

Е.А.Хмельницкая.

ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ И БЛИЗКИХ К НЕЙ РАССТРОЙСТВ

Белорусский государственный медицинский университет.

Введение. Шизофрения – распространенное заболевание, в большинстве случаев сопровождающееся снижением качества жизни пациентов и выраженной социальной дезадаптацией, что в значительной степени является следствием клинических проявлений расстройства и высокой частоты обострений. Прием антипсихотических препаратов позволяет контролировать симптомы шизофрении и предотвращать обострения, однако хорошо известно, что люди, страдающие этим расстройством, зачастую отказываются от приема поддерживающего лечения. Отказ от лечения закономерно ведет к ухудшению психического состояния, повторным обострениям и госпитализациям. Усугубление симптомов шизофрении и частые обострения в свою очередь способствуют нарушению функционирования в обществе, инвалидизации, значительному ухудшению качества жизни. Для пациентов, страдающих шизофренией, характерен также низкий уровень осознания болезни, который вносит существенный вклад в отрицательное отношение пациентов к лечению и отказ от него и от сотрудничества с психиатрической службой. Одним из факторов, обуславливающих недостаточное осознание болезни и плохой комплайнс, является отсутствие у пациентов знаний о своем заболевании, его последствиях и антипсихотическом лечении.

С целью повышения уровня знаний о болезни в мире широко применяются психообразовательные вмешательства, которые по данным многих исследований эффективны в отношении таких клинических и социально-психологических показателей, как уровень знаний о болезни [6, 15], осознание болезни (инсайт) [10], соблюдение режима лечения (комплаинс) [10], качество жизни и социальное функционирование [6, 7, 8], позитивные и негативные симптомы шизофрении [8], частота обострений [6]. Однако эти данные подтверждаются не всеми исследователями, в некоторых работах не обнаружено существенных изменений в отношении описанных факторов. Авторы ряда обзоров, посвященных данному вопросу, приходят к выводу, что можно с уверенностью говорить об эффективности психообразовательных вмешательств в отношении уровня знаний потребителей о болезни. Данные об остальных эффектах неоднозначны и нуждаются в дальнейшем изучении [13]. Кроме того, на сегодняшний день не существует единой стандартной психообразовательной программы. Изучавшиеся в исследованиях вмешательства различались по длительности и содержанию, что осложняет сравнение полученных результатов. Таким образом, психообразовательные про-

граммы широко применяются в практике психиатрии, включены во многие руководства по лечению шизофрении [12], однако по-прежнему представляют научный интерес, так как окончательного ответа в отношении их вклада в общую эффективность лечения не получено.

В практике отечественной психиатрии психообразовательные программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, не имеют широкого применения, исследований их эффективности ранее не проводилось.

Цель настоящего исследования: оценка эффективности предложенной нами краткосрочной психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами. Исследование проводилось на базе отделения реабилитации Республиканского научно-практического центра психического здоровья.

Дизайн исследования: контролируемое проспективное.

Критерии включения: диагноз из группы «Шизофрения и близкие к ней расстройства» (шизофрения, острые транзиторные психотические расстройства, шизотипическое расстройство, шизоаффективное расстройство); возраст до 40 лет; длительность болезни до 10-ти лет; информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: коморбидное органическое поражение ЦНС; умственная отсталость; отсутствие среднего образования; суммарная оценка позитивных симптомов по шкале SAPS выше 68-ми баллов либо значительная и тяжелая степень выраженности (4-5 баллов) отдельных симптомов; суммарная оценка негативных симптомов по шкале SANS выше 75-ти баллов; оценка функционирования по шкале GAF менее 31-го балла; участие в других видах психосоциальной помощи в течение последнего года.

Включенные в исследование пациенты были разделены на две группы: пациенты основной группы помимо стандартного лечения в стационаре принимали участие в психообразовательной программе, пациенты контрольной группы получали только стандартное лечение.

