

Психообразование родственников пациентов первого психотического эпизода позволяют снизить частоту повторных госпитализаций таких больных, что показало клинико-катамнестическое исследование 286 пациентов с первым психотическим эпизодом, которые проходили лечение в ГУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» департамента здравоохранения Краснодарского края с 2002 по 2004 г.

Поступила 01.12.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М., 2002. С. 3.
2. Зайцев В. В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: Автореф. на соиск. уч. ст. к. м. н. СПб, 1999. С. 28–30.
3. Ильинский Ю. А., Трофименко С. Н. Ремиссии приступообразно-прогредиентной шизофрении в судебно-психиатрической практике // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1989. В. 1. С. 79–83.
4. Коцюбинский А. П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальная адаптация больных: Автореферат на соиск. уч. ст. докт. мед. н. СПб, 1999.
5. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. О современных подходах к этиопатогенезу шизофрении // Обзорные психиатрии и мед. психологи им. Бехтерева. 2000. № 1. С. 72–75.
6. Красик Е. Д., Балашов П. П. Профилактика регоспитализации больных шизофренией с затяжным течением на этапе индустриальной реабилитации // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1981. В. 5. С. 724–729.
7. Морозов В. М., Тарасов Ю. К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1951. В. 4. С. 44–47.
8. Немцова А. В. и Покровской И. А. Применение статистических методов. Сообщение 1. Средние величины // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. Т. 7. № 4. С. 94–98.

9. Свердлов Л. С., Скорик А. И., Галанин И. В. О механизмах развития рецидивов при эндогенных психозах: длительность ремиссий при шизофрении // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1991. В. 1. С. 89–94.

10. Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Ротштейн В. Г. Популяционные закономерности возникновения и течения эндогенных психозов как отражения их патогенеза // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1985. В. 8. С. 1184–1191.

11. Franklin J. L., Kittredge L. D., Transher J. A. A survey of factors related to mental hospital readmission // Hosp. Commun. Psychiat. 1975. V. 26. № 11. P. 749–751.

12. Healy A., Knapp M., Astin J., et al. (Inst. Of Psychiatry, London; Univ. of Wales, Cardiff) Экономическая эффективность согласованной терапии больных психозом // Ежегодник Сервье. 2000, том II.

13. McFarlane W. R. (Maine Med. Ctr., Portland). Преимущества интегрированного подхода к лечению лиц с нарушениями психики: сочетание образовательных курсов по психиатрии для родных и близких больного и социальной терапии, направленной на повышение самооценки. Adm. Policy Health. Vol. 25. P. 191–198, 1997 // Ежегодник Сервье, 1999, том IV.

14. Rosen B., Klein D. F. The prediction of rehospitalization: The relationship between age of first psychiatric treatment contact, marital status and premorbid asocial adjustment // J. nerv. ment. Dis. 1971. V. 152. № 1. P. 17–22.

A. V. SOLONENKO

PSYCHOEDUCATION INFLUENCE ON REHOSPITALIZATION OF EARLY PSYCHOSIS PATIENTS

This investigation is devoted to psychoeducation influence on rehospitalization frequency of early psychosis patients. Psychoeducation of early psychosis patient's families allows to decrease rehospitalization frequency of such patients, that was showed by clinical-catamnestic investigation of 286 early psychosis patient, who were treated in Clinical psychiatric hospital of Krasnodar region during 2002-2004 years.

A. B. СОЛОНЕНКО

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ И ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЙЕНСА

*ГУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» ДЗ КК,
курс нервных болезней, психологии и психиатрии КМИ,
кафедра клинической психологии ИЭиУМиСС*

Проблема рецидивирования эндогенных психических расстройств в значительной степени связана с нарушением приема рекомендованных доз поддерживающего лечения. Имеется достаточно много работ, свидетельствующих о безусловном антирецидивном эффекте комплаентности (Абрамова Л. И. с соавт., 1986; Давтян С. Э., 1992; Коцюбинский А. П. с соавт., 1999, 2000; Huber G., 1983). В то же время до недавнего времени ряд авторов считал, что, несмотря на многочисленные сообщения об эффективности поддерживающей терапии, количество рецидивов и связанных с ними регоспитализаций практически не уменьшилось (Свердлов Л. С., Скорик А. И. с соавт. 1991). Так,

