

Центр обучения паллиативной помощи



Вопросы психиатрии в паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе

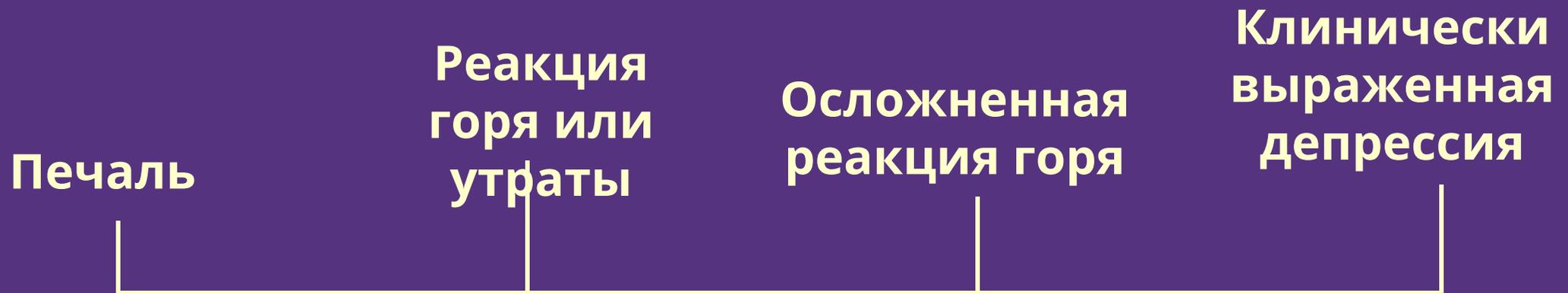
Задачи семинара

- Научиться отличать реакцию горя от депрессии у пациентов с угрожающими жизни заболеваниями.
- Перечислить факторы, играющие роль в диагностике депрессии, тревожного расстройства, деменции и делирия.
- Рассказать об основных методах лечения каждого из этих расстройств.
- Назвать некоторые вмешательства, применимые при ведении наркологических больных.

С какими психическими расстройствами можно столкнуться, оказывая паллиативную помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом?

- Реакция горя
- Депрессия
- Тревожное расстройство
- Деменция и СПИД-дементный синдром
- Наркологические расстройства

Путь от печали до депрессии



Реакция горя

- Аффект – эмоциональная реакция на весомую утрату.
- Естественная, присущая каждому реакция.
- Проявления зависят от культурной среды.

Задачи реакции горя

- Понять
- Прочувствовать
- Приспособиться
- Вернуться

Лечение реакции горя

- Выслушать и выяснить, что беспокоит.
- Объяснить нормальность реакций.
- Объяснить развитие событий.
- Укрепить уверенность в собственных силах.
- Привлечь систему поддержки.
- Ориентируясь на индивидуальные особенности, поощрять религиозность, соблюдение ритуалов, самовыражение.

Культурные особенности и реакция горя

- Люди разной культурной принадлежности по-разному выражают горе.
- Реакция на потерю близкого зависит от системы взглядов.
- Потребности в поддержке тоже иногда определяются культурными особенностями

Реакция горя и ВИЧ-инфекция

- Горе вне закона.
- Многочисленные утраты – их испытывают пациенты, представители изолированных сообществ и ухаживающие за больным лица.
- Стигматизация, предубеждения, дискриминация порождают чувство вины и стыда.

Осложненная реакция горя

- Отсроченная, хроническая или до конца не реализованная реакция горя.
- Риск выше, если:
 - человек думает, что утраты можно было не допустить;
 - болезнь затяжная;
 - делиться переживаниями мешает стигматизация;
 - отсутствует поддержка.
- Без лечения может перейти в депрессию.

Горе или депрессия?

Реакция горя:

- Печаль обусловлена утратой – естественная реакция.
- Имеются соматические нарушения.
- Способность думать о будущем сохранена.

Депрессия:

- Генерализованная реакция – утрата интересов, чувства удовольствия.
- Соматические нарушения сочетаются с отчаянием, чувством вины, суицидальными мыслями.
- Будущее представляется безрадостным, не интересует.

Горе или депрессия?

