

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.895.8-003.9

**ХМЕЛЬНИЦКАЯ**  
**Екатерина Александровна**

**ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА  
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ:  
ПРИМЕНЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.06 – психиатрия

Минск 2012

Работа выполнена в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Научный руководитель** Скугаревский Олег Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Официальные оппоненты** Игумнов Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор, директор ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Ласый Евгений Валерьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Оппонирующая организация** УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Защита состоится 26 июня 2012 года в 14.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.06 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу 220116, Минск, пр-т Дзержинского, 83; тел. 272-55-98; e-mail: [bsmu@bsmu.by](mailto:bsmu@bsmu.by).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «23» мая 2012 г.

Учёный секретарь совета  
кандидат медицинских наук, доцент



И.А. Хрущ

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования определяется высокой распространенностью шизофрении, тяжестью клинических и социальных последствий, таких как нарастание симптомов заболевания, высокая частота госпитализаций, утрата трудоспособности, социальная дезадаптация, значительные экономические затраты общества (А. Barbato, 1998; М. Мэйо и др., 2005; К.Т. Mueser et al. 2008). Лечение шизофрении лишь фармакотерапией обычно не является достаточно эффективным, оно требует включения вмешательств, направленных на социально-психологические аспекты заболевания (М. Мэйо и др., 2005; К.Т. Mueser et al. 2008), в частности психообразовательных вмешательств, которые направлены на улучшение осознания болезни и повышение мотивации к лечению через обеспечение пациентов и их близких информацией о заболевании. Большинство исследований, опубликованных в научной литературе, посвящено оценке эффективности длительных (1–2 года) психообразовательных вмешательств для родственников пациентов (Е. Pekkala et al., 2002; J. Xia et al, 2011). В то же время имеется дефицит исследований, оценивающих эффективность краткосрочных психообразовательных программ для самих пациентов. Данные этих исследований относительно различных критериев эффективности противоречивы, редко оценивается устойчивость достигнутых в результате вмешательства изменений. В русскоязычной литературе существуют единичные сообщения о применении психообразовательных программ для пациентов (Л.И. Сальникова и др., 2002; И.И. Хвостова и др., 2004; Е.Г. Королева и др., 2008), исследований, посвященных их эффективности, не проводилось. В связи с этим представляется актуальным разработать краткосрочную психообразовательную программу для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, и оценить ее эффективность, в том числе в отношении отдаленных результатов.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Связь работы с крупными научными программами (проектами) и темами.** Работа выполнена на базе Белорусского государственного медицинского университета. Выполнение диссертационной работы проводилось в аспекте темы «Доклиническая и клиническая характеристика психических и поведенческих расстройств в онтогенезе (биопсихосоциальный аспект, диагностика, коррекция)», № гос.

регистрации 2005425, выполняемой по плану кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета на 2005–2009 годы, и темы «Биологическая и психосоциальная характеристика психических и поведенческих расстройств в возрастном аспекте (диагностика, клиника, коррекция)», № гос. регистрации 20100323, выполняемой по плану кафедры на 2010–2014 годы. Тема диссертации соответствует приоритетным направлениям фундаментальных и прикладных научных исследований в соответствии с Концепцией развития психиатрической помощи в Республике Беларусь на 2007–2010 годы.

### **Цель и задачи исследования**

*Цель исследования:* повысить эффективность лечения и реабилитации пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, за счет внедрения в лечебный процесс разработанной версии психообразовательной программы.

*Задачи исследования:*

1. Разработать и внедрить в практику психообразовательную программу для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами.

2. Оценить динамику клинико-психопатологических (позитивные и негативные симптомы) показателей в группе пациентов, участвовавших в психообразовательной программе, после участия в программе и в двухлетнем катамнестическом периоде в сопоставлении с контрольной группой.

3. Оценить динамику социально-психологических (уровень знаний о болезни, инсайт, комплайнс, качество жизни, социальное функционирование) показателей в группе пациентов, участвовавших в психообразовательной программе, после участия в программе и в двухлетнем катамнестическом периоде в сопоставлении с контрольной группой.

4. Оценить критерии долгосрочной эффективности (частота госпитализаций, период времени до наступления очередной госпитализации) психообразовательной программы в двухлетнем катамнестическом периоде в сопоставлении с контрольной группой.

5. Разработать практические рекомендации по применению психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами.

*Объект исследования:* пациенты, страдающие шизофренией и близкими к ней расстройствами.

*Предмет исследования:* эффективность психообразовательной программы, оцениваемая на основании клинико-психопатологических (частота госпитализаций, время до наступления повторной госпитализации, позитивные и негативные симптомы) и социально-психологических (уровень знаний о болезни, инсайт, комплайнс, качество жизни, социальное функционирование) характеристик пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Сочетание психофармакотерапии с разработанной психообразовательной программой способствует более выраженной редукции негативных симптомов шизофрении, чем изолированное применение психофармакотерапии.

2. Предложенная психообразовательная программа способствует улучшению у пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, таких социально-психологических показателей как уровень знаний о болезни, инсайт и социальное функционирование, в большей степени, чем стандартное лечение.

3. Достигнутое улучшение в отношении социально-психологических показателей носит долгосрочный характер и сохраняется в течение двух лет.

4. Применение предложенной психообразовательной программы в комплексном лечении больных шизофренией снижает вероятность повторной госпитализации в течение двух лет и увеличивает время до ее наступления в большей степени, чем стандартное лечение.