Р. Я. Вовин (1985) считал, что использование поддерживающей медикаментозной терапии хотя и оказывалось эффективным для профилактики рецидивирования, но ни в коей мере не гарантировало непооявления рецидива; при этом нередко побочные действия традиционных нейрореплетиков вызывали у пациентов проявления, трудно отличимые от процессуального дефекта, а иногда проявления фармакогенной депрессии (Glatzer W. et al., 1992). При этом вышеуказанные проявления зачастую являлись причинными факторами нарушения комплаентности. Однако ситуация изменилась с 90-х годов прошлого века с появлением атипичных нейрореплетиков, которые во многом решили вопрос погрешностей поддерживающей

Сравнительный анализ обследуемых по соблюдению приема поддерживающего лечения в межгоспитальный период, %

| Поддерживающая терапия | Исследуемая группа | Контрольная группа | Достоверность различий |
|--|--------------------|--------------------|------------------------|
| Эпизодически (бессистемно) | 38,8 | 24,0 | t=2,01; p<0,05 |
| Постоянно (самостоятельно) | 37,7 | 25,0 | t=1,99; p<0,05 |
| Не нуждается | 3,5 | 2,0 | p>0,05 |
| Отказывается, но принимает принудительно под контролем родственников | 17,5 | 11,0 | p>0,05 |
| Отказывается и не принимает | 3,0 | 38,0 | t=2,03; p<0,05 |

фармакотерапии в связи с побочными действиями. Однако не секрет, что проблема комплаентности остается актуальной и в настоящее время.

Целью нашей работы явилось исследование влияния психообразования родственников пациентов с первым психотическим эпизодом на комплаентность таких больных, для чего нами было проведено клинико-катамнестическое исследование двух групп пациентов: исследуемой группы, состоящей из 286 больных с психотическими расстройствами, которые в период с 2002 по 2004 г. госпитализировались в отделение первого психотического эпизода ГУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» департамента здравоохранения Краснодарского края, в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий которым было включено психообразование как самих больных, так и их родственников, и контрольной группы (100 чел.), в которой психообразование с родственниками больных не проводилось, с последующим их сопоставительным анализом. Для клинико-катамнестического обследования выборки была использована разработанная нами карта-анкета с опросником для родственников пациентов. Психообразование родственников пациентов проводилось по модифицированной нами программе психообразования, предложенной И. Я. Гуровичем и А. Б. Шмуklerом (2002). Достоверность различий оценивалась с помощью критерия Стьюдента-Фишера.

Обследуемые нашей выборки получали поддерживающее лечение традиционными нейролептиками в 12% случаев, а в 88% – атипичными нейролептиками (оланзапином – 48%, сероквелем – 8% и rispалептом – 32%).

Как показало клинико-катамнестическое исследование выборки, за период катамнестического наблюдения только 18% обследуемых соблюдали рекомендованные дозы поддерживающего лечения, тогда как большая часть обследуемых (82%) в той или иной степени допускали нарушение комплаентности: преждевременное прекращение приема препаратов – 21,0%, необоснованное уменьшение доз – 24,0%, своевольная замена рекомендованных препаратов «безвредными» (травы, легкие седатики, БАДы) – 19,0%, выборочный прием препаратов – 18,0%. Причем только 10,0% обследуемых принимали поддерживающее лечение под контролем родственников, 6,0% из них были полностью комплаентны, а 4,0% допускали те или иные варианты погрешностей приема поддерживающей терапии по настоянию родственников, что свидетельствует об их

неинформированности об особенностях болезненных проявлений и их лечении у психотически больного.

Исследование показало, что 36,7% обследуемых из всех нарушавших комплаентность допускали погрешности в приеме препаратов уже через месяц после выписки, через 3 месяца – 64,8%, а через 6 месяцев – 79,2%. Интересен тот факт, что часть обследуемых (6,0%) полностью прекратили прием поддерживающей терапии сразу после выписки из стационара, тогда как 15,0% постепенно прекращали прием рекомендованных препаратов в течение 6 месяцев после выписки. Зачастую прием поддерживающего лечения замещался (под руководством родственников) «лечением» у различного рода целителей.

