

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Л. Г. Мовина

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Современным стандартом оказания психиатрической помощи является комплексность воздействия (сочетание биологической и психосоциальной терапии), отвечающего особенностям этапа развития заболевания (первый психотический эпизод, ремиссия, рецидив) и удовлетворяющего потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения (5, 19). В этой связи, наряду со все возрастающим количеством работ (4, 14, 15, 37, 41), особую актуальность приобретают исследования эффективности подобных вмешательств в целевых группах пациентов.

Одной из таких целевых групп в силу клинко-прогностических и социально-реабилитационных соображений являются больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания. Стратегии программно-целевого обслуживания пациентов этой категории, включающие психообразование на микро- и макросоциальном уровнях, раннее распознавание психоза и обращение за специализированной помощью, клинко-социальное ведение случая, своевременное включение в наименее стигматизирующую лечебно-реабилитационную программу, достаточно хорошо разработаны и активно используются на практике. Показана при этом возможность улучшения клинческого и социального прогноза, в том числе и за счет комплексного подхода с сочетанием медикаментозного и психосоциального лечения (3, 11, 21, 22, 27, 28, 30, 33). Вместе с тем значение этого компонента терапевтического воздействия (различные групповые программы, семейное вмешательство) и дифференцированные подходы к его применению в зависимости от клинко-динамических особенностей патологического процесса нуждаются в подробном изучении. Недостаточно представлены данные о вариантах субъективной оценки психического расстройства пациентами и их близкими, а также способы реагирования на разви-

тие заболевания, что также отражается на эффективности осуществляемых вмешательств.

Цель исследования – разработать программу комплексного терапевтического вмешательства для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания и оценить ее эффективность.

Материалы и методы исследования

Обследовано 120 пациентов (68 муж., 52 жен., средний возраст – $24,92 \pm 9,33$ года), находившихся на лечении в клинике первого психотического эпизода Московского НИИ психиатрии в 2001–2003 годах и удовлетворявших критериям включения в исследование – диагноз шизофрении или расстройства шизофренического спектра по МКБ-10, длительность заболевания с момента манифеста не более 5-ти лет, количество приступов не более 3. 2/3 пациентов (81 чел.) поступили в клинику в связи с первым психотическим приступом; 2-ой психотический приступ был диагностирован у 28 пациентов (23,33%); 3-й – у 11 пациентов (9,17%). Анализ каждого случая проводился с момента первой манифестации. Изучались клинко-психопатологические и социально-демографические характеристики, определялся тип реагирования пациента и родственников на факт психического заболевания. Психическое состояние пациентов оценивалось также по шкале PANSS (7, 25), социальное функционирование – с помощью оригинального «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (1). Использовались шкалы и опросники, отражающие субъективный опыт и самооценку пациентов и их близких: шкала оценки нагрузки на семью, опросник для оценки проблем, возникающих при уходе за больным родственником (39), опросник для оценки социальных сетей психически больных, опросник для оценки эмоциональной и инструментальной поддержки пси-

хически больных, карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы (9).

Клинико-психопатологическое и социально-психологическое обследование пациентов и их семей с применением указанного инструментария проводилось дважды: при включении в программу комплексного лечения первых психотических эпизодов (ППЭ) и в катамнезе, то есть в среднем через 2 года. Полные данные были получены на 112 человек: 71 человек получали психосоциальное лечение в сочетании с фармакотерапией – основная группа, 41 человек получали только фармакотерапию – контрольная группа.

Эффективность вмешательства оценивалась путем сопоставления клинико-организационных, клинико-психопатологических и социально-психологических параметров в основной и контрольной группах в динамике. Статистическая обработка полученных данных включала расчет средних выборочных величин и достоверных различий с использованием пакета программ Statistica for Windows version 6,0.

Клинико-психопатологические особенности психотических состояний и реакций на их возникновение

Шизофрения была диагностирована более чем в половине случаев (65,0% или 78 чел.), преобладала параноидная форма (46,67% или 56 чел.), эпизодический с нарастающим (48,44% или 31 чел.) или стабильным дефектом (37,50% или 24 чел.) типы течения. Непрерывный тип течения выявлялся лишь в 9 случаях (14,06%). Около 1/3 больных страдали шизоаффективным (27,5% или 33 чел.) и шизотипическим (7,50% или 9 чел.) расстройствами.

