

*Е.А. Хмельницкая*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ДВУХЛЕТНЕМ КАТАМНЕЗЕ В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Шизофрения – распространенное психическое расстройство, сопровождающееся серьезными последствиями (в виде нарастания симптомов, частых госпитализаций, утраты трудоспособности, снижения социальной адаптации) не только для людей им страдающих, но и для общества в целом (в виде значительных экономических затрат). Лечение данного заболевания лишь фармакотерапией обычно не является достаточно эффективным, в лечебные программы необходимо включать вмешательства, направленные на социально-психологические аспекты, в частности психообразовательные вмешательства, которые обеспечивают пациентов (и их близких) знаниями и навыками, необходимыми для успешного совладания с болезнью. Основные задачи психообразования – повышение осознания болезни и мотивации к лечению через обеспечение потребителей информацией о заболевании.

Данный вид помощи в лечении шизофрении применяется давно, проведено значительное количество исследований эффективности психообразовательных программ. Подавляющее большинство исследований посвящено долгосрочным комплексным психообразовательным вмешательствам для родственников пациентов. Такие вмешательства способствуют снижению частоты обострений, в ряде исследований отмечается также улучшение комплайенса, социального функционирования пациентов, ослабление симптомов [6, 12, 13]. В то же время в литературе имеется дефицит исследований, оценивающих эффективность краткосрочных психообразовательных программ для самих пациентов, хотя по некоторым данным, в клинической практике пациенты принимают участие в таких программах гораздо чаще, чем их родственники [9]. Именно пациенты являются ключевыми потребителями психиатрических услуг и для успешного лечения крайне важна их мотивация к сотрудничеству со службами психиатрической помощи и приему фармакотерапии, а, следовательно, и вмешательства, которые могут этому способствовать. Кроме того, длительные комплексные семейные программы реализуются в течение 1-2 лет, достаточно сложны и ресурсоемки, краткосрочные же психообразовательные программы (длительностью 10-20 встреч) более просты в исполнении и не требуют существенных экономических затрат, что является их преимуществом.

В исследованиях, посвященных психообразовательным программам для пациентов, в качестве показателей эффективности могут использоваться знания о болезни, инсайт (осознание болезни), комплайнс, качество жизни, социальное функционирование, симптомы шизофрении, частота обострений и госпитализаций. Результаты исследований согласуются между собой только в отношении знаний о болезни [7, 8]. Что касается изменений инсайта, комплайнса, позитивных и негативных симптомов шизофрении, данные противоречивы. Редко оцениваются такие важные показатели, как качество жизни, социальное функционирование, частота обострений и повторных госпитализаций. Нет также согласованных данных о том, насколько устойчивы улучшения, достигнутые в результате психообразовательных программ, ориентированных на пациентов. Таким образом, психообразовательные вмешательства для пациентов являются потенциально эффективным (в том числе экономически) и недостаточно изученным видом помощи при шизофрении и близких к ней расстройствах, что явилось предпосылкой для разработки и дальнейшего исследования эффективности первой в отечественной психиатрии психообразовательной программы для этой категории пациентов [4].

**Цель:** оценить эффективность применения психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами, а также устойчивость полученных результатов в двухлетнем катамнестическом периоде в сравнении со стандартным лечением.

Предпринятое нами исследование было проспективным контролируемым с формированием выборки методом направленного отбора.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе РНПЦ психического здоровья. В исследование включались пациенты, находившиеся на стационарном лечении и соответствовавшие следующим критериям: 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.

Критериями исключения были: 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 психо-

образовательной программе, пациенты контрольной группы получали только стандартное лечение.

Эффективность психообразовательной программы оценивалась в отношении следующих показателей: уровень знаний о болезни; осознание болезни (инсайт); комплайнс; социальное функционирование; качество жизни; частота госпитализаций в течение катамнестического периода; время до наступления новой госпитализации.

Использовались следующие инструменты: карта оценки уровня знаний о заболевании (Сальникова Л.И., Мовина Л.Г.) [2]; шкала SAUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, Amador X.F. et al.), общие пункты [5] для оценки осознания болезни; шкала Likert 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.) [10]; шкала NAIF (New Assessment and Information Form to Measure Quality of Life, Hugenholtz P.Y., Erdman R.A.M.) [1] для оценки качества жизни; шкала GAF (Global Assessment of Functioning Scale, DSM-III-R) для оценки уровня социального функционирования [11].

Предлагаемая и оцененная по своей эффективности психообразовательная программа состояла из 8-ми встреч, проводилась в закрытых группах. Подробное описание программы приводилось нами в одной из предыдущих публикаций [3].