Эффективность психообразовательной программы оценивалась с помощью следующих показателей: уровень знания о болезни, инсайт, комплайнс, качество жизни, социальное функционирование, позитивные и негативные симптомы. Использовались следующие инструменты: карта оценки уровня знаний о заболевании (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г.) [3]; шкала SAUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, Amador X.F. et al.), общие пункты [5] для оценки осознания болезни; шкала для оценки комплайнса из 7-ми пунктов, где пункт 1 соответствует полному отказу от приема препаратов, пункт 7 – активному участию пациента в лечении (Kemp K. et al.) [12]; шкала NAIF (New Assessment and Information Form to Measure Quality of Life, Hugenholtz P.Y., Erdman R.A.M.) [2] для оценки качества

жизни; шкала GAF (Global Assessment of Functioning Scale, DSM-III-R) для оценки уровня социального функционирования [21]; шкалы SAPS (Scale for the Assessing of Positive Symptoms) и SANS (Scale for the Assessing of Negative Symptoms, Andreasen N.C.) для оценки позитивных и негативных симптомов [1].

Предлагаемая и оцененная по своей эффективности психообразовательная программа состояла из 8-ми встреч, проводилась в закрытых группах. Подробное описание программы приводилось нами в предыдущей публикации [4].

Обследование пациентов основной группы проводилось за 1-2 дня до начала программы и через 1-2 дня после ее окончания. Обследование пациентов контрольной группы проводилось с таким же временным интервалом (10-14 дней).

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS 17.0. Поскольку распределение переменных в выборке отличалось от нормального, оценка различий проводилась с использованием непараметрического теста Вилкоксона для связанных групп. Межгрупповые различия оценивались по критерию Манна-Уитни для независимых групп.

Результаты: Всего в исследование было включено 80 пациентов: 46 в основную и 34 в контрольную группы. Основные клиничко-демографические характеристики обследованной выборки приведены в табл.1, по этим характеристикам группы не имели существенных различий.

Табл.1. Клиничко-демографические характеристики обследованных пациентов.

	Основная группа	Контрольная группа	p
Пол: мужской женский	21 (45,7 %) 25 (54,3%)	13 (38,2 %) 21 (61,8 %)	p>0,05
Возраст	17÷38 лет (26,7±5,5 лет)	18÷40 (26,3±5,6 лет)	p>0,05
Длительность болезни: менее года 1-4 года 4-7 лет 7-10 лет	15 (32,6 %) 15 (32,6 %) 7 (15,2 %) 9 (19,6 %)	11 (32,4 %) 10 (29,4 %) 5 (14,7 %) 8 (23,5 %)	p>0,05
Диагноз: F20.0 F21, F25 F23	30 (65,3 %) 6 (6,5 %) 10 (21,7 %)	25 (74,5 %) 2 (2,9 %) 7 (20,6 %)	p>0,05
Количество госпитализаций, Me; 25%-75%	1÷9 (2; 1-3)	1÷20 (2; 1-4)	p>0,05
Образование: среднее средне-специальное высшее	22 (47,8 %) 8 (17,4 %) 12 (33,6 %)	15 (44,1%) 5 (14,7%) 14 (41,2%)	p>0,05
Занятость: не работают работают	23 (50,0 %) 16 (34,8 %)	20 (58,8%) 13 (38,2%)	p>0,05

учатся	7 (15,2%)	1 (2,9%)	
Наличие групп инвалидности	2 (4,4%)	2 (5,9%)	p>0,05

Обследованные группы на момент включения в исследование не имели значимых различий по оцениваемым показателям ($p>0,05$): уровню знаний о болезни, инсайту, комплайнсу, уровню социального функционирования, качеству жизни, выраженности позитивных и негативных симптомов.

