

ОТДЕЛЕНИЕ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НИИ СП им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО: ОТ СОЗДАНИЯ ДО НАШИХ ДНЕЙ, ЭТАПЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

О.В. Зубарева

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

ДПДГ — десенсибилизация и переработка
движениями глаз (метод)
ПТ — психотерапия

СПОХБ — соматопсихиатрическое отделение
для хирургических больных
ЧС — чрезвычайная ситуация

Первые упоминания о создании специальной палаты в приемном отделении НИИ СП для пациентов, поступающих в состоянии психомоторного возбуждения или выраженного алкогольного опьянения с явлениями интоксикации, встречаются на рубеже 30-х годов XX века. Эта палата представляла собой изолятор на 4 койки, постоянное наблюдение за больными вел санитар. Утром приезжал дежуривший по городу врач-психиатр, осматривал пациентов и определял тактику их лечения: в психиатрической больнице или дома [1].

Спустя 13 лет с момента создания НИИ СП было принято решение об организации лечебного отделения для пострадавших, нуждающихся в психиатрической помощи. В 1936 г. был открыт специализированный изолятор на 10–12, а затем и 25 коек, в цокольном этаже корпуса № 1, получивший название «нижний стационар». В этом отделении стали круглосуточно работать врачи-психиатры и специально обученный медицинский персонал. Изолятор работал с большой перегрузкой, в нем постоянно находились до 40–50 пациентов, что значительно затрудняло лечебный процесс и сводило работу врачей в основном к сортировочно-эвакуационной деятельности. Много лет проработала в этих тяжелых условиях опытный врач-психиатр О.А. Иванова. Обладая незаурядными организаторскими способностями, она уже тогда предлагала создать специальные коллекторы для пациентов, находящихся в состоянии алкогольного опьянения.

В 1964 г. в приемном отделении института был создан психосоматический кабинет, что явилось дальнейшим шагом в совершенствовании оказания психиатрической помощи в НИИ СП. Дежурный психиатр и специалист по профилю имеющихся у больного соматических заболеваний совместно осматривали больного и решали вопрос о месте и характере оказания медицинской помощи.

Развитие научной деятельности началось в 1973 г. с приходом проф. Д.Д. Федотова. С этого времени клиника активно занималась диагностикой и лечением психических расстройств у больных с неотложной хирургической, травматологической и терапевтической видами патологии [2]. С 1977 г. под руководством д-ра мед. наук Е.А. Чуркина отделение стало научно-практическим центром, активно влиявшим на психосоматическую помощь не только в стационарах города, но и на догоспитальном этапе. В 1980 г. на базе отделения был организован городской центр психосоматической помощи, в задачи которого входили

анализ деятельности психосоматических отделений городских больниц и разработка мероприятий по ее улучшению.

В этот период ученых отделения заинтересовали вопросы немедикаментозных методов лечения психических расстройств на основании изучения особенностей клинической картины и изменения параметров гомеостаза. В рамках этой работы были разработаны показания к применению гемосорбции у больных с экзогенно-органическими психическими расстройствами, изучены возможности применения диализно-филтрационных и сорбционных методов у больных алкоголизмом, наркоманией, шизофренией. В конце 90-х годов прошлого столетия работа отделения в рамках городского центра по оказанию психиатрической помощи пациентам с хирургическими заболеваниями проводилась под руководством д-ра медицинских наук В.Г. Остроглазова.

На рубеже двух столетий на фоне изменения социально-экономической ситуации в стране в Институт стали поступать пострадавшие в техногенных авариях, авиа- и автокатастрофах, террористических актах и других чрезвычайных ситуациях (ЧС). Известно, что у перенесших тяжелый стресс в 50–95% случаев развиваются психические расстройства, классифицируемые в Международной классификации болезней 10-го пересмотра как «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43), причем эти расстройства часто становятся причиной нетрудоспособности [3–6]. Работа с этими пациентами поставила перед клиницистами новые задачи, поэтому в апреле 2001 г. д-ром мед. наук Н.М. Епифановой было создано научное отделение психопрофилактики кризисных состояний, сотрудники которого (психотерапевты), работали с пострадавшими при ЧС и терактах в реанимационных и клинических отделениях НИИ СП у постели больного. Это послужило началом для формирования нового актуального научного направления — психотерапевтической помощи пациентам, перенесшим тяжелый психический стресс, в условиях многопрофильного стационара. В ходе развития этого направления было выявлено, что помимо самого травматического инцидента на психическое состояние пациентов также влияют физическая боль, длительность пребывания в стационаре, в ряде случаев — реакция горя (Z73.3), инвалидизация [7]. Опыт показал, что медикаментозная психофармакотерапия в таких случаях лишь кратковременно улучшает психическое состояние больных

