

К проблеме оптимизации терапии труднокурабельных больных параноидной шизофренией (сочетание психофармакотерапии с психообразовательными программами)*

Ю.В. Ушаков¹, С.Н. Мосолов², Л.А. Бурыгина¹

¹ПНД № 21, 119180, Москва, ул. Малая Полянка, д. 9

²ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3

Настоящая работа посвящена актуальной проблеме современной психиатрии – определению роли психообразовательных методов в комплексном лечении больных параноидной шизофренией с частыми обострениями. Выделены две группы больных по параметрам чувствительности к терапии и особенностям тактики реабилитационных мероприятий, даны их клинико-социальные характеристики, объясняющие в одной группе больных высокую резистентность ко всем видам терапии, а в другой – хороший эффект лечения. Описаны основные направления и организационные аспекты психообразовательного подхода, излагается методика и приводится примерный перечень рекомендуемых тем для бесед в рамках психообразовательных занятий.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, психообразование, методические подходы

В лечении больных шизофренией значимую роль принято отводить психофармакотерапии, с помощью которой можно не только существенно улучшить психическое здоровье пациентов, но и сохранить их социальный статус. Вместе с тем до настоящего времени терапия больных шизофренией с неблагоприятным течением, их клиническая и социальная реабилитация остаются животрепещущей проблемой для практической психиатрии. Терапевтические подходы в лечении больных, несмотря на появление препаратов нового поколения, остаются во многом неизменными. Как и полвека назад, основным методом лечения больных шизофренией является длительная непрерывная антипсихотическая фармакотерапия [1, 11, 12, 16–18, 29].

Большинством авторов признается важной на разных этапах реабилитации длительная терапия антипсихотическими препаратами – при купировании обострений, предупреждении рецидивов, сдерживании темпов прогрессивности болезни [6, 9]. Показано, что постоянный прием препаратов повышает устойчивость ремиссий и стабильность состояния пациентов, снижает частоту рецидивов и повторных госпитализаций, улучшает показатели социального функционирования и качества жизни пациентов, позволяет восстановить социальный статус, приводит к снижению общего экономического бремени заболевания [21–23, 28, 30].

Вместе с тем плохая переносимость нейролептиков и непонимание пациентами, а зачастую и их ближайшим окружением необходимости длительного лечения, в том числе и вне обострения процесса, часто приводит к нарушению режима лечения, отказу от приема лекарств, следствием чего является ухудшение психического здоровья, приводящее к инва-

лидации и снижению адаптационных возможностей [4, 5, 8, 12, 13, 24, 25].

После прекращения лечения риск рецидива у больных шизофренией возрастает примерно в пять раз [19, 20], а с каждым новым рецидивом растет риск перехода к непрерывному течению, снижается восприимчивость к лечению, становятся более выраженными негативные изменения личности больных. Важным показателем в ходе лечения оказывается комплаенс больных, т. е. согласие сотрудничать с врачом и соблюдать режим приема препаратов. В связи с этим медикаментозная терапия должна рассматриваться как необходимый, но не исчерпывающий компонент адекватного медико-реабилитационного процесса. Рациональное соотношение биологических методов с психосоциальными вмешательствами, с активным вовлечением больного и его родственников в лечебный процесс способствует большей эффективности восстановительного лечения [12, 25, 26].

В последние десятилетия из различных вариантов психосоциальных стратегий в качестве одной из ведущих методик называют психообразовательные программы [24, 25, 27]. Таким образом, психосоциальные мероприятия, повышающие комплаенс, становятся не менее важным звеном динамического терапевтического процесса.

Согласно современным данным [7], число больных с частыми госпитализациями (один раз в год и более в течение трех лет) достигает 208 человек на 100 тыс. населения. Составляя относительно небольшую часть больных шизофренией, находящихся под диспансерным наблюдением, они ежегодно обуславливают до 90 % от всех госпитализаций с каждого врачебного участка, отвлекая на себя непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы [7]. Кроме того, больные с частыми госпитализациями становятся препятствием к движению в сторону общественно ориентированной психиатрии, как бы «привязывая» психиатрическую помощь к стационару. В свою очередь, частые госпитализации обуславливают быстро нарастающую социальную дезадаптацию, приводят к потере трудоспособности и переводу больных на инвалидность, провоцируя и семейную дезадаптацию [7].