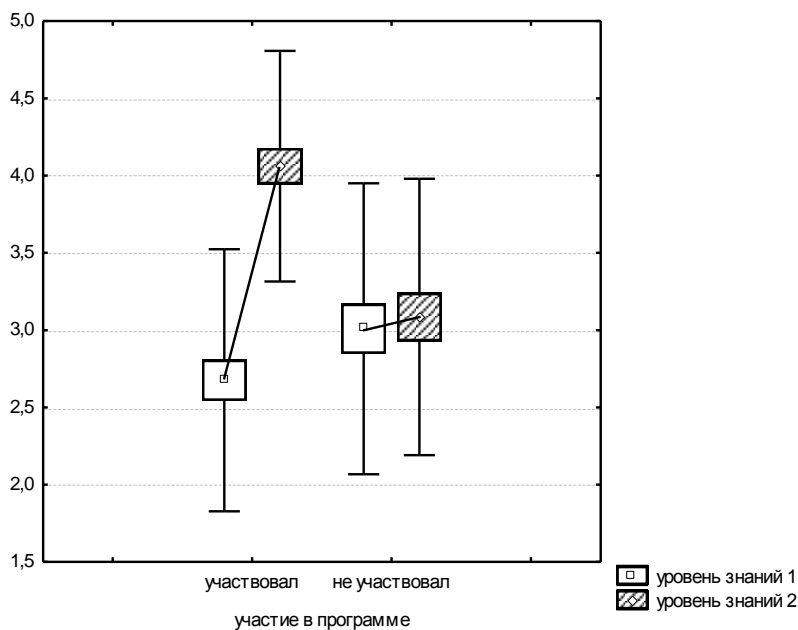


Рис.1. Изменения по карте оценки уровня знаний

Уровень знаний на первом этапе исследования составил $2,7 \pm 0,8$ балла для основной группы и $3,0 \pm 0,9$ балла для контрольной. После участия в психообразовательной программе уровень знаний увеличился в основной группе до $4,1 \pm 0,7$ баллов ($p < 0,001$), в контрольной группе через соответствующий промежуток времени уровень знаний составлял $3,1 \pm 0,9$ балла, т.е. существенного изменения в знаниях пациентов о своем заболевании в группе контроля не произошло ($p > 0,05$).

Различия в уровне знаний о болезни между группами при втором обследовании были статистически значимы, $p < 0,001$. См. **рис.1**.

Осознание болезни в основной группе значительно улучшилось: с $2,6 \pm 1,2$ до $1,8 \pm 1,1$ баллов ($p < 0,001$). В контрольной группе существенных изменений не произошло, оценка по шкале SAUMD составила $2,9 \pm 1,4$ баллов при первом обследовании, $2,7 \pm 1,4$ баллов при втором обследовании, $p > 0,05$ (по данной шкале более низкий балл соответствует более высокому уровню инсайта, средний балл 1 соответствуют полному осознанию болезни). Различие между группами на втором этапе было

достоверным, $p < 0,005$ (см. **рис.2**).