При поступлении в клинику ППЭ последипломное, высшее и незаконченное высшее образование имели более половины пациентов – 60,0%, среднее специальное – 18,33% и среднее – 21,67%. В то же время только 55,83% пациентов сохраняли свои социальные позиции (продолжали работать по специальности или учиться), остальные обнаруживали заметное снижение. То есть можно говорить о сниженном уровне адаптации в целом у значительной части больных при достаточно высоком образовательном уровне.

Структура продрома и манифестных приступов, темп развертывания и редукции психопатологических феноменов, длительность каждого этапа, а также их влияние на социальную адаптацию отличались разнообразием, что нашло соответствующее отражение в реакциях пациентов и их семей на развитие психического расстройства, и послужило основанием для выделения 3-х клинических групп.

Первую группу (n=38) составили пациенты с острым развитием манифеста, когда в течение 3–4-х недель на фоне полного благополучия разворачивалась генерализованная, подвижная и изменчивая психопатологическая симптоматика чаще без

тенденции к затяжному течению с быстрой редукцией под влиянием фармакотерапии; в части случаев возникали редуцированные приступы с острой, но невыраженной симптоматикой. Вторая группа (n=71) отличалась более постепенным (обычно в течение 4–8 нед.) развитием психотической симптоматики, характеризовавшейся менее глубоким уровнем поражения, синдромальной и феноменологической незавершенностью, большей стабильностью клинических проявлений, а также их «бедным» эмоциональным сопровождением – подострый манифест. Для третьей группы (n=11) было свойственно медленное развитие заболевания с детского или младшего подросткового возраста, когда через «завесу» невротизации и психопатоподобных расстройств, нарастающих негативных изменений все больше проступала полиморфная, зачастую с кататоническими включениями, психопатологическая симптоматика – ранний манифест.

В I группе практически половина случаев (47,37%) была отнесена к шизоаффективному расстройству, при выявлении шизофрении преобладала параноидная форма (50%), эпизодический со стабильным дефектом тип течения (60%). Во II группе доля шизоаффективного расстройства оказалась меньше – 21,13%, сюда вошла часть больных с недифференцированной шизофренией (16,9%) и шизотипическим расстройством (12,68%). Основным типом течения шизофрении здесь являлся эпизодический с нарастающим дефектом – 60% случаев. Все больные III группы страдали шизофренией, регистрировались преимущественно параноидная (36,36%) и простая формы (36,36%), кататоническая шизофрения обнаруживалась в 9,09% случаев, а недифференцированная – в 18,18%. Течение заболевания отличалось выраженной прогрессивностью и в 66,67% наблюдений было непрерывным, в остальных 33,33% наблюдений – эпизодическим с нарастающим дефектом. В целом можно говорить о нарастании тяжести и темпа прогрессивности заболевания от I группы к III (рис.1, 2). Соответствующей была в разных группах и структура манифестных приступов. Если в I группе приступы чаще всего были аффективно-бредовыми (42,11%), онейроидно-кататоническими (10,53%) или галлюцинаторно-бредовыми (36,84%), то подавляющее большинство манифестных приступов в III группе характеризовалось явлениями неблагоприятного полиморфизма (72,73%), в остальных случаях они были галлюцинаторно-бредовыми (27,27%).

Для социального статуса пациентов I группы был свойственен наиболее высокий уровень образования и сохранность основных достижений к моменту развития психотического состояния в 2/3 наблюдений (34,21% работали по специальности, 31,58% учились). Во II группе отмечался рост удельного веса незаконченного образования и более низкий его уровень в целом. В продромальном периоде за счет нарастания психопатологических расстройств происходило отчетливое социальное снижение (43,66%

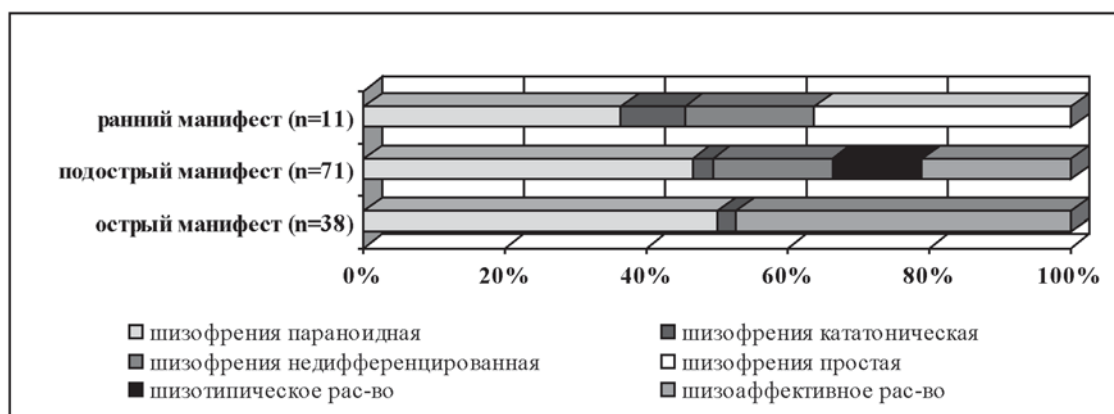


Рис. 1. Нозологическая структура выделенных групп (МКБ-10)