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 высоким процентом отсева. При отказе респондента встретиться с исследователем на 3-м этапе интервьюирование проводилось в ходе телефонного разговора, 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.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS 17.0. Поскольку распределение исследуемых показателей отличалось от нормального, для описания выборки использовались медиана и интерквартильный размах (Me, 25%-75%), для сравнения групп – методы непараметрической статистики. В случае сравнения более двух

связанных групп (до участия в программе, после участия и в катамнестическом периоде) обычно используется непараметрический метод Фридмана. Однако критерий Фридмана чувствителен к пропущенным значениям, которые могут существенно исказить полученные результаты. В нашем исследовании на третьем (катамнестическом) этапе отмечался заметный отсев пациентов (37,8% участников основной группы, 67,6% контрольной), поэтому нами было предпринято парное сравнение групп (между первым и вторым этапом, вторым и третьим, первым и третьим) с использованием критерия Вилкоксона для связанных групп, что позволяло не терять важную информацию относительно различий оценок между 1-м и 2-м этапом обследования. Поскольку в таком случае проводились множественные сравнения, был установлен уровень значимости с поправкой Бонферрони  $p < 0,017$  ( $p = 0,05/\text{количество сравнений} = 0,05/3 = 0,017$ ). Для оценки различий между основной и контрольной группой на каждом этапе использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Сравнение частоты госпитализаций проводилось с помощью отношения шансов с доверительными интервалами. Время до наступления новой госпитализации оценивалась с помощью кривых выживаемости Каплана-Мейера.

**Результаты и обсуждение.** Для реализации цели исследования нами было обследовано 80 пациентов, соответствующих критериям включения. Из них 46 были включены в основную и 34 в контрольную группу. На 3-м этапе обследования 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.

Основные клинические и социально-демографические характеристики исследуемых групп приведены в табл. 1.

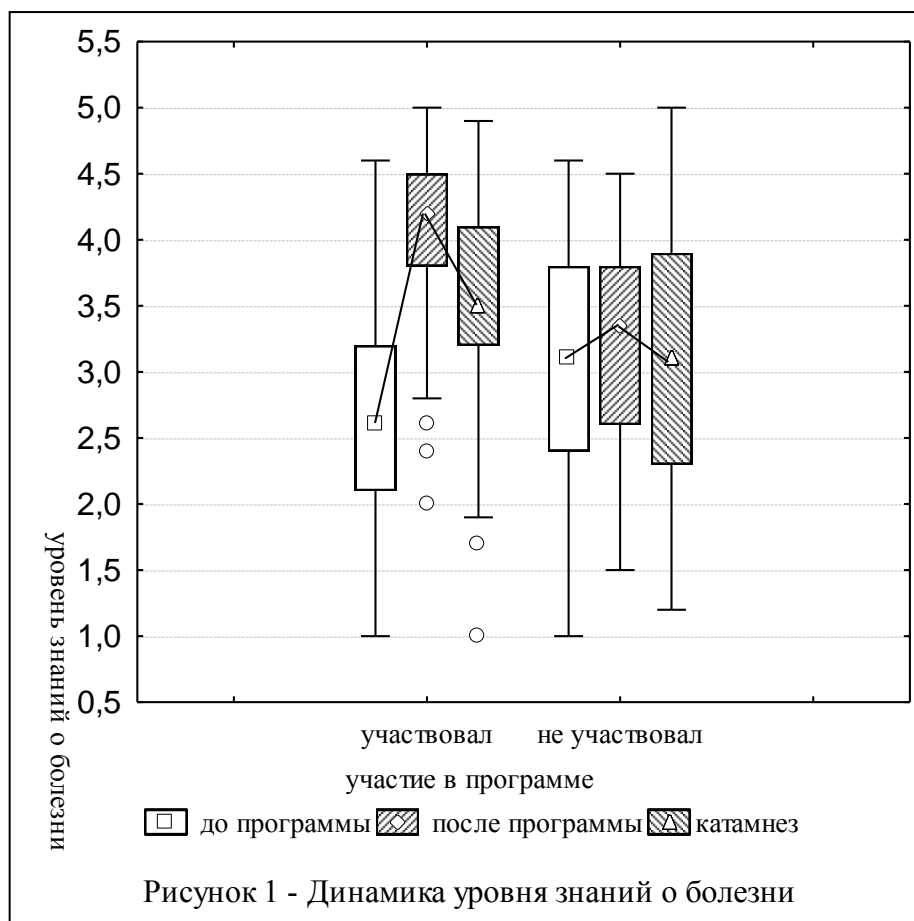
**Табл.1.** Клинические и социально-демографические характеристики обследованных пациентов.

	Основная группа	Контрольная группа	критерий, p
Пол: мужской женский	21 (46,7 %) 24 (53,3%)	13 (38,2 %) 21 (61,8 %)	$\chi^2 = 0,562$ $p = 0,45$
Возраст Me (25%-75%)	18÷38 лет 26 (22,5-30,5)	18÷40 25,5 (22-29)	$U = 725,0$ $p = 0,69$
Длительность болезни: менее года 1-4 года 4-7 лет 7-10 лет	13 (28,9 %) 19 (42,2 %) 8 (17,8 %) 5 (11,1%)	9 (26,5 %) 10 (29,4 %) 5 (14,7 %) 10 (29,4 %)	$\chi^2 = 4,434$ $p = 0,22$
Диагноз: F20.0 F21, F25	32 (71,1 %) 5 (11,1 %)	25 (73,5 %) 3 (8,8 %)	$\chi^2 = 0,116$ $p = 0,94$

