

Е. А. Хмельницкая

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

Белорусский государственный медицинский университет

В статье представлены результаты исследования краткосрочной психообразовательной программы для пациентов, страдающих шизофренией и близкими к ней расстройствами. Показано статистически значимое улучшение таких исходов как знания о болезни и инсайт в результате участия пациентов в программе, а также улучшение комплайенса в большей степени, чем в контрольной группе (на уровне тенденции). Также отмечалось более выраженное улучшение в отношении позитивных и негативных симптомов болезни в группе пациентов, участвовавших в психообразовательной программе.

Ключевые слова: *шизофрения, психообразовательная программа.*

THE ASSESSMENT OF SHORT-TERM EFFECTIVENESS OF PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND RELATIVE DISORDERS

The results of investigation of psychoeducational program for patients with schizophrenia and relative disorders are presented in this publication. The statistically significant improvement of knowledge about disease and insight and improvement of compliance more than in control group is shown. The more improvement in relation to positive and negative symptoms of disease in the patient's group has taken part in psychoeducational program is revealed.

Key words: schizophrenia, psychoeducational program.

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 вмеша-

тельства, 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 программы 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 пси-

Табл.1. Клинико-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	17-88 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 учатся	23 (50,0 %) 16 (34,8 %) 7 (15,2%)	20 (58,8%) 13 (38,2%) 1 (2,9%)	p>0,05
Наличие групп инвалидности	2 (4,4%)	2 (5,9%)	p>0,05