**Личный вклад соискателя.** Лично определена проблема психосоциальной реабилитации пациентов и предложены план и программа решения одной из ее граней – психообразовательного вмешательства. Изучен опыт ряда стран (Германия, США, Китай), где действуют такие программы, их сильные и слабые стороны, разработана собственная оригинальная психообразовательная программа и в последующем произведена оценка ее эффективности. Автором проведено обследование 46 человек, включенных в основную группу (пациенты, страдающие шизофренией и близкими к ней расстройствами, участвовавшие в психообразовательной программе), и 34 человек контрольной группы (пациенты, страдающие шизофренией и близкими к ней расстройствами, получавшие стандартную помощь) с последующим лонгитудинальным (в течение двух лет) наблюдением. Проведена динамическая (трижды в течение периода наблюдения) оценка ряда социально-психологических и клинико-психопатологических показателей у пациентов, включенных в исследование. Разработанная

психообразовательная программа с пациентами основной группы проведена с личным участием автора в команде ко-терапевтов. Результаты исследования подвергнуты статистической обработке с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Основные научные результаты, представленные в диссертации, получены автором лично и изложены в статьях. Теоретическое обоснование применения психообразовательной программы, критерии оценки ее эффективности изложены в статьях [2, 3], написанных без соавторов. Методика проведения и опыт применения предложенной психообразовательной программы описаны в статьях [1, 4], тезисах докладов [9], инструкции по применению метода [13] – вклад соискателя 90%, информационное содержание программы изложено в брошюре для пациентов и их родственников [14] – вклад соискателя 100%. Результаты оценки осведомленности пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, о своем заболевании, обуславливающие необходимость внедрения в практику психообразовательных вмешательств, изложены в сборнике научных трудов [11] – вклад соискателя 85%. Изменения критериев оценки эффективности непосредственно после участия пациентов в психообразовательной программе по сравнению с исходным уровнем и контрольной группой описаны в статьях [5, 6] и материалах съездов и конференций [8, 10], написанных без соавторов. Долгосрочные (через два года) результаты применения психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией, отражены в статье [7] и тезисах доклада [12], написанных соискателем единолично.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследований были доложены на научных сессиях Белорусского государственного медицинского университета (Минск, 2009, 2010, 2011), 3-м съезде психиатров и наркологов Республики Беларусь «Психиатрия и современное общество» (Минск, 2009), республиканском научно-практическом семинаре «Современные методы лечения психических и поведенческих расстройств» (Минск, 2010), 3-й международной научной конференции «Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: психология здоровья и здорового образа жизни» (Минск, 2011), научной конференции «БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики», посвященной 90-летию Белорусского государственного медицинского университета (Минск, 2011).

**Опубликованность результатов диссертации.** По теме диссертации опубликовано 14 работ общим объемом 5,4 авторских листа. В том числе 7 работ (6 – без соавторов) в журналах, включенных в перечень научных

изданий Республики Беларусь, соответствующих пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь (3,3 авторских листа), 5 материалов и тезисов докладов научных съездов, конференций (0,6 авторских листа), 1 инструкция по применению (0,4 авторских листа) и 1 иная публикация (1,1 авторских листа).

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 114 страницах машинописного текста. Состоит из введения, общей характеристики работы, трех глав (включая одну главу результатов собственного исследования), заключения (88 страниц), списка использованной литературы и приложений. В диссертации содержится 7 таблиц и 10 рисунков. Библиография включает 44 русскоязычных и 149 иностранных источника.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

Предпринятое нами для реализации поставленных цели и задач исследование было по дизайну проспективным сравнительным контролируемым с формированием выборки методом направленного отбора на основании критериев включения. Исследование проводилось на базе отделения реабилитации Республиканского научно-практического центра психического здоровья, в исследование были включены пациенты, находившиеся в центре на стационарном лечении.

*Критерии включения в исследование:* наличие у пациента диагноза из группы «Шизофрения и близкие к ней расстройства», выставленного в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра; возраст от 18 до 40 лет; длительность болезни до 10 лет включительно; информированное согласие на участие в исследовании.

*Критерии исключения из исследования:* 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 баллов; оценка функционирования по шкале GAF менее 31 балла; участие в других видах психосоциальной помощи в течение последнего года.

Включенные в исследование пациенты были разделены на две группы: основную (экспериментальную) и контрольную. Пациенты основной группы помимо стандартного лечения в стационаре принимали участие в психообразовательной программе, пациенты контрольной

группы получали обычное стационарное лечение, ориентированное на фармакотерапию, не включавшее в себя каких-либо структурированных психосоциальных или психотерапевтических вмешательств.

Обследование пациентов, включенных в исследование, проводилось в три этапа. В основной группе 1-й этап обследования проводился за 1–2 дня до начала психообразовательной программы; 2-й этап – через 1–2 дня после ее окончания, временной интервал между 1-м и 2-м этапом составлял 9–14 дней; 3-й этап проводился через два года после участия в программе (катамнез). Обследование пациентов контрольной группы проводилось с таким же временным интервалом между 1-м и 2-м этапами (9–14 дней); 3-й этап проводился через 1,5–2 года. Продолжительность катамнестического наблюдения в контрольной группе была меньше, чем в основной, в связи с низкой мотивацией пациентов контрольной группы к участию в исследовании и высокой частотой отказов от обследования в катамнезе. На 3-м этапе пациенты приглашались для интервью, при отказе встретиться с исследователем интервьюирование проводилось в ходе телефонного разговора, а опросники, заполняемые респондентом, высылались по почте. Данные о повторных госпитализациях были получены из архивной медицинской документации за двухлетний период как для основной, так и для контрольной группы. Схема дизайна исследования представлена на рисунке 1.



**Рисунок 1 – Схема дизайна исследования**

Оцененная в исследовании психообразовательная программа для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, состояла из 8 ежедневных встреч длительностью 1 час, проводившихся в формате групповой психотерапии, в группе работали двое ведущих: врач-



психиатр и психолог. В программу были включены следующие темы: симптомы шизофрении и близких к ней расстройств; причины и механизмы развития шизофрении; диагнозы, формы, течение, прогноз заболевания; фармакотерапия шизофрении и близких к ней расстройств; факторы, провоцирующие обострение, ранние его признаки и способы предотвращения; формы оказания психиатрической помощи.

Эффективность психообразовательной программы оценивалась на основании современных, принятых в доказательной психиатрии клинических (позитивные и негативные симптомы шизофрении, частота госпитализаций в катамнестическом периоде, длительность периода до наступления новой госпитализации) и социально-психологических (уровень знаний о болезни, инсайт, комплайнс, качество жизни, социальное функционирование) критериев.

