

УДК 616.895.8+615.851.4+13.3

*Е.М. Денисов***ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: параноидная шизофрения, медико-социальная реабилитация, психообразовательные программы, качество жизни, социальное функционирование

В современном мире организация помощи и лечение больных параноидной шизофренией (ПШ) остается одной из актуальной задачей. Традиционная психиатрическая практика с использованием клинико-диагностического подхода и фармакотерапии, ориентированная на патологический процесс, не учитывает индивидуальных, социальных и личностных особенностей пациентов и делает невозможным оказание им полноценной и качественной психиатрической помощи [1, 5, 6, 8, 9, 10].

Медикаментозное лечение позволяет достичь редукции отдельных психопатологических симптомов, снижения необходимости физического стеснения больных, однако оно не влияет на особенности их качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) вне больницы и не снижает риска рецидива болезни [2, 4, 11, 13].

Психофармакотерапия облегчает общение с больным, а зачастую является единственным условием установления психотерапевтического контакта [15]. Регулирование лекарственными режимами способствует удержанию пациента в психотерапевтическом процессе [16].

Оптимизация лечебной помощи пациентам с ПШ может быть осуществлена только в условиях, позволяющих реализовать медико-социальную реабилитацию (МСР) и внедрить ее в клиническую и социальную психиатрию [10-14, 18]. Учитывая, что МСР реабилитация охватывает все сферы жизни больного (семья, ближайшее окружение, профессиональная деятельность, социальные роли и т.д.), в условиях психиатрической больницы она ограничивается локальными целями [13, 15, 17].

МСР, проводящаяся в психиатрическом стационаре, в состоянии обеспечить положительный терапевтический эффект только на внутрибольничном уровне, но не оказывают существенного влияния на уровень профессионального приспособления больного в обществе [2, 9].

Психосоциальные и психотерапевтические вмешательства больным ПШ должны быть направлены не только на достижение максимально возможной ремиссии, предупреждения инвалидности, повышения личностного и социального статуса, но и на восстановление когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, социальных навыков, знаний и умений, противодействовать остаточным психотическим и дефицитарным симптомам [4, 11, 12, 14].

Особое место в структуре МСР занимают психообразовательные программы (ПП), как система психотерапевтического воздействия, направленная на информирование пациентов и их родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания.

Обучающее направление ПП заключается в получении больными информации о психическом расстройстве, своевременном распознавании и контроле отдельных симптомов, ранних признаках рецидива, возможности благоприятного исхода, выработке адекватных навыков поведения, общения, реагирования в сложных ситуациях.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности ПП у больных ПШ в условиях психиатрического стационара.

Материал и методы исследования

В основную группу вошли 25 больных ПШ с эпизодическим течением (60%) и периодом наблюдения менее года (40%) с суммарной оцен-

кой по PANSS менее 80 баллов. Данные пациенты получали сочетанное лечение психофармакологическими средствами с использованием

ПП, которые начинались после купирования острого психотического состояния. В психообразование не были включены пациенты с непрерывным течением из-за наличия у них умеренных или выраженных негативных и нейрокогнитивных расстройств, которые затрудняли понимание содержания занятий.

Лечение проводилось традиционными (галоперидол, трифтазин, клопиксол) или атипичными антипсихотиками (азалептин, рисполепт, zipрекса, солиан) в средних терапевтических дозировках.

Группа сравнения, сопоставимая с пациентами основной группы, состояла из 30 больных ПШ с эпизодическим течением (53,3%) и периодом наблюдения менее года (46,7%). Эти больные получали только психофармакологическое лечение.

Поддерживающий прием лекарственных препаратов в обеих группах осуществлялся в течение 12 – ти месячного катамнестического периода.

Разработанные нами ПП представляли собой поэтапно осуществляемую систему информационных, психокоррекционных и социально – тренинговых воздействий. Психообразование, как один из методов групповой психотерапии, включало проведение тематических занятий, коммуникативной терапии и проблемно ориентированных дискуссий в группе.