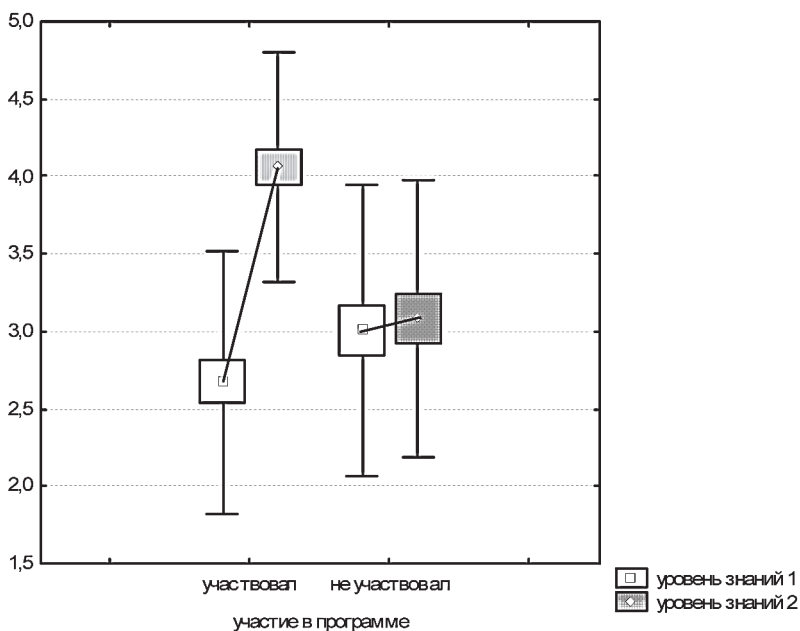


Рис.1. Изменения по карте оценки уровня знаний

хического 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

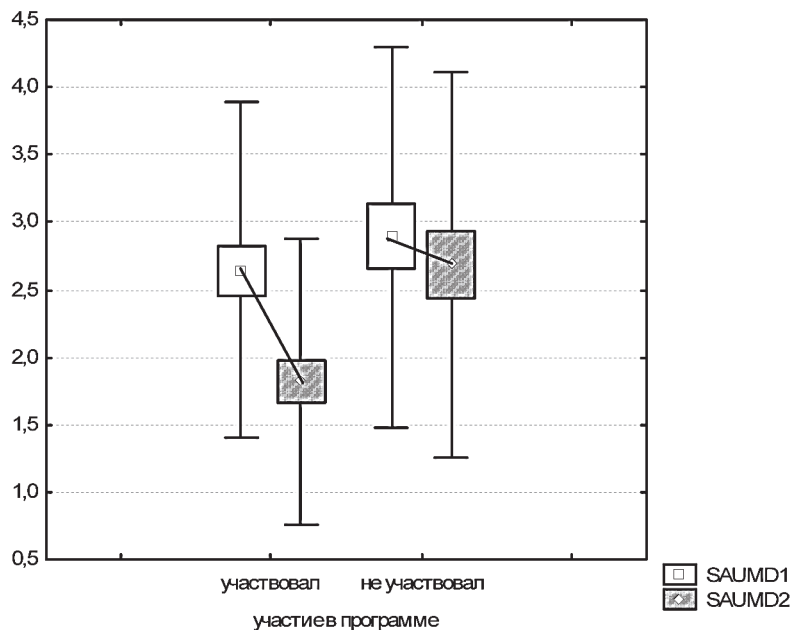


Рис.2. Изменения инсайта по шкале SAUMD

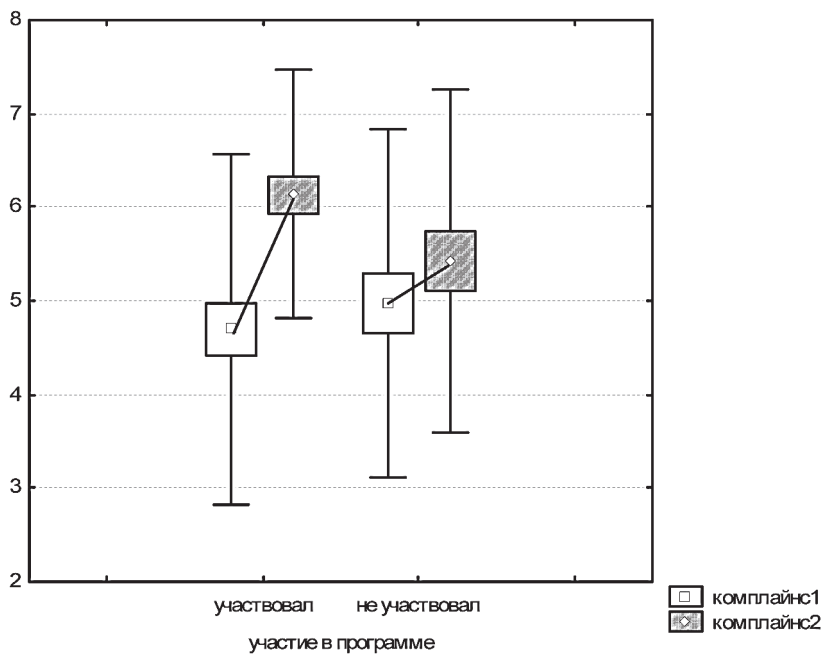


Рис.3. Изменения комплайнса.

Манна-Уитни для независимых групп.

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

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.

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 соответствует полному осознанию болезни). Различия между группами на втором этапе были достоверными, $p < 0,005$ (см. рис.2).

В основной группе уровень комплайнса 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 комплайнса: 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 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).

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 основ-

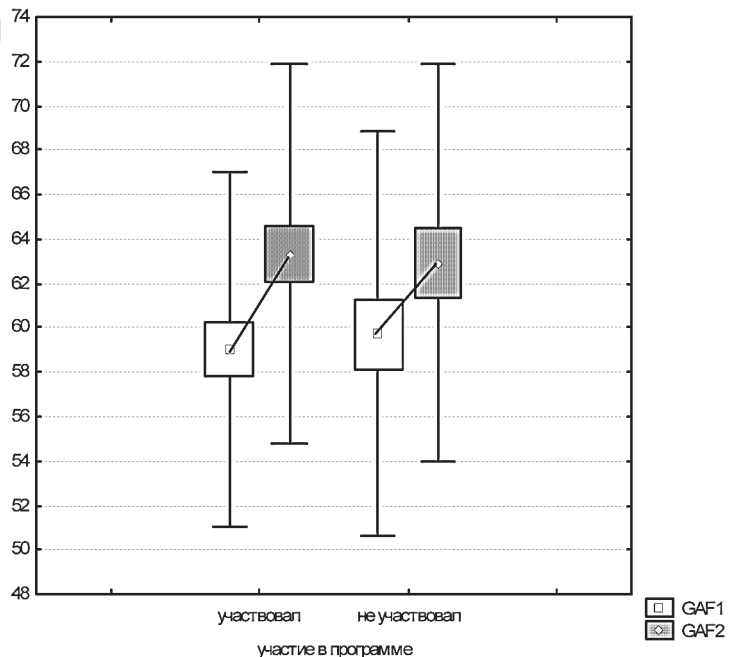


Рис.4. Изменения уровня социального функционирования по шкале GAF.

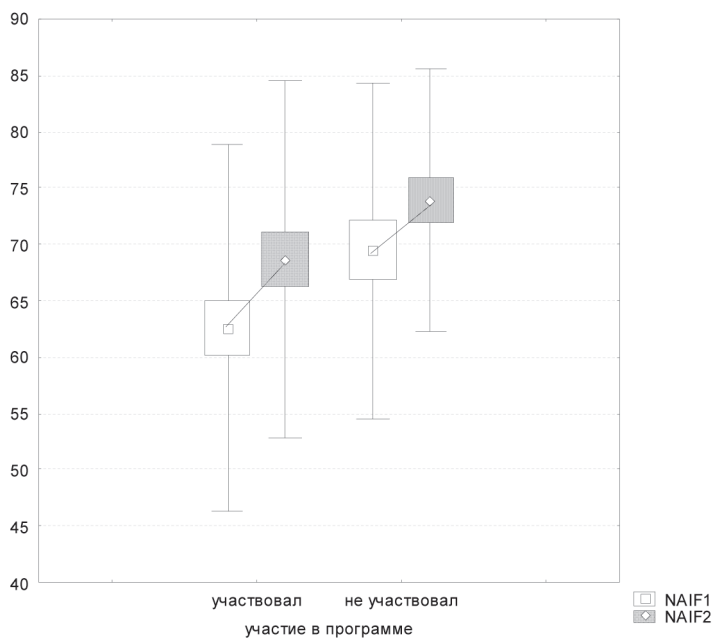


Рис.5. Изменения качества жизни.

