений психологической защиты, изменять стереотипы зависимого поведения, вырабатывать у пациентов адекватное отношение к зависимости, роли личности в заболевании и выздоровлении [2, 3].

Комплексный дифференцированный и адекватный психотерапевтический подход, учитывающий изначальный уровень информированности, относительно имеющихся нарушений, позволяет достаточно быстро дезактуализировать сверхценную идею необходимости связи с наркотическим веществом, нивелировать выраженные личностные нарушения, ускорить процесс восстановления физической и психической сферы. в отношении освобождения от зависимости.