и не приводит к дезактуализации психотравмирующей ситуации. Кроме того у больных, находящихся в тяжелом соматическом состоянии, ограничены возможности применения психофармакотерапии в связи с нарушениями гомеостаза, вызванными тяжелыми повреждениями. Научные сотрудники отделения стали проводить комплексную системную мультимодальную психотерапию не только пострадавшим при ЧС, но и пациентам, испытывающим психический стресс, связанный с наличием заболеваний. Таким образом, была разработана технология оказания психотерапевтической помощи пострадавшим с сочетанной, изолированной и ожоговой травмой [8, 9].

В июле 2002 г. отделение психопрофилактики кризисных состояний было объединено с отделением острых психосоматических расстройств и преобразовано в отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств. Последнее включало в себя два клинических психиатрических подразделения (соматопсихиатрическое отделение для хирургических больных — СПОХБ, рассчитанное на 24 койки, и психиатрическое отделение — на 26 коек) и научную группу психотерапевтов и психиатров, оказывающих лечебно-консультативную помощь больным во всех клинических подразделениях института. С 2002 по 2008 г. отделение возглавляла д-р мед. наук профессор Н.М. Епифанова, под руководством которой разрабатывались новые и совершенствовались имеющиеся методы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и острой хирургической и травматологической патологией, возникшей при суицидальных действиях. Психиатры отделения круглосуточно оказывают лечебно-консультативную помощь пациентам в различных клиниках института. В клиническом отделении СПОХБ научные сотрудники проводят психотерапию и раннюю реабилитацию пациентов с ранениями и травмами, возникшими в результате суицидальных и аутоагрессивных действий, с учетом их личностных особенностей. Внедрение результатов научных исследований в ежедневную практику работы отделения способствует полноценной ранней реабилитации больных в условиях СПОХБ, что приводит к существенному сокращению числа переводов пациентов в психиатрические клиники и снижению количества повторных поступлений в отделение.

Организация психотерапевтической помощи в многопрофильном стационаре не имеет аналогов в отечественном здравоохранении. В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского психотерапевты работают в тесном сотрудничестве с врачами urgentных специальностей. Особое внимание в работе психотерапевта уделяется пациентам с реакцией горя. На протяжении всего периода их пребывания в стационаре применяются различные психотерапевтические методики, активизирующие ресурсное состояние, помогающие не «застревать» на различных стадиях утраты. Всем больным с реакцией горя рекомендуется продолжение психотерапии (ПТ) после выписки в амбулаторных условиях, поскольку сроки переживания утраты в среднем составляют от года до полутора лет [10, 11]. Существует понятие «профессиональная ментальная экология психотерапевта», оно включает в себя душевное и духовное здоровье, открытость, высокую чувствительность в общении с людьми, хорошую рабочую форму, способность освобождаться от гнетущих переживаний и психологических проблем, в том числе

от психотравматических эмоций, которые невольно могут появиться при взаимодействии с особо тяжелыми пациентами [12]. Важность последнего оказалась особо очевидной в ходе работы психотерапевтической группы с самого начала ее существования в институте: обстоятельства получения травмы у многих больных бывают столь тяжелыми для психики, что не только участие в них, но и активное слушание и сопереживание человеку, рассказывающему о случившемся, может вызывать интенсивные болезненные эмоции. Психотерапевт является именно тем человеком, которому пострадавший рассказывает о таких событиях своей жизни, о которых он не только отказывается говорить с близкими, оберегая их покой, но зачастую боится даже вспоминать наедине с собой. Здесь важно отметить особый стиль взаимоотношений между коллегами-психотерапевтами нашего отделения, благодаря которым удается соблюдать принципы упомянутой выше ментальной экологии. Именно благодаря взаимной поддержке, активному обмену профессиональным опытом, обсуждению клинических случаев своих пациентов, а нередко и применению друг к другу различных психотерапевтических методик удается сохранять здравомыслие; непредвзятость восприятия и освобождаться от тяжелого эмоционального осадка, возникающего после некоторых психотерапевтических сессий.

