

***Заведующий кризисным - психиатрическим отделением
городской клинической больницы № 20 Департамента
здравоохранения г. Москвы,***

к.м.н. Гилод Вадим Моисеевич



***Лечение психических нарушений
(депрессии, тревоги, бессонницы)
при БАС, алсфобия у здоровых людей –
психофармакотерапия и психотерапия.***

Кризисное-психиатрическое отделение



Предназначено для неотложного вмешательства с целью оказания помощи лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса с повышенным риском возникновения суицидальных переживаний, а также для пациентов, совершивших суицидальные попытки.

Задачи отделения



Купирование и реабилитация психотравмирующих последствий кризисных состояний у психически здоровых пациентов, имеющих пограничные психические расстройства и больных с эндогенными заболеваниями без признаков психоза и дефицита личности, а так же реабилитация совершивших суицидальную попытку и профилактика повторных суицидов.

Историческая справка



В 1980 году усилиями профессора Амбрумовой А.Г. открыто кризисное-психиатрическое отделение, а в 1982 году - первый в Советском Союзе "Телефон доверия".

Основатель отечественной суицидологии
профессор Айна Григорьевна Амбрумова

Госпитализация в кризисное-психиатрическое отделение:



- 1. По направлению психиатров и психотерапевтов КСПП, городских и ведомственных поликлиник, диспансеров, КДЦ и других ЛПУ г. Москвы;**
- 2. Переводом из отделений ГКБ 20, и других больниц города (в порядке согласования);**
- 3. По рекомендации сотрудников службы ЧС, суицидологического телефона доверия (через КДО ГКБ 20);**
- 4. По направлению ДЗ. г. Москвы – иногородние больные, жители Московской обл (при наличии напр. МЗ МО);**
- 5. По ДМС – иностранные граждане.**

Основания для госпитализации в кризисное – психиатрическое отделение:



- Наличие у пациентов психогенных и невротических депрессий;
- Психопатических реакций и декомпенсации психопатии;
- Актуальных и выраженных суицидальных тенденций в рамках ситуационных реакций.

Помещение лица в отделение для лечения осуществляется **добровольно** - по его просьбе или с его согласия.

Отделение, работает в режиме открытых дверей с широким использованием домашних отпусков.

Противопоказания для поступления в отделение:



- Тяжелые соматические заболевания, требующие неотложной терапии в соответствующих стационарах;**
- Психотические состояния, требующие госпитализации в психиатрическую больницу.**

Состояния психологического кризиса:



- Состояние горя;**
- Утраты;**
- Конфликта зависимых отношений;**
- Непсихотической тревоги и стресса;**
- Посттравматические стрессовые расстройства;**
- Ситуационные депрессивные расстройства.**

Методы лечения:



1 этап: Психологическая поддержка – эмпатия (контакт с пациентом);

2 этап: Кризисное вмешательство – разбор с пациентом и его близкими создавшейся ситуации и дальнейшая выработка методов выхода из болезненной ситуации;

3 этап: Тренинг навыков адаптации к жизни в ситуации, если её изменить нельзя.

Методы лечения:



На протяжении всего психотерапевтического воздействия активно ведется антисуицидальная психотерапия от заключения антисуицидального договора пациента с психотерапевтом до возможной оптимизации жизненных сил и настроения пациента.

Методы лечения:



Терапия проводится группой специалистов, включающей в себя:

- Лечащего врача-психиатра с квалификацией психотерапевта-суицидолога;**
- Клинического психолога;**
- Средний и младший медперсонал (специально подготовленный для работы с данной сложной – суицидоопасной категорией пациентов находящейся в стационаре открытого типа).**



***Психотерапевтические подходы к
лечению больных БАС и другими
заболеваниями
характеризующимися
неблагоприятным соматическим
течением.***

Психотерапия при БАС:



**Психотерапия больного неизлечимым
заболеванием и членов его семьи
является важным компонентом
мультидисциплинарного ведения
больных БАС.**

**Зачастую психотерапевта или
психолога может заменить
персональный помощник**

Психотерапия при БАС проводится на всех этапах заболевания:



- 1) Постановка диагноза;**
- 2) Установленный диагноз;**
- 3) Предтерминальная стадия;**
- 4) Терминальная стадия.**

За рубежом все больные БАС посещают психотерапевта или психиатра первично на этапе постановки диагноза и 50% больных посещают их в течение всего периода болезни время от времени.