Основной целью данного метода, являлось формирование у больных адекватного представления о психических расстройствах, умение управлять медикаментозной терапией, выработка навыков в решении жизненных проблем, снижение эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания, улучшение эмоциональных, коммуникативных и психологических характеристик, имеющих существенное значение для улучшения КЖ и СФ.

ПП проводились в закрытых группах по 8 – 10 человек (после начала работы не принимали новых участников) с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса. Каждый цикл состоял из 10 занятий продолжительностью 50 - 60 минут каждое. Частота занятий – 1 – 2 раза в неделю.

Тематика ПП была следующей: восполнение у больных информационного дефицита медицинских знаний, формирование способности понимания болезни, обучение больных распознаванию первых признаков обострения психического расстройства и выработка самоконтроля над ним, знакомство с методами психофар-

макотерапии и психотерапии, особенностями побочных явлений и преодолением их, коррекция искаженных заблуждений социальных позиций больных, улучшение личных взаимоотношений, снижение уровня самостигматизации.

Для проведения обучающих сессий использовались отдельные помещения, высокие кресла с подлокотниками, журнальный столик, листы белой бумаги или ватмана, фломастеры, визуальная информация (таблицы), печатная продукция (информационные брошюры и буклеты).

Оценку эффективности ПП проводили при помощи шкалы изучения выраженности продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов (PANSS) [20], а также шкалы клинического впечатления (CGI-I) [19].

Исследование КЖ больных ПШ проводили при помощи русской версии опросника качества жизни – ВОЗКЖ-100 [3]. Данная шкала оценивала 6 модулей (сфер): физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные взаимоотношения, окружающая среда, духовная сфера, а также напрямую измеряла восприятие пациентами своего КЖ и здоровья в целом. Анализ уровня качества жизни осуществлялся по 20-бальной шкале (4-6 баллов – очень плохое, 7-10 баллов – плохое, 11-13 баллов – удовлетворительное (среднее), 14-17 баллов – хорошее, 18-20 баллов – очень хорошее).

Успешность СФ в различных социальных сферах и его параметры, отражающие характеристику 10 сфер жизнедеятельности, фиксировалось в опроснике СФ В.В. Зайцева (1999) [7]. Количественная сторона СФ характеризовала уровень успешности функционирования в различных сферах: производственная (учебно-трудовая), межличностные отношения, родительская семья, родственные отношения, организация быта повседневной жизни, проведение досуга), а также оценивал способность ухаживать за собой, внешний вид, физическую сферу, сферу работоспособности (дневной активности), сексуальные отношения. Уровень СФ в каждой сфере оценивался: 0-1 баллов (высокий), 1-2 балла (хороший), 2 – 3 балла (сниженный), 3-4 балла (низкий).

Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере Pentium II с использованием статистической программы STADIA 5,0. Для этого применяли описательную статистику ($M \pm m$), параметрический F -критерий Стьюдента и t -критерий Фишера, коэффициент линейной корреляции Спирмана, непараметрический U -критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Эффективность предложенного метода лечения заключалась в достоверном снижении суммарного показателя выраженности психопатоло-

гических симптомов по шкале PANSS в основной группе в отличие от больных группы сравнения (Табл. 1).

Таблица 1

Степень редукции общего показателя по шкале PANSS у больных параноидной шизофренией на момент включения в исследование и при выписке из стационара

	Основная группа		Группа сравнения		Достоверные различия
	n=25		n=30		
	Включение	Выписка	Включение	Выписка	
Общий балл по шкале PANSS	70,21±3,12	58,92±2,10*	74,38±3,18	66,18±2,16*	p<0,05

Примечание: * - достоверные различия при включении больных в исследование и выписки из психиатрического стационара на уровне p<0,05.

У 92% больных основной группы наблюдалась различной степени положительная динамика (значительное улучшение - 16%, умеренное улучшение – 64%, минимальное улучшение – 12%) психического состояния, и только у 8%

пациентов психические нарушения сохранялись. В группе сравнения клиническое улучшение было отмечено у 70% пациентов, в то время, как у 30% больных позитивной динамики психического расстройства не наблюдалось.