До настоящего времени в нашей стране сравнительных расширенных исследований, касающихся эффектов сочетания психофармакотерапии и психосоциальных вмешательств у больных шизофренией с частыми обострениями, не проводилось. Прежде всего это связано с трудностями оценки при сравнении эффективности различных подходов из-за больших различий в методологии исследований, а также со слишком об-

*Статья является продолжением серии публикаций, посвященных изучению оптимизации психиатрического лечения с помощью психообразовательных подходов.

ширными задачами, поставленными перед психосоциальными методами воздействия. Согласно современным исследованиям [27, 32] применение специализированных методик, фокусирующихся на соблюдении режима терапии, более успешно, чем применение других стратегий, имеющих более широкие цели. Вместе с тем имеется недостаток работ, посвященных прицельному изучению эффективности антипсихотиков как традиционных, так и нового поколения при их сочетании с психообразовательными программами в сравнении с результатами лечения, применяемого в рутинной амбулаторной практике. Учитывая актуальность данного круга вопросов, основной задачей настоящей работы являлось изыскание наиболее эффективных способов длительной амбулаторной терапии больных шизофренией с неблагоприятным течением. Для этого был разработан и апробирован комплексный медикаментозно-психообразовательный подход для работы в амбулаторных условиях с больными параноидной шизофренией.

Ведущими показаниями для включения в терапевтическое исследование являлись:

- 1) наличие у больных верифицированного диагноза параноидной шизофрении в соответствии с МКБ-10;
- 2) частые, развернутые, психотического уровня обострения аффективно-параноидной, параноидной, галлюцинаторно-параноидной, кататоно-параноидной структуры, с количеством эпизодов не менее двух за год, предшествующих началу исследования, – ретроспективный период;
- 3) согласие больных сотрудничать с врачом.

Больные в остром психотическом состоянии, с выраженным дефектом и грубым интеллектуальным снижением, выраженной тревожностью, расторможенностью влечений, неспособностью контролировать поведение, категорическим отказом от лечения исключались из исследования.

Эффективность комплексного метода амбулаторной помощи, включающей биологический и психосоциальный подходы, больным параноидной шизофренией с частыми рецидивами была оценена у 109 больных, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере № 21 г. Москвы (главный врач Л.А. Бурюгина).

Состояние больных изучалось с помощью клинико-психопатологического и клинико-катамнестического методов в начале и конце исследования, при этом регистрировались сравнительная частота посещений диспансера, частота и продолжительность госпитализаций, частота и продолжительность рецидивов на протяжении контрольного и проспективного периодов. Для количественной оценки динамики психического состояния больных использовались психометрические шкалы: шкала глобального клинического впечатления (CGI) и валидизированная отечественная версия шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS). Для оценки влияния терапии на социальное функционирование использовалась шкала социального функционирования (GAF). В начале и в конце проспективного периода анализировались безопасность препаратов и побочные неврологические эффекты, учитывались нежелательные явления, возникшие в ходе терапии, по шкале оценки экстрапирамидных симптомов (Симпсона-Ангуса) [31].

Прекращение участия больного в исследовании обуславливалось:

- 1) отказом пациента от участия в исследовании;
- 2) развитием серьезного побочного нежелательного явления;
- 3) значительным ухудшением психического состояния, требовавшего неотложной госпитализации и существенного изменения терапии.

Все антипсихотические средства назначались в основном в виде монотерапии, за исключением группы традиционных нейролептиков, где допускалась комбинация нескольких препаратов, например модетена-депо и галоперидола. Исключались комбинации традиционных нейролептиков и атипичных антипсихотиков. Допускалось использование в случае клинической необходимости бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, нитразепам), назначаемых симптоматически для купирования психомоторного возбуждения и бессонницы, антидепрессантов и корректоров нейролептической терапии (тригексифенидил) при развитии экстрапирамидных побочных эффектов.

Используемый нами в ходе исследования психообразовательный подход относится к так называемому обучающему типу, при котором беседа строится по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Психообразование было ориентировано на работу с содержанием и включало перечень определенных проблем, обсуждаемых с пациентом [2, 3, 14, 15, 25, 26]. Основная задача психообразовательной программы заключалась в попытке достигнуть правильного понимания больным своего состояния, что должно было в итоге приводить к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов [14].

Содержательную часть обучающей программы, являвшейся основным компонентом цикла, обычно брал на себя врач-психиатр. Она включала информацию о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, индивидуальных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов. Врач-психиатр должен был не только предоставить информацию, но и направлять беседу, активизировать как больного, так и его родственников. При этом не только сообщалась конкретная информация, но и стимулировалась ее получение.