Этап постановки диагноза - предварительное уточнение потребности больного и его семьи в психотерапии:



Крайне важен правильно и полно собранный социальный анамнез:

1. Какое влияние болезнь оказывает на взаимоотношения между членами семьи и изменяет ли она **социально-психологическую роль больного в семье**;
2. Какова история взаимоотношений в семье больного;
3. Какова структура семьи — возраст детей, живут ли они с родителями или отдельно, наличие развода, является ли больной активно работающим или пенсионером);
4. Есть ли в семье дополнительные отягчающие факторы со стороны состояния здоровья ее членов (у пожилых людей, у лиц, которые будут осуществлять за больным уход, дети-инвалиды, не было ли ранее в семье случаев сложного ухода за больными родственниками);
5. Каковы физические и социальные ресурсы семьи;
6. Насколько пациент и его близкие понимают суть заболевания;
7. Имеются ли у больного преморбидные когнитивные нарушения, были ли психические расстройства (например, депрессия) или токсикозависимости в анамнезе (например, алкоголизм);

Начало психотерапии при БАС:



1. Диагностика и лечение **депрессии**;
2. Помощь больному в поиске нового смысла жизни на этапе болезни;
3. Укрепление чувства независимости у пациента;
4. Создание партнерских отношений с больным и его семьей для поддержания надежды в процессе лечения;
5. Обсуждение с больным эмоционального восприятия им приближающегося окончания заболевания;
6. **Психологическая работа с семьей больного.**

Психотерапия при БАС:



Выслушивая больного БАС и его родственников, психотерапевту необходимо четко выяснять и в последующем представлять себе следующие детали:

- 1. Историю развития заболевания и его осложнений;**
- 2. Особенности переживаний у людей, преодолевающих горе;**
- 3. Характер страхов и беспокойства в отношении будущего.**

Психотерапия в семье больного БАС:



1. Необходимо убедить членов семьи в обеспечении наибольшей **независимости больного**, в т.ч. двигательной реабилитации (недопустимо скрывать диагноз, дальнейшие решения и др.);
2. Целесообразно исследовать, насколько выражены у членов семьи чувства ответственности, вины, а также общее представление о болезни;
3. Важно урегулировать **отрицательные эмоции** у членов семьи, возникающие в связи с больным и уходом за ним;
4. Осуществить профилактику возникновения семейных конфликтов, связанных с заболеванием.

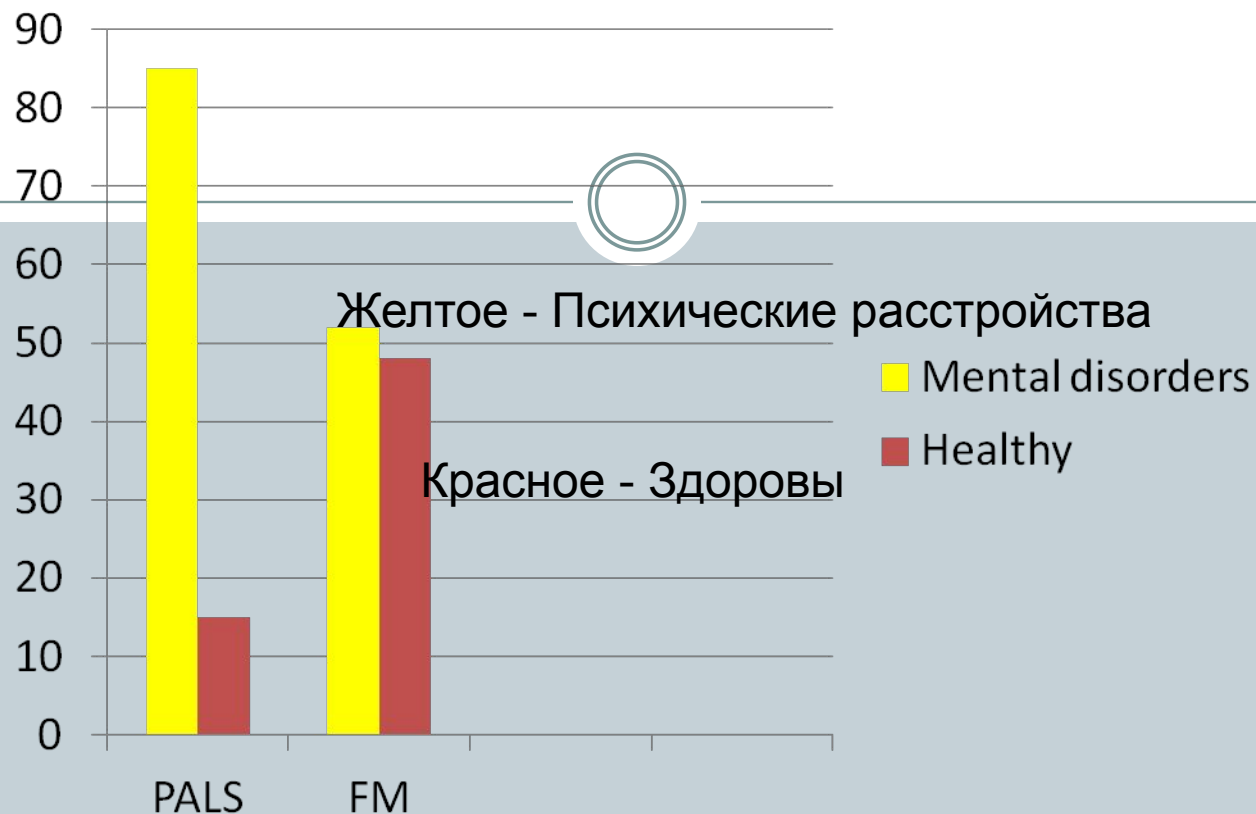
Психические нарушения у больных БАС и членов их семей