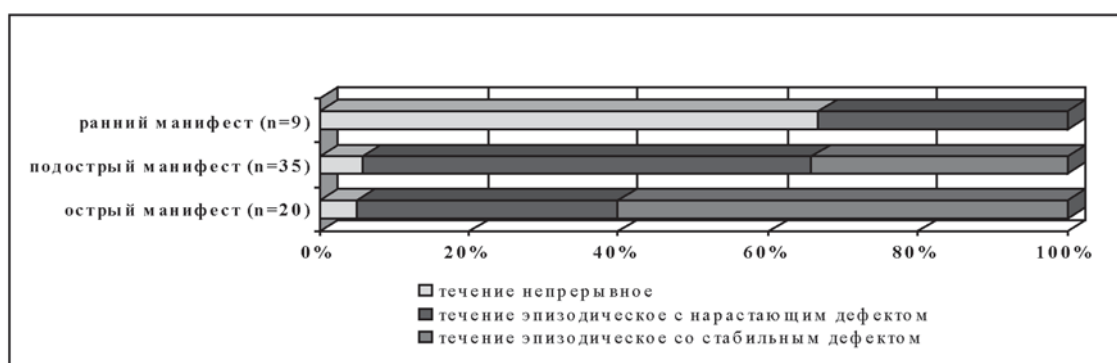


Рис. 2. Распределение больных в выделенных группах по типам течения шизофрении (МКБ-10)

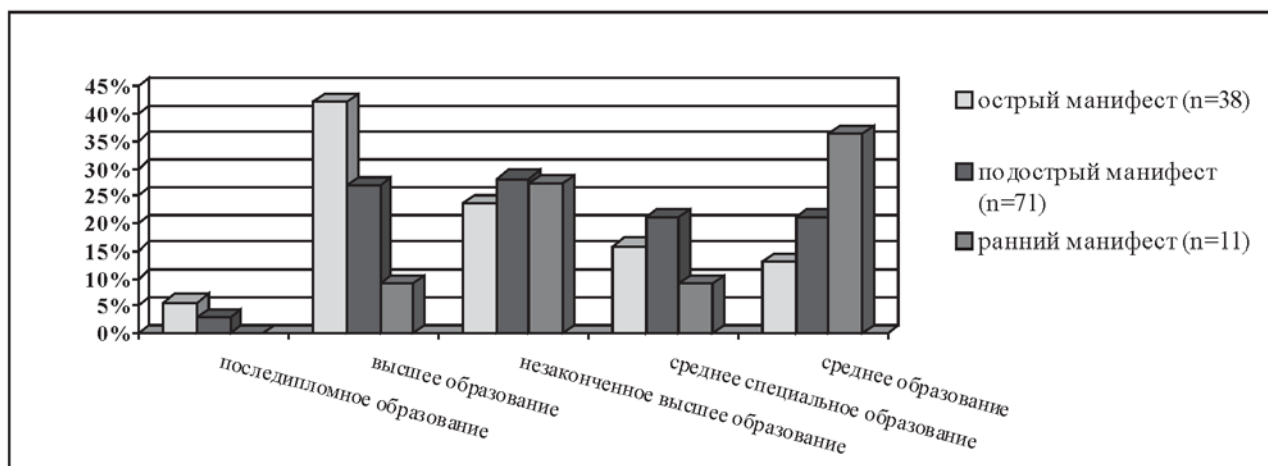


Рис. 3. Образовательный статус пациентов выделенных групп

пациентов не работали и не учились, 7,04% работали со снижением квалификации или временно подрабатывали). Пациенты III группы имели относительно более низкий образовательный уровень, что связано и с более молодым возрастом пациентов этой группы (средний возраст составил $16,82 \pm 1,60$ года, $p < 0,01$). Как и в I группе социальный статус больных здесь оставался формально сохранным практически в 2/3 наблюдений (54,55% пациентов продолжали учиться, 9,09% работали по специальности), однако во всех случаях отмечались значительные сложности как в дости-

жении, так и в «удержании» этих позиций, что требовало создания особых условий и постоянной протекции со стороны родственников. В целом для больных III группы характерно значительное и в то же время постепенное социальное снижение, отмечавшееся с детского или раннего подросткового возраста и обусловленное прогрессивной динамикой расстройств инициального периода, на фоне которого и манифестировало заболевание (рис. 3).

