

ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА СО СВЕРХЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ И ЕЕ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Д. Ю. Ткачев, Е. М. Кирьянова

Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Для субпопуляции больных шизофренией с частыми госпитализациями показаны многопрофильные целевые программы помощи [2, 7]; биопсихосоциальный подход и биопсихосоциальные мероприятия – важные компоненты таких программ [1]. Биопсихосоциальные вмешательства (индивидуальные или групповые), психообразование близких снижают риск рецидивов [1, 5–7, 9, 11, 12], облегчают отрицательные последствия шизофрении, способствуя функциональному улучшению [6–8, 10–12], уменьшают риск рецидивов и повторных госпитализаций [8].

Несмотря на обширный научный материал, посвященный частым госпитализациям (обычно одна госпитализация ежегодно) психически больных и помощи им, больные шизофренией со сверхчастыми госпитализациями в этом отношении изучены недостаточно. Не создана целевая комплексная программа помощи данному контингенту.

Этап сверхчастых госпитализаций (ЭСГ) – это период болезни от 1 года и более, за который больные госпитализируются в психиатрический стационар от 2 раз и более в течение года [3, 4]. У трети больных с любой давностью шизофрении и у около половины со стажем заболевания от 20 лет и более хотя бы раз за весь период болезни встречается ЭСГ, а общее количество таких этапов у одного больного может достигать 4–5; ЭСГ может возникнуть и повториться на любом отрезке заболевания, но чаще (у 80% больных) в первые 5 лет болезни; во время ЭСГ средняя частота госпитализаций в год возрастает почти в 4 раза по сравнению со всем периодом заболевания; примерно у половины больных этап завершается в первом десятилетии процесса, но у пятой части пациентов может наблюдаться в любом периоде болезни [3, 4].

Выборочным методом была составлена группа больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на лечении в психиатрической больнице №4 им. П.Б.Ганнушкина

(2009 г.), имевших на момент обследования текущий ЭСГ. Всего в группу для проведения комплексной программы биопсихосоциальных мероприятий, осуществляемой на базе отделения внебольничной биопсихосоциальной реабилитации Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития, были включены 71 чел. (39,5% муж. и 60,5% жен.; средний возраст – 41,1±13,3 лет). Только 44 чел. (62%) приняли участие в программе биопсихосоциальных вмешательств полностью. Остальные 27 чел. (38%) по тем или иным объективным причинам выбыли из исследования.

Отмечался довольно высокий образовательный уровень больных: 45,0% получили высшее или неоконченное высшее, а еще 40,9% – среднее специальное образование. Однако трудовой статус пациентов был крайне неудовлетворительным: 2/3 из них имели группу инвалидности, еще 15,5% были безработными; 9,8% выполняли неквалифицированные виды труда и только 4,2% работали в соответствии с полученным образованием. Неблагоприятным был семейный статус больных: в браке состояли лишь 19,7% больных, а почти половина (47,9%) никогда не были замужем или женаты. Одинокие пациенты составляли 16,9% выборки, а 47,9% проживали с родителями.

71,9% больных страдали шизофренией (в том числе 67,7% параноидной формой: с непрерывным течением (16,9%), эпизодическим течением с нарастающим дефектом (29,7%) и эпизодическим течением со стабильным дефектом (21,1%); у 2,8% была диагностирована кататоническая форма и у 1,4% – недифференцированная). Шизоаффективное расстройство было у 11,3% больных и малопрогредиентная шизофрения – у 9,8%.

Помощь представляла собой комплекс организационных, клинико-терапевтических и биопсихосоциальных реабилитационных мероприятий с последующим длительным (до 2-х лет) амбулаторным наблюдением/ведением больных. При прове-

дении психосоциального вмешательства использовалась специальная программа (модуль) для групповой психосоциальной работы с больными со сверхчастыми госпитализациями. Модуль включал в себя: психообразовательный фрагмент; копланс-терапию; занятия, посвященные налаживанию адекватных отношений в семье и с близким социальным окружением; занятия с родственниками пациентов, сфокусированные на проблемах, связанных с частыми госпитализациями; мероприятия по нивелированию неблагоприятных влияний социальной среды, возможное ограничение негативных контактов и расширение социальной сети этих пациентов за счет других участников групповой психосоциальной работы, вовлечение в участие общественной организации пациентов, группы самопомощи. Длительность программы составила 2 месяца, с 1-часовыми групповыми сессиями, 2 раза в неделю (16 занятий). После окончания программы больные продолжали наблюдаться амбулаторно с осуществлением оценки психического состояния, коррекцией поддерживающей психотерапии.

Двухлетнее катамнестическое исследование 44 пациентов со сверхчастыми госпитализациями, прошедших программу психосоциальных вмешательств, позволило оценить ее эффективность (таблица).