Необходимо подчеркнуть, что информация, которая предлагается врачом, должна быть ясной, однозначной и непротиворечивой, ответы на вопросы – понятными и для больного, и для его родственников. Важным требованием, соблюдение которого необходимо в психообразовательной работе с больными параноидной шизофренией, является высокая степень структурированности как содержания беседы, так и формы ее проведения, что значительно уменьшает чувство тревоги у больных. При этом необходимо многократно и терпеливо повторять информацию, конкретно обозначать задачи, которые будут решаться во время беседы, записывая их на доске или листе ватмана.

Разработанный комплексный метод, использующий психообразовательный подход и медикаментозную терапию, был нами адаптирован для существующей системы амбулаторной психиатрической помощи. Он проводился на протяжении года (проспективного периода). Занятия были индивидуальными (при желании больного на занятиях могли присутствовать родственники пациента). Разъяснительные беседы обычно проводились с каждым больным по 45 минут, 1–2 раза в неделю, 4 занятия за один цикл. Циклы в последующем повторялись через каждые три месяца на протяжении года (в 3, 6, 9 и 12 месяцев).

В содержательную часть программы были включены пять фокусирующихся на повышении комплаенса информационных модулей. На протяжении одного занятия модули могли повторяться или акцент делался на одном из них – наиболее важном в данном конкретном случае. На первых занятиях продолжительность модулей составляла 8–9 минут. В после-

дующем при выявлении особенностей течения и клинической картины заболевания у конкретного больного акцент мог быть сделан на одном или нескольких модулях, наиболее важных в данном конкретном случае. Тогда время менее значимых модулей при повторных занятиях сокращалось до 2–3 минут, а более важных модулей – увеличивалось на 6–7 минут, достигая 15–16 минут.

Врач ставил перед больным следующие вопросы: изучение причин возникновения психических расстройств, особенностей течения заболевания, прогноза, способов лечения, условий и течения процесса выздоровления; формирование способности понимания болезни; обучение способам распознавания симптомов начинающихся рецидивов и выработка способности их контроля (самоконтроля). Предлагалась простая информация о роли и характере медикаментозной терапии, побочных действиях препаратов, подчеркивался и обсуждался эффект долгосрочной терапии, сведения о видах психотропных препаратов, применяемых в настоящее время, преимуществах тех или иных видов лекарств, особенностях их назначения, также предоставлялась осторожно подаваемая информация о побочных эффектах лекарственных средств и возможностях их предотвращения. Обязательно освещался основной алгоритм лечения эндогенных заболеваний в настоящее время, подчеркивалась важность терапевтического альянса, контакта с врачом, желательность доверительных отношений с психиатром и соблюдение предписанного режима лечения.

В начале исследования все больные (109 человек) были распределены в три терапевтические группы в зависимости от характера получаемой ими антипсихотической терапии. Первичное назначение того или иного традиционного нейролептика или их комбинации осуществлялось врачами стационара, дневного стационара или психоневрологического диспансера в соответствии с их личным опытом и клинической необходимостью. Использование той или иной дозы, ее повышение или понижение осуществлялось теми же врачами и связывалось с клиническими факторами. Монотерапия антипсихотическими средствами не изменялась на протяжении двух лет: первый год до начала исследования, оцениваемый ретроспективно, и второй год с момента присоединения психообразовательной программы – проспективно. В тех случаях, когда больные в проспективный период госпитализировались в психиатрические клиники, но терапия при этом не изменялась (кроме некоторого увеличения доз), после выписки они продолжали участвовать в исследовании.

В первую группу вошли 33 пациента, лечившихся традиционными антипсихотиками (галоперидол, трифлуоперазин и т. д.). Во второй группе (43 человека) больные получали атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин, кветиапин, амисульприд). В третьей группе (33 человека) использовался антипсихотик пролонгированного действия – рисперидон конста.

Для выявления параметров, влияющих на эффективность комплексной амбулаторной терапии, учитывались факторы самого препарата, модули психообразовательной программы, формы течения заболевания, продолжительность заболевания, оценивались данные шкалы общего клинического впечатления по пяти переменным (выраженное улучшение, существенное улучшение, незначительное улучшение, без перемен, ухудшение), данные шкалы PANSS по двум признакам (улучшение более чем на 20 % – респондеры, отсутствие улучшения на 20 % – нонреспондеры).

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ (ППП) Statistica 6.0.