Для оценки изучаемых клинико-психопатологических и социально-психологических показателей использовались следующие методики: карта оценки уровня знаний о заболевании (кроме пунктов, оценивающих заинтересованность респондентов в получении информации о болезни и обсуждении в группе опыта болезни); шкала SAUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), общие пункты, для оценки инсайта; шкала Likert для оценки комплайнса (пункт 1 соответствует полному отказу пациента от приема фармакотерапии, пункт 7 – активному участию в лечении и сотрудничеству с лечащим врачом); шкала NAIF (New Assessment and Information Form to Measure Quality of Life) для оценки качества жизни; шкала GAF (Global Assessment of Functioning Scale) для оценки социального функционирования; шкалы SAPS (Scale for the Assessing of Positive Symptoms) и SANS (Scale for the Assessing of Negative Symptoms) для оценки позитивных и негативных симптомов.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Использовались методы описательной статистики (медианы и интерквартильный размах, частоты), оценка характера распределения данных, анализ таблиц сопряженности, сравнение зависимых и независимых выборок, сравнение относительных частот с доверительными интервалами, анализ кривых выживаемости. Поскольку распределение переменных отличалось от нормального, применялись соответствующие методы непараметрической статистики.

Нами было обследовано 80 пациентов, соответствующих критериям включения. Из них 46 были включены в основную группу, 34 – в контрольную группу. На катамнестическом этапе из исследования был исключен 1 пациент из основной группы, так как выставленный изначально диагноз «Шизоаффективное расстройство» был изменен на

диагноз «Биполярное аффективное расстройство». Таким образом, в дальнейший анализ было включено 79 пациентов: 45 из основной и 34 из контрольной группы. На 3-м (катамнестическом) этапе исследования было обследовано 28 пациентов основной (62,2%) и 11 контрольной (32,4%) группы. Из них очно обследовано было 8 пациентов в основной группе (17,8%) и 6 пациентов в контрольной (17,6%), остальные обследованные дали согласие на телефонное интервью и заполнение бланков, высланных им по почте.

В основной группе 46,7% (21 человек) составили мужчины, 53,3% (24 человека) составили женщины; в контрольной группе это соотношение было 38,8% (13 человек) и 61,8% (21 человек) соответственно. Возраст обследованных составил 26 (22,5–30,5) лет в основной группе, 25,5 (22–29) лет – в контрольной. Подавляющее большинство обследованных пациентов страдали параноидной шизофренией – 71,1% (32 пациента) в основной и 73,5% (25 пациентов) в контрольной группе. Диагноз «Шизоаффективное расстройство» был выставлен двум пациентам в основной и одному в контрольной группе, «Шизотипическое расстройство» – трем обследованным в основной и двум в контрольной группе. Остальным пациентам (17,8% в основной группе, 17,6% в контрольной) были выставлены диагнозы из группы «Острое транзиторное психотическое расстройство». Менее года болели 13 пациентов (28,9%) в основной группе и 9 (26,5%) в контрольной, более года болели соответственно 32 (71,1%) и 25 (73,5%) пациентов. Длительность болезни (в годах) для болевших более года составила 3,5 (3,0–6,0) лет в основной и 5,0 (2,0–8,0) лет в контрольной. В анамнезе пациенты основной группы госпитализировались 2 (1–3) раза, пациенты контрольной группы – 2 (1–4) раза. По всем перечисленным клиническим и социально-демографическим характеристикам основная и контрольная группы статистически значимо не различались ( $p > 0,05$ ).

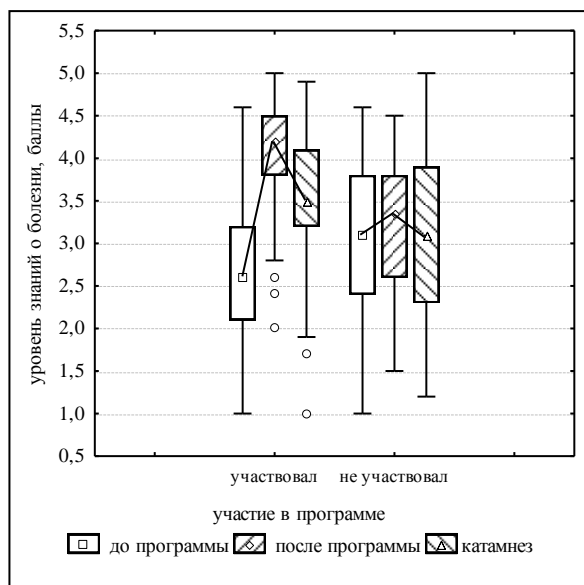
На входе в исследование по уровню инсайта, комплайнса, качеству жизни, социальному функционированию, позитивным и негативным симптомам шизофрении группы также значимо не различались ( $p > 0,05$ ). Уровень знаний был несколько выше в контрольной группе (значимость на уровне тенденции,  $p = 0,05$ ). Для оценки динамики показателей эффективности психообразовательной программы внутри групп на 1-м, 2-м и 3-м этапах исследования использовался непараметрический критерий Вилкоксона для связанных групп с поправкой Бонферрони (значимость установлена на уровне  $p < 0,017$ ). Для оценки межгрупповых различий исследуемых показателей использовался критерий Манна-Уитни для независимых групп (уровень значимости  $p < 0,05$ ).

На этапе включения в исследование отмечался в целом достаточно низкий **уровень знаний о заболевании**. После участия в психообразовательной программе он увеличился в основной группе с 2,6 (2,1–3,3) баллов до 4,2 (3,8–4,6) ( $p < 0,001$ ), в катamnезе снизился до 3,5 (3,2–4,2) баллов ( $p = 0,002$ ) (рисунок 2). Между 1-м и 3-м этапом различия по этому показателю были статистически значимы ( $p = 0,007$ ). В контрольной группе существенной динамики уровня знаний о болезни на всех этапах исследования не отмечалось, этот показатель составил 3,1 (2,4–3,8) балла на 1-м этапе, 3,4 (2,6–3,8) балла на 2-м ( $p = 0,45$ ), 3,1 (2,3–3,9) балла на 3-м этапе ( $p = 0,82$ ). Различия между 1-м и 3-м этапами были недостоверны ( $p = 0,25$ ). На 2-м этапе исследования уровень знаний был значительно выше в основной группе ( $p < 0,001$ ), чем в контрольной, на 3-м этапе это различие между группами утрачивалось ( $p = 0,4$ ). Таким образом, результат, достигнутый в отношении уровня знаний о болезни в основной группе, был устойчив с течением времени.