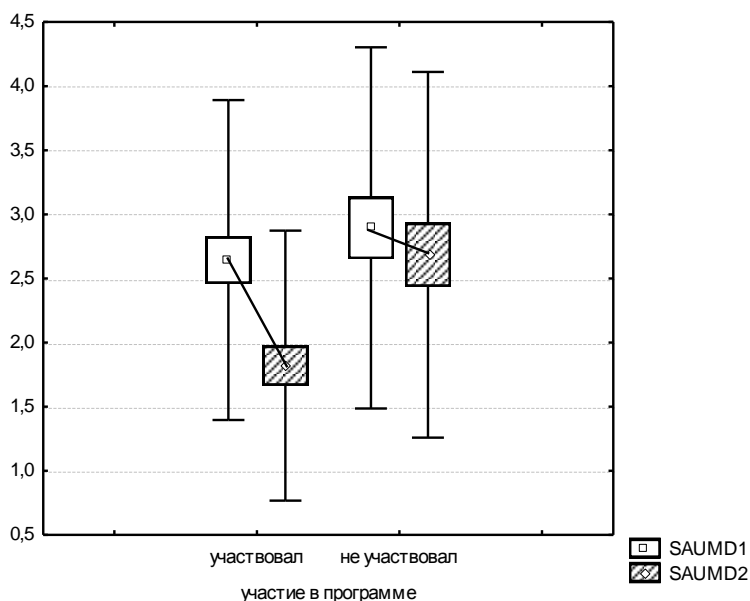


Рис.2. Изменения инсайта по шкале SAUMD

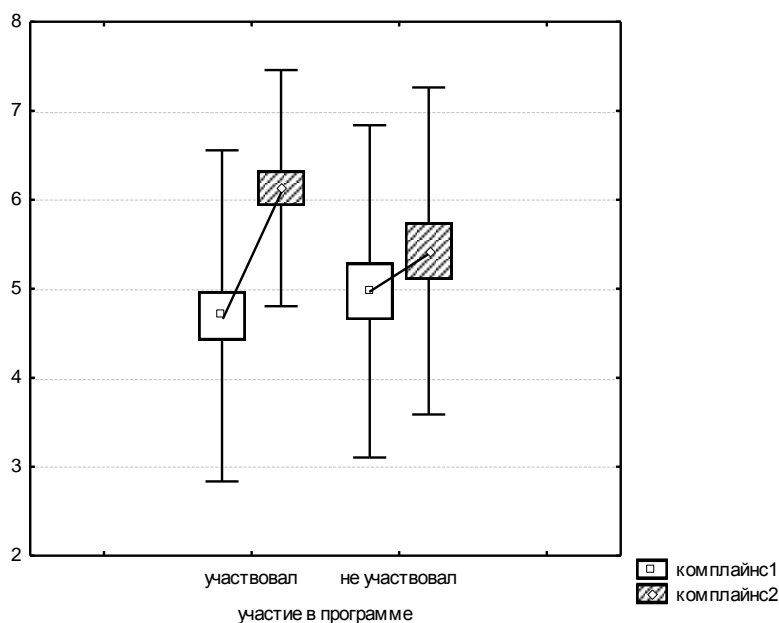


Рис.3. Изменения комплайенса.

В основной группе уровень комплайенса увеличился после участия в психообразовательной программе с $4,7 \pm 1,9$ до $6,1 \pm 1,3$ ($p < 0,001$). В контрольной группе также отмечалось увеличение уровня комплайенса: на втором этапе оценка составила $5,4 \pm 1,8$ по сравнению с $5,0 \pm 1,9$ на первом ($p < 0,005$). Значимых различий между группами не отмечалось ($p = 0,055$), однако улучшение данного показателя в группе пациентов, участвовавших в психообразовательной программе, было более выраженным (см. рис.3).

В обеих группах отмечалось статистически значимое улучшение социального функционирования: в основной группе с $59,0 \pm 8,0$ до $63,3 \pm 8,6$ ($p < 0,001$), в контрольной группе с $59,7 \pm 9,1$ до $62,9 \pm 8,9$ ($p < 0,005$). На втором этапе обследования существенных различий между группами по данному показателю не наблюдалось, $p > 0,05$ (см. рис.4) Аналогичная картина наблюдалась в отношении субъективного качества жизни, связанного с болезнью: в обеих

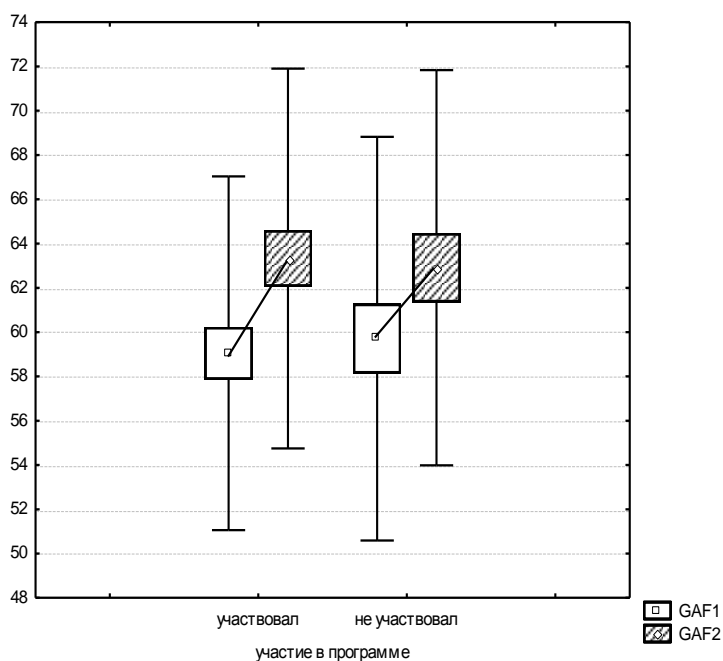


Рис.4. Изменения уровня социального функционирования по шкале GAF.

группах отмечалось значимое улучшение. В основной группе показатель по шкале NAIF (в процентах) изменился с $62,6 \pm 16,3$ до $68,7 \pm 15,9$ ($p < 0,001$), в контрольной с $69,4 \pm 15,0$ до $73,9 \pm 11,6$ ($p < 0,05$). Хотя достоверных различий между группами в конце исследования не отмечалось ($p > 0,05$), приращение показателей качества жизни было несколько более выраженным в основной группе (см. рис.5).