- Обследовано 118 больных БАС
 - 97 членов семей
- Очная консультация, шкала Гамильтона (опросы в том числе по телефону и эл.почте), шкала лобно-овисочной дисфункции

Соместно с:

Доктором Андреем Сергеевичем Левицким, частным психиатром и наркологом (визиты на дом)

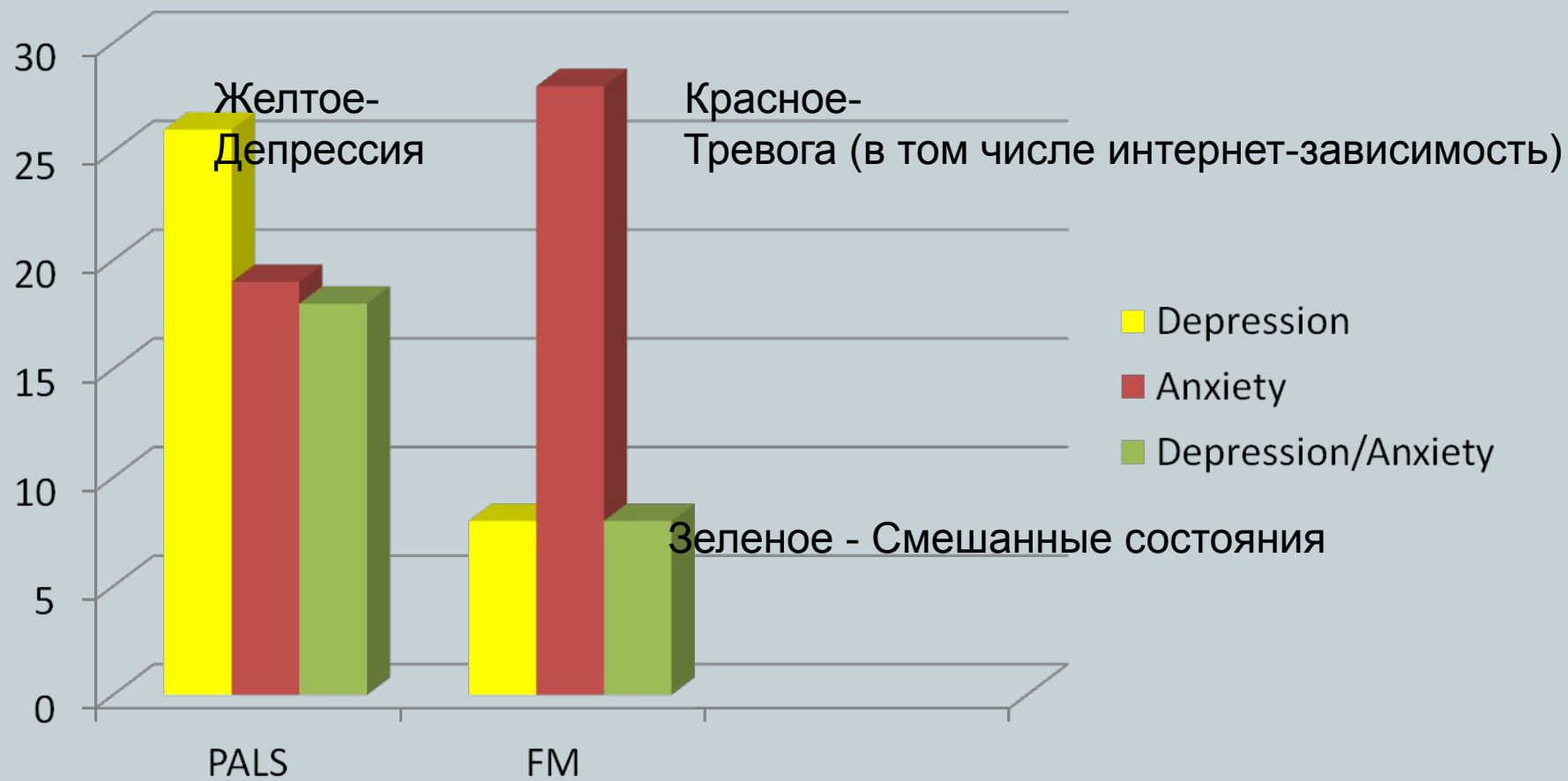
Психические нарушения



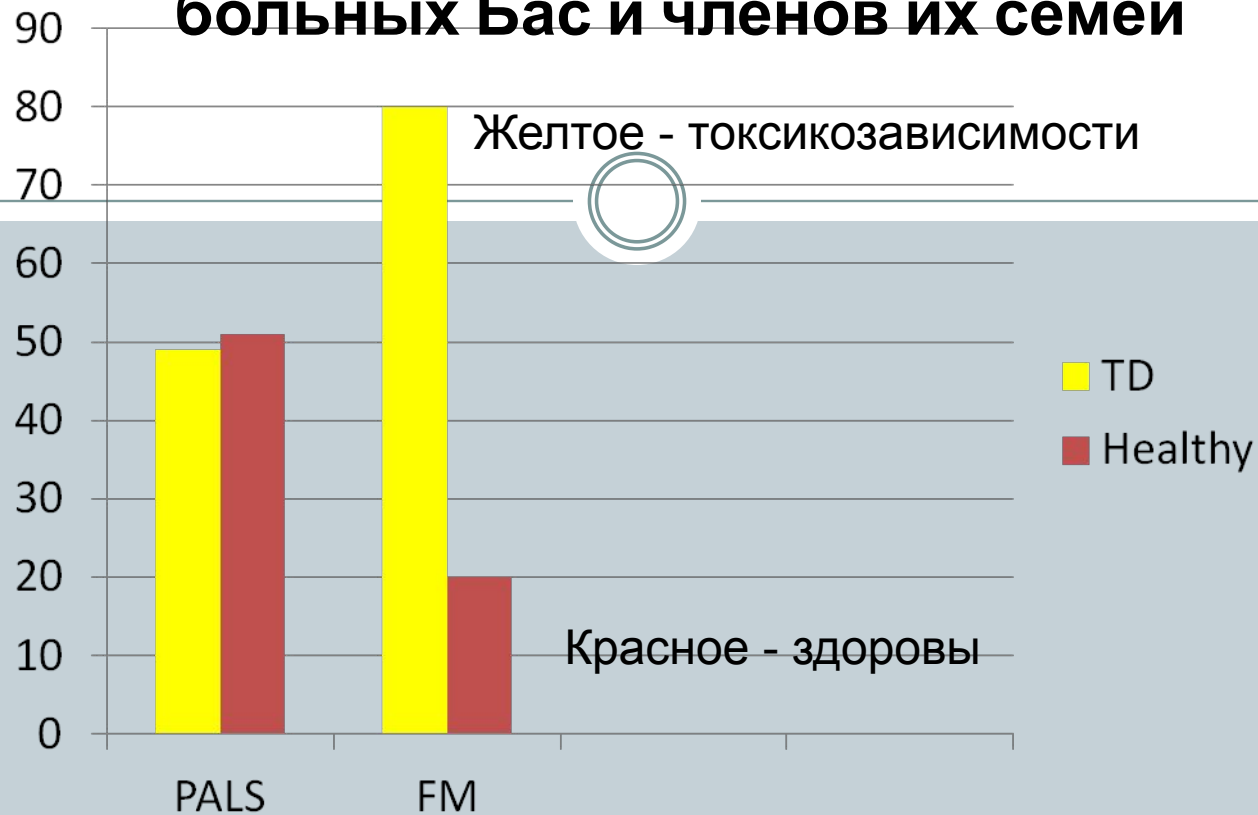
Больные БАС – 85%
52%

Члены семей -

Спектр ситуационных психических расстройств у больных БАС(PALS) и членов их семей (FM)