Таблица 2

Эффективность лечебно – реабилитационного комплекса по шкале общего клинического впечатления

Клинический эффект	Основная группа		Группа сравнения		Достоверность различий
	n=25		n=30		
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	
Значительное улучшение	4	16,0	3	10,0	p<0,05
Умеренное улучшение	16	64,0	6	20,0	p<0,001
Минимальное улучшение	3	12,0	12	40,0	p<0,05
Без изменений	1	4,0	5	16,6	p>0,05
Ухудшение	1	4,0	4	13,4	p>0,05

На протяжении катamnестического периода обострение заболевания возникало у 16% больных основной группы и у 33,3% в группе сравнения (p<0,001). Рецидив психического расстройства у пациентов основной группы был в

более позднем периоде катamnеза (9-12 месяцев), в отличие от пациентов группы сравнения, у которых обострение шизофрении наблюдалось на всем промежутке катamnестического периода (p<0,05).

Таблица 3

Частота обострения параноидной шизофрении с госпитализациями в психиатрический стационар в основной группе и группе сравнения

Время начала обострения	Основная группа n=25		Группа сравнения n=30		Достоверность различий
	Абс.	%	Абс.	%	
До 3 месяцев	-	-	1	3,3	p>0,05
От 3 до 6 месяцев	-	-	2	6,7	p>0,05
От 6 до 9 месяцев	1	4,0	2	6,7	p>0,05
От 9-12 месяцев	3	12,0	5	16,6	p<0,05
В течение года обострения не было	21	84,0	20	66,7	p<0,05

Продолжительность последующей госпитализации при рецидиве и длительности острых психотических нарушений у больных основной группы были более короткими (47,32±2,56 дней и 14,1±1,32 дней), чем у пациентов в группе сравнения (57,47±2,12 дней и 18,8±1,40 дней).

Применение данного метода лечения у больных в основной группе приводило к повышению субъективной оценки психологических функций от 13,1±1,27 до 14,3±1,31 баллов ($p<0,01$), уров-

ня независимости от 13,2±1,25 до 14,2±1,30 баллов ($p<0,001$), социальных взаимоотношений от 12,7±1,10 до 14,0±1,26 баллов ($p<0,001$), окружающей среды от 13,1±1,26 до 14,0±1,24 баллов ($p<0,01$), восприятия своего здоровья в целом от 12,4±1,12 до 14,1±1,24 баллов ($p<0,001$). Средняя суммарная оценка КЖ по шкале ВОЗКЖ-100 после лечения достоверно увеличилась от удовлетворительного (12,7±1,25 баллов) до хорошего уровня (14,0±1,26 баллов, $p<0,05$). (Табл. 4).

Таблица 4

Оценка качества жизни у больных основной группы при их включении в исследование и выписке из стационара

Сферы качества жизни	При включении в исследование	При выписке	Достоверность различий
Физическая	12,9±1,11	13,5±1,23	$p>0,05$
Психологическая	13,1±1,27	14,3±1,31	$p<0,01$
Уровень независимости	13,2±1,25	14,2±1,30	$p<0,001$
Социальные отношения	12,7±1,10	14,0±1,26	$p<0,001$
Окружающая среда	13,1±1,26	14,0±1,24	$p<0,01$
Духовная	15,3±1,39	17,0±1,45	$p>0,05$
Восприятие своего здоровья в целом	12,4±1,12	14,1±1,24	$p<0,001$
<i>Средняя суммарная оценка</i>	12,7±1,25	14,0±1,26	$p<0,05$

В группе сравнения при выписке больных из стационара достоверное улучшение КЖ до хорошего уровня было зарегистрировано только в двух сферах – «социальные отношения» (12,2±1,10 до 13,9±1,23 баллов, $p<0,05$) и «окружающая среда»

(от 13,5±1,24 до 14,0±1,28 баллов, $p<0,001$). Повышение средней суммарной оценки качества жизни после лечения не носило достоверного значения ($p>0,05$), оставаясь на удовлетворительном уровне (13,4±1,22 балла, $p>0,05$). (Табл. 5).