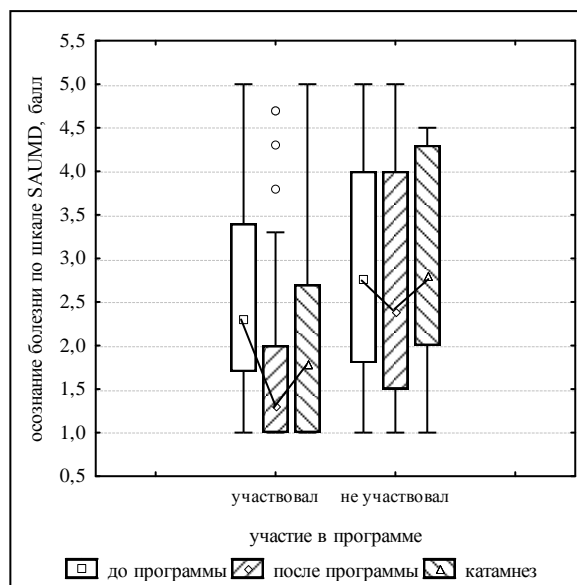
**Осознание болезни** улучшилось в основной группе после участия в психообразовательной программе. На первом этапе оценка по шкале SAUMD составила 2,3 (1,7–2,6) балла, на втором 1,3 (1,0–2,1) балла ( $p < 0,001$ ) (меньший балл соответствует более высокому уровню инсайта). В катamnезе этот показатель несколько ухудшился и составил 1,8 (1,0–2,7) балла ( $p = 0,15$ ). Между первым и третьим этапами существенных различий не выявлено ( $p = 0,04$ ). В контрольной группе уровень инсайта по шкале SAUMD существенно не различался на всех трех этапах оценки и составил на первом этапе 2,8 (1,7–4,0) балла, на втором 2,4 (1,5–4,0) балла ( $p = 0,41$ ), на третьем 2,8 (2,0–4,3) балла ( $p = 0,07$ ) (рисунок 3). При сравнении результатов первого и третьего обследований значимых различий не выявлено ( $p = 0,26$ ). На втором и на катamnестическом этапе между основной и контрольной группой различия достигли статистической значимости в пользу основной группы ( $p = 0,003$  и  $p = 0,03$ ). Таким образом, участие пациентов в психообразовательной программе позволило достичь существенного улучшения инсайта по сравнению как с исходным уровнем, так и с контрольной группой, и сохранить это преимущество (по сравнению со стандартным лечением) в течение двухлетнего периода наблюдения.

В основной группе отмечалось улучшение **комплаенса** после участия в психообразовательной программе с 5 (4–6) баллов до 7 (6–7) ( $p < 0,001$ ), в катamnезе этот показатель снизился до 6 (5–7) баллов ( $p = 0,07$ ). Различия между исходным уровнем комплаенса и в катamnезе не были статистически значимы ( $p = 0,2$ ). В контрольной группе комплаенс составлял 6 (4–6) баллов на первом этапе, 6 (5–7) на втором этапе

( $p=0,003$ ), 6 (5–7) на третьем этапе ( $p=0,75$ ). Между первым и третьим этапами различий не было ( $p=0,2$ ). Различия между основной и контрольной группами были значимы на втором этапе на уровне тенденции ( $p=0,047$ ). В катанезе значимых различий между группами выявлено не было ( $p=0,66$ ) (рисунок 4). Таким образом, участие пациентов в психообразовательной программе не влияло существенно на динамику комплайенса.



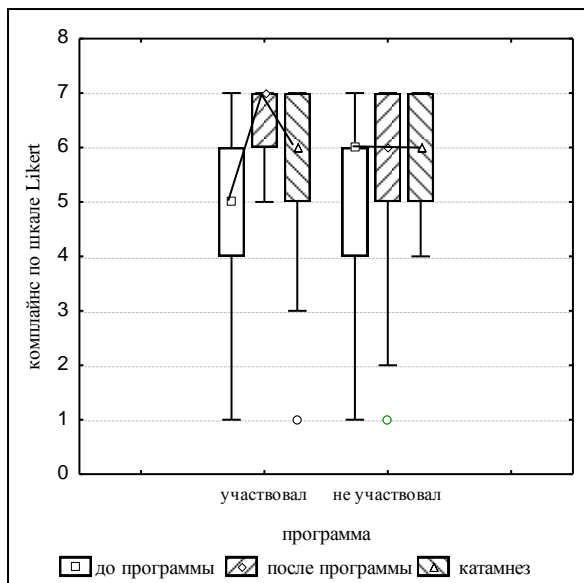
**Рисунок 2 – Динамика уровня знаний о болезни в группах пациентов, участвовавших и не участвовавших в психообразовательной программе, в ходе исследования**



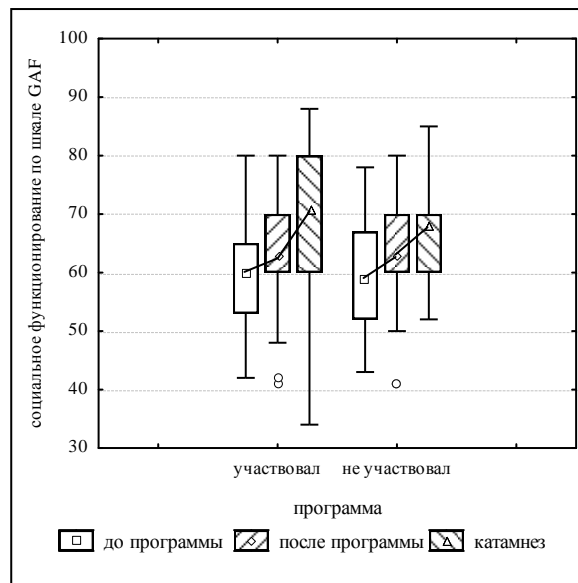
**Рисунок 3 – Динамика инсайта в группах пациентов, участвовавших и не участвовавших в психообразовательной программе, в ходе исследования**

В отношении *социального функционирования* наблюдалась сходная динамика в обеих группах: этот показатель стабильно улучшался в течение всего периода исследования (рисунок 5). В основной группе оценка по шкале GAF составила 60 (53–65) баллов в начале исследования, 63 (59–70) балла после участия в психообразовательной программе ( $p<0,001$ ), 71 (60–80) балл в катанезе ( $p=0,002$ ). Различия между первым и третьим этапами были статистически значимы ( $p<0,001$ ). В контрольной группе: 59 (52–67,3) баллов при исходной оценке, 63 (60–70,3) при оценке на втором этапе ( $p=0,002$ ), 68 (57–70) баллов в катанезе ( $p=0,93$ ). Между первым и третьим этапами различий выявлено не было ( $p=0,17$ ). Между основной и контрольной группами на втором и третьем этапах оценки различий не было выявлено ( $p=0,75$ ;  $p=0,17$ ). Таким образом, участие в

психообразовательной программе способствовало более выраженному улучшению социального функционирования, чем изолированное применение фармакотерапии.