F23	8 (17,8 %)	6 (17,6 %)	
Количество госпитализаций, Me (25%-75%)	2 (1-3)	2 (1-4)	U=665,0 p=0,31
Образование: среднее средне-специальное высшее	23 (51,1 %) 8 (17,8 %) 14 (31,1 %)	15 (44,1%) 6 (17,6%) 13 (38,2%)	$\chi^2=1,487$ p=0,69
Занятость: не работают работают учатся	21 (46,7 %) 15 (33,3 %) 9 (20,0%)	19 (55,9%) 14 (41,2%) 1 (2,9%)	$\chi^2=5,102$ p=0,08
Наличие групп инвалидности	2 (4,4%)	3 (8,8%)	$\chi^2=0,626$ p=0,43
Семейное положение: не состоит в браке состоит в браке	34 (75,6%) 11 (24,4%)	29 (85,3%) 5 (14,7%)	$\chi^2=1,137$ p=0,29

По уровню инсайта, комплайнса, качеству жизни, социальному функционированию, позитивным и негативным симптомам шизофрении на момент включения в исследование группы значимо не различались ( $p < 0,05$ ). Уровень знаний был несколько выше в контрольной группе (значимость на уровне тенденции,  $p = 0,05$ ).

После участия в психообразовательной программе уровень знаний в основной группе увеличился с 2,6 (2,1-3,3) баллов до 4,2 (3,8-4,6), в катамнезе снизился до 3,5 (3,2-4,2) баллов. Попарное сравнение выявило статистически значимые различия по этому показателю между 1-м и 2-м этапом ( $Z = -5,316$ ,  $p < 0,001$ ), между 2-м и 3-м этапом ( $Z = -3,07$ ,

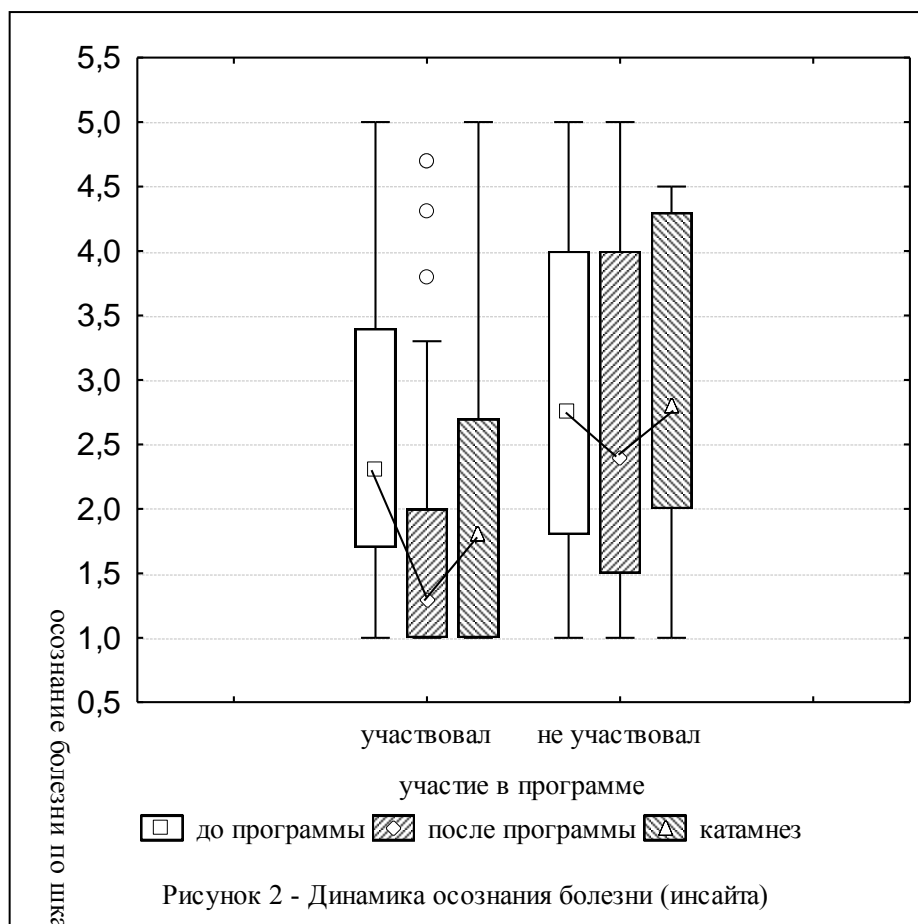


$p = 0,002$ ) и между 1-м и 3-м этапом ( $Z = -2,678$ ,  $p = 0,007$ ). В контрольной группе существенной динамики уровня знаний на всех этапах исследования не отмечалось, этот показатель составил 3,1 (2,4-3,8) балла на 1-м этапе, 3,4 (2,6-3,8) балла на 2-м этапе, 3,1 (2,3-3,9) балла на 3-м. Во всех парных сравнениях различия

были недостоверны ( $Z=-0,763$ ,  $p=0,45$ ;  $Z=-0,222$ ,  $p=0,82$ ;  $Z=-1,160$ ,  $p=0,25$ ). На 2-м этапе исследования уровень знаний был значительно выше в основной группе ( $U=273,0$ ,  $p<0,001$ ), на 3-м этапе это различие между группами терялось ( $U=112,5$ ,  $p=0,4$ ). См. рисунок 1.