Токсикозависимости (злоупотребление табаком, лекарствами, алкоголем) у больных Бас и членов их семей



Больные БАС – 49% Члены
семей – 80%

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ



Отказ от осмотра врачом	9 (7,6%)
Отказ от динамического наблюдения	73 (61,8%)
Отказ от агрессивных методов лечения (гастростомия, неинвазивная вентиляция, ранняя трахеостомия)	88 (74,5%)
Обращение к методам лечения, не предусмотренным Международным стандартом лечения БАС	76 (64,4%)
- в том числе к мошенникам (организациям или лицам), что привело к значимым материальным затратам	35 (29,6%) – критерии мошенничества: обещали выздоровление и улучшение
Лечение за границей	18 (15,2%), 5% - у мошенников

Когнитивные нарушения при БАС

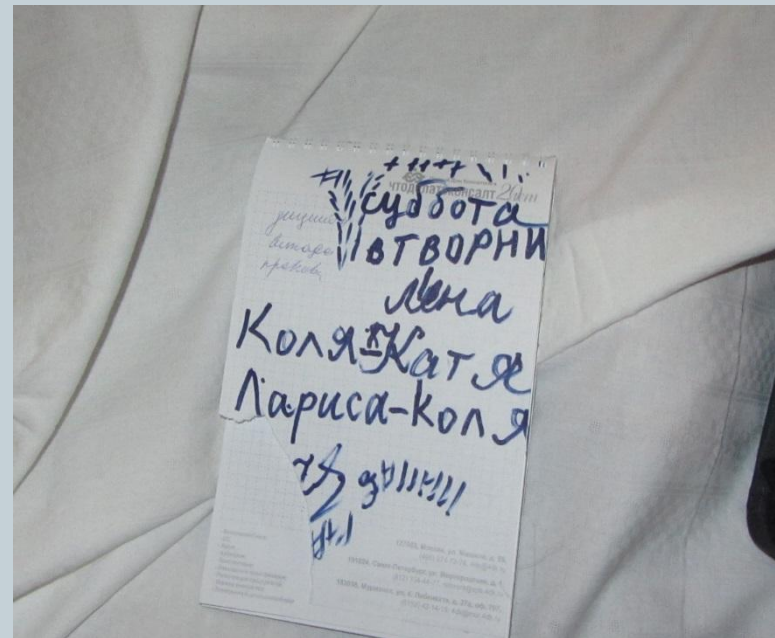


Совместно с проф. О.С.Левиным

- 28% лобно-височная дисфункция, средний лог-ранк 1,47 [1,92; 1,26]
- 4,2% Лобно-височная деменция, средний лог-ранк -0,4 [1,07; -3,09]

Всего 32,2%

Нами описаны сочетания БАС с шизофренией, биполярным и шизоаффективным расстройствами, прогноз у этих больных неблагоприятный, они не принимают жизнесохраняющие решения



СИМПТОМ «ПУСТЫХ ГЛАЗ» У БОЛЬНОЙ БАС+ЛВД

ПАРАГРАФИИ И «ТЕЛЕГРАФНЫЙ СТИЛЬ» ПРИ ЛВД

Отмена холнолитиков от слюнотечения



Больной Х., 62 лет, бульбарный БАС, быстрое прогрессирование

- Качество жизни ALSAQ40 всего 207,5 ->310
 - эмоциональные расстройства 22,5->55
 - Шкала депрессии Гамильтона 7 ->13
 - Шкала эмоц. лабильности 7/9 -> 7/14
 - Шкала лобно-височной дисфункции 1,9 -> 5,39
 - Монреальская когнитивная шкала 19 -> 26
- (улучшение по двум последним шкалам)

Холинолитики от слюнотечения

Отмена

импл. **ХОЛИНОЛИТИКОВ**
 Образование: *Медицина*
 Пол: *Муж*
 Дата рождения: *1908.13.*
 Дата: *1908.13.*

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки:

Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)

Скопируйте куб

Баллы: 3

Образование: *Техническое*
 Пол: *Средне-Техническое*
 Дата рождения: *24.10.1902*
 Дата: *1902*

Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки:

Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)

Скопируйте куб

Баллы:

Контур: 4
 Цифры: 4
 Стрелки: 4

Ошибки в графич. заданиях есть

Ошибок нет

Названия: *Лев*, *Насорог*, *Верблюд*

Память: Прочтите список слов, испытуе...