**Рисунок 4 – Динамика комплайенса в группах пациентов, участвовавших и не участвовавших в психообразовательной программе, в ходе исследования**

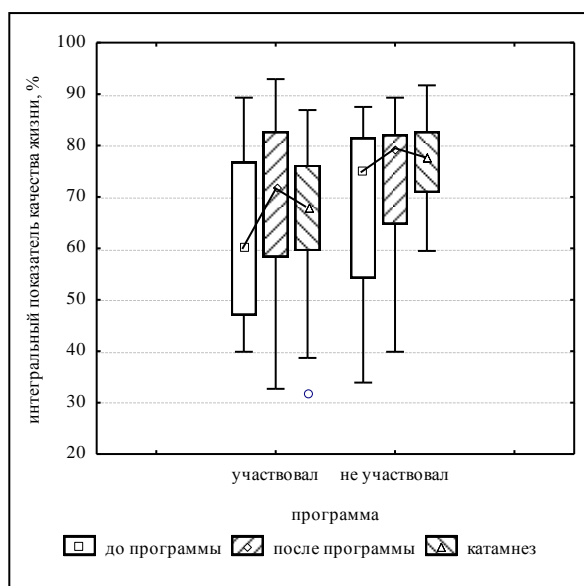


**Рисунок 5 – Динамика социального функционирования в группах пациентов, участвовавших и не участвовавших в психообразовательной программе, в ходе исследования**

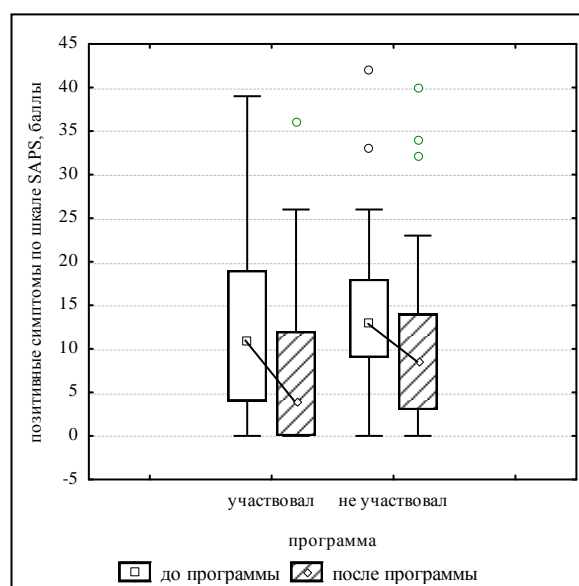
**Интегральный показатель качества жизни** в основной группе в начале исследования составил 60,1% (47,0–67,8). После участия в психообразовательной программе этот показатель улучшился до 72,0% (57,7–83,0) ( $p < 0,001$ ), в катамнезе отмечалось его снижение до 67,9% (59,5–76,2) ( $p = 0,7$ ). Между результатами первого и третьего обследования различий не было ( $p = 0,18$ ). В контрольной группе интегральный показатель качества жизни увеличился с 75,3% (54,2–81,5) до 79,2% (64,2–81,9) на втором этапе ( $p = 0,008$ ), затем снизился до 76,8% (64,0–82,7) на третьем ( $p = 0,44$ ). Различия между первым и третьим этапами статистической значимости не достигли ( $p = 0,04$ ). Значимых различий между основной и контрольной группами по интегральному показателю качества жизни на всех трех этапах оценки не отмечалось (рисунок 6).

Интенсивность **позитивных (психотических) симптомов** в основной группе снизилась с 11,0 (3,5–19,0) баллов до 4,0 (0,0–12,5) баллов после участия в психообразовательной программе ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе за аналогичный период времени также отмечалось

значимое ослабление этих симптомов с 13,0 (8,8-18,3) до 8,5 (3,0-14,8) баллов ( $p=0,002$ ). Позитивные (психотические) симптомы в основной группе были выражены меньше, чем в контрольной, ко второму этапу оценки, однако различия не были значимыми ( $p=0,058$ ) (рисунок 7).



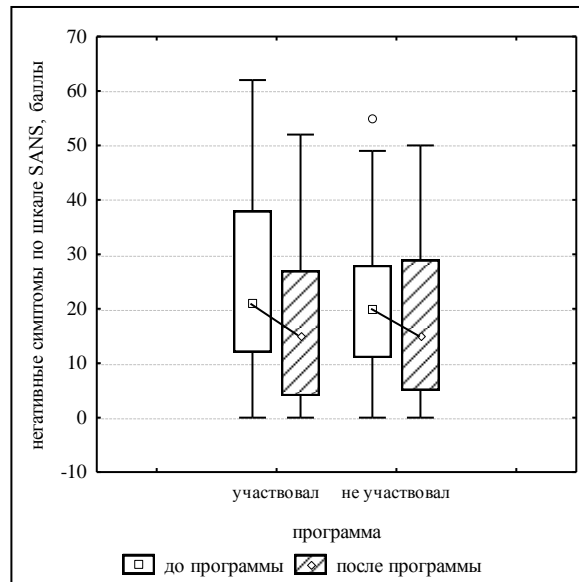
**Рисунок 6 – Динамика качества жизни в группах пациентов, участвовавших и не участвовавших в психообразовательной программе, в ходе исследования**



**Рисунок 7 – Динамика позитивных симптомов в группах пациентов, участвовавших и не участвовавших в психообразовательной программе, в ходе исследования**

Что касается *негативных симптомов*, значимое ослабление наблюдалось только в основной группе: с 21,0 (11,0–38,0) до 15,0 (4,0–29,0) баллов ( $p<0,001$ ). В контрольной группе отмечалось статистически незначимое снижение выраженности негативных симптомов ко второму этапу с 19,0 (7,5–28,0) до 15,0 (4,5–29,3) баллов ( $p=0,07$ ). Существенных различий в этом показателе между основной и контрольной группами при повторной оценке выявлено не было ( $p=0,98$ ) (рисунок 8).