Многими исследователями (13, 29, 31) подчеркивается тяжесть реакции пациентов и их родственников на выявление психического заболевания в

связи с его манифестацией, однако дифференцированно они не рассматриваются. Между тем, их значимость для преодоления болезни и дальнейшей адаптации не вызывает сомнений (10, 32, 38, 40), что важно учитывать в процессе разработки психосоциальных вмешательств.

У обследованных пациентов варианты реагирования на факт выявления психического заболевания характеризовались разнообразием. В части случаев они были близкими, но не идентичными для пациентов и их семей (как правило, один или двое родителей, непосредственно опекавших больного, участвовавших в терапевтическом процессе и формировавших обычно реакцию всей семьи), а в части – обнаруживали существенные различия.

В 20 наблюдениях при незначительно выраженных доманифестных проявлениях, быстрой редукции психотической симптоматики с формированием ремиссии хорошего качества и восстановлением доболезненного уровня социального функционирования у пациентов I группы и их родственников выявлялась тенденция к минимизации проблемы, когда происходило вытеснение представлений о тяжести и серьезности заболевания.

Напротив, в 18 случаях при большей выраженности доманифестных проявлений, медленном становлении ремиссии, сопровождавшемся апатической депрессией или дефицитарными расстройствами со снижением уровня социального функционирования выявлялась гиперболизация тяжести заболевания и его последствий, свойственная как пациентам, так и их родственникам.

Тенденция к рационализации в объяснении психотических расстройств отмечалась у пациентов II группы и их родственников в 32 наблюдениях при небольшой аффективной заряженности переживаний, их монотематичности, «обыденности» содержания, что создавало почву для идентификации расстройства с нервным или пограничным, но не с психическим заболеванием.

Идентификация болезненных проявлений с личностными особенностями выявлялась в 16 случаях, когда состояние пациентов определялось специфическими личностными изменениями и, прежде всего, некритичностью, стойкими и длительными нарушениями целенаправленности мышления. Родственники в основном придерживались аналогичной точки зрения, и только короткий период генерализации или экзacerbации симптоматики воспринимался ими как нервное или психическое расстройство.

У 23 пациентов отмечалось «принятие» психической болезни и роли больного с формированием пассивной жизненной позиции, преждевременным и чрезмерным снижением уровня ожиданий, гиперопекой со стороны родственников. Свойственная для них острота симптоматики при незавершенности психопатологических феноменов и относительной сохранности социально приемлемого поведения приводила к резкой диссоциации субъективной (сам

больной) и объективной (семья) оценок психического состояния. Пациенты достаточно быстро осознавали болезненность своего состояния и проявляли инициативу в обращении за помощью, отмечали эффективность фармакотерапии и соблюдали врачебные рекомендации. Родственники же, напротив, недооценивали серьезность ситуации и меняли свою точку зрения только при увеличении «стажа» заболевания.

Все пациенты III группы обнаруживали отсутствие критики и отрицание болезни, чему способствовали такие особенности как раннее начало заболевания, значительная представленность негативной симптоматики, медленное развитие манифеста за счет углубления инициальных расстройств и перехода их на психотический уровень. Родственники больных, напротив, к моменту обращения к психиатрам адекватно оценивали болезненное состояние и считали его психическим заболеванием. Возможность разделить ответственность с врачами, найти в их лице понимание и поддержку приводила даже к уменьшению эмоционального напряжения («признание болезни все ставит на свои места»).

Принципы и содержание вмешательства

Программа комплексного терапевтического вмешательства при ППЭ включала сочетание психосоциального (психообразование с элементами проблемно-разрешающей техники и тренинга социальных навыков, индивидуальное семейное вмешательство и терапия поддержкой) и медикаментозного лечения. Последнее проводилось в соответствии с общепринятыми рекомендациями (3, 6) и предполагало предпочтительное использование атипичных антипсихотиков, принцип минимальной достаточности доз.

Главной задачей психосоциального воздействия с момента поступления больного в клинику ППЭ до начала становления ремиссии (3–4 нед.) являлось создание «терапевтического альянса» (20).