Реакция горя

- Связана с развитием заболевания.
- Способность получать удовольствие сохранена.
- Способность выражать чувства и смеяться сохранена

Депрессия

- Связана с поздними стадиями болезни, болью.
- Утрата способности радоваться жизни и получать удовольствие от некогда любимых занятий.
- Тоска, утрата интересов, отсутствие проявлений чувств

Горе или депрессия?

Реакция горя

- Волнообразное течение.
- Мысли о смерти пассивны.
- Чтобы оправиться, достаточно собственных сил, сочувствующего собеседника

Депрессия

- Постоянная, неослабевающая.
- Серьезные, навязчивые мысли о суициде.
- Необходимо лечение – медикаментозное, психотерапевтическое

Диагноз депрессии у неизлечимых пациентов

- Подавленное настроение.
- Отсутствие чувства удовольствия (ангедония).
- Плаксивость.
- Замкнутость.
- Отсутствие мыслей о будущем.
- Ощущение безнадежности.
- Ощущение беспомощности.
- Ощущение собственной никчемности.
- Чувство вины.
- Стойкие мысли о суициде.

Диагноз депрессии у неизлечимых пациентов

Другие признаки:

- упорные боль или другие симптомы (одышка, слабость);
- чрезмерная сосредоточенность на соматических нарушениях;
- нежелание сотрудничать с врачом или отказ от лечения;
- депрессия в анамнезе;
- аффективные расстройства в семейном анамнезе.

Почему трудно поставить диагноз?

- Соматическое заболевание сопровождается вегетативными нарушениями, что способствует появлению сходных симптомов.
- Умирающим свойственно тяжелое психологическое состояние.
- Предубеждение перед психическими расстройствами – пациент может скрывать симптомы.
- Врач может избегать обсуждения трудных вопросов, опасаясь нарушить спокойствие пациента.

Самоубийство

- Риск в целом выше у лиц, страдающих соматическими заболеваниями.
- По сравнению с населением в целом, у онкологических больных риск повышен в 2 раза.
- У ВИЧ-инфицированных риск выше в 7-36 раз.

Дополнительные факторы риска самоубийства в конце жизни

- Новый диагноз (ВИЧ-инфекция)
- Сопутствующее заболевание
- Отсутствие возможностей лечения
- Боль
- Инвалидность
- Множественные утраты
- Социальная изоляция
- Употребление психоактивных веществ
- Анамнез психического расстройства
- Попытка самоубийства в анамнезе
- Самоубийство в семейном анамнезе

Зачем лечить депрессию?

Без лечения депрессия:

- снижает эффективность анальгетиков;
- усугубляет другие симптомы;
- снижает качество жизни;
- не дает общаться, выйти из депрессии;
- причиняет душевные страдания близким;
- повышает риск самоубийства.

Лечение депрессии

- Если пациент страдает от боли, назначить анальгетики.
- Начинать лечение с минимальных терапевтических доз.
- Внимательно следить за лекарственными взаимодействиями.
- Внимательно следить за побочным действием психотропных средств.

Лечение депрессии

Психотропные средства:

- ингибиторы обратного захвата серотонина;
- трициклические антидепрессанты – не очень хорошо переносятся;
- психостимуляторы – как правило, назначают незадолго до смерти.

В чем польза психостимуляторов для умирающих?

- Быстро действуют.
- Усиливают обезболивающий эффект наркотических анальгетиков.
- Уменьшают сонливость.
- Повышают умственную работоспособность.

Лечение депрессии

Психотерапия:

- когнитивная поведенческая;
- проблемно-ориентированная;
- поддерживающая;
- межличностная.

Лечение депрессии

Психологическая и социальная помощь:

- оценить возможности коллектива — наличие психиатра, социального работника, священника;
- мобилизовать систему социальной поддержки;
- поощрять деятельность;
- просвещать родственников и ухаживающих за пациентом лиц.

Культурные особенности и депрессия

- Пациенты часто плохо относятся к психиатрическому обследованию.
- В разных культурных группах существует разный подход к лечению психических расстройств.
- Пациенты с психическими расстройствами могут испытывать позор и стигматизацию в сообществе – о них думают, что они не способны справиться со своими проблемами или недостаточно верят в Бога.