Поскольку в катамнезе выраженность позитивных и негативных симптомов удалось оценить у малого количества участников исследования (8 пациентов из основной группы и 6 пациентов из контрольной, согласившихся на очное интервью, соответственно 17,8% и 17,6% от общего числа пациентов), динамика этих показателей оценивалась лишь на первом и втором этапах.

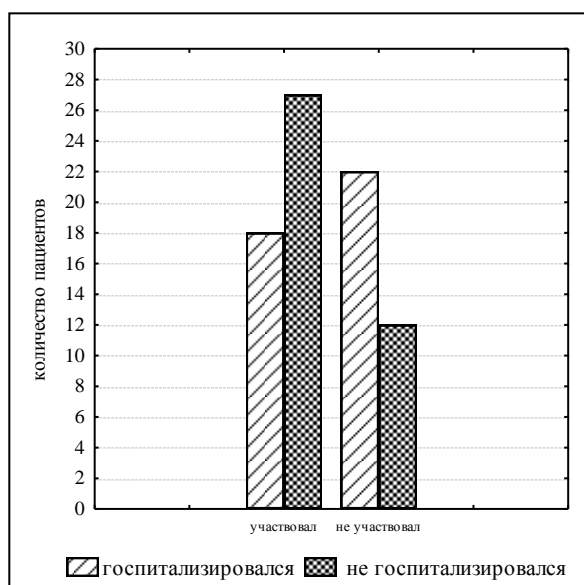


**Рисунок 8 – Динамика негативных симптомов в группах пациентов, участвовавших и не участвовавших в психообразовательной программе, в ходе исследования**

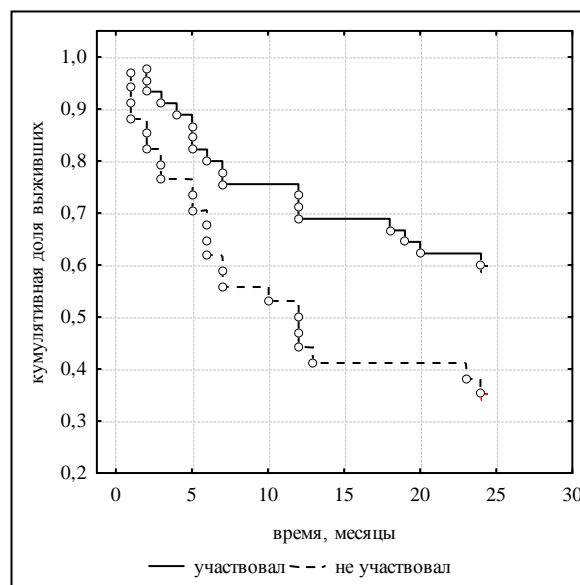
Поскольку на катamnестическом этапе из исследования выбыла значительная часть выборки: 17 (37,8%) пациентов основной группы, 23 (67,6%) пациента контрольной, важно учесть, был ли отсев пациентов случайным, а не обусловленным исходно иной тяжестью состояния или течения болезни. Для этого мы сравнили основные клинические (диагноз, длительность болезни, количество предыдущих госпитализаций, выраженность позитивных и негативных симптомов на момент включения в исследование) и демографические (пол, возраст) характеристики, которые могут влиять на течение и исход болезни (или отражать их). Пациенты, выбывшие из исследования, и пациенты, обследованные на катamnестическом этапе, по этим характеристикам статистически значимо не различались ( $p > 0,05$ ). Пациенты, выбывшие из основной и контрольной группы, также значимо не различались ( $p > 0,05$ ), также не различались пациенты основной и контрольной групп, обследованные в катamnезе ( $p > 0,05$ ). Таким образом, можно утверждать, что отсев пациентов из исследования на этапе катamnеза был случайным и преимущество основной группы в отношении оцениваемых параметров, связано с влиянием исследуемого вмешательства, а не отсевом из этой группы пациентов с более неблагоприятным течением или большей тяжестью симптомов.

В основной группе в течение катамнестического периода были госпитализированы 18 участников, что составило 40,0% (ДИ 95% 27,0%–54,6%), в то же время в контрольной группе госпитализировано 22 человека – 64,7% (ДИ 95% 47,9%–78,5%) (рисунок 9). Участие пациентов в психообразовательной программе способствовало снижению абсолютного риска повторной госпитализации на 24,7% (ДИ 95% 2,5%–43,7%), что является статистически значимым результатом. Отношение шансов повторной госпитализации составило 0,36 (ДИ 95% 0,14–0,91). Данный результат также является статистически значимым и говорит о более высоком шансе повторной госпитализации в течение двух лет в контрольной группе. Число больных, которых необходимо лечить данным методом, чтобы предотвратить наступление одной госпитализации в течение двух лет, составило 4 (ДИ 95% 2–40). Таким образом, риск повторной госпитализаций в течение двух лет значительно снизился после участия пациентов в психообразовательной программе.

К концу наблюдения в основной группе не было госпитализировано 60% участников, в контрольной группе 35,3% участников. **Время дожития** до наступления госпитализации в исследуемых группах статистически значимо различалось в пользу основной группы ( $p=0,02$ ) (рисунок 10).



**Рисунок 9 – Соотношение госпитализированных и не госпитализированных повторно в течение катамнестического периода пациентов в основной и контрольной группах**



**Рисунок 10 – Время дожития до повторной госпитализации пациентов, участвовавших и не участвовавших в психообразовательной программе**



Таким образом, исследуемая психообразовательная программа была эффективна как в отношении снижения риска повторных госпитализаций, так и в отношении увеличения времени до наступления новой госпитализации.