В период становления ремиссии (с момента купирования острой психотической симптоматики до выписки больного из клиники – 6–8 нед.) активно использовались групповые методы и, прежде всего, психообразование, что осуществлялось врачом-психиатром. Процесс формирования групп, показания и противопоказания для включения в группу, методика ведения и содержание сессий соответствовали рекомендациям, отраженным в литературе (2, 8). В общей сложности в такие группы последовательно было включено 49 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Количество участников в каждой группе варьировало от 6 до 8 человек, занятия проводились 2 или 3 раза в неделю в течение часа. Полный цикл включал 10–12 занятий, что зависело от потребностей и когнитивных возможностей конкретной группы.

Работа с семьями больных проводилась в индивидуальном формате. Особое внимание при этом уделялось навыкам обращения с больным, взаимо-

действию с психиатрическими службами и развитию сотрудничества, элементам тренинга для преодоления искаженного коммуникативного семейного стиля.

В зависимости от варианта реагирования на развитие психического расстройства расставлялись акценты психосоциальной терапии. При минимизации проблемы подчеркивалась неустойчивость достигнутого улучшения, необходимость более полного осознания значимости возникновения психических расстройств, высокий риск рецидива под влиянием нагрузок, отрицательные последствия преждевременной отмены фармакотерапии и повторных психозов. В случаях гиперболизации тяжести болезни предпочтительной была эмоциональная поддержка пациента и семьи, поощрение надежды, информация о закономерностях течения заболевания. В работе с пациентами, обнаруживавшими склонность к рационализации и психологизации симптомов, и их родственниками внимание акцентировалось на возможности утяжеления их состояния при отсутствии адекватного лечения. При принятии болезни упор делался не на преодолении болезни, а на совладании, путем «облегчения» тяжести симптомов и «высвечивания» сохранных сторон личности, повышения уровня социального функционирования и расширения самостоятельности. Для пациентов, идентифицировавших психопатологическую симптоматику с личностными особенностями или отрицавших болезнь, эффективной оказалась апелляция к таким проявлениям как плохое настроение, бессонница и прочие, а также включение их в социальные тренинги. Психообразование было полезнее для родителей таких пациентов с учетом преобладания информации о тактике поведения с больным и планирования его будущего.

На этапе полного или частичного выздоровления работа с пациентами и их семьями включала такие направления как поддержание комплайенса, про-

филактика рецидивов, раннее распознавание симптомов обострения и обеспечение своевременного вмешательства, снижение риска суицидов. Пациенты находились в естественных социальных условиях, но с каждым из них и семьей поддерживалась связь. В первые 2 месяца после выписки из клиники визиты назначались 2 раза в месяц, затем – ежемесячно, в случае необходимости частота встреч увеличивалась.

Эффективность вмешательства

Сопоставимость групп сравнения оценивалась по таким параметрам как пол, возраст, диагностическая категория, тип течения (для шизофрении), интенсивность фармакотерапии. По всем позициям различия оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$), что позволяет говорить о корректности выбранного сравнения.

По данным 2-летнего катамнеза более половины пациентов основной группы ко 2-му году наблюдения достигали полных ремиссий (61,11% против 39,29%, $p = 0,06$), достоверно реже обнаруживая бредовое поведение в ремиссии (5,63% и 29,27% соответственно, $p < 0,001$). Выраженность психопатологических расстройств по PANSS при катамнестическом обследовании в основной группе была значимо меньше, чем в контрольной ($p < 0,001$), в то время как при включении в программу и на момент выписки из клиники эти показатели статистически не различались (рис. 4).

У пациентов, получавших психосоциальное лечение, отмечалось улучшение комплайенса. Они достоверно чаще находились под динамическим наблюдением специалистов (90,14% против 51,22%, $p < 0,0001$), более регулярно принимали поддерживающую терапию (74,07% против 50,0%, $p < 0,05$), реже от нее отказывались (14,81% против 35,71%, $p < 0,05$). Эти пациенты при последующих обострениях значимо чаще получали помощь в полустаци-