Возраст больных варьировал от 18 до 29 лет (73,8 % пациентов). Манифестация первого психотического эпизода в среднем приходилась на 27,09 год. Длительность болезни у большинства (80,7 %) составляла от 6 до 20 лет, более 10 лет – у 47,7 % пациентов. Значительное число больных страдали непрерывными и ближе к непрерывным формам течения заболевания (45,8 %). Тяжелые галлюцинаторно-параноидные, параноидные и кататоно-параноидные приступы составляли 69 % от всех приступов.

В браке состояли лишь одна пятая часть изученных больных – 20,18 %. Только незначительная часть пациентов работали, подавляющее большинство (87,16 %) получали пенсию по инвалидности либо находились на иждивении родственников. Социальная адаптация у 62,5 % пациентов была снижена.

Результаты лечения 109 больных параноидной шизофренией оказались неоднозначными. Почти половина больных (45 пациентов – 41,2 %) выбыли из исследования в течение года наблюдения. В каждой группе количество выбывших из исследования было примерно одинаковым и статистически достоверно не различалось. В основном лечение прерывалось из-за его недостаточной эффективности. Присоединение психообразовательной программы не приводило в этих случаях к желаемым результатам – увеличению комплаенса и возрастанию эффективности лечения. Необходимо отметить, что в группах, закончивших исследование, незначительно преобладали женщины, что можно было объяснить гендерными психологическими особенностями (большая подчиняемость и внушаемость лиц женского пола).

Анализ сроков (по методике Каплана-Мейера) и различных причин выбывания пациентов из исследования не позволил составить определенные представления о результативности комплексной терапии (антипсихотической в сочетании с психообразовательной программой) у этой части обследуемых больных и сравнить эффективность этой же терапии у другой группы больных. Однако сопоставление двух групп (закончивших и прервавших лечение) по клинко-демографическим характеристикам и социальным показателям позволило увидеть глубокие различия между этими группами пациентов и истолковать различия эффектов лечения. Больные, в дальнейшем прервавшие лечение, еще до начала терапевтического процесса отличались по ряду клинических параметров – они страдали крайне тяжелой формой течения шизофрении, и улучшение комплаенса с помощью психообразования не могло привести к заметному возрастанию эффективности терапии, так как оказывалась неэффективной собственно психофармакотерапия.

У завершивших исследование больных во всех трех группах (64 пациента – 58,8 %) эффективность комплексного лечения при сопоставлении показателей в проспективном и контрольном периодах отмечалась существенная положительная динамика по клиническим, психометрическим и социальным параметрам: клиническое улучшение состояния; отчетливое уменьшение выраженности психопатологических расстройств на протяжении проспективного годового исследования; выраженное и достоверное сокращение частоты и продолжительности повторных госпитализаций; достоверная редукция баллов по шкале PANSS, улучшение показателей по шкалам CGI и GAF.

Свидетельством эффективности длительной терапии больных шизофренией служили также показатели частоты и продолжительности повторных госпитализаций. При этом наиболее значимое снижение сред-

них показателей частоты повторных госпитализаций имело место у пациентов 2 и 3 групп (соответственно на 78 и 81,6 %) и было несколько меньшим, но вполне убедительным и статистически достоверным ($P < 0,05$) у больных 1 группы – 57,4 %. Наиболее отчетливо во всех трех группах снижалась средняя продолжительность повторных госпитализаций: у больных 3 и 2 группы соответственно на 82,7 и 70,8 %. Меньшим, но достаточно явственным и статистически достоверным ($P < 0,05$), было снижение этого показателя у пациентов 1 группы – 52,5 %.

Те же положительные тенденции регистрировались с помощью психометрических шкал у больных всех трех групп, но наиболее заметной эта динамика была у пациентов 3 группы.

Хотя во всех трех группах обнаружилась существенная достоверная положительная динамика по клиническим, социальным и психометрическим параметрам, влияние психообразовательной программы в комплексной терапии было неодинаковым – эффективность комплексной терапии в сочетании с атипичными антипсихотиками, в особенности при использовании рисперидона-конста, была более выраженной в сравнении с применением традиционных антипсихотиков. Значимыми предикторами, влияющими на эффективность амбулаторной терапии у изученных больных параноидной шизофренией, оказались:

- 1) клинические характеристики течения заболевания;
- 2) характер терапии и класс используемого препарата;
- 3) модули психообразовательной программы.