Нами был предпринят *анализ экономической эффективности затрат* на проведение психообразовательной программы по формуле (1):

$$\text{ЭфЗ} = \text{Ст}_{\text{ПП}} / \text{Госп}_{\text{осн}} - \text{Госп}_{\text{контр}} \quad (1)$$

где ЭфЗ – эффективность затрат, Ст<sub>ПП</sub> – стоимость проведения психообразовательной программы в основной группе, Госп<sub>осн</sub> – количество госпитализаций за два года в основной группе, Госп<sub>контр</sub> – количество госпитализаций за два года в контрольной группе.

Исходя из оплаты одного часа работы ведущих, длительности психообразовательной программы (8 занятий), количества пациентов, участвовавших в ней (45 человек), количества участников одной психообразовательной группы, затраты на проведение психообразовательной программы для одного пациента составили 34 653 рубля. Среднее количество госпитализаций на одного человека в катамнезе составило 0,8 в основной группе, 1,8 в контрольной, т. е. вложение 34 653 рублей на одного пациента на проведение психообразовательной программы позволило предотвратить одну госпитализацию в течение двух лет. Исходя из средней длительности госпитализации больных шизофренией и стоимости одного койко-дня, сэкономленная сумма составила 3 958 372 рубля за два года.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

На основании проведенного исследования можно сформулировать следующие **основные научные результаты**:

1. Разработана версия психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, с клинической эффективностью, доказанной на основании лонгитудинального исследования по сравнению со стандартным подходом к лечению, ориентированным преимущественно на фармакотерапию [1, 2, 3, 4, 7, 9, 12, 13, 14].

2. Разработанная психообразовательная программа способствует увеличению у пациентов уровня знаний о своем заболевании [5, 6, 7, 8, 10, 11], а также улучшению инсайта [5, 6, 7, 8, 10] непосредственно после участия в программе. Достигнутый результат сохраняется в течение двухлетнего периода наблюдения после завершения программы [7, 12].

3. Участие в психообразовательной программе способствует значительному улучшению социального функционирования, превышающему улучшение, достигнутое за счет эффекта стандартной терапии антипсихотиками, как после участия в программе [6, 7, 8, 10], так и в двухлетнем периоде наблюдения после завершения программы [7].

4. Психообразовательная программа не влияет существенно на динамику таких показателей как комплаенс и качество жизни по сравнению со стандартным лечением [6, 7, 8].

5. Включение психообразовательной программы в комплексное лечение шизофрении и близких к ней расстройств способствует достоверно более выраженной редукции негативной симптоматики, но не оказывает существенного дополнительного воздействия на позитивную симптоматику [6, 7, 10].

6. Участие в психообразовательной программе в большей степени способствует снижению риска повторной госпитализации в течение двух лет и увеличению времени до наступления повторной госпитализации, чем стандартное лечение [7].

#### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Разработанная психообразовательная программа может использоваться в качестве лечебно-реабилитационного мероприятия в отделениях психиатрических стационаров, в дневных стационарах, психоневрологических диспансерах.

2. Психообразовательная программа может использоваться в реабилитационных центрах для пациентов, страдающих психическими расстройствами, в качестве составной части общей программы реабилитации.

3. Разработанная программа может служить основанием для создания длительного психообразовательного вмешательства, включающего компоненты тренинга (проблемно-решающего поведения, контроля симптомов и т. д.).

4. На основании данной программы может быть разработана психообразовательная программа для родственников пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами.

5. Полученные в исследовании результаты могут быть использованы в процессе обучения врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов.

## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

### Публикации в рецензируемых журналах

1. Хмельницкая, Е.А. «Преодоление»: новый опыт работы / Е.А. Хмельницкая, Т.Н. Лугакова // Психотерапия и клиническая психология. – 2003. – № 1 (6). – С. 13–15.

2. Хмельницкая, Е.А. Применение психообразовательных программ при шизофрении. Часть 1 / Е.А. Хмельницкая // Медицинская панорама. – 2007. – № 8 (76). – С. 18–20.

3. Хмельницкая, Е.А. Применение психообразовательных программ при шизофрении. Часть 2 / Е.А. Хмельницкая // Медицинская панорама. – 2007. – № 9 (77). – С. 51–54.

4. Хмельницкая, Е.А. Опыт психообразовательной работы с пациентами, страдающими шизофренией / Е.А. Хмельницкая // Медицинская панорама. – 2009. – № 5 (101). – С. 54–55.

5. Хмельницкая, Е.А. Оценка эффективности психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией: предварительные результаты / Е.А. Хмельницкая // Медицинская панорама. – 2009. – № 5 (101). – С. 55–58.

6. Хмельницкая, Е.А. Оценка краткосрочной эффективности психообразовательной программы в лечении шизофрении и близких к ней расстройств / Е.А. Хмельницкая // Военная медицина. – 2011. – № 3. – С. 18–24.

7. Хмельницкая, Е.А. Эффективность психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией, в двухлетнем катамнезе в сравнении со стандартным лечением / Е.А. Хмельницкая // Военная медицина. – 2012. – № 1. – С. 107–113.

### Статьи, материалы конференций, тезисы докладов

8. Хмельницкая, Е.А. Эффективность применения психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией / Е.А. Хмельницкая // Психиатрия и современное общество: материалы III съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь (3–4 декабря 2009 г., г. Минск). – Минск: Профессиональные издания, 2009. – С. 252–254.

9. Опыт психообразовательной работы среди пациентов стационара / Е.А. Хмельницкая [и др.] // Психиатрия и современное общество: материалы III съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь (3–4 декабря 2009 г., г. Минск). – Минск: Профессиональные издания, 2009. – С. 254–255.

10. Хмельницкая, Е.А. Применение психообразовательной программы в лечении шизофрении и близких к ней расстройств / Е.А. Хмельницкая // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: психология здоровья и здорового образа жизни: материалы III международной научной конференции (19–20 мая 2011 г., г. Минск). – Минск: Издательский центр БГУ, 2011. – С. 387–389.

11. Хмельницкая, Е.А. Осведомленность пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, о своем заболевании / Е.А. Хмельницкая, Н.С. Болбат // Труды молодых ученых 2011: сб. науч. работ; под общ. ред. А.В. Сикорского. – Минск: БГМУ, 2011. – С. 185–189.