Снижение уровня знаний о болезни в катамнезе было ожидаемым и объяснимым эффектом, так как любые знания теряются с течением времени. На наш взгляд периодическое повторение и обсуждение информации в ходе поддерживающих психообразовательных сессий после завершения психообразовательной программы позволило бы сохранить полученные знания на достигнутом уровне. Даже при отсутствии в течение катамнестического периода мероприятий, направленных на поддержание уровня знаний о болезни, этот показатель оставался статистически значимо более высоким, чем до участия в исследуемой программе, что подтверждает не только ее эффективность в краткосрочной перспективе, но и устойчивость результатов (в отношении знаний о болезни) 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 (по данной шкале меньший балл соответствует более высокому уровню инсайта). В течение двухлетнего периода наблюдения этот показатель несколько ухудшился и составил 1,8 (1,0-2,7) балла. Парное сравнение по критерию Вилкоксона продемонстрировало различия



роало различия между первым и вторым этапом исследования ( $Z=-4,558$ ,  $p<0,001$ ). Между вторым и третьим, а также между первым и третьим этапами существенных различий не выявлено ( $Z=-1,450$ ,  $p=0,15$  и  $Z=-2,070$ ,  $p=0,04$  соответственно). В контрольной группе уровень инсайта по шкале SAUMD суще-

Рисунок 2 - Динамика осознания болезни (инсайта)

ственно 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, на третьем 2,8 (2,0-4,3) балла. При сравнении результатов первого и второго, второго и третьего, первого и третьего обследований статистически значимых различий не выявлено ( $Z=-0,823$ ,  $p=0,41$ ;  $Z=-1,840$ ,  $p=0,07$ ;  $Z=-1,123$ ,  $p=0,26$ ). На втором этапе между основной и контрольной группой различия достигли статистической значимости в пользу основной группы ( $U=462,5$ ,  $p=0,003$ ). На катамнестическом этапе исследования также наблюдалось значимое преимущество основной группы по данному показателю ( $U=79,5$ ,  $p=0,03$ ). См. рисунок 2.