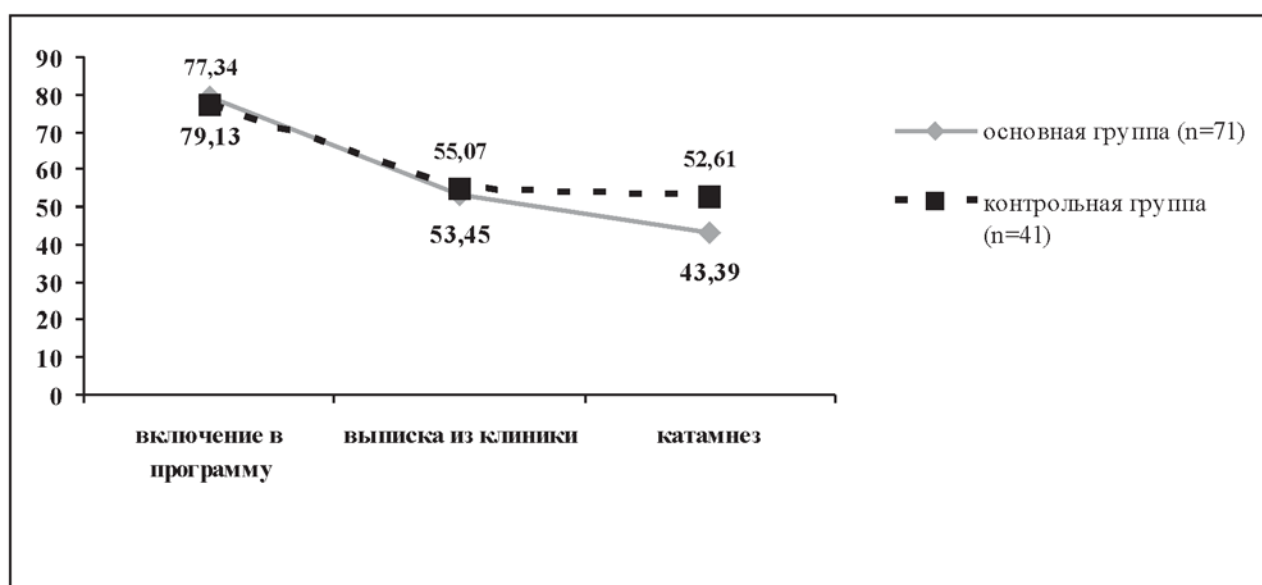


Рис. 4. Динамика выраженности психопатологических расстройств по PANSS

Таблица 1

Показатели социального функционирования и качества жизни пациентов основной и контрольной групп при завершении программы

Показатели	Основная группа (n=71)	Контрольная группа (n=41)	Достоверность различий
Физическая работоспособность*	0,59±0,70	0,90±0,79	p>0,05
Интеллектуальная работоспособность*	0,76±0,65	1,20±0,70	p<0,05
Занятие домашним хозяйством*	0,73±0,83	1,25±0,79	p<0,05
Характеристика круга общения*	1,03±0,67	1,45±0,60	p<0,05
Характер отношений с окружающими*	0,34±0,69	0,95±0,69	p<0,001
Качество жизни в связи с психическим состоянием**	84,75%	60,0%	p<0,05
Качество жизни в целом**	83,05%	65,0%	p=0,09

Примечание: * – показатели оценивались в баллах от 4-х до 0, чем меньше значение средних баллов, тем ближе показатель к норме; ** – указана доля пациентов, выражавших удовлетворенность своим психическим состоянием и жизнью в целом (пункты 3 и 4 соответствующих разделов опросника).

Таблица 2

Величина нагрузки на семью в основной и контрольной группах при завершении программы

Субшкалы	Основная группа (n=71)	Контрольная группа (n=41)	Достоверность различий
Негативные симптомы	8,14±5,28	11,40±6,35	p<0,05
Влияние на семью	4,68±4,53	6,90±4,33	p=0,06
Необходимость поддержки	6,81±5,97	10,95±6,75	p<0,05
Зависимость	6,63±4,43	10,80±5,62	p<0,01

онарных условиях (73,84% случаев против 35,0%, p<0,01), реже попадая в больницы (11,90% и 45,0% соответственно, p<0,01). В основной группе в течение 1-го года наблюдения госпитализаций не отмечалось вовсе, а средняя длительность пребывания в дневном стационаре (42,8±31,2 дня) была существенно меньше, чем в контрольной группе (65,67±39,43 дня, p=0,05).

Социальные исходы в основной группе были более благоприятными – пациенты значимо чаще устраивались на работу после проведенного лечения (33,80% случаев против 14,63%, p<0,05), продолжали обучение (49,30% случаев против 26,83%, p<0,05) и сохраняли ролевые функции в семье (56,34% случаев против 31,71%, p<0,05). Напротив, пациенты контрольной группы чаще не имели определенного занятия (26,83% случаев против 5,63%, p<0,05) и занимали подчиненное положение в семье (68,29% случаев против 43,66%, p<0,05). Прежний круг общения сохранялся в обеих группах примерно в равном объеме. Вместе с тем у пациентов основной группы круг общения чаще сужался (43,66%), чем распадался (14,08%), в то время как у пациентов контрольной группы наблюдалась обратная пропорция – сужение круга общения отмечалось в 19,51% случаев, а его утрата – в 43,90% случаев (p<0,01).