ной 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 ($p < 0,001$), 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, принявших участие в психообразовательной программе, достоверно повысился уровень информированности и уровень осознания болезни, чего не отмечалось в контрольной 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 пациентов режиму лечения 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 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,

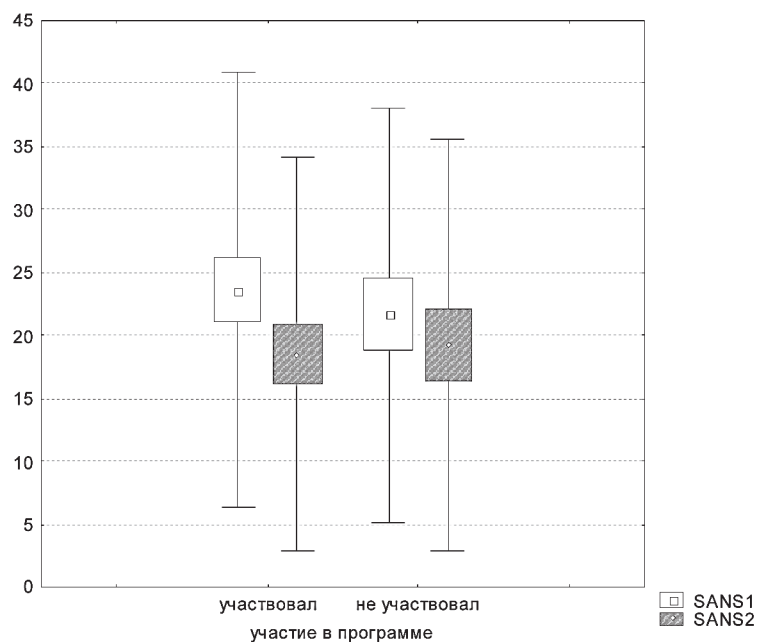


Рис.6. Изменения негативных симптомов по шкале SANS

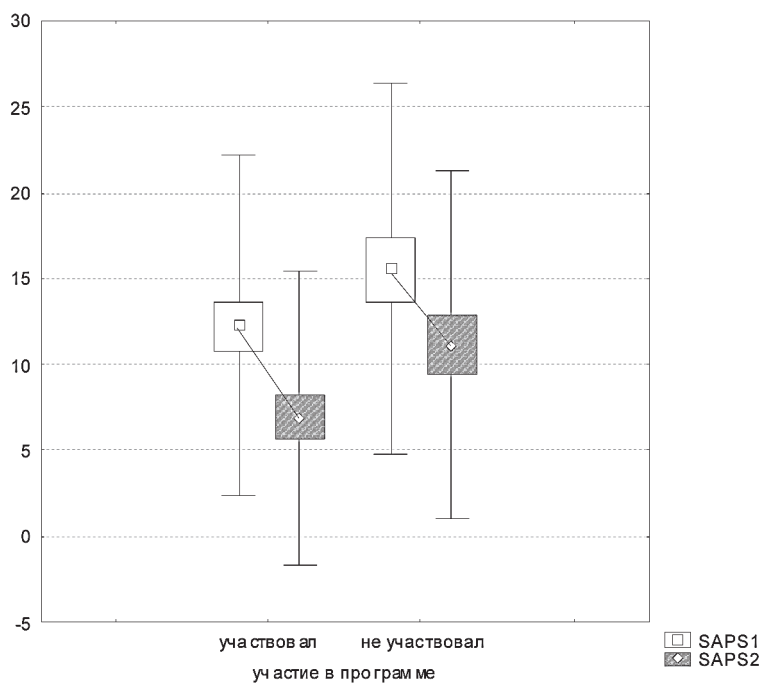


Рис.7. Изменения позитивных симптомов по шкале SAPS

чего не наблюдалось в контрольной. Такой результат может быть прямым эффектом пребывания пациента в терапевтической группе, где участники получают хорошую эмоциональную поддержку, стимулируется их коммуникативная и поведенческая активность, расширяется круг общения и, как следствие, уменьшается социальная отгороженность, апато-абулическая симптоматика.

Обращает на себя внимание относительно малое количество предыдущих 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 каче-

ства 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, продемонстрировала 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.

Литература

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 / А. Л. Пушкарев, Н. Г. Аринчина. 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. Gunnigam Owens, D. G. A randomized, controlled trial of a brief

interventional package for schizophrenic outpatients / D. G. Gun-
nigham 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 / A. F. Lehman [et al.]; 2nd ed. // Am. J. Psychi-
atry. 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.

Поступила 14.06.2011 г.