При разработке исследуемой психообразовательной программы мы учитывали ко-

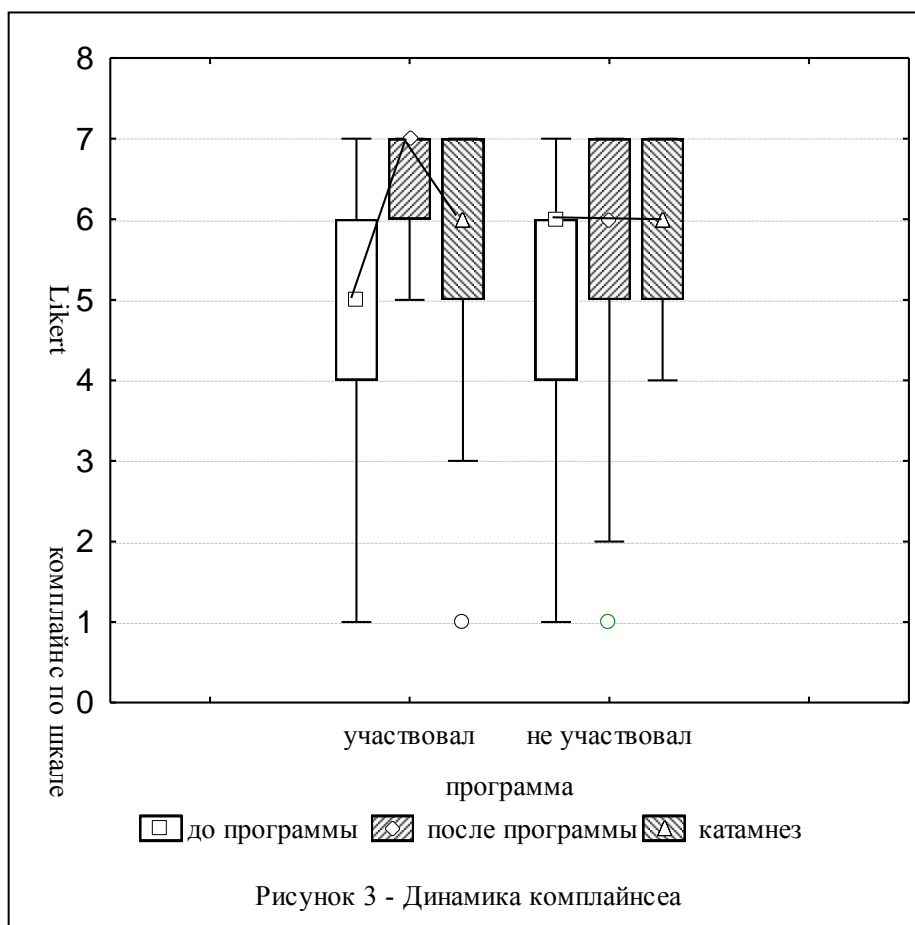


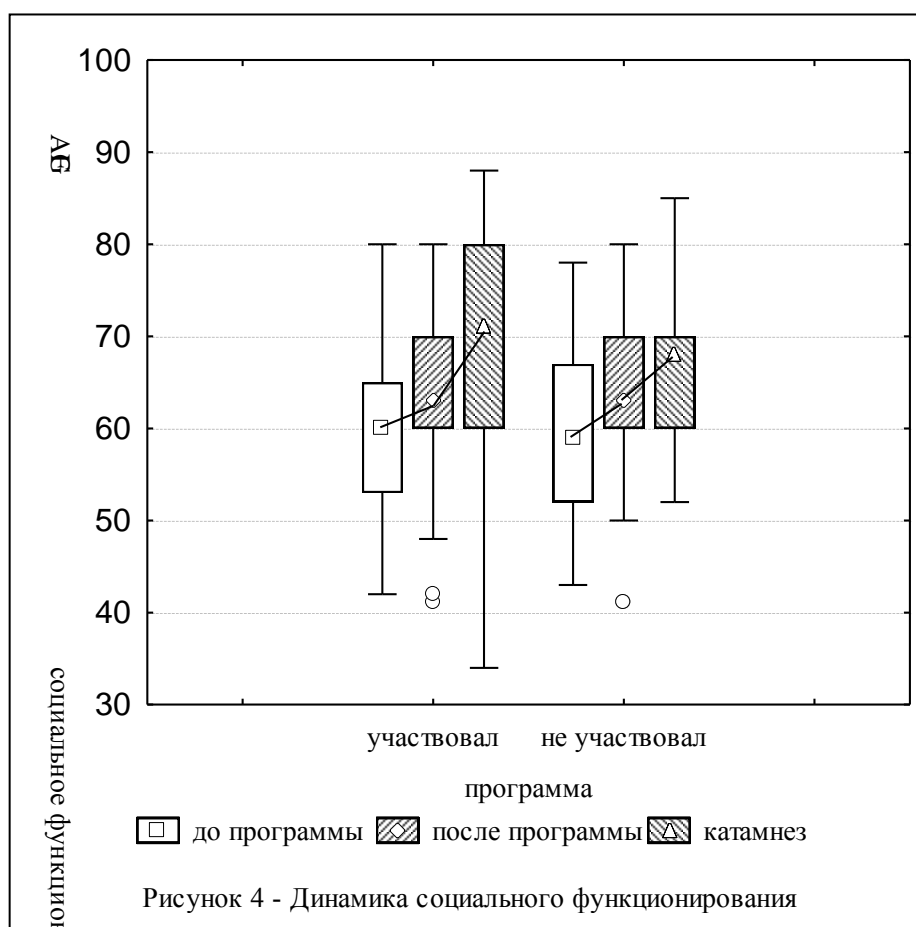
Рисунок 3 - Динамика комплайенса

гнитивные и психологические аспекты заболевания, которые могут оказывать влияние на осознание болезни. Особенности предоставления информации в психообразовательной программе, направленные на уменьшение влияния когнитивных нарушений, описаны в предыдущей публикации [3]. Для преодоления «защитной» функции недостаточ-

ного осознания болезни (предохраняющей от снижения самооценки, тягостных переживаний, связанных с наличием тяжелого психического расстройства) и предотвращения депрессивных и суицидальных явлений образование пациентов в программе не ограничивалось простым информированием. Программа включала в себя в качестве обязательной составляющей психологическую поддержку пациентов, использовались техники когнитивной и групповой психотерапии, психотерапевтический ресурс группы. Перечисленные особенности оцениваемой психообразовательной программы позволили, на наш взгляд, 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.

В основной группе отмечалось улучшение комплайенса после участия в психообразовательной программе (на втором этапе исследования) с 5 (4-6) баллов до 7 (6-7), в катмнезе этот показатель снизился до 6 (5-7). При попарном сравнении различия выявлены между первым и вторым этапом оценки ( $Z=-4,945$ ,  $p<0,001$ ). Снижение комплайенса в катмнезе (сравнение между вторым и третьим этапом) не было статистически значимым ( $Z=-1,815$ ,  $p=0,07$ ). Различия между исходным уровнем комплайенса (на первом этапе) и в катмнезе также не были статистически значимы ( $Z=-1,270$ ,  $p=0,2$ ). В контрольной группе