Сопоставительный анализ обследуемых исследуемой и контрольной групп по признаку «соблюдение режима приема поддерживающего лечения» показал следующие различия (табл. 1). Как следует из таблицы, в общем самостоятельно принимали рекомендованное поддерживающее лечение достоверно чаще обследуемые из исследуемой группы. Из них эпизодически (бессистемно) принимали рекомендованные препараты обследуемые из исследуемой группы – 38,8%, что достоверно чаще обследуемых контрольной группы (24,0%). Постоянно самостоятельно принимали поддерживающее лечение достоверно чаще обследуемые также из исследуемой группы: 37,7% против 25,0% в контрольной группе. Пациентов, не нуждающихся в приеме поддерживающего лечения, было мало, и здесь различий отмечено не было. Сюда попали обследуемые, которым при первой госпитализации был выставлен диагноз «острое психотическое расстройство», которые принимали рекомендованное лечение в течение 1,5–2 лет после выписки и по рекомендациям участкового психиатра прекращали прием препарата. Обследуемые, которые отказывались от приема рекомендованного лечения, но принимали принудительно под контролем родственников (или доставлялись родственниками в диспансер для очередной инъекции пролонга), чаще отмечены также в исследуемой группе: 17,5% против 11,0% среди обследуемых контрольной группы, однако различие недостоверно. Тогда как отказывались и не принимали рекомендованных препаратов достоверно чаще обследуемые из контрольной группы: 38,0% против 3,0% в исследуемой группе.

Сравнительный анализ обследуемых исследуемой и контрольной групп по признаку «варианты нарушения комплаенса» показал следующие тенденции (табл. 2).

Сравнительный анализ обследуемых по вариантам нарушения комплайентности, %

| Варианты нарушения комплайенса | Исследуемая группа | Контрольная группа | Достоверность различий |
|---|--------------------|--------------------|------------------------|
| Преждевременное прекращение приема | 3,0 | 21,0 | t=2,06; p<0,05 |
| Необоснованное уменьшение доз | 2,0 | 24,0 | t=2,05; p<0,05 |
| Своевольная замена рекомендованных препаратов более легкими | 3,0 | 19,0 | t=2,05; p<0,05 |
| Выборочный прием препаратов | 3,0 | 18,0 | t=2,05; p<0,05 |
| Соблюдение комплайенса | 89,0 | 18,0 | t=3,28; p<0,00 |

Соблюдение комплайенса достоверно чаще отмечено в исследуемой группе: 89,0% против 18,0% в контрольной группе. Тогда как все варианты нарушения комплайенса достоверно чаще отмечены в контрольной группе. Так, преждевременное прекращение приема рекомендованных препаратов достоверно чаще отмечено в контрольной группе: 21,0% против 3,0% в исследуемой группе. Необоснованное уменьшение доз рекомендованных препаратов достоверно чаще отмечено в контрольной группе: 24,0% против 2,0% в исследуемой группе. Своевольная замена рекомендованных препаратов «более легкими, не такими токсичными» (травы, БАДы) также достоверно чаще встречалась в семьях обследуемых, где не проводилось психообразовательной работы с родственниками пациентов: 19,0% против 3,0% в семьях обследуемых, которые посещали занятия по психообразованию. Выборочный прием рекомендованных препаратов имел место достоверно чаще в контрольной группе: 18,0% против 3,0% среди обследуемых в исследуемой группе.

Таким образом, результаты проведенного исследования показывают эффективность психообразовательной работы с родственниками пациентов с первым психотическим эпизодом в улучшении их комплайентности.

Поступила 23.11.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Л. И., Гушанский Э. Л. Длительная терапия модитеном-депо больных шизофренией в условиях психоневрологического диспансера // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1986. В. 3. С. 419–424.

2. Вовин Р. Я. О клинических эффектах нейролептиков // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1984. В. 3. С. 413–418.

3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных: М., 2002. С. 3.

4. Коцюбинский А. П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальная адаптация больных: Автореферат на соиск. уч. ст. докт. мед. н. СПб, 1999.

5. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. О современных подходах к этиопатогенезу шизофрении // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. 2000. № 1. С. 72–75.

6. Свердлов Л. С., Скорик А. И., Галанин И. В. О механизмах развития рецидивов при эндогенных психозах: длительность ремиссий при шизофрении // Ж. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1991. В. 1. С. 89–94.

7. Huber G. Das Konszept substrat nacher Basissymptome und seine Bedeutung fuer theorie und Therapie Schizophrener // Nervenarzt. 1983. Bd. 54. P. 23–32.

A. V. SOLONENKO

PSYCHOEDUCATION AND COMPLIANCE PROBLEMS

This clinical-catamnestic investigation was fulfilled at the Krasnodar region psychiatric clinic (early psychotic episode department) on 286 patients with early psychotic episode, who were treated there in the period of 2002–2004 years. The investigation shows the effect of psychoeducation of early psychotic episode patient's relatives on compliance of such patients.