Психообразование, как один из основных элементов осуществленного вмешательства, достоверно повышает осведомленность пациентов о психическом заболевании и способах распознавания ранних признаков обострения (почти по всем позициям оригинального опросника различия статистически достоверны – p<0,05; p<0,001), что обуславливает

улучшение комплайенса и опосредованно способствует повышению качества ремиссий.

Психосоциальная терапия облегчает достижение более высокого уровня социального функционирования и качества жизни – пациенты основной группы при завершении программы обнаруживали существенное улучшение по большинству показателей (табл. 1); обеспечивает рост доверительности взаимоотношений с окружающими (93,41% пациентов основной группы при завершении программы комплексного лечения для оценки доверительности отношений с окружающими выбирали максимально высокие баллы, p<0,001) и усиливает ощущение поддержки референтной группы (выраженность эмоциональной поддержки у пациентов, получавших психосоциальную терапию, составляла 32,08±7,07 баллов против 27,80±9,21 баллов, p<0,05).

Наконец, применение психосоциальных вмешательств уменьшает нагрузку на семью (табл. 2).

Обсуждение

Результаты данного исследования согласуются с результатами других работ, посвященных оценке эффективности комплексных программ оказания помощи больным с ППЭ. Так, J.Cullberg с соавт. (17) сообщают о более высоком рейтинге по шкале GAF – шкала общей оценки функционирования и меньшей продолжительности госпитализаций в основной группе больных через год после включения в программу, по сравнению с проспективной и катармнестической контрольной группами. По данным годового катармнеза проекта OPUS в Дании (34, 35) комплексное лечение способствует более выраженной редукции психо-

тических симптомов и уменьшению чувства безнадежности. Особого внимания заслуживает исследование R.M.G.Norman, A.K.Malla с соавт. (36), установившее взаимосвязь между более высоким уровнем социальной поддержки больных с ППЭ, с одной стороны, уменьшением выраженности позитивных симптомов и снижением частоты госпитализаций в течение 3-летнего периода наблюдения, с другой стороны. При этом не было обнаружено влияния на найденную корреляцию таких составляющих как пол, возраст, уровень преморбидного приспособления и длительность нелеченого психоза.

В заключение следует отметить, что программа групповых и индивидуальных психосоциальных вмешательств является важной составной частью комплексного, наряду с фармакотерапией, лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальном этапе оказания помощи. Тактика и содержание подобных вмешательств должны отвечать потребностям пациентов и их семей при первичном обращении в связи с возникновением психотического состояния с учетом

субъективной оценки болезненного состояния пациентами и их семьями, и особенностями реагирования на него.