12. Хмельницкая, Е.А. Отдаленные результаты психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией / Е.А. Хмельницкая // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики: сб. науч. тр. / Белорус. гос. мед. ун-т; редкол. А.В. Сикорский [и др.]. – Минск: ГУ РНМБ, 2011. – Т. 2. – С. 74.

#### **Инструкция по применению**

13. Хмельницкая, Е.А. Психообразовательная программа для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохран. РБ. 13.04.2012 г., рег. № 045-0312 / Е.А. Хмельницкая, Н.В. Астапчик. – Минск, 2012. – 8 с.

#### **Прочие публикации**

14. Хмельницкая, Е.А. Шизофрения и близкие к ней расстройства: в помощь пациентам и их родственникам / Е.А. Хмельницкая. – Минск: МБОО «Здоровье в XXI век», 2011. – 31 с.

## РЭЗЮМЭ

### Хмяльніцкая Кацярына Аляксандраўна Псіхаадукацыйная праграма для пацыентаў, якія пакутуюць на шызафрэнію: прымяненне і ацэнка эфектыўнасці

**Ключавыя словы:** шызафрэнія, псіхаадукацыйная праграма, узровень ведаў аб хваробе, інсайт, камплайнс, якасць жыцця, сацыяльнае функцыянаванне, частата шпіталізацый.

**Аб’ект даследавання:** пацыенты, якія пакутуюць на шызафрэнію і блізкія да яе расстройствы.

**Мэта даследавання:** павысіць эфектыўнасць лячэння і рэабілітацыі пацыентаў, якія пакутуюць на шызафрэнію і блізкія да яе расстройствы, за кошт укаранення ў лячэбны працэс распрацаванай версіі псіхаадукацыйнай праграмы.

**Метады даследавання:** клініка-псіхапаталагічны, клініка-псіхалагічны, клініка-катамнестычны і статыстычны метады.

**Атрыманая вынікі:** паказана, што ўдзел пацыентаў, якія пакутуюць на шызафрэнію і блізкія да яе расстройствы, у псіхаадукацыйнай праграме прыводзіць да паляпшэння іх дасведчанасці аб сваім захворванні, інсайта, сацыяльнага функцыянавання, рэдукцыі негатыўных сімптомаў шызафрэніі ў большай ступені, чым стандартнае лячэнне ў псіхіятрычным стацыянары. Дасягнутыя ў дачыненні да ўзроўню ведаў аб хваробе, інсайта, сацыяльнага функцыянавання вынікі былі ўстойлівыя на працягу двухгадовага перыяду катамнестычнага назірання. Псіхаадукацыйная праграма не ўплывала істотна на дынаміку такіх паказчыкаў, як камплайнс, якасць жыцця, пазітыўныя сімптомы шызафрэніі. Рызыка паўторнай шпіталізацыі на працягу двух гадоў была ніжэй, а перыяд часу да наступу шпіталізацыі – значна большы для пацыентаў, што ўдзельнічалі ў псіхаадукацыйнай праграме, чым для тых, якія атрымлівалі стандартнае лячэнне.

**Вобласць практычнага прымянення:** прапанаваную псіхаадукацыйную праграму рэкамендуецца выкарыстоўваць у працэсе лячэння і рэабілітацыі пацыентаў, якія пакутуюць на шызафрэнію і блізкія да яе расстройствы, у псіхіятрычных стацыянарах, псіханеўралагічных дыспансерах.

## РЕЗЮМЕ

### **Хмельницкая Екатерина Александровна** **Психообразовательная программа для пациентов, страдающих шизофренией: применение и оценка эффективности**

**Ключевые слова:** шизофрения, психообразовательная программа, уровень знаний о болезни, инсайт, комплайнс, качество жизни, социальное функционирование, частота госпитализаций.

**Объект исследования:** пациенты, страдающие шизофренией и близкими к ней расстройствами.

**Цель исследования:** повысить эффективность лечения и реабилитации пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, за счет внедрения в лечебный процесс разработанной версии психообразовательной программы.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-психологический, клинико-катамнестический и статистический методы.

**Полученные результаты:** показано, что участие пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, в психообразовательной программе приводит к улучшению их осведомленности о своем заболевании, инсайта, социального функционирования, редукции негативных симптомов шизофрении в большей степени, чем стандартное лечение в психиатрическом стационаре. Достигнутые в отношении уровня знаний о болезни, инсайта, социального функционирования результаты были устойчивы в течение двухлетнего периода катамнестического наблюдения. Психообразовательная программа не влияла существенно на динамику таких показателей, как комплайнс, качество жизни, позитивные симптомы шизофрении. Риск повторной госпитализации в течение двух лет был ниже, а период времени до наступления госпитализации – значительно больше для пациентов, участвовавших в психообразовательной программе, чем для тех, кто получал стандартное лечение.

**Область практического применения:** предложенную психообразовательную программу рекомендуется использовать в процессе лечения и реабилитации пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, в психиатрических стационарах, психоневрологических диспансерах.

**Ekaterina Khmel'nitskaya**

**The psychoeducational program for patients suffering from schizophrenia and related disorders: application and assessment its effectiveness**

**Key words:** schizophrenia, psychoeducational program, level of knowledge about disease, insight, compliance, quality of life, social functioning, frequency of hospitalization.

**Object of the research:** patients with schizophrenia and related disorders.

**The theme of the research:** to improve the effectiveness of treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia and related disorders through the introduction of designed version of psychoeducational program in a therapeutic process.

**Materials and methods:** the method of clinical interview, the clinical psychological assessment, the prospective follow-up assessment and statistical analysis.

**The results obtained:** it was revealed that participation of patients with schizophrenia and related disorders in psychoeducational program lead to improvement of knowledge about disease, insight, social functioning and reducing of negative symptoms of schizophrenia more than standard treatment in psychiatric hospital. Improving of the level of knowledge about disease, insight, social functioning was retained during two-year follow-up period. Psychoeducational program does not substantially affect the dynamic such indicator as compliance, quality of life, positive symptoms of schizophrenia. The risk of readmission within two years was lower, and the period of time before hospitalization significantly longer for patients who participated in the psychoeducational program than those who received standard treatment.

**The area of practical application:** the proposed psychoeducational program recommended in the treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia and related disorders in psychiatric hospitals, neuropsychiatric dispensaries.