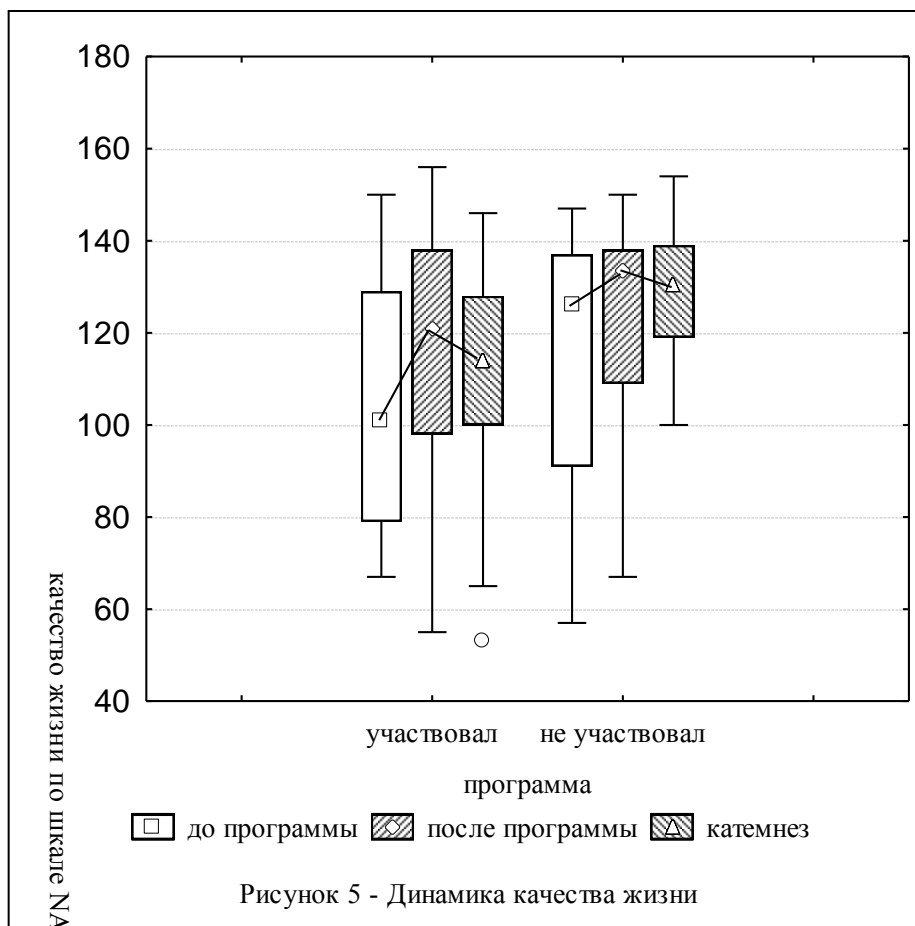


комплаинс составлял 6 (4-6) на первом этапе, 6 (4,75-7) на втором этапе, 6 (5-7) на третьем этапе. При парных сравнениях было выявлено значимое различие между оценками первого и второго этапов ( $Z=-2,944$ ,  $p=0,003$ ). Между вторым и третьим, первым и третьим этапами различий не было ( $Z=-0,322$ ,  $p=0,75$ ;  $Z=-1,282$ ,  $p=0,2$ ). Различия

между основной и контрольной группами были значимы на втором этапе на уровне тенденции ( $U=576,0$   $p=0,047$ ). В катмнезе значимых различий между группами выявлено не было ( $U=129,5$ ,  $p=0,66$ ). См. рисунок 3.

Полученные нами результаты оценки комплайенса противоречат существующим литературным данным, по которым уровень нон-комплаинса среди пациентов, страдающих шизофренией, достигает 50-80%. В нашем исследовании отмечался достаточно высокий уровень комплайенса в обеих исследуемых группах не только во время лечения в стационаре (где прием препаратов контролируется медицинским персоналом), но и амбулаторно, на катмнестическом этапе. Однако необходимо учитывать, что на этом этапе были





оценены не все включенные в исследование пациенты. Если в основной группе в катемнезе было обследовано более половины изначальной выборки, то в контрольной лишь 32%. Можно предположить, что на повторное обследование через 1,5-2 года согласились наиболее мотивированные к сотрудничеству и поэтому более комплай-

ентные пациенты. Таким образом, полученные результаты оценки комплайенса в катемнезе могут не отражать величину данного показателя по всей выборке. Более достоверно, хотя и косвенно отражать соблюдение режима медикаментозного лечения может количество госпитализаций в течение катемнестического периода.

В отношении социального функционирования наблюдалась сходная динамика в обеих группах: этот показатель стабильно улучшался в течение всего периода исследования. В основной группе оценка по шкале GAF составила 60 (53-65) баллов в начале исследования, 63 (59-70) баллов после участия в психообразовательной программе, 71 (60-80) баллов в катемнезе. Различия были статистически значимы между первым и вторым этапами ( $Z=-4,851$ ,  $p<0,001$ ), вторым и третьим ( $Z=-3,044$ ,  $p=0,002$ ), первым и третьим ( $Z=-3,738$ ,  $p<0,001$ ). В контрольной группе также наблюдалась положительная динамика данного показателя: 59 (52-67,3) баллов при исходной оценке, 63 (60-70,3) при оценке на втором этапе исследования, 68 (57-70) баллов в катемнезе. При попарном сравнении различий между первым и вторым этапом выявлено статистически значимое улучшение ( $Z=-3,072$ ,  $p=0,002$ ), между вторым и третьим, первым и третьим этапами различий выявлено не было ( $p=0,93$  и  $p=0,17$  соответственно). Между основной и контрольной группами на втором и третьем этапах оценки различий не было выявлено ( $U=732,5$ ,  $p=0,75$ ;  $U=109,0$ ,  $p=0,17$ ). См. рис.4.