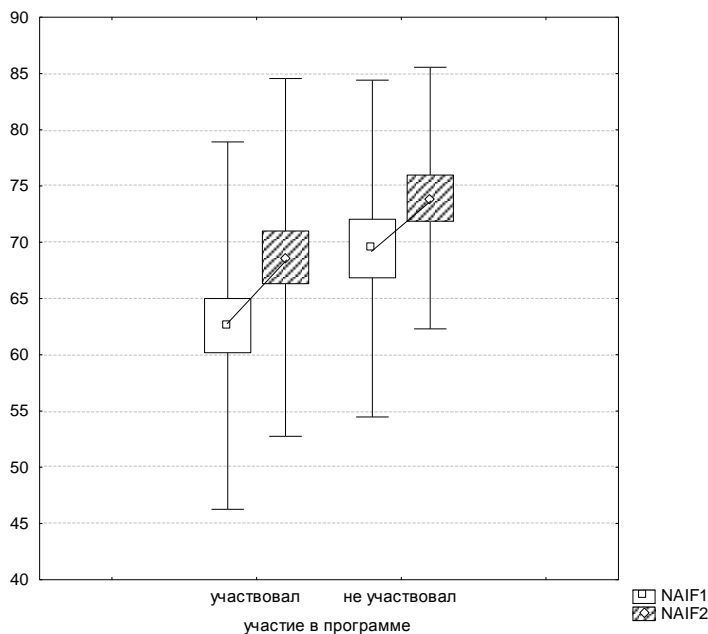


Рис.5. Изменения качества жизни.

($p < 0,001$), с $21,6 \pm 16,5$ до $19,6 \pm 16,7$ баллов в контрольной, данное изменение не было статистически значимым, $p > 0,05$ (см. рис.7). Тем не менее, группы при повторном обследовании не различались существенно по уровню негативных симптомов ($p > 0,05$).

Выводы и обсуждение. В группе пациентов, принимавших участие в психообразовательной программе, достоверно повысился уровень информированности и уровень осознания болезни, чего не отмечалось в контрольной группе.

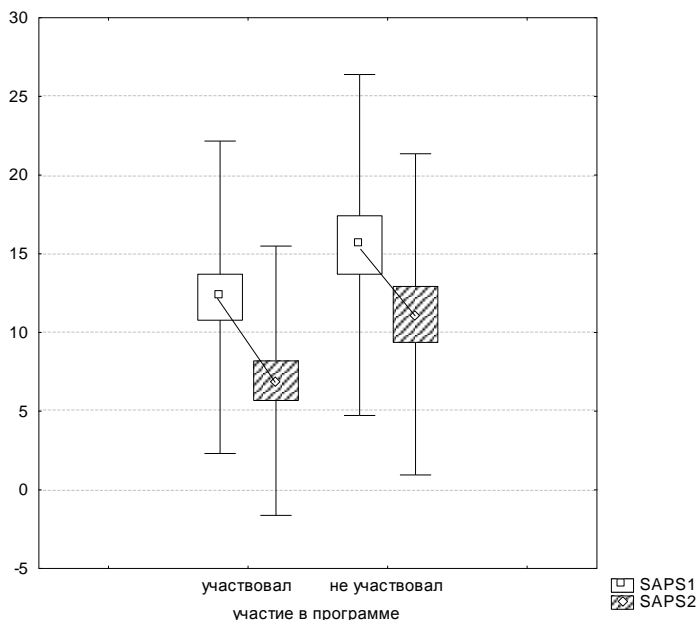


Рис.6. Изменения позитивных симптомов по шкале SAPS

В обеих исследуемых выборках снизилась интенсивность проявлений болезни. Уровень позитивных симптомов снизился с $12,2 \pm 9,9$ до $6,9 \pm 8,5$ баллов в основной группе ($p < 0,001$), с $15,6 \pm 10,8$ до $11,2 \pm 10,2$ баллов в контрольной ($p < 0,005$). Различия между группами при повторном обследовании достигли статистической значимости, $p < 0,05$ (см. рис.6).