Как видно из таблицы, после участия в программе среднее число госпитализаций и средняя длительность пребывания в стационаре статистически достоверно уменьшились, хотя, в целом, показатели остались достаточно высокими, что подтверждает сложность преодоления проблем данной категории пациентов.

На предыдущем этапе исследования на диспансерном контингенте больных со сверхчастыми госпитализациями с помощью статистического, корреляционного и регрессионного анализа были выявлены факторы, способствующие началу ЭСГ [4]: опасный характер симптоматики; проживание с родителями; аутистические тенденции до манифеста; ломка привычного социального стереотипа; диагноз параноидной шизофрении, непрерывной либо эпизодической с нарастающим дефектом (прогредиентное течение заболевания) и отсутствие поддержки ближайшего окружения. Наличие данных факторов было подтверждено и в изученной группе больных, прошедших через программу психосоциальной реабилитации.

С учетом выявленных факторов, все больные со сверхчастыми госпитализациями, прошедшими

Госпитализации больных с ЭСГ до и после психосоциальных вмешательств (n = 44)

	За 2 года до программы	За 2 года после программы	p
Число госпитализаций	5,68±1,27	3,16±1,4	p<0,05
Койко-дни	191,82±24,7	123,07±45,2	p<0,05

курс психосоциальной реабилитации (44 чел.), условно были разделены на 2 группы, которые различались между собой причинами ЭСГ, его длительностью, клинико-психопатологическими проявлениями, особенностями течения заболевания и степенью сложности проводимых мероприятий по преодолению сверхчастого стационарирования. Характерные черты каждой из подгрупп позволили в дальнейшем дифференцировать подходы при индивидуальном ведении каждого случая.

Первую группу (17 чел., 38,6%) составили больные, «проблемные» в отношении осуществления психосоциальных вмешательств по преодолению сверхчастых госпитализаций вследствие тяжести и прогредиентности заболевания (5 чел. – 30%), высокого удельного веса психопатологических расстройств с нарушениями поведения (7 чел. – 40%), привязанности к стационару и формирования госпитализма, длительности ЭСГ и значительных социальных потерь (5 чел. – 30%).

Во всех случаях госпитализации начинали носить привычный характер как для самих больных, так и для их родственников и невозможно было четко разделить роль клинических и социальных причин очередного стационарирования.

Как правило, пациенты данной группы не принимали поддерживающую амбулаторную терапию.

Из 17 чел. первой группы, прошедших через программу психосоциальной реабилитации, лишь у 5 чел. (30,0%) из них текущий ЭСГ удалось благополучно завершить, что подтвердилось 2-х летним катамнестическим наблюдением.

Вторую группу (27 чел., 61,4%) составили больные с более благоприятным прогнозом в отношении проведения психосоциальных вмешательств, направленных на преодоление сверхчастых госпитализаций, прежде всего из-за еще несформировавшейся привязанности к стационару и относительно невысокой выраженности социальной дезадаптации, что было связано как с короткой продолжительностью ЭСГ, так и с особенностями течения процесса и не длительным стажем заболевания. У 5 больных (18%) данной группы ЭСГ был связан, прежде всего, с затягиванием приступа заболевания, носящего острый или подострый аффективно-бредовый или галлюцинаторно-параноидный характер. При этом преодоление ЭСГ всегда было связано с обрывом затянувшегося приступа заболевания. У 12 больных (44%) ЭСГ возникал на фоне серии (неоднократного повторения) приступов. Регоспитализация у таких больных обуславливалась рецидивом заболевания, чаще связанным с самостоятельной отменой поддерживающей терапии, ее изменением врачом ПНД, нередко по просьбе самого пациента либо в связи со сменой нейролептика из-за его отсутствия в аптеках. Непереносимость терапии из-за выраженных побочных эффектов также была наиболее частой причиной ее отмены и изменения. Для 10 чел. (38%) в период ЭСГ были характерны текущие неблагоприятные

социальные и бытовые условия и более легкий регистр психопатологических расстройств (преимущественно затяжной неврозоподобный и аффективный уровень), социальная личностная направленность с постоянными попытками трудоустройства и положительным опытом работы, избегание получения группы инвалидности, отношение к госпитализации как к вынужденной мере. Отмечено, что стабилизация состояния и обрыв ЭСГ могли наступить после позитивного изменения социальной ситуации.

В результате проведенных психосоциальных мероприятий во 2 группе больных, у 17 чел. (63,0%), из прошедших программу психосоциальной реабилитации, текущий ЭСГ благополучно завершился, что подтвердилось двухлетним катамнестическим наблюдением. Стоит отметить, что различия между первой и второй группами в плане отсутствия госпитализаций в периоде катамнеза после проведенных реабилитационных мероприятий оказались статистически значимыми (5 чел. из 17 чел. – 30,0% в отличие от 17 чел. из 27 чел. – 63%,) ($p < 0,05$).

Таким образом, оценка эффективности последовательной психосоциальной работы в группе больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра со сверхчастыми госпитализациями выявила статистически значимое снижение числа и

длительности госпитализаций у пациентов с ЭСГ, прошедших через программу психосоциальных вмешательств. В целом отмечена неоднородность контингента этих пациентов и их неоднозначный ответ на проводимые мероприятия. Четко обозначился тот факт, что при работе с больными, имеющими накопление факторов риска возникновения ЭСГ, существуют объективные сложности в проведении психосоциальных мероприятий, связанные с определенными отрицательными особенностями их клинического и социального статуса, а чаще их неблагоприятным сочетанием. Значительная часть работы в этом случае носит восстановительный характер, с акцентом на тренингах утраченных социальных навыков. Тогда как для других больных, без накопления факторов риска, высока вероятность преодоления ЭСГ при проведении психосоциальных мероприятий и чаще отмечается хороший на них ответ. Очевидно, что любое затягивание ЭСГ при этом более «благоприятном» варианте может привести к накоплению факторов риска, прежде всего за счет социальных потерь и нарастающей хронификации процесса, вот почему так важны ранние вмешательства. Здесь важными являются берегающие аспекты поддержки, с акцентом на сохранении полноценной социальной вовлеченности и комплаенсе после выхода таких пациентов из острого психотического состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
2. Жаркова Н.В. Совершенствование организации медицинской помощи больным шизофренией с частыми и затяжными формами обострений: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1997. 20 с.
3. Кирьянова Е.М., Ткачев Д.Ю. Проблема сверхчастых госпитализаций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (клинико-социальные особенности и возможные пути преодоления) // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 3. С. 56–60.
4. Ткачев Д.Ю., Кирьянова Е.М. Этап сверхчастых госпитализаций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (роль клинико-психопатологических и социальных факторов) // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 19–25.
5. Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B. et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed. // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161, Suppl. P. 1–56.
6. Mojtabai R., Nicholson R.A., Carpenter B.N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies // Schizophr. Bull. 1998. Vol. 24. P. 569–587.
7. Mojtabai R., Nicholson R.A., Neesmith D.H. Factors affecting relapse in patients discharged from a public hospital: results from a survival analysis // Psychiatr. Q. 1997. Vol. 68. P. 117–129.
8. Pekkala E., Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd, 2004.
9. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychosocial therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32. P. S64–S80.
10. Schooler N.R. Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. 2006. Vol. 67, Suppl. 5. P. 19–23.
11. Thornicroft G., Sussner E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 2–4.
12. Thornicroft G., Tansella M., Becker T. et al. The personal impact of schizophrenia in Europe // Schizophr. Res. 2004. Vol. 69, № 2–3. P. 125–132.

ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА СО СВЕРХЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ И ЕЕ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Д. Ю. Ткачев, Е. М. Кирьянова

Произведена оценка эффективности психосоциальной работы в группе больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра со сверхчастыми госпитализациями (2 и более в течение года), которая выявила неоднородность контингента этих пациентов и их неоднозначный ответ на проводимые мероприятия. Установлено, что для больных, имеющих накопление факторов риска возникновения сверхчастых госпитализаций, существуют объективные сложности, отражающиеся на результатах психосоциальных меро-

приятий; значительная часть занятий в этом случае носит восстановительный характер, с акцентом на тренингах утраченных социальных навыков. У других больных, без накопления факторов риска, отмечается хороший ответ на психосоциальные мероприятия, для них важными являются аспекты поддержки, с акцентом на сохранении полноценной социальной вовлеченности и комплаенсе.

Ключевые слова: шизофрения, регоспитализация, этап сверхчастых госпитализаций, психосоциальная работа.

CARE FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA/SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS AND SUPER FREQUENT HOSPITALIZATIONS: COMPARATIVE EFFICACY OF CARE

D. Yu. Tkachyov, E. M. Kiryanova

The authors have investigated the efficacy of psychosocial work in patients with schizophrenia/schizophrenia spectrum disorders and super frequent hospitalizations, i.e. at least twice during recent twelve months. The results point to heterogeneity of the group and variable responses to the interventions offered. For the patients with accumulated risks for super frequent hospitalizations, the authors specify objective difficulties that influence the results of the psychosocial interventions. Majority of

sessions happen to aim at recovery of functioning, with an accent on training patients' lost social skills. The patients free from accumulated risks, respond well to the psychosocial interventions, and emphasize the importance of support and an accent on social involvement and compliance.

Key words: schizophrenia, repeated hospitalization, super frequent hospitalizations, psychosocial work.

Ткачев Денис Юрьевич – аспирант отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: zjaba@yandex.ru

Кириянова Елена Михайловна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: lenakiryanova@yandex.ru