Это, по-видимому, можно было связать как с терапевтическим потенциалом лекарственных средств, особенно дюранных форм препаратов нового поколения, обеспечивающих более высокий комплаенс, позволяющий не прерывать долгосрочную терапию из-за их более хорошей переносимости, так и из-за непосредственного положительного влияния индивидуального психообразовательного подхода.

Таким образом, результаты долгосрочного исследования продемонстрировали, что рациональное сочетание в терапии больных параноидной шизофренией биологических и психосоциальных (психообразовательных) методов оказывает отчетливое положительное влияние на динамику лечебного процесса.

Использованная интегративная форма терапевтического вмешательства (сочетание психообразовательных программ с лечением типичными и атипичными антипсихотиками), являясь частью реабилитационного процесса больных параноидной шизофренией, нуждающихся в длительном постоянном амбулаторном лечении, позволяет добиться лучшего уровня психического и социального функционирования, способствует соблюдению больными лечебных рекомендаций.

В заключение хотелось бы отметить, что предложенная методика не требовала дополнительных материальных затрат, несложная в использовании, она может повседневно применяться каждым врачом диспансерной службы.

Литература

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М.: Медицина, 1988.
2. Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией: клинико-социальные и экономические аспекты / Автореф. дисс.... канд. мед. наук. – М., 2007. – С. 24.
3. Васильева Е.И. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с высокой, не обусловленной клиническими показателями обращаемостью в психиатрические учреждения / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – С. 21.

4. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 2. № 1.
5. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект: доклад на XIV съезде психиатров России (15 нояб. 2002, Москва). – М., 2002. – 10 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. и др. Помощь больным шизофренией с первыми психическими эпизодами: применение кветиапина // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 1. № 2. С. 8.
7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. и др. Оптимизация психиатрической помощи (фармако- и психосоциальной терапии) больным шизофренией с длительными госпитализациями: пособие для врачей. – М., 2007.
8. Иванов М.В. Рисполепт конста: эффективность и безопасность первого пролонгированного атипичного антипсихотика при лечении шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14. Вып. 2. С. 110–113.
9. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Зуйкова Н.В. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами: пособие для врачей. – СПб., 2004. – 33 с.
10. Коцюбинский А.П., Скорик А.И. Оценка динамики психического состояния // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2006. № 2. С. 4–8.
11. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. М.: МИА, 1995. – С. 568.
12. Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии // РМЖ. 2002. Т. 10. С. 12–13.
13. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6. № 4. С. 159–167.
14. Сальникова С.И. с соавт. Групповая работа с психическими больными по психообразовательной программе: пособие для врачей / под ред. И.Я. Гуровича. – М., 2002. – 39 с.
15. Семёнова Н.Д. с соавт. Групповые психосоциальные методы работы с психическими больными: пособие для врачей / под ред. И.Я. Гуровича. – М., 2001. – 39 с.
16. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. – М., 1999.
17. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia 2-nd // American Journal Psychiatry. 2004. 161 (Suppl 2). P. 1–114.
18. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), editors 1998. Praxisleitlinien in der Psychiatrie and Psychotherapie. Band 1, Behandlungsleitlinie schizophrénie. Darmstadt: steinkopf.
19. Dursun S.M., Devarajan S. Clozapine weight gain, plus topiramate weight loss // Can J Psychiatry. 2000. 45(2). P. 198–205.
20. Dursun S.M., Deakin J.F.W. Augmenting antipsychotic treatment with lamotrigine or topiramate in patients with treatment resistant schizophrenia. A naturalistic case-series outcome study // J psychopharmacol. 2001. № 15(4). P. 297–301.

Полный список использованной литературы см. на сайте <http://logospress.ru>

The problem of treatment optimization in paranoid schizophrenia hard-to-treat patients (combination of pharmacotherapy with psychoeducational programs)

Yu.V. Ushakov, S.N. Mosolov, L.A. Burygina

Psychoneurologic dispensary № 21
Malaya Polanka st. 9, Moscow, 119180
Moscow research Institute of psychiatry
Poteshnaya st. 3, Moscow, 107076

The article presents the data on important branch of modern psychiatry called psychoeducational programs, which should be used in combined therapy of paranoid schizophrenia with frequent exacerbations. Two groups of patients according to therapy efficacy and rehabilitation programs were described to show reasons why some patients are of high treatment effectiveness, and others are not, using clinical and social aspects. Paper describes the aims and organization skills of psychoeducational method and gives an illustrative list of recommended topics for discussion during psychoeducational sessions.

Key words: paranoid schizophrenia, psychoeducation, methodological approaches