Уровень негативных симптомов значительно снизился с $23,5 \pm 17,3$ баллов до $18,5 \pm 15,7$ в основной группе

Улучшение комплайенса отмечалось как в основной, так и в контрольной группе, однако изменения были более выраженными в группе пациентов, участвовавших в психообразовательной программе. Различия не достигли статистической достоверности, но отмечалась тенденция в пользу основной группы ($p = 0,055$), поэтому можно предположить, что участие пациентов в психообразовательной программе внесло определенный вклад в повышение комплайенса, что в практическом плане

будет способствовать более тщательному соблюдению режима лечения, а, следовательно, и снижению частоты обострений. Стоит отметить тот факт, что в обеих группах изначально

был зафиксирован достаточно высокий уровень данного показателя, что может быть связано с условиями лечения в стационаре, где вероятность следования режиму лечения у пациентов выше, чем в амбулаторных условиях. Необходимо также учитывать, что программа, в которой участвовали пациенты, была краткосрочной и в нее не были включены специфические компоненты, сфокусированные на улучшении комплайенса (например, техники когнитивной терапии, направленные на изменение иррациональных суждений, связанных с лечением). Не

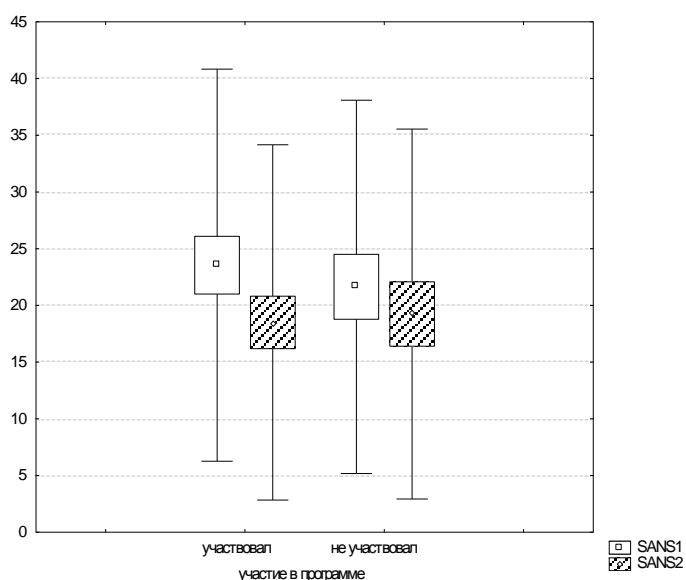


Рис.6. Изменения негативных симптомов по шкале SANS

исключено, что при внесении соответствующей коррекции в программу, а также при проведении ее в амбулаторных условиях изменения комплайенса и различия между основной и контрольной группой были бы более значимыми. Такие показатели как качество жизни и социальное функционирование также значительно улучшились в обеих группах, однако эти показатели в обеих группах не достигли достаточно высокого уровня к концу исследования. Качество жизни и социальное функционирование –

интегративные показатели, на которые влияет как уровень болезненных проявлений, так и взаимоотношения с окружающими, психологические переживания, физическое самочувствие, наличие работы и т.д. Очевидно, что для существенного улучшения этих показателей недостаточно купирования симптомов психического расстройства или роста знаний о нем, необходимы специфические программы психосоциальной реабилитации.

Ослабление позитивной симптоматики в обеих группах, безусловно, связано с проводимым антипсихотическим лечением, значимое преимущество в пользу основной группы при повторной оценке может быть косвенно связано с участием пациентов в психообразовательной программе, возможно в силу большей комплайентности. Несмотря на отсутствие различий между группами в уровне негативных симптомов при повторной оценке, можно предположить, что психообразовательное вмешательство способствовало значительному ослаблению этой симптоматики в основной группе, чего не наблюдалось в контрольной. Такой результат может быть прямым эффектом пребывания пациента в терапевтической группе, где участники получают хорошую эмоциональную поддержку, стимулируется их комму-

никативная и поведенческая активность, расширяется круг общения и, как следствие, уменьшается социальная отгороженность, апато-абулическая симптоматика.

Обращает на себя внимание относительно малое количество госпитализаций в исследуемой выборке и небольшой стаж болезни (более 60% пациентов в обеих группах были больны менее 4-х лет). Такая выборка была сформирована исходя из критериев включения/исключения, которые, в свою очередь, опирались на критерии включения пациентов в психообразовательную программу. Этот вид помощи ориентирован главным образом на людей, не имеющих выраженных когнитивных нарушений и симптомов расстройства, а также значительных нарушений функционирования. Очевидно, что при длительном течении заболевания большинство пациентов не могут продуктивно участвовать в психообразовательных программах в силу указанных причин, чем и объясняется смещение выборки в сторону малой длительности болезни. Этим же объясняется достаточно большой (>20%) процент пациентов с диагнозами из группы «Острые транзиторные психотические расстройства».