лицо бархат церковь фискалка красный

Баллы: 3

Память: Прочтите список слов, испытуе...

лицо бархат церковь фискалка красный

Баллы: 3

Ошибки в письме (на сорог, верблюТ) в письме

Нет ошибок в

Лечение психических нарушений



- Замена холинолитиков от слюнотечения (атропин, амитриптилин) на ботулотоксин и облучение слюнных желез
- Холиномиметики (низкие дозы галантамина)
- Атипичн.нейролептик(и), возм. в каплях
- антидепрессанты (ы)
- снотворные
- пантогам

Больная Р., 55 лет



- Поясничный дебют БАС с бульбарн. Нарушениями, более 5 лет, на ИВЛ и гастростоме

- В течение 3 месяцев получала

Рisperидон 1-2 капли 3 р.д.

Галоперидол 1.5 mg 1/4 таб 3 р.д.

Азафен 25 мг 3 р.д.

Пантогам-сироп 10% 5 мл 3 р.д.

Диазепам 5 мг 2 р.д.

Результат- улучшение: шкала депрессии

Гамильтона: 30->13

Шкала эмоц. лабильности: 20/39 -> 13/19

Больная К., 52 лет



Поясничный дебют БАС с бульбарными нарушениями, быстрое прогресси-рование, ФЖЕЛ 25%, **тяжёлая депрессия**

Назначены:

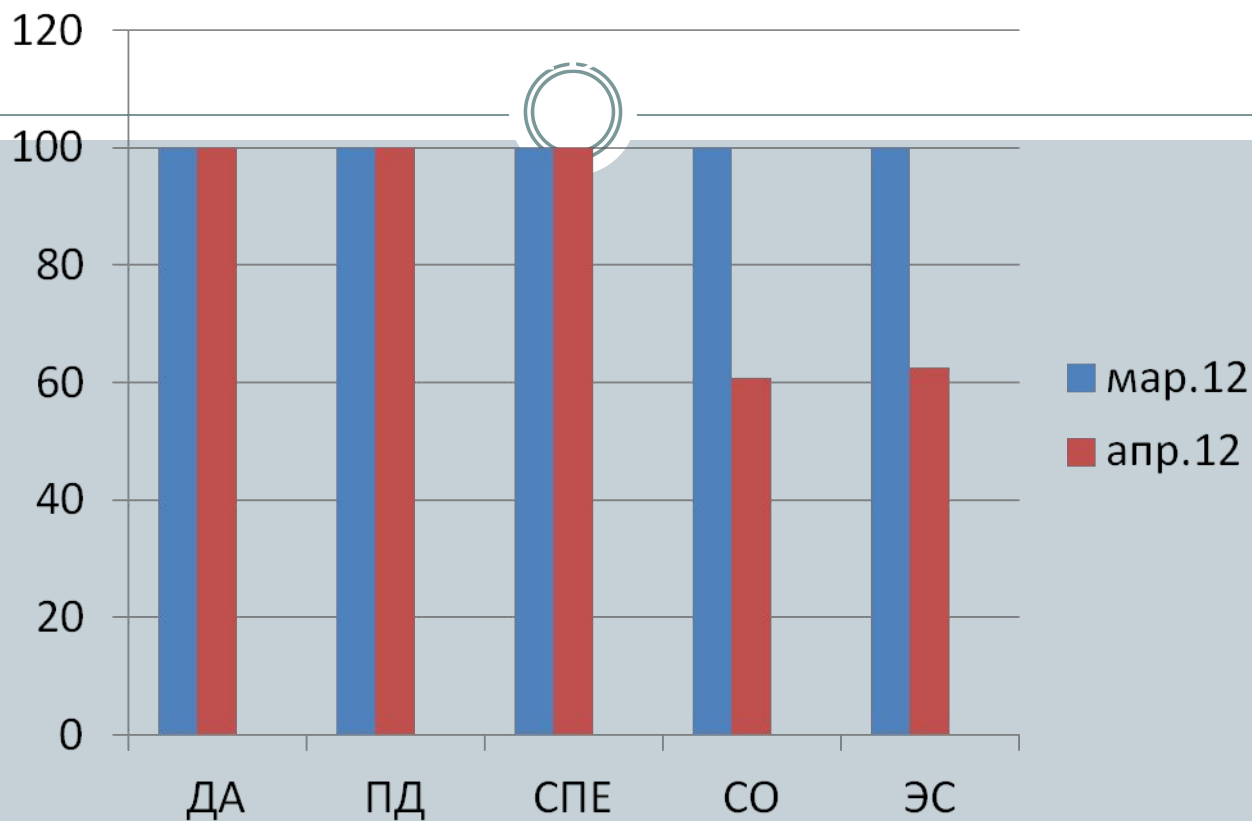
Тералиджен 5 мг вечером и на ночь

Сновител 10 мг на ночь

Пантокальцин 250 мг 2 таб 3 р.д.

Леривон 30 мг на ночь

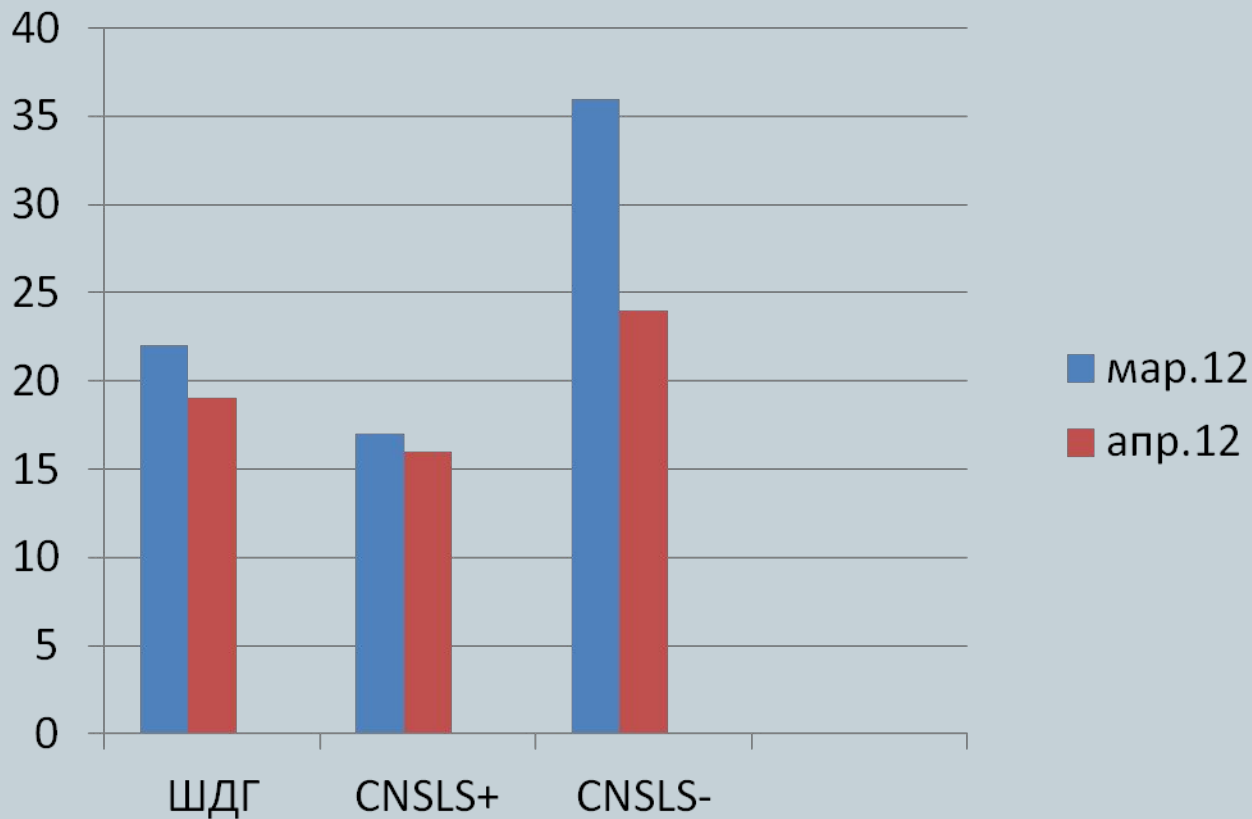
Больная К., 52 лет



Улучшилась способность к общению и эмоциональное состояние, аппетит, стала вставать с коляски

Больная К., 52 лет

Динамика шкал депрессии Гамильтона и эмоциональной лабильности CNS-LS



ЧТО ДЕЛАТЬ?