На наш взгляд значительное и стойкое улучшение социального функционирования в основной группе на протяжении всего периода наблюдения является одним из важнейших результатов, полученных в исследовании. Глобальная оценка функционирования – интегративный показатель, который позволяет оценить успешность социальной деятельности пациентов, успешность их взаимодействий с другими людьми и психическое состояние в целом, и может отражать эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, в данном случае эффективность исследуемой психообразовательной программы по сравнению со стандартным лечением на стационарном и амбулаторном этапе.

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), в катамнезе отмечалось его снижение до 67,9% (59,5-76,2). Различия были статистически значимы между первым и вторым этапами ( $Z=-4,056$ ,  $p<0,001$ ). 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, затем снизился до 76,8% (64,0-82,7) на третьем. Улучшение на втором этапе исследования было значимым ( $Z=-2,650$ ,  $p=0,008$ ). Различия между вторым и третьим, между первым и третьим этапами статистической значимости не достигли ( $Z=-0,771$ ,  $p=0,44$  и  $Z=-2,028$ ,  $p=0,04$ ). Значимых различий между основной и контрольной группами по интегральному показателю качества жизни не отмечалось ни на одном из этапов оценки.

Обращает на себя внимание различная динамика показателей социального функционирования и качества жизни: если в первом случае наблюдается рост показателя в катамнестическом периоде в обеих группах, то во втором – некоторое снижение. Такое противоречие может объясняться субъективностью оценки качества жизни, которая не всегда совпадает с объективным социальным благополучием и состоянием психического здоровья. Кроме того, на оценку качества жизни могли оказывать влияние такие факторы как состояние соматического здоровья и экономический статус, которые не отражаются в оценке социального функционирования по шкале GAF.

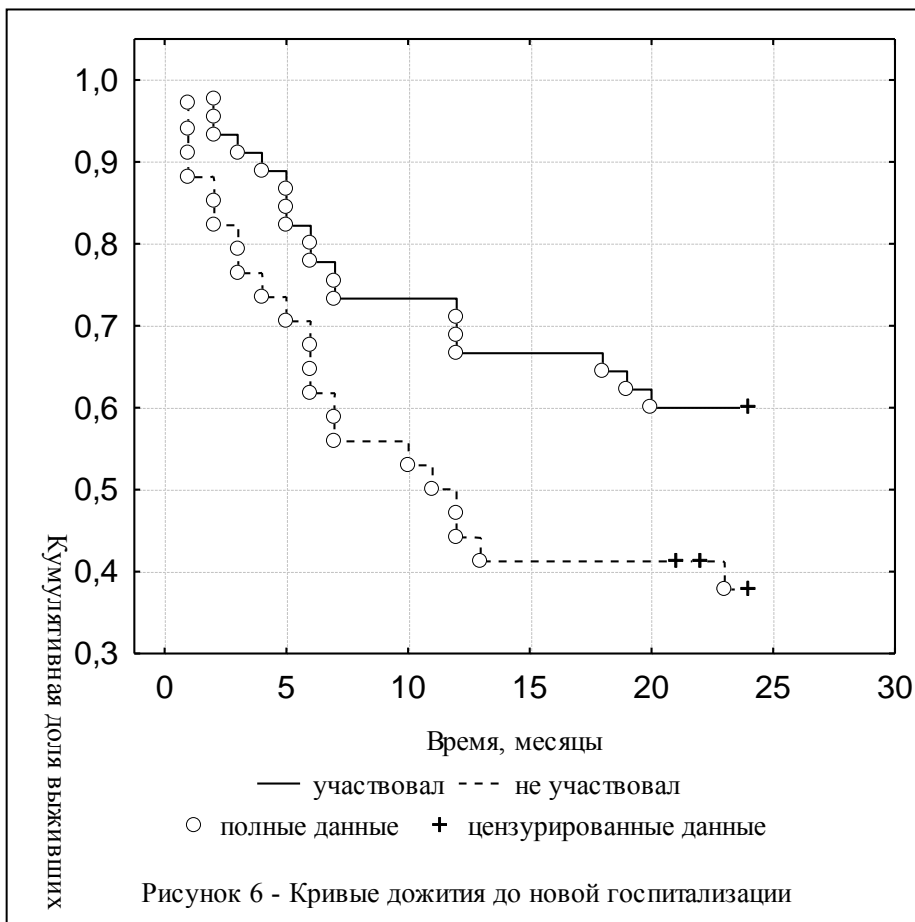
В течение катамнестического периода пациенты основной группы госпитализировались в психиатрический стационар 36 раз, пациенты контрольной группы 62 раза. Частотное распределение госпитализаций в основной и контрольной группе в течение катамнестического периода представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Частотное распределение госпитализаций в катамнезе