Использование программы групповых и индивидуальных психосоциальных вмешательств в комплексном лечении больных в клинике первого психотического эпизода по данным 2-летнего катамнеза повышает качество ремиссий, улучшает комплайенс, снижает число повторных госпитализаций, положительно влияет на социальные исходы, способствует достижению более высокого уровня социального функционирования и качества жизни, обеспечивает рост доверительности взаимоотношений с окружающими, усиливает чувство поддержки референтной группы, уменьшает бремя семьи. Наиболее выражено влияние психосоциального вмешательства на комплайентность больных с первыми психотическими эпизодами, что опосредованно способствует повышению качества ремиссий, своевременному выявлению признаков обострения и расширяет возможности получения необходимой помощи в наименее ограничительных условиях, предотвращая социальные потери.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35–40.
2. Гурович И.Я., Сальникова Л.И., Магомедова М.В. и соавт. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 98–108.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и соавт. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении). Методические рекомендации. – М., 2003. – 23 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 492 с.
5. Гурович И.Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 12–17.
6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М., 1996. – 288 с.
7. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001. – 237 с.
8. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Семенова Н.Д., Архипова Е.Л. Модуль психообразовательной работы с больными шизофренией и их родственниками // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 76–97.
9. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича и А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С. 109–111.
10. Хатфилд А.Б., Лефли Г.П. Как выживать с психическим заболеванием / Пер. с англ. под ред. О.Абессонова. – Киев, 2002. – 299 с.
11. Addington J., Young J., Addington D. Social outcome in early psychosis // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33. – P. 1119–1124.
12. Barrelet L., Ferrero F., Szigethy L. et al. Expressed emotion and first-admission schizophrenia: Nine-month follow-up in a French cultural environment // Br. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 156. – P. 357–362.
13. Burns T., Creed F., Fahy T. et al. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial // Lancet. – 1999. – Vol. 353. – P. 2185–2189.
14. Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P., Keith S.J. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 158, N 2. – P. 163–175.
15. Cullberg J., Levander S., Holmqvist R. et al. One year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – Vol. 106. – P. 276–285.
16. Fenton W.S., Schooler N.R. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, N 1. – P. 1–3.
17. Frank A.F., Gunderson J.G. The role of the treatment alliance in the treatment of schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. – 1990. – Vol. 47. – P. 228–236.
18. Gleeson J., Larsen T.K., McGorry P.D. Psychological treatment in pre- and early psychosis // J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry. – 2003. – Vol. 31, N 1. – P. 229–245.
19. Harrigan S.M., McGorry P.D., Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33, N 1. – P. 97–110.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13. – P. 261–276.
21. Malla A.K., Norman R.M.G., Manchanda R. et al. Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-oriented treatment // Psychiatric Services. – 2002. – Vol. 53, N 4. – P. 458–463.
22. Malla A.K., Norman R.M., Takhar J. et al. Can patients at risk for persistent negative symptoms be identified during their first episode of psychosis? // J. Nerv. Ment. Dis. – 2004. – Vol. 192, N 7. – P. 455–463.
23. Mari J.J., Streinger D.L. An overview of family interventions and relapse in schizophrenia: meta-analysis of research findings // Psychol. Med. – 1994. – Vol. 24. – P. 565–578.
24. Marshall M., Lockwood A. Early intervention for psychosis // Cochrane Database Syst. Rev. – 2004. – Vol. 2, CD004718.
25. McCay E., Ryan K. Meeting the patient's emotional needs // The Early Stages of Schizophrenia / R.B.Zipursky, S.C.Schuls (Eds.). – Washington, DC, London, England, 2002. – P. 107–127.
26. McGorry P.D. Psychoeducation in first-episode psychosis: a therapeutic process // Psychiatry. – 1995. – Vol. 58. – P. 313–328.
27. McGorry P.D., Yung A.R., Phillips L.J. et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms // Arch. Gen. Psychiatry. – 2002. – Vol. 59, N 10. – P. 921–928.
28. Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M. et al. OPUS study: suicidal behavior, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomized controlled trial // Br. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 181, Suppl. 43. – P. s 98–s106.
29. Nordentoft M., Jeppesen P., Petersen L. et al. OPUS project: a randomized controlled trial of integrated psychiatric treatment in first-

episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 60, Suppl. 1. – P. s297.

30. Norman R.M.G., Malla A.K., Manchanda R. et al. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80. – P. 227–234.

31. Penn D.L., Mueser K.T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 607–617.

32. Strauss J.S. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry // *Schizophr. Bull.* – 1989. – Vol. 15. – P. 179–188.

33. Szmukler G., Burgess P., Hirsman H., Benson A., Colusa S., Bloch S. The caregiver inventory. – University of Melbourne, Victoria, Australia, 1994.

34. Thompson K.N., McGorry P.D., Harrigan S.M. Recovery style and outcome in first-episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 62. – P. 31–36.

35. Velligan D.I., Bow-Thomas C.C., Huntzinger C. et al. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157, N 8. – P. 1317–1323.

USING A COMPLEX THERAPEUTIC INTERVENTION PROGRAM IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS AT INITIAL STAGES OF THE DISORDER

L. G. Movina

The author has developed a psychosocial treatment program for patients with schizophrenia and schizophrenia-spectrum disorders at initial stages of the disorder. The program includes psychoeducation with problem resolution elements and training of social skills, individual family interventions and psychosocial support. Interventions can be both individual and on group basis, though families are dealt with only on individual basis. Clinical characteristics of the disorder are also taken into account. Among them the duration and severity of the prodrome, severity of manifest symptoms, type of the course, severity of actual psychotic condition, structure and characteristics of remission, which

influence the reactions of the patients and their family members to the mental disorder (minimizing the problem, exaggerating the severity of disorder and its consequences, identification of morbid features with personality characteristics, accepting mental disorder and the patient's role). A two-year follow-up point to efficacy of these interventions in terms of clinical and social outcome, and also in terms of burden for the family. Psychosocial intervention obviously influences the patients' compliance, which indirectly contributes to the quality of remission and early detection of exacerbation symptoms, thus providing conditions for the least restrictive care and prevention of social deterioration.