- Пожилая больная с БАС, когнитивными нарушениями и депрессией, отказывается от гастростомии и трахеостомии. Одинокая дочь уходит на работу в 8 утра, приходит в 8 вечера и после этого 1,5 часа кормит больную ложкой. Психическое состояние дочери ухудшается.
- Рекомендация- лишить больную дееспособности, провести гастростомию и трахеостомию, установить помпу энтерального питания – сиделка 2 раза в день будет санировать трахею, больную кормит насос, дочь будет после работы отдыхать, ее психическое состояние улучшится



- **Рекомендуется постоянный патронаж семей больных БАС неврологической и психотерапевтической службой с привлечением психиатров и наркологов в индивидуальных случаях, что могло бы обеспечить увеличение количества жизнесохраняющих процедур при БАС и улучшение качества жизни больных и членов их семей.**
- **Больным с тяжелой/умеренной лобно-височной дисфункцией (деменцией) и депрессией, которые отказываются от жизнесохраняющих процедур, показано освидетельствование в психиатрической больнице, лишение дееспособности и принудительное проведение ранней трахеостомии и гастростомии**

Фобия БАС или Алсфобия:



Алсфобия – специфическая фобия БАС у родственников больных, врачей, людей, получивших информацию о БАС

Симптомы:

- 1. Навязчивые мысли о заболевании БАС, тревога, тоска, бессонница, депрессия;**
- 2. Ощущение мышечных подергиваний — локальных или генерализованных;**
- 3. Осиплость голоса;**
- 4. Утомление при длительной ходьбе или разговоре;**
- 5. Боли в мышцах;**
- 6. Гипервентиляционный синдром;**
- 7. Возможно снижение критики.**

Алсфобия:



- 1. Разубеждение пациента на консультации у специалиста по БАС и психиатра;**
- 2. Прекращение повторных обследований;**
- 3. Медикаментозная терапия (нейролептики, антидепрессанты, адаптогены, анксиолитики, снотворные, тимолептики).**

Алсфобия:



- 1. Фобический (тревожный) синдром – уходит раньше на антидепрессантах**
- 2. Обсессивный синдром (навязчивые мысли), фотографирование несуществующих атрофий и подергиваний – уходит позже на нейролептиках**



Алсфобия:



Обследован 21 человек в возрасте 28-72 лет, 11 мужчин и 10 женщин.

Родственников больных БАС-3

Неврологов – 4

Информированных о БАС из др. источников-14, из них:

С отягощенным психическим анамнезом – 5

С отягощенным соматическим анамнезом – 8

Без отягощенного анамнеза - 1

Алсфобия:

- Больные с отягощенным психическим анамнезом/катамнезом: обращения к психиатру по поводу панических атак, тревожных расстройств в прошлом / будущем
- Больные с отягощенным соматическим анамнезом:
 - Невринома корешка L5,
 - Дистальная миопатия,
 - Радикулопатия L5-S1,
 - Диабетическая полинейропатия,
 - Синдром Гийона
 - Синдром запястного канала,
 - Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава,
 - Синдром Мелькерссона-Розенталя

Алсфобия:



- Первый прием, балл по шкале депрессии Гамильтона (ШДГ) 17 ± 4 , n=17
- Через 1 месяц, 8 ± 2 ($P < 0.05$) баллов ШДГ, n=13
- Через 3 месяца, 3 ± 1 ($P < 0.05$) баллов ШДГ, n=11
- Опрос по телефону через 6 месяцев – у 7 больных (33,3%) симптоматика сохранялась
- 5 больных отказались от наблюдения и лечения у психиатра
- Доказанный терапевтический эффект возник у 11 (52,4%) больных

Психотерапия для врачей, занимающихся БАС:



Групповое общение!

Всем специалистам, занимающимся неизлечимыми заболеваниями, следует помнить, что в прошлом медицина была бессильна против многих заболеваний, излечимых в настоящее время и существовали менее совершенные подходы, которые считались эффективными на соответствующем этапе развития медицины.



Спасибо за внимание!