Частота тревожных расстройств среди ВИЧ-инфицированных

- Паническое расстройство 10,5% n=2854
- Невроз тревоги 15,8% n=2864
- ПТСР 42% женщин
и 54% страдающих
болью
- Острое стрессовое расстройство 31%

Bing, 2001, Arch Gen Psychiatry 58: 721-8

Martinez, 2002, AIDS Patient Care STDS 16: 283-91

Koopman 2002, Int J Psychiatry Med 32: 361-78

Лечение тревожных расстройств

- Антидепрессанты (ингибиторы обратного захвата серотонина)
- Бензодиазепины
- Психотерапия
 - поддерживающая
 - когнитивная поведенческая
 - диалектическая поведенческая

Диагностика СПИД-дементного синдрома

- Диагноз исключения.
- Постепенное ухудшение когнитивных функций.
- Ухудшение кратковременной памяти.
- Нарушение концентрации и внимания.
- Замедление мыслительного процесса.

Диагностика СПИД-дементного синдрома

- Искажение суждений.
- Неустойчивость походки, нарушение равновесия.
- Изменения личности – замкнутость, апатия, расторможенность.
- Галлюцинации, бред (поздняя стадия).
- Методы диагностики: люмбальная пункция, КТ, МРТ

Дифференциальная диагностика СПИД-дементного синдрома

СПИД-индикаторные заболевания

- Токсоплазмоз
- Лимфома ЦНС
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
- Цитомегаловирусный энцефалит
- Криптококковый менингит

Прочие заболевания

- Вирусные и бактериальные инфекции ЦНС
- Нейросифилис
- Герпетический энцефалит

Лечение СПИД-дементного синдрома

- Снижение вирусной нагрузки в головном мозге.
- Новейшие нейролептики — оланзапин, рисперидон.
- Антидепрессанты – ингибиторы обратного захвата серотонина.
- Поведенческая терапия.
- Просвещение родственников: прогноз и оправданные надежды

Диагностика делирия

- Вновь возникшие:
 - нарушения сознания и внимания;
 - нарушение ориентации;
 - расстройства когнитивных функций или восприятия.
- Острое начало, волнообразное течение:
 - сознание то проясняется, то помрачается.

Делирий

- Поражает 40-60% ВИЧ-инфицированных.
- Чаще встречается у умирающих.
- Крайне тяжело переносится пациентами и их близкими.
- Требует ранней диагностики и решительного лечения.
- Частые ошибки диагностики: делирий принимают за тревожное расстройство, депрессию, деменцию, психоз.

Распространенные причины делирия

- Лекарственные средства.
- Недостаточность функции внутренних органов.
- Инфекции, лихорадка.
- Употребление или отмена наркотиков и алкоголя.
- Травма.
- Иногда причин несколько.

Лечение делирия

- По возможности, устранить причину.
- Ориентировать пациента.
- Нейролептики, основным препарат – галоперидол.
- Бензодиазепины способны усугубить нарушение сознания.

Пациенты с несколькими диагнозами

- Полный психосоциальный анамнез.
- Коллективная помощь – последовательность и четкое распределение ролей.
- Доверие должно быть обоюдным.
- Активное привлечение.
- Развитие социальной поддержки.
- Консилиумы.

Употребление наркотиков и лечение боли

- Не допускать недостаточного обезболивания.
- Составить письменное соглашение:
 - один врач выписывает рецепт;
 - рецепт действителен в одной аптеке;
 - потерянные или украденные препараты не восполняются.
- Использовать препараты длительного действия, для чрескожного введения, непатентованные.
- Привлекать к лечению патронажную сестру.
- Заранее пересматривать режим терапии, оценивать эффективность лечения

Выводы

- Реакцию горя, депрессию, тревожные расстройства, деменцию и делирий важно отличать друг от друга и лечить правильно.
- Депрессия НЕ ЯВЛЯЕТСЯ естественной реакцией на болезнь и приближение смерти.
- В диагностике и лечении психических расстройств важно учитывать культурные особенности.
- Добиваться положительных результатов в работе с потребителями наркотиков трудно, но возможно!

Составители

Антони Бак, MD	директор
Дж. Рэндал Кертис, MD, MPH	содиректор
Франсес Петракка, PhD	эксперт
Лиз Стивенз, MSW	менеджер проекта

Благодарим д-ра Карину Алдалл, MD, MPH, отдел психиатрии
Вашингтонского университета, за помощь в создании модуля.

Посетите наш сайт: uwpallcare.org

Copyright 2003, Center for Palliative Care Education, University of Washington