	Количество госпитализаций в катамнезе						
	0	1	2	3	4	9	11
В основной группе, пациентов	27	8	5	2	3	0	0

В контрольной группе, пациентов	13	7	7	3	2	1	1
---------------------------------	----	---	---	---	---	---	---

В группе пациентов, участвовавших в психообразовательной программе, за период наблюдения были госпитализированы 18 участников, что составило 40,0% (ДИ 95% 27,0%-54,6%). В контрольной группе в катamnестическом периоде госпитализировано 21 человек, что составило 61,8% (ДИ 95% 45,0%-76,1%). Участие пациентов в психообразовательной программе приводило к снижению абсолютного риска повторной госпитализации на 21,8% (ДИ 95% -0,04%-41,1%), что, однако, не является статистически значимым результатом. Отношение шансов повторной госпитализации составило 0,41 (ДИ 95% 0,17-



1,03). Данный результат хотя и говорит о более высоком шансе повторной госпитализации в течение двух лет в группе пациентов, получавших стандартное лечение, по сравнению с группой, участвовавшей в психообразовательной программе, но с учетом полученных доверительных интервалов также не является статистически значимым. Сравнение

долей госпитализированных пациентов с помощью таблиц сопряженности и критерия  $\chi^2$  подтвердило полученный с помощью доверительных интервалов результат: отмечалось некоторое преимущество в пользу основной группы на уровне тенденции ( $\chi^2=3,670$ ,  $p=0,05$ ).

Для оценки эффективности психообразовательного вмешательства в отношении предотвращения регоспитализаций и продолжительности периода до наступления новой госпитализации использовался метод анализа выживаемости Каплана-Мейера. Были построены кривые выживаемости для основной и контрольной групп, различия оценены с помощью критерия Бреслоу-Вилкоксона. См. рисунок 6. К концу наблюдения в основной

группе не было госпитализировано 60% участников, в контрольной группе 38,2% участников. Время дожития до наступления госпитализации в исследуемых группах статистически значимо различалось ( $\chi^2=5,112$ ,  $p=0,03$ ). Таким образом, несмотря на недостаточно выраженный эффект в отношении частоты повторных госпитализаций, исследуемая психообразовательная программа была эффективна в отношении увеличения времени до наступления госпитализации.

**Выводы.** Проведенное нами лонгитудинальное исследование эффективности психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими расстройствами, позволяет сделать следующие выводы:

- участие пациентов в программе позволяет улучшить у них такие показатели, как уровень знаний о своем заболевании и осознание болезни, чего не наблюдалось в контрольной группе, данный эффект сохраняется в течение двухлетнего периода;
- способствует улучшению социального функционирования, в отличие от стандартного лечения этот эффект носит долгосрочный характер;
- имеет некоторое преимущество в отношении роста комплайенса по сравнению со стандартным лечением (на уровне тенденции,  $p=0,047$ ), в катamnестическом периоде данный эффект нивелировался;
- не оказывает существенного влияния на изменение качества жизни по сравнению со стандартным лечением;
- снижает риск повторной госпитализации в течение двух лет (на уровне тенденции,  $p=0,05$ );
- способствует значительному увеличению периода времени до наступления повторной госпитализации по сравнению со стандартным лечением.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пушкарев, А.Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: методические рекомендации / А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина – Минск, 2000. – 16 с.
2. 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.
3. Хмельницкая, Е.А. Опыт психообразовательной работы с пациентами, страдающими шизофренией / Е.А. Хмельницкая // Медицинская панорама. – 2009. – №5 (101). – С. 54-55.

4. Хмельницкая, Е.А. «Преодоление»: новый опыт работы / Е.А. Хмельницкая, Т.Н. Лугакова // Психотерапия и клиническая психология. – 2003 – №1 (6). – С. 13-15.
5. Assessment of insight in psychosis / X.F. Amador [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol.150. – P. 873-879.
6. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities / L.B. Dixon [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2001. – Vol. 52. – P.903-910.
7. Illness management and recovery: a review of the research / K.T. Mueser [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2002. – Vol. 53. – P.1272-1284.
8. Merinder, L.B. Patient education in schizophrenia: a review / L.B. Merinder // Acta Psychiatr. Scand. – 2000. – Vol. 102. – P. 98–106.
9. Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland / C. Rummel-Kluge [et al.] // Schizophr. Bull. – 2006. – Vol. 32, №4. – P. 765–775.
10. Randomised controlled trial of compliance therapy / K. Kemp [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol.172. – P.413-419.
11. Reid, W.H. DSM-III-R training guide / W.H. Reid, M.G. Wise. – New York: Brunner/Mazel, Inc., 1989. – P.26-29.
12. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements / L.B. Dixon [et al.] // Schizophr. Bull. – 2010. – Vol. 36, №1. – P. 48-70.
13. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update / J.R. Bustillo [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2001. – Vol.158. – P. 163-175.

Хмельницкая Екатерина Александровна, 28.11.1975 г.р., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии БГМУ, тел. моб. +375 297 79 00 84, рабочий 289 80 44, 289 81 81.