За годы существования отделения разработана психосоциальная реабилитация пациентов на этапе госпитализации в рамках системной мультимодальной психотерапии. Психокоррекция больных, перенесших трансплантацию органов, проводится практически с первых дней существования научной группы психотерапевтов. В ряде случаев эти пациенты еще в дооперационном периоде получают психотерапевтическую помощь, направленную на снятие стресса ожидания и максимальную мобилизацию ресурсов души и тела перед предстоящей трансплантацией. Психотерапевтическая работа проводится в формате как индивидуальных (в большинстве случаев), так и групповых психотерапевтических сессий. Применяются следующие направления и методики: рациональная ПТ, недирективная суггестивная ПТ, методики телесно-ориентированной ПТ, символдрама, метод активного воображения, транзактный анализ, экзистенциальная ПТ, метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) в рамках когнитивно-бихевиоральной ПТ, психотерапевтическая кинезиология, кризисная ПТ, групповая континуальная ПТ зависимостей, противоалкогольная ПТ. Оценка психоэмоционального состояния больных и его динамики осуществляется на основе метода клинического наблюдения и психодиагностических методик.

В настоящее время научно-практическая деятельность отделения осуществляется по нескольким направлениям. Это разработка и совершенствование методов оказания психиатрической и особенности оказания хирургической помощи пациентам с ранениями и травмами, полученными при аутоагрессивных и суицидальных действиях, а также совершенствование диагностики и психофармакотерапии психических расстройств (спутанность сознания, транзиторные соматообусловленные психозы), которые вызваны эндотоксикозом у больных с хирургической патологией и травмой. Кроме того, продолжается работа по совершенствованию немедикаментозных методов

(мультимодальная психотерапия) лечения расстройств, связанных с тяжелым стрессом. Отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств сегодня обеспечивает неотложную специализированную медицинскую помощь пострадавшим в результате суицидальных действий, оказывает круглосуточную психиатрическую и психотерапевтическую помощь пострадавшим во всех клиниках многопрофильного стационара; таким образом, играет важную роль в реализации задач по оказанию высококвалифицированной медицинской помощи пациентам НИИ СП.

Учитывая постоянное увеличение количества консультаций, выполняемых психиатрами и психотерапевтами в различных подразделениях института, можно говорить о востребованности такой деятельности и необходимости расширения спектра психиатрической и психотерапевтической помощи.

В перспективе предполагается создание комплекса лечебных мероприятий, направленных на повышение качества жизни пострадавших, перенесших тяжелый стресс, включающих сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения психических расстройств у больных с ургентной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирович Г.А., Тарасов М.М. Институт имени Склифосовского. – М.: Медгиз, 1959. – С. 55
2. Алтайская Е.М., Булатникова Е.А., Малоземова А.В. История Странноприимного дома. – М.: Проспект, 2010. – С. 150
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – С. 48–50.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М: Экспертное бюро-М, 1997. – С. 115.
5. Breslau N.E., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in a urban population of young adults // Arch. Gen. Psychiatry. – 1991. – Vol. 48. – N. 3. – P. 216–222.
6. Blanchard E.B., Hickling E.J., Taylor A.E., et al. Effects of litigation settlement on posttraumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims // J. Trauma Stress. – 1998. – Vol. 11. – N. 2. – P. 337–354.
7. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Психолого-психиатрические аспекты дорожно-транспортных происшествий (обзор зарубежных исследований) // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 1. – С. 61–70.
8. Зубарева О.В. Клинические особенности психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательного аппарата и роль психотерапии в их лечении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 27 с.
9. Полянина Д.А. Роль психотерапии в лечении больных с ожоговой травмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 26 с.
10. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога. – М.: ЭКСМО, 2005. – 960 с.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 1024 с.
12. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 235.

Поступила 02.08.2012

Контактная информация:

Зубарева Ольга Викторовна,
к.м.н., заведующая отделением кризисных состояний
и психосоматических расстройств
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы
e-mail: olgazubareva@yandex.ru