Тем не менее, подавляющее большинство включенных в исследование пациентов имели диагноз «параноидная шизофрения», что соответствует большому удельному весу пациентов с таким диагнозом среди пациентов психиатрических стационаров и может говорить о том, что выборка не была сформирована из наиболее «благополучных» пациентов. Об этом может косвенно свидетельствовать изначально низкий уровень качества жизни и социального функционирования, а также высокий процент пациентов, не имевших работы (более 50%).

Стоит отметить, что более 40% пациентов имели среднее образование, что подтверждает доступность программы для людей с различным уровнем образования.

Полученные данные позволяют сделать выводы о том, что участие пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, в психообразовательной программе

- позволило улучшить такие показатели как знания о болезни и инсайт (осознание болезни), чего не наблюдалось в контрольной группе;
- способствовало улучшению комплайенса в большей степени, чем стандартное лечение (на уровне тенденции, $p=0,055$);
- способствовало улучшению качества жизни и социального функционирования в большей степени, чем стандартное лечение;
- способствовало снижению выраженности позитивных и негативных симптомов в большей степени, чем стандартное лечение.

Таким образом, исследуемая нами краткосрочная психообразовательная программа для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, продемонстри-

ровала большую эффективность в отношении ряда психосоциальных и клинических показателей по сравнению со стандартным лечением. В настоящее время проводится катamnестическое исследование с целью оценки долгосрочных результатов предложенной нами психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Мосолов, С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепции позитивных и негативных расстройств / С.Н.Мосолов. – М., 2001. – 250 с.
2. Пушкарев, А.Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: методические рекомендации / Пушкарев А.Л., Аринчина Н.Г. – Минск, 2000. – 16 с.
3. Сальникова, Л.И. Карта оценки уровня знаний о болезни и эффективности психообразовательной программы / Л.И. Сальникова // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И.Я.Гурович [и др.]; под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. – М., 2002. – С.109-111.
4. Хмельницкая, Е.А. Опыт психообразовательной работы с пациентами, страдающими шизофренией / Е.А.Хмельницкая // Медицинская панорама. – 2009. – №5 (101). – С. 54-55.
5. Amador, X.F. Assessment of insight in psychosis / X.F.Amador [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol.150. – P. 873-879.
6. Anzai, N. Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan / N.Anzai [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2002. – Vol.53. – P.545-547.
7. Atkinson, J.M. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life / J.M. Atkinson [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol.168. – P.199-204.
8. Browne, S. A preliminary report on the effect of a psychosocial and educative rehabilitation programme on quality of life and symptomatology in schizophrenia / S.Browne [et al.] // Eur. Psychiatry. – 1996. – №11. – P.386-389.
9. Gunnigham Owens, D.G. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic outpatients / D.G. Gunnigham Owens [et al.] // Acta Psych. Scand. – 2001. – Vol.103. – P.362-369.
10. Hornung, W.P. Collaboration with drug treatment by schizophrenic patient with and without psychoeducational training: results of a 1-year follow-up / W.P. Hornung [et al.] // Acta. Psychiatr. Scand. – 1998. – Vol.97. – P.213-219.
11. Kemp, K. Randomised controlled trial of compliance therapy / K.Kemp [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol.172. – P.413-419.

12. Lehman, A.F. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed ./ A.F. Lehman [et al.] //Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol.161 (2), Suppl. – P.1–56.
13. Mueser, K.T. Illness management and recovery: a review of research / K.T. Mueser [et al.] // Psych. Serv. – 2002. – Vol.53. – P.1272-1284.
14. Reid, W.H. DSM-III-R training guide / W.H.Reid, M.G.Wise. – New York: Brunner/Mazel, Inc., 1989. – P.26-29.
15. Vreeland, B. Efficacy of the Team Solutions Program for Educating Patients About Illness Management and Treatment / B.Vreeland [et al.] // Psych. Serv. – 2006. – Vol. 57. – P. 822-828.