Таблица 5

Оценка качества жизни у больных группы сравнения при их включении в исследование и выписке из стационара

Сферы качества жизни	При включении в исследование	При выписке	Достоверность различий
Физическая	12,5±1,17	12,5±1,21	$p>0,05$
Психологическая	13,3±1,22	13,5±1,30	$p>0,05$
Уровень независимости	13,0±1,29	13,0±1,34	$p>0,05$
Социальные отношения	12,2±1,10	13,0±1,23	$p<0,05$
Окружающая среда	13,5±1,25	14,0±1,28	$p<0,05$
Духовная	15,0±1,32	16,8±1,35	$p>0,05$
Восприятие своего здоровья в целом	12,2±1,10	12,9±1,14	$p>0,05$
<i>Средняя суммарная оценка</i>	12,9±1,20	13,4±1,22	$p>0,05$

Улучшение СФ у больных основной группы при катамнестическом наблюдении затрагивало относительно большое количество сфер, в частности «способность следить за внешним видом»

($p < 0,05$), «межличностные» ($p < 0,001$), «родительские отношения» ($p < 0,001$), «организация быта в повседневной жизни» ($p < 0,05$), «проведение досуга» ($p < 0,05$). (Рис.1).



Рис. 1. Оценка социального функционирования у больных основной группы при их включении в исследование и в катамнезе

Условные обозначения сфер СФ: 1 – «Способность следить за собой (внешний вид)», 2 – «физическая», 3 – «работоспособность (дневная активность)», 4 – «учебно-трудовая (производственная)», 5 – «межличностные отношения», 6 – «родительская семья», 7 – «родственные отношения», 8 – «организация быта в повседневной жизни», 9 – «проведение досуга», 10 – «сексуальные отношения».

Предложенный терапевтический комплекс оказывал положительное влияние на семейные, родственные и родительские отношения, характеризовавшиеся в катамнестическом периоде достаточной содержательностью, гармоничностью, с формированием оптимальной эмоциональной дистанции между пациентом и членами семьи. Вместе с тем сохранялись или восстанавливались социальные связи семьи. Больные становились более общительными, открыто обсуждали свои переживания, в меньшей степени были склонны к разрыву социальных связей, сужению прежнего круга общения.

Большинство больных (65%) могли самостоятельно вести домашнее хозяйство, осуществлять необходимый контроль семейных расходов (в том числе при незначительной помощи со стороны). При этом пациенты занимались рутинной работой и ведением домашнего хозяйства с интересом, однако иногда плохо переносили длительные физические нагрузки.

Кроме этого, проведенные в стационаре психообразовательные и обучающие занятия способствовали лучшей адаптации больных ПШ в домашней среде с нормированной организацией быта и досуга. В результате этого они могли самостоятельно вести домашнее хозяйство, осуществлять необходимый контроль семейных расходов (в том числе при незначительной помощи со стороны). Необходимо отметить по-

ложительное влияние ПП, включающих в себя обучение больных общественным навыкам. Больные адекватно оценивали интерес к своему внешнему виду, чистоте одежды, причёске и макияжу.

В группе сравнения улучшение социального функционирования в катамнезе наблюдалось только в сферах «способность следить за собой» ($p < 0,05$), «организация быта в повседневной жизни» ($p < 0,05$). (Рис.2).

Таким образом, использование ПП в системе МСР больных ПШ в условиях психиатрического стационара в 92% случаев приводит к положительной динамике психического состояния, в 84% случаев к снижению вероятности рецидива заболевания и частоты повторных госпитализаций на протяжении года, сокращению продолжительности последующего психотического эпизода, достаточно быстрому купированию резидуальных психотических симптомов, а также по данным катамнеза (1 год) способствует повышению КЖ и улучшению СФ.

Применение ПП в психиатрической практике является необходимым компонентом реабилитационного процесса, помогая больному и членам его семьи стать более активными участниками лечебного процесса, что, безусловно, способствует более полному восстановлению пациента и подготавливает его к дальнейшему возвращению в сообщество.



Рис. 2. Оценка социального функционирования у больных группы сравнения при их включении в исследование и в катанезе

Є.М. Денисов

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХООСВІТНИХ ПРОГРАМ У СИСТЕМІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Нами використовувалася у 25 хворих на параноїдну шизофренію техніка психоосвітньої психотерапії, яка була заснована на навчальних та психоосвітніх підходах. Нами досліджувалася ефективність психоосвітніх програм, вплив на рецидив захворювання, якість життя та соціальне функціонування. Оцінку ефективності психоосвітньої психотерапії вивчали за допомогою шкали загального клінічного враження (CGI-1), якості життя за допомогою шкали ВООЗ ЯЖ-100, соціальне функціонування за допомогою шкали соціального функціонування в різноманітних сферах Зайцева В.В. В ході лікування була показана висока ефективність психоосвітніх програм та був виявлений позитивний вплив на численні сфери якості життя та соціального функціонування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 53-58).

E. M. Denisov

THE USING OF PSYCHOEDUCATION PROGRAMM OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN SISTEM OF THE MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION

Donetsk National Medical University n.a. M. Gorkiy

Were was used of methods psychoeducation psychotherapy of the 25 patients with paranoid schizophrenia, based on the teaching and education approaches. Was studied clinical efficiency of the psychoeducation psychotherapy by used the scale clinical global impression (CGI), quality of lifewith used scale WHO QOL –100 and social functioning by used scale social functioning by names Zaitsev V.V. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P. 53-58).

Литература

1. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк: «Донецчина», 2004. - 272 с.
2. Абрамов В.А., С.И. Табачников, В.С. Подкорытов. Основы качественной психиатрической практики. Донецк: «Каштан», 2004. - 248 с.
3. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. С-Пб., 1998.
4. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении С-Пб: «Питер»,-2001 г., - 432 с.
5. Влох І.Й., Гофман Г. Психосоціальна реабілітація. Приципи, результати в Україні та Австрії //Архів психіатрії.-2001.-№3 (26).-С.115-118.
6. Гурович І.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.И., Марченко Г.Г. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления // Социальная и клиническая психиатрия.-2003.-Т.13, №3.-С.26-30.
7. Зайцев В.В. Влияние семейных параметров на социальную адаптацию больных шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед. наук.-С-Пб, 1999, с.52.
8. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия.-2001.-№1.-С.22-27.
9. Карлинг Пол Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Сфера. Киев, 2001.- 418 с.
10. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Архипова Е.Л. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях // Социальная и клиническая психиатрия.-2002. Т.12, №1.- С.48-53.
11. Семенова Н.Д. Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия.-1998. Т.8, №4. – С.30-39.
12. Anthony W.A. The psychosocial rehabilitation. Boston, 2001.- 256 p.
13. Anderson C. A psychoeducational program for patients with schizophrenia. London.- 2000.-p.135.
14. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia // Dialogues in clinical. Neuroscience Schizophrenia: Specific Topics –2001 – Volume 3 –No.2 – P.136-137.
15. Crow S. Supportive psychotherapy: a contradiction in terms. Br. J. Psychiat. -2001. v.215.-p.253-272.
16. Dixon L. Adams C. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. –2000.-Vol.26, N 1.-P.5-20.
17. Fenton WS, Blyler SR. Determinants of medical compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophr. Bull.-1997.-v.23., № 4.-p.637-651.
18. Goldstein M.J. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medication for schizophrenia and mood disorder // Psychopharmacol. Bull.-1992. –Vol. 28, N 3.- P.237-240.
19. Guy W. Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health, Rockville. MD.- 1976.- p.12.
20. Kay S.R, Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin.- Vol.13(2).- 1987.- P. 261-275.

Поступила